

ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS (*)

por

SYLVIA ZAPPLER D. D. S.

El estudio de la enfermedad periodontal en los niños ha sido, hasta muy recientemente, un aspecto lamentablemente descuidado en la investigación práctica dental. Basada en las observaciones y hallazgos de veinte años de prácticas en Paidodoncia, he arribado a la opinión sostenida por Mc. Call, de que debe darse más atención a la enfermedad periodontal en los niños. Bien podría ser que el diagnóstico precoz, prevención y tratamiento de los trastornos periodontales en los niños podría, en muchos casos, por lo menos, llegar a la eliminación de esta afección en la vida futura y a la producción de una generación de adultos comparativamente libres de efectos acumulados causados por primitivos descuidos.

En los dos últimos años, en particular, mi atención se ha concentrado en el estudio de la enfermedad periodontal en los niños. El interés y cooperación de L. E. Holt (hijo) hizo posible el examen de los niños en la guardia del Servicio Médico de Niños, Hospital Bellevue, Cátedra de Pediatría, Universidad de New York. Similarmente, J. G. F. Hissi me dió la oportunidad de estudiar los jóvenes pacientes del hospital Wieting Johnson Memorial en Syracuse, Estado de New York, una institución para el tratamiento de niños con fiebre reumática y reumatismo cardíaco. El examen de niños sanos en grupos de todas las edades fué posible por la cortesía de H. K. Ad-
delston, del Departamento de Odontología Infantil, y de S. C. Miller y J. L. Blass, del Departamento de Periodoncia, Universidad de New York, Escuela de Odontología.

Se hicieron observaciones adicionales mientras estuve asignada como dentista a cargo de un consultorio móvil bajo los auspicios del

(*) Del "Journal of the A. D. A.", sept. 1948, pág. 333. Colaboración de la Sociedad Argentina de Parodontosis.

Departamento Sanitario del Estado de New York, para hacer tratamiento dental correctivo a niños en edad preescolar.

El propósito de este artículo es presentar un resumen de estas observaciones y hallazgos que, así deseamos, puedan servir como bases para estudios ulteriores y discusión.

ANATOMIA Y ASPECTO CLÍNICO

Aunque las diferencias básicas en la anatomía y aspecto clínico de las estructuras periodontales de los niños, comparadas con aquellas de los adultos son muy importantes, la literatura dental no contiene una discusión amplia sobre esta materia. Los rasgos especiales a discutirse aquí no intentan dar una revista completa de todas las diferencias entre el periodontium del niño y el del adulto. Sin embargo, una breve revista a las diferencias evidentes en la estructura de los tejidos periodontales en el niño y en el adulto nos ayudará a comprender algunas de las diferencias en las manifestaciones clínicas de la enfermedad periodontal en niños y adultos.

LA ENCÍA

La encía, ya sea en la dentición temporaria o en la permanente, puede ser tanto rojiza como rosada. Esto es debido probablemente a la delgada capa epitelial, a la menor densidad de la capa córnea y a la mayor vascularización. De los niños examinados en el consultorio móvil, oscilando las edades de cuatro a siete años, el 56 por 100 tenían encías rosadas, y las del 44 por 100 restante eran rojizas.

Tampoco las encías de los niños tenían el típico aspecto punteado de los adultos. Eran visiblemente más lisas. Esto puede ser debido a que las papilas del corion eran más cortas y chatas. Las encías de los niños no son tan mates como las de los adultos, sino más bien brillantes. La mayor abundancia de glándulas salivares y mucosas y su mayor actividad en la niñez pueden explicar este fenómeno.

En los niños, el tono de las encías es frecuentemente flojo, siendo el tejido conjuntivo del corion poco denso.

La encía marginal en los dientes en erupción no tiene el borde en filo de cuchillo típico de estos tejidos en el adulto sano; en cambio, es más espesa, redondeada y arrollada. Con toda probabilidad es de-

bido a la hiperemia y edema que acompañan a la erupción de los dientes.

La profundidad del surco gingival en los dientes en erupción y en la dentición permanente de los jóvenes, de acuerdo a varios autores y verificada por mis estudios, es generalmente mayor. La profundidad de la hendidura gingival en dientes recién erupcionados es, en general, de 2 a 3 mm. A veces, sin embargo, es posible, por bucal, penetrar hasta una profundidad de 5 a 6 mm. en incisivos laterales superiores en erupción, sin acusar dolor, hemorragia o encontrar cualquier resistencia. De acuerdo con Gottlieb, la adherencia epitelial al esmalte del diente en los jóvenes se efectúa en forma de una ancha banda que se hace gradualmente más angosta a medida que se produce la separación del epitelio del esmalte. La mayor profundidad de la hendidura gingival en los niños probablemente es debida al retardo de la erupción pasiva con respecto a la activa. La hiperemia y edema que la acompañan previenen la atrofia fisiológica del margen gingival.

