

Atlas de Periodoncia

Examen Clínico y Diagnóstico Periodontal II. Textura y Consistencia Gingival

NORMAN OTALVARO RIOS*

Otálvaro R. Norman "Atlas de periodoncia, Textura y Consistencia Gingival", *Rev. Fac. Odont. Univ. Ant.*, 7 (1): 61-64, 1995.

Otálvaro R. Norman "Periodontics Atlas, Gingival Sttipping and consistence", *Rev. Fac. Odont. Univ. Ant.*, 7 (1): 61-64, 1995.

FOTO 1

Textura gingival en el paciente adulto

La superficie de la encía insertada, es generalmente punteada, con una superficie finamente lobulada, de pequeñas elevaciones y depresiones. Esta textura incluye a la papila interdental en su porción central, ya que sus bordes marginales son lisos. Esta característica se observa mejor cuando se seca la encía.

En los adultos existe una variación considerable en el grado de punteado, aún en la ausencia de enfermedad periodontal. La forma y extensión varía considerablemente de una persona a otra, así como en las diferentes regiones de la misma boca. La superficie puede variar de un ligero punteado, como un terciopelo, a uno acentuado, análogo al de una naranja.

Es más prominente en las superficies bucales y en los dientes anteriores que en las linguales y en los posteriores, pudiendo faltar en algunos pacientes.

Desde el punto de vista microscópico, el punteado se debe a las protuberancias y a las depresiones redondeadas y alternadas de la lámina basal, correspondientes a las papilas dérmicas y a los clavos epiteliales. Este complejo hístico está cubierto por un epitelio plano estratificado. Otro aspecto morfológico importante, que tiene relación con el punteado, son las fibras colágenas, que en haces van de la papila dérmica al hueso subyacente, donde al penetrarlo, reciben el nombre de fibras de Sharpey y las cuales dan firmeza a la encía.

El punteado y el grado de queratinización de la encía están relacionados y son considerados generalmente, como un mecanismo de protección adaptativa a la especialización o un refuerzo a la función, a través de su epitelio oral.

Al microscopio electrónico de barrido se puede observar una variación considerable, en la forma relativamente constante, que a bajo aumento se ve como

una superficie ondulada, interrumpida por unas depresiones irregulares de aproximadamente 50 micrones de diámetro. A mayor aumento se observan microdepresiones en las células. La diferencia básica entre el punteado en terciopelo y el de cáscara de naranja, está dado por el diámetro, la altura y la morfología de los retepegs.

El punteado es una característica de la encía sana y con frecuencia, su pérdida o reducción, se interpreta como un signo de enfermedad gingival. Cuando la encía retoma su estado de salud, a través del tratamiento, el punteado reaparece.

FOTO 2

Textura gingival en el niño

El punteado gingival varía con la edad. En los niños comienza a aparecer cuando se acercan a los 5 años. La ausencia o ligera manifestación de esta característica gingival clínica en la infancia, se debe a que las papilas dérmicas y los clavos epiteliales, de los retepegs, son cortos, aplanados e inmaduros.

FOTO 3

Textura gingival en el paciente senil

En la senectud, el punteado gingival puede disminuir considerablemente o hacerse más marcado, debido a la atrofia que sufre el epitelio oral o a la fibrosis exagerada, que el corion puede presentar.

Durante el reconocimiento de la cavidad oral y en especial de los tejidos periodontales, se emplean diferentes ayudas diagnósticas. Con relación al color, forma y arquitectura (Revista Facultad de Odontología, U. de A., Vol. 6 Nros. 1 y 2), así como a la textura, la inspección constituye el principal método de examen. Durante ésta se realiza una observación general y después una más detallada de la encía, con lo cual se obtiene una importante información sobre el estado de salud o enfermedad de estos tejidos. Para conocer el diagnóstico definitivo, debemos apo-

yarnos en otros exámenes, como el radiográfico y la exploración del surco y/o la bolsa periodontal.

FOTO 4

Textura de la encía con enfermedad:

La pérdida del punteado en "cáscara de naranja" normal, produce una superficie lisa y brillante. Esta es debida principalmente al estiramiento del epitelio por el edema o a una cicatriz tisular subyacente.

Aunque la presencia de punteado es utilizada como un signo de salud gingival, es menos significativo que el color y la arquitectura gingival, debido a que está más relacionado con los tejidos superficiales y no necesariamente con el estado de las partes más profundas, ya que a medida que la lesión avanza en sentido apical, la reacción inflamatoria de la parte coronal disminuye, dando la apariencia de un tejido sano.