CEMENTO

En los niños sólo existe una delgada capa de cemento en los dientes recién erupcionados. Su calificación es menos densa. De acuerdo con Gottlieb, hay una tendencia en los jóvenes hacia la hiperplasia de la capa de cemento altamente vital, apical con respecto a la adherencia epitelial.

PERIODONTO

El espesor del periodonto es mayor en los jóvenes. Durante el proceso de erupción y hasta que el diente es objeto de la fuerza funcional de masticación, los haces de fibras del periodonto son poco densos, están más sueltos y dispuestos irregularmente y hay pocas fibras colágenas. Los espacios entre las fibras del tejido conectivo son más grandes, y, como dice Hulin, el tejido está más hidratado. Porque como sólo hay una delgada capa de cemento, solamente un corto tramo de fibra periodontal se inserta en él.

El suministro de sangre y linfa es más abundante en el período de los jóvenes.

La movilidad de los dientes durante la erupción no es patológica: obedece al estado estructural del periodonto y la incompleta formación (poca longitud) de las raíces.

HUESO ALVEOLAR

En el alvéolo en desarrollo la cortical es más delgada. Las trabéculas del hueso de soporte son escasas y la calcificación es poco densa. Los espacios de la médula ósea son más grandes. El aflujo sanguíneo y linfático es mayor. Las crestas alveolares en la dentición temporaria son chatas; en los dientes permanentes recién erupcionadas son más agudas que en el adulto. Debido a su mayor contenido en materia orgánica, el hueso es más plástico.

FISIOLOGÍA GENERAL Y PATOLOGÍA

Desde el momento que los tejidos periodontales están relacionados íntimamente con el resto del organismo, es oportuno mencionar aquí algunos rasgos peculiares de las características fisiológicas generales del crecimiento del niño sano y enfermo y correlacionarlos con las características fisiológicas de los tejidos periodontales en sanos y enfermos a esta edad.

El organismo en crecimiento está en continuo estado de flujo e inestabilidad. Varios órganos se desarrollan en diferentes períodos, y en distinta proporción la composición química de los tejidos y humores orgánicos sufre un cambio continuo. Cada período presenta, por lo tanto, sus peculiaridades fisiológicas y patológicas de los tejidos y sus problemas específicos. En algunos períodos de la vida el organismo es más susceptible a algunos tiempos de enfermedades que a otras. La distinta composición química de las células y líquido tisular en cada período puede explicar las diferentes respuestas a los variados agentes patológicos. El organismo en crecimiento parece ser más propenso a las influencias nocivas. Sus respuestas a tales influencias son más agudas e intensas que en el adulto. Los menores trastornos pueden afectarlo sin guardar proporción con su gravedad. Ya lo dice Holt: "Si se sobrevive a la enfermedad aguda, los grandes cambios en los tejidos resultantes del crecimiento y la mayor capacidad de reparación de los primeros años hacen el pronóstico a menudo mucho mejor de lo que sería el mismo caso en un adulto."

“La medida en que las consecuencias de la enfermedad pueden superarse es a menudo notable; proveyendo la nutrición del cuerpo puede mantenerse perfectamente en su mejor estado”.

En los primros años de vida son de gran importancia las enfermedades infecciosas y los desórdenes intestinales, a menudo acompañados o seguidos por deficiencias de la nutrición. Estas pueden detener temporariamente el crecimiento y el desarrollo. Las formas crónicas de las enfermedades son relativamente menos frecuentes en la niñez que en el adulto, y, en general, son raros los cambios regresivos y degenerativos.

Todo lo que acabamos de decir sobre las características generales fisiológicas y patológicas del individuo durante la niñez es igualmente cierto con respecto al crecimiento y desarrollo de los tejidos del parodencio en el niño. Los trastornos periodónticos agudos son extremadamente comunes durante la niñez. Los trastornos periodónticos crónicos son menos frecuentes y los cambios atróficos y degenerativos son raros.

CUADRO PATOLÓGICO

Orban distingue los siguientes grupos: inflamación (gingivitis y periodontitis), traumatismo (traumatismo periodóntico), hipertrofia (hipertrofia gingival), atrofia (atrofia periodóntica) y degeneración (periodontosis).

En la siguiente descripción nos atendremos a su clasificación y nomenclatura.

Gingivitis.—A causa de la delgada capa epitelial y de su leve corneificación, la encía es propensa a sufrir durante la infancia los efectos deletéreos de los agentes nocivos. De ahí que la frecuencia de la gingivitis sea grande. Pero la reacción de los tejidos gingivales a los agentes nocivos en este período se caracteriza por una respuesta más rápida y marcada, por una parte, y un mayor poder recuperativo, por otra. Así, aunque la inflamación gingival puede ser más intensa en la niñez, generalmente está limitada a las capas superficiales, y si en ocasiones llega a las estructuras profundas, la resistencia no está disminuída por complicaciones generales crónicas. En relación a esto, dos pacientes que observé en el consultorio circulante eran interesantes. La ficha médica de ambos niños, de cinco años de edad, indicaba que su estado bucal había sido diagnosticado por un médico

como una intensa infección de Vincent. Esta había curado, aparentemente, un mes atrás, y no había rastros de una infección preexistente. Las encías y las papilas interdientarias aparecían perfectamente sanas.

Gingivitis localizada.—En los casos de gingivitis localizada hay, aparte de los factores etiológicos responsables de estos trastornos en los adultos, otros factores locales que son peculiares en los niños.

1. Erupción acelerada de los dientes. La erupción pasiva se mantiene debajo de la activa, de lo que resulta la formación de bolsas. Estas bolsas, junto con el engrosamiento marginal de la encía característico del período de erupción, propende a acumulación de depósitos blandos y a la infección.

2. El aflojamiento de los dientes temporarios irrita el paradenio durante la masticación.

3. Las raíces parcialmente reabsorbidas de los dientes temporarios pueden causar en la formación de bordes agudos de esmalte y dañar las encías durante la masticación.

4. Los dientes erupcionados en mala posición produciendo articulación cruzada, con áreas de impacciones alimenticias resultantes de esas irregularidades.

5. Excesivo entrecruzamiento: a) donde los dientes inferiores anteriores tocan los tejidos gingivales palatales de los anteriores superiores; b) donde los dientes anteriores superiores fuerzan los alimentos durante la masticación en los tejidos gingivales de los dientes inferiores anteriores.

6. Aparatos ortodónticos en niños que no hacen una higiene oral adecuada.

7. Bandas o resortes ortodónticos mal adaptados.

8. Vegetaciones adenoides y, como consecuencia, respiración bucal.

9. Caries, un factor etiológico prominente en la gingivitis localizada de los niños, debido al descuido de la dentición temporaria.

En los niños, las caries proximales prevalecen sobre la oclusales, dado que los estrechos puntos y fisuras no tienden a la acumulación de residuos alimenticios. Las extensas caries proximales producen las fracturas de los rebordes maxilares, creando no solamente áreas de impacto alimencio con su consiguiente gingivitis localizada,

sino llevando también a la masticación unilateral por el dolor en los dientes afectados. Frecuentemente se desarrolla una extensa gingivitis en el lado de la cavidad bucal que se hace afuncional por este mecanismo. Las caries profundas que afectan la pulpa pueden actuar como otra forma de factor etiológico en gingivitis. Los niños son especialmente sensibles a las molestias bucales y evitan alimentos resistentes cuando les producen dolor. Así la acción estimulante y de limpieza de los alimentos detergentes no se extiende a las encías, y la acumulación de restos alimenticios blandos en los márgenes gingivales es incrementada. Esto, como bien se sabe, favorece el desarrollo de la gingivitis.

10. Las masas tártricas son consideradas uno de los principales factores etiológicos en la gingivitis de los adultos, pero en la niñez tienen un papel secundario, ya que se las encuentra raramente antes de los diez a doce años de edad. Kranz señala que ha observado excesiva formación de tártaro en los niños de diez a doce años en Alta Alsacia. En los niños diabéticos y cretinos, frecuentemente se encuentra gran cantidad de depósitos cálcicos.

Gingivitis generalizada.—La gingivitis generalizada, en contraste con la local, se encuentra con poca frecuencia en los niños sanos. Se ve más comúnmente en criaturas enfermas.

Las causas son aproximadamente las mismas que en los adultos, pero las infecciones, especialmente las enfermedades exantematosas y los trastornos gastrointestinales, tan comunes en la niñez, tienen gran importancia como factores etiológicos a esta edad. Todas las enfermedades caracterizadas por alta fiebre están acompañadas generalmente de xerostomía, debido a la secreción salival disminuida. La falta de limpieza mecánica que efectúa la saliva y la dieta prevalentemente blanda contribuyen al estancamiento de una capa mucinosa de restos alimenticios acumulados alrededor de las encías. Esto causa a menudo una intensa gingivitis con marcada hiperemia, edema y la formación de bolsas del tipo previamente mencionado.