FOTOS 5 Y 6:

Consistencia gingival en salud y en enfermedad:

En salud la encía insertada y la libre marginal e interdental, son firmes, densas y resilentes, con una unión fuerte al hueso alveolar y a los dientes, excepto en la encía marginal y bordes de las papilas, las cuales en normalidad se mantienen unidas íntimamente al diente, merced al tono vascular y al plejo fibrilar gingival.

Este examen se realiza a través de la palpación digital por medio de la cual el operador puede "sentir" el contorno del hueso y de las raíces subyacentes, apreciando la resistencia de la encía interpuesta. Así mismo es posible conocer el grado de punteado y de queratinización de la encía.

La palpación realizada mediante una presión ligera, con una sonda u otro instrumento romo (foto #5) está íntimamente relacionada con alteraciones en la forma y sirve para descubrir edemas, fobeadas, fluctuaciones, induraciones y friabilidad de los tejidos.

Los tejidos gingivales que pierden su resiliencia normal, se palpan blandos y esponjosos, formando huecos al efectuar una presión ligera, como se observa en la foto # 6. Este fenómeno está asociado con la acumulación de fluido intercelular en la mucosa y submucosa, como un resultado de la permeabilidad capilar aumentada y de la obstrucción del retorno venoso o linfático, producido principalmente por la inflamación. También puede tener un origen mecánico, alérgico o tumoral.

La fluctuación puede asociarse con el edema intra e intercelular y es frecuente en el absceso periodontal, así como en las bolsas y en las vesículas. La diferencia básica entre las anteriores, está dada por la naturaleza del fluido presente. Mientras las últimas tienen una cubierta delgada que se puede romper fácilmente, el primero presenta un material purulento serosanguíneo.

Los aumentos gingivales fibrosos crónicos se caracterizan por una consistencia firme, dura y "de cuero". Estos también se presentan en la fibromatosis gingival y en las neoplasias, mientras que las exostosis exhiben lesiones nodulares, lisas y firmes.

Existe un buen número de patologías periodontales, que son manifestaciones de trastornos sistémicos, los cuales modifican o amplifican la respuesta gingival a los irritantes locales. Estos alteran los parámetros normales de salud oral y específicamente los periodontales, con relación al color, forma y consistencia. Como ejemplos de éstos discutiremos la gingivitis del embarazo, dentro de los trastornos hormonales y la leucemia, como discrasia sanguínea.

FOTO 7

Alteraciones por compromisos sistémicos Gingivitis del embarazo:

Se presenta durante el período de gestación y en ella la encía se torna edematosa, roja oscura o magenta, brillante, aumentada con ulceraciones y pseudomembranas superficiales, pudiendo sangrar fácilmente. También se puede aumentar la profundidad de las bolsas y el nivel de inserción.

Afecta principalmente las áreas interproximales, produciendo aumentos marcados con una superficie en mora. Esta masa tumoral ha recibido los nombres de tumor del embarazo, émpulis gravidarium y granuloma del embarazo. Este último término, es el más aceptado, por ser histológicamente parecido al granuloma piógeno. Se presenta en cerca del 5% de las embarazadas, preferencialmente en vestibular de los dientes anteriores superiores, y rara vez es mayor de 2 cms., pudiendo ser sésil o pedunculada, generalmente no duele y el color va del rojo-púrpura al azul claro, dependiendo de la vascularización y el grado de éxtasis venoso de la lesión. La superficie puede estar ulcerada y cubierta por una pseudomembrana.

El uso de anticonceptivos orales, también puede producir una respuesta gingival clínica parecida a la de la gingivitis del embarazo.

El cuadro histopatológico de ambas entidades, nos muestra una inflamación proliferativa, vascularizada, inespecífica con edema e infiltrado celular inflamatorio leucocitario marcado con abundantes capilares congestionados.

El epitelio y el conectivo pueden mostrar áreas de degeneración. Los anteriores cambios nos explican las alteraciones en el color, la arquitectura y la consistencia de los tejidos.

Con relación a su etiología, además de la placa bacteriana, hay dos compromisos hormonales significativos. En el primer trimestre, hay aumento de las gonadotropinas y en el tercero, del estrógeno y la progesterona.