Stransky, de la cátedra de Pediatría de la Universidad de Manila, confirma mis repetidas observaciones: que la mayor parte de los niños con enfermedades infecciosas u otros trastornos acompañados de altas fiebres prolongadas sufren una gingivitis generalizada que a menudo es agravada por deficiencias nutritivas. Durante mis tareas en un hospital para niños tuberculosos en Viena y en la guar-

dia para niños tuberculosos del Bellevue Hospital hallamos que los niños con tuberculosis activa postrados en cama varias semanas o meses eran especialmente propensos a una gingivitis generalizada con tendencia a sangrar. También se observó gingivitis generalizada en niños diabéticos, con síndrome celíaco, disturbio del metabolismo de los lípidos, discracias sanguíneas, enfermedades cardíacas congénitas, trastornos renales y varios trastornos endocrinos. Talbot presenta casos de gingivitis generalizada en la mayoría de los pacientes de instituciones para niños retardados mentales. Esto confirma mis observaciones en niños afectados de cretinismo en el Bellevue Hospital y en una institución para niños retardados mentales en Viena. Todos estos niños tenían encías rojas e hinchadas. Alrededor de los cuellos de los dientes se observan depósitos blandos y cálcicos (Schmutzpyorrhoe).

Los pacientes del Wieting Johnson Memorial Hospital mostraban, no obstante la excelente higiene bucal, un sorprendente color pálido de las encías, con un tono violáceo en ciertos casos. No había signos de inflamación de las estructuras gingivales en estos niños, pero la marcada anemia de las encías puede llevar a un trastorno periodóntico en su vida ulterior.

Las deficiencias de nutrición, aun en formas subclínicas, hace mucho que fueron señaladas como un posible factor etiológico en la gingivitis generalizada de los niños. El reciente trabajo de Addelston y Chilton prueba que tales deficiencias son, por supuesto, una causa frecuente de este estado, tanto en niños como en adultos. Stransky presenta marcadas gingivitis y aflojamientos de los dientes en niños con beri-beri en los hospitales de Manila. Durante la escasez de alimentos causados por la guerra, el pueblo se vió forzado a cambiar su dieta normal de arroz por otros alimentos. Esto llevó a una disminución en la frecuencia del beri-beri y de la gingivitis que lo acompañaba.

Los estados alérgicos (alimentos, drogas y otros), a los cuales los niños son tan especialmente propensos, son también frecuentemente causa de gingivitis generalizada. En el consultorio móvil se observaron varios niños en edad preescolar que tenían un marcado enrojecimiento e hinchazón de las encías. El interrogatorio de sus madres reveló que tenían fiebre del heno y que durante los ataques agudos a menudo aparecían ampollas en las encías como en la lengua.

Los niños que no están afectados por enfermedades crónicas generales curan los trastornos gingivales, como hemos dicho previamente, de una manera completa, debido al gran poder recuperativo que permite a los niños sobreponerse a los trastornos antes de que alcancen las estructuras profundas.

Periodontitis.—La periodontitis aguda apical después de la muerte de la pulpa causada por caries profundas se observa frecuentemente en la primera dentición. Si el diente no se extrae se desarrolla una periodontitis crónica con la rápida formación de una fístula. Pero esta fase de la enfermedad periodontal no cabe dentro de los objetos de este artículo.

Raramente se ve en niños sanos periodontitis marginal (simple) después de una gingivitis, con desarrollo de bolsas profundas. Gottlieb es de opinión que la hiperplasia de la capa de cemento altamente vital vecino a la adherencia, actúa como una barrera a la profundización del epitelio y así previene la formación de bolsas.

Sin embargo, en niños con enfermedades generales, la resistencia está disminuída y los mecanismos de recuperación parecen estar trabados. Así, la inflamación de las encías puede propagarse más fácilmente a las estructuras profundas. Una vez que la inflamación alcanza al hueso alveolar, su destrucción, debido a su comparativamente menor densidad en los niños, progresa más rápidamente y es más seria que en los adultos. En estos casos puede observarse frecuentemente supuración.

La frecuencia de periodontitis completa, una reacción inflamatoria secundaria de las bolsas profundas en paradentosis es escasa en la niñez, dado que la paradentosis (que se discutirá más adelante) se encuentra raramente en este período.

Traumatismo.—También se encuentra el traumatismo periodóntico en los niños, raramente observado en la dentición temporaria. Yo no he encontrado un solo caso en que un niño se quejara de dolor causado por una obturación demasiado alta en un diente temporario. La labilidad de los tejidos periodónticos para ajustarse por sí mismos a fuerzas exageradas parece así ser mayor en la dentición temporaria que en la permanente. Sin embargo, en la dentición permanente reciente, el trauma oclusal es un factor de importancia como causa de trastornos periodontales. McCall presenta varios casos de formación

de bolsas mesiales, en primeros molares inferiores, en bocas en las que los segundos molares temporarios vecinos han sido extraídos y el primer molar ha migrado y está inclinado.

En mi propia experiencia he encontrado frecuentemente oclusión traumática en dientes inferiores cruzados. Los rasgos característicos de estos casos fueron: atrofia gingival y a veces del alvéolo, confirmado por el examen radiográfico.

En un caso en la guardia para niños tuberculosos en el Bellevue Hospital, una niña de ocho años con tuberculosis activa tenía un marcado enrojecimiento e hinchazón de todo el margen gingival. Tenía una mordida profunda y un cruzamiento de los dientes anteriores. Ambos incisivos laterales superiores e inferiores estaban en posición lingual. Ambos incisivos centrales inferiores tenían movilidad de segundo grado sin formación de tártaro, pero con leve retracción gingival y comienzos de resorción alveolar. Había un gran número de caries que habían producido la completa destrucción de las coronas de los molares temporarios y permanente. El trauma oclusal, motivado por la menor resistencia, fué probablemente el principal factor responsable del trastorno periodontal.

Otros casos de trauma oclusal fueron aquellos en que la erupción activa de los premolares inferiores fué acelerada a tal extremo (en algunos casos debido a la extracción prematura de molares temporarios) que la formación de las raíces no era adecuada y el periodonto inmaduro no podía resistir la fuerza masticatoria. Cuando discutía estos casos con McCall, él recordaba el caso de un niño que sufría de dolor en la masticación sobre el premolar inferior recientemente erupcionado. Las radiografías mostraron que la raíz estaba insuficientemente desarrollada. El diente tuvo que ser puesto fuera de oclusión temporariamente para dar a la raíz y las fibras periodónticas tiempo para desarrollarse.

Otras lesiones periodónticas causadas por oclusión traumática en la niñez se encuentran en aquellos casos en los que, durante un tratamiento ortodóntico impropio, no se supervisan cuidadosamente los movimientos de los dientes y se produce una relación de cúspide a cúspide.

Dolor, aflojamiento y hasta pérdida eventual de estos dientes son los rasgos característicos de este tipo de trastorno periodontal.

Gingivitis hipertrófica.—La gingivitis hipertrófica causada por la acumulación de células inflamatorias, aumento del tejido fibroso o hi-

perplasia del epitelio, se encuentra frecuentemente en la infancia. Como este estado es adecuadamente tratado en todos los textos de Periodontocia, no insistiré en esta forma de enfermedad periodontal. Sin embargo, deben recalcar los factores: Primero, dentro de los factores etiológicos de los adultos, nuevamente señalaremos como un factor importantísimo en la infancia las vegetaciones adenoides con la consecuente respiración bucal. Segundo, la frecuencia de la gingivitis hipertrófica aumenta considerablemente con el comienzo de la secreción de las hormonas gonadotrópicas.

Paradentosis y atrofia alveolar.—En contraste con la alta frecuencia de los trastornos periodontales hipertróficos en los niños, los cambios degenerativos y atróficos (regresivos), tales como la paradentosis y la atrofia alveolar marcada, raramente se los encuentra en los niños sanos. Las fuerzas de la naturaleza durante el crecimiento y desarrollo son apreciablemente más progresivas y constructivas que regresivas y destructivas.

Weinmann y Orban dicen que ellos nunca han observado ningún caso de paradentosis y atrofia alveolar en la dentición temporaria.

El único caso que he encontrado durante mi trabajo en el consultorio móvil es el siguiente:

Una nena de tres años de edad tenía atrofia gingival en la cara labial de los incisivos superiores. No había signos de inflamación ni movilidad dentaria ni oclusión traumatizante. La criatura era pálida, frágil, y parecía tener menor tamaño que las de su edad. Estaba particularmente nerviosa y ansiosa. La historia clínica y el examen realizado por un médico no revelaron causas generales o locales que pudieran explicar este trastorno.

En niños de mayor edad con enfermedades crónicas, tales como diabetes no tratada o no controlada, otros desórdenes metabólicos (mal metabolismo lipóide), discrasias sanguíneas y otras más, puede encontrarse más a menudo paradentosis y atrofia alveolar.

El caso siguiente es el de una niña de diez años de edad, que fue visitada en el Bellevue Hospital.

Eravivaz y activa y parecía sana, pero su crecimiento era incompleto. Todos los dientes temporarios y permanentes presentes tenían una movilidad de tercer grado y habían sido ligados para permitir una mejor masticación. Las encías estaban extremadamente ro-

jas e hinchadas, y las radiografías revelaban completa reabsorción del hueso alveolar alrededor de los dientes. No había dolor ni supuración. La madre relataba que la niña había perdido un diente tras el otro sin sufrir dolor. La historia clínica revelaba un trastorno del metabolismo graso que databa del octavo mes de vida, en que ocurrió el primer ataque de esteatorrea. La esteatorrea aún se repite de tiempo en tiempo. No se ha hecho un diagnóstico clínico definitivo, pese a que se le efectuaron varios exámenes y pruebas de laboratorios. El diagnóstico de presunción fué deficiencia pancreática.

La frecuencia de la paradentosis y atrofia alveolar aumenta considerablemente en la época de la pubertad.

PERÍODO DE LA PUBERTAD

Antes de comenzar la discusión de la enfermedad periodontal en la época de la pubertad, un período que pertenece aún a la niñez, consideramos preferible, para hacer la exposición comprensible, hacer algunas consideraciones sobre peculiaridades fisiológicas y patológicas del organismo en general en este período y correlacionarlas con las características lesiones periodontales.

Son perfectamente conocidos los tremendos cambios físicos, psíquicos y emocionales que tienen lugar en la pubertad. Afectan prácticamente todos los órganos y tejidos del cuerpo, estructural y fisiológicamente, y modifican, hasta un cierto grado, la composición físico-química y bioquímica de todas las células y líquidos tisulares. El crecimiento y desarrollo están estimulados al máximo.

Es el último gran impulso de crecimiento. Hasta que las glándulas endócrinas, que en este período caen, según se dice, en un estado de desequilibrio, debido al aumento de la nociva influencia de las gonadas, se adaptan a la nueva situación, las funciones orgánicas vuelven a encontrar su equilibrio durante la adolescencia. Pero estos tejidos u órganos, que han sido debilitados por factores constitucionales o locales, son incapaces de soportar los repentinos y tremendos cambios. Pueden comenzar a extenuarse, enfermarse crónicamente o comenzar a "morir". Una vez que el impulso de crecimiento disminuye, la respuesta de los tejidos se hace más suave y la fuerza de recuperación y regeneración comienzan a declinar. Los trastornos que hasta aquí no podían ser reconocidos por su estado latente o subclínico se hacen ahora aparentes, y aumenta la frecuen-

cia de las lesiones regresivas y degenerativas. Después de la pubertad las características patológicas del organismo comienzan a aproximarse a las del adulto.

En cuanto a las estructuras periodontales, aquí también las formas patológicas crónicas aumentan en proporción, y los cambios regresivos y degenerativos se hacen más fuertes.

ESTRUCTURAS PERIODONTALES

Gingivitis.—En la pubertad se ve frecuentemente en jóvenes de ambos sexos una gingivitis generalizada característica de este período.

En Alemania se la conoce con el nombre de gingivitis catarral de la pubertad. El aspecto clínico es el de la "schmutzpyorrhoe". Hay un enrojecimiento e hinchazón marcados de las encías y una tendencia a sangrar. A menudo se hipertrofian las papilas de los dientes anteriores, especialmente cuando están en malposición. La formación de tártaro se hace más intensa, y se encuentran depósitos blandos y duros sobre los dientes y en el fondo del margen gingival.

Un grupo de jóvenes de ambos sexos, estudiantes secundarios examinados en el consultorio móvil, presentaban gingivitis generalizada en un 31 por 100 y localizada en un 41 por 100 de los casos. Se encontraron formas hipertróficas en un 35 por 100 de los examinados, saburra en un 61 por 100 y tártaro en un 35 por 100. En un 14 por 100 de los niños había retracción gingival, mayormente en los dientes anteriores, que estaban en malposición. Había también reabsorción alveolar, como se demostró con exámenes radiográficos. Es interesante consignar, en relación con esto, que el 86 por 100 de estos niños tenían dientes en malposición.

Varios factores etiológicos contribuyen a la gran frecuencia de gingivitis generalizada en la época de la pubertad: (1) Descuido de la higiene bucal debido al hecho que se ejerce una menor supervisión por parte de los padres, que tienden a considerarlos por encima de la necesidad de tal supervisión, (2) influencia de las gonado hormonas, (3) malposición dentaria con o sin malformación de los maxilares, resultando la pérdida del equilibrio de las fuerzas oclusales; (4) fuerzas psíquicas y emocionales a las que los niños están propensos en este período, así como la ruptura del equilibrio de la razón calcio-fósforo,

que lleva a menudo al hipertoniismo de los músculos de la masticación; (5) cambios en el sistema capilar atribuibles a la súbita caída de la tensión sanguínea, debido al gran aumento de la superficie del cuerpo durante este período; (6) cambios físicos y químicos en la composición de la saliva, y (7) deficiencias de la nutrición, que, aun si se presentan solamente en forma subclínica, pueden, sin embargo, contribuir a trastornar los tejidos periodontales.

Una de las razones aparentes de la frecuente incidencia de las deficiencias nutritivas, basada en observaciones hechas durante el recorrido del consultorio móvil, es el hecho de que los muchachos de esta edad prefieren gastar el dinero que se les da para el almuerzo escolar, en el cine. Las muchachas parecen considerar el lápiz labial, el esmalte para las uñas y las películas más importantes que una dieta adecuada. Además, comienzan a preocuparse muy particularmente en su figura, y para evitar el engrosar, reducen la ingestión de alimentos justamente en una época en que el organismo más lo necesita.

Periodontitis.—Si se descuida la gingivitis, puede sobreagregarse una infección de Vincent, o la inflamación puede extenderse a los tejidos más profundos y llevar a una periodontitis marginal con reabsorción de la cresta alveolar. Los factores generales pueden agravar este estado, y la destrucción puede progresar a tal punto, que puede llevar más tarde a un marcado aflojamiento o aun a la caída de los dientes.

Atrofia periodontal.—Los casos de atrofia periodontal consecutivos a la inflamación se ven más comúnmente después de la pubertad que antes de esta época.

En esta época no se encuentra atrofia periodontal causada por el cepillado, porque, si se lo practica, no se lo hace con tal vigor como para producir estas lesiones.

La falta de oclusión y la oclusión traumática son los principales factores causales de atrofia periodontal a esta edad. El tártaro, que se presenta con mayor frecuencia, actúa como factor agravante. Los dientes anteriores en no oclusión, mordida abierta y aquellos de oclusión traumática, especialmente en aquellos casos en que se ha perdido uno o más molares y no se los ha reemplazado, muestran depósitos cálcicos junto al margen gingival. El examen radiográfico prueba que la mayoría de estos dientes están afectados de atrofia alveolar. En muchos casos se encuentra una movilidad de primer grado.

Atrofia presenil.—Thoma define la atrofia presenil como “atrofia senil que se presenta en jóvenes cuyas otras funciones están todavía normales”, y dice: “Los individuos afectados presentan una salud normal y generalmente no muestran otros cambios seniles.” Hay una retracción del margen gingival, generalmente en los dientes anteriores o primeros molares permanentes, pero no se notan signos de inflamación. El factor etiológico es desconocido. La atrofia alveolar idiopática, en mi concepto, no es rara en la época de la pubertad. Hulin dice que puede encontrarse en los niños una forma de atrofia alveolar distribuida uniformemente en el maxilar. El atribuye esto a una distrofia ósea de tipo raquítico. Roy expresa la opinión de que “la atrofia juvenil es una enfermedad de los adolescentes caracterizada por la reabsorción alvéologingival en la superficie bucal de todos los dientes sin movilidad”. Relaciona esta atrofia con la aparición de las gonado hormonas. Woods y Wallace, citados por Goldman, presentan un caso de atrofia alveolar de origen desconocido en un niño de diez años, cuya enfermedad era el aflojamiento de los dientes. Excepto esto, el niño estaba bien desarrollado y sano.

El aspecto histopatológico de la atrofia presenil, basándose en la opinión de la mayoría de los autores, es de cambios regresivos de las estructuras periodontales similares a aquellos de la atrofia fisiológica de la edad proveya.

Periodontosis.—La periodontosis también hace su aparición en la pubertad. El examen clínico de niños (tanto muchachos como muchachas, pero más frecuentemente estas últimas) revela un estado en el que, aparte de alguna pequeña desviación de la posición normal de un diente anterior o un leve aflojamiento de uno o más primeros molares permanentes, no aparece ningún otro rasgo patológico. El paciente permanece ajeno a cualquier anormalidad, pero sólo un cuidadoso estudio radiográfico revela el comienzo de la enfermedad. Pero en los adolescentes la periodontosis se encuentra más a menudo. Estos pacientes se presentan con uno o más dientes anteriores migrados o el aflojamiento de molares. Las radiografías ya revelan una marcada destrucción del reborde alveolar, y puede suponerse con muchos fundamentos que el proceso patológico puede datar de una época anterior. La historia clínica y un cuidadoso examen médico corroborado por pruebas de laboratorio no revelan causas generales.

No se encuentran bolsas profundas y formación de pus en la pubertad porque son un fenómeno tardío. Su frecuencia aumenta en adolescentes mayores.

Thoma dice que la periodontosis "es tenida generalmente como una enfermedad de la madurez... Un gran número de casos se encuentran de los catorce a los veinticinco años de edad; sin embargo, hemos aprendido a reconocer esta enfermedad."

Weinmann y Orban comunican casos en que la periodontosis con formación de bolsa se presenta a una edad que pertenece aún a la niñez. Estos casos, de acuerdo a sus observaciones, ocurren casi exclusivamente en niñas durante o al iniciarse la pubertad.

Nespoulous observó en el consultorio dental Eastman, en París, casos de piorrea alveolar en pacientes de catorce años o más; es decir, después que ha tenido lugar el desarrollo de las glándulas sexuales.

El aspecto histopatológico de la periodontosis en los jóvenes no es más claro que en los adultos. Estando pendientes ulteriores estudios en este sentido, puede decirse que el aspecto patológico sigue un curso paralelo en todas las edades.

De acuerdo a Box, se trata de una pericementitis fibrosa; es entonces primariamente una lesión inflamatoria.

Orban y Weinmann, por otra parte, expresan la opinión de que en su estado inicial es primariamente un proceso no inflamatorio, tratándose de una degeneración de las fibras del periodonto.

Gottlieb también lo considera como un proceso no inflamatorio, pero atribuye la responsabilidad de este estado a un trastorno de la actividad cementoblástica (cementopatía) seguido por una cesación de la formación de cemento, con el subsiguiente desprendimiento de las fibras periodónticas y reabsorción del hueso alveolar.

Thoma cree que la lesión primaria es una reabsorción del hueso alveolar, ya sea por reabsorción lacunar o vacular, u osteolitis.

Las causas de los cambios atróficos, degenerativos y regresivos de las estructuras periodontales de los niños son en la mayoría de los casos tan oscuros como en el adulto. Se piensa que los factores intrínsecos son los responsables primarios de estos trastornos, pero deben tenerse en cuenta también los factores constitucionales. Son necesarios estudios ulteriores para determinar las causas, prevención y tratamiento de la periodontosis en los jóvenes. Esta necesidad es par-

ticularmente grande, en vista de las trágicas consecuencias de estos trastornos en una edad más avanzada.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

Se presenta sobre la base de observaciones y hallazgos personales una revista de las fases de la enfermedad periodontal en los niños. Se intenta demostrar que los tejidos periodontales, como el cuerpo en general, son más resistentes o más susceptibles a los diferentes tipos de enfermedad en las diversas edades, y que después de la pubertad los fenómenos de enfermedad en los tejidos periodontales se aproximan a los que se ven en los adultos.

Yo estoy de acuerdo con Mac Nidem, quien cree que las alteraciones en la constitución química de la célula pueden, en cierta medida, regular la susceptibilidad o resistencia a ciertos agentes externos o enfermedades. Estas alteraciones químicas dentro de las células en general y en las estructuras periodontales en particular, no han sido aún suficientemente investigadas. Puede haber, por lo tanto, una vía de aproximación histoquímica al problema de la enfermedad periodontal en el niño, así como el avance a través de las diferentes edades puede acercarnos a la solución de este problema, y con ello a la prevención de toda enfermedad periodontal.

Citando a Holt, "no hay campo más promisorio en medicina que la prevención de la enfermedad en la niñez".

Edward Klein

Otto R. Trautz

Harold → H. K. Addelston

Referencia J.A.D.A., VOL 43

DECEMBER 1951

PAG. 765

Una microcámara de difracción y la preparación de las muestras para el estudio de la estructura del diente Klein, Edward; Trautz, Otto R.; Addelston, H. K., and Fankuchen, I.: "Journal of Dental Research", 30, 3, p. 439 (1951).

Se describe una microcámara para los trabajos de rutina con secciones de tejidos. Esta cámara está caracterizada por una abertura capilar de 32 micrones y por el hecho de que la distancia entre el espécimen y la película es de no más de 0.05 mm. La preparación de las muestras sin decalcificar comprende el cortado de secciones de 0.1 mm. de espesor por medio de una sierra de diamante, y el triturado, a mano, a 0.05 mm., o aun menos. Se han notado en el difractograma del esmalte ciertas reflexiones que no habían sido previamente observadas. La fotomicrografía del espécimen, tal como se obtiene con la cámara, muestra con exactitud el lugar examinado radiográficamente y permite, asimismo, la correlación de la muestra y del difractograma.