La mayoría de las lesiones descritas desaparecen por un corto tiempo después del alumbramiento o de

suprimir la droga, requiriéndose en algunas ocasiones, la excisión quirúrgica de los aumentos gingivales.

FOTO 8

Leucemia

Es una neoplasia maligna de los órganos hematopoyéticos, que ocasiona alteraciones en la médula. Pueden ser: linfocíticas o mielocíticas, subdividiéndose a su vez en agudas, subagudas y crónicas.

Las molestias que ocasiona al paciente, se deben a la severidad de la deficiencia de leucocitos, eritrocitos y plaquetas, a los efectos colaterales de los fármacos empleados contra la enfermedad y con relación a la encía, a la infiltración de ésta, por células leucémicas. La mayoría de las formas de leucemia, principalmente las agudas, presentan manifestaciones orales, en porcentajes del 80%. En la encía se presentan en cerca del 4.0% de los casos, afectando con más frecuencia las papilas interdentes, las cuales se aumentan significativamente, tornándose edematosas, cianóticas y de un color rojo-azulado. El grado de compromiso inflamatorio es variado. La superficie interior de la encía puede ulcerarse y a veces se presenta necrosis y formación de pseudomembranas.

El cuadro histopatológico nos revela el tejido marginal con un infiltrado inflamatorio crónico denso y difuso, con edema y degeneración presentes, así como, células plasmáticas y linfoides inmaduras dispersas, lo que cambia el cuadro de la encía con relación a su textura, que pasa a lisa y brillante, así como en su consistencia, que se torna depresible y blanda, formando fobas o huellas a la presión.

Las células leucémicas van desplazando paulatinamente los componentes normales del tejido conectivo, acumulándose en mayor cantidad en la capa reticular y menos en la papilar. Los vasos sanguíneos se encuentran distendidos y con pocos glóbulos rojos. El epitelio puede presentarse hiperplásico o adelgazado, con edema intra e intercelular y en ocasiones presenta degeneración, con disminución de la queratina.

En las leucemias agudas y subagudas pueden estar comprometidos el ligamento periodontal y el hueso alveolar.

FOTOS 9 Y 10:

Cambios en la textura y consistencia gingival después de un tratamiento periodontal adecuado

Como hemos tenido oportunidad de describirlo anteriormente, con la enfermedad periodontal se producen cambios en la encía, a nivel histológico. En el caso de los signos clínicos tratados en este artículo, la textura y la consistencia, se manifiestan con la pérdida del punteado y la resiliencia normales de los tejidos.

Con el tratamiento periodontal adecuado de cualquier tipo, que asegure básicamente el control de la

placa bacteriana, se le devuelven a los tejidos las características o parámetros de normalidad, no sólo los descritos en este artículo sino incluidos los demás, a saber:

- Color: rosado pálido, pudiendo presentar melanososis racial
- Forma-arquitectura: la encía libre llena los espacios proximales y sigue el cuello de los dientes, terminando en "filo de navaja".
- Textura: punteado en cáscara de naranja
- Consistencia: firme y resilente.

BIBLIOGRAFIA

- Carranza F.A. (ed) Glickman's Clinical Periodontology Ed. VII. 1990. W.B. Saunders. Philadelphia.
- Coleman G.C. and Nelson J.F. Principles of oral diagnosis 1993. Mosby. St. Louis.
- Cotran R.S. Komar V. Robbins S.L. Robbins Patología estructural y funcional. Ed. IV. Vol. 1. 1990. Ed. Interamericana-Mcgraw-Hill. Madrid.
- Genco R.J. Goldman H.M. Cohen D.W. Contemporary Periodontics. Ed. VI. 1990. The C.V. Mosby Co. St. Louis.
- Giunta J.L. Oral Pathology. Ed. III. 1989. B.C. Decker. Toronto.
- Hall W. B. Pure mucogingival problems. 1984. Quintessence. Chicago.
- Hurt C.H. Periodontal diagnosis. J. Periodont. 48: 533. 1977.
- Kerr D.A. Ash M.M. Millard H.D. Oral Diagnosis 1978. The C.V. Mosby Co. St. Louis.
- Little J.W. and Falace D.A. Dental management of the medically compromised patient. 3a. ed. 1988. The C.V. Mosby Co. St. Louis.
- Malamed S.F. Urgencias médicas en la consulta de odontología 4a. ed. 1994. Mosby/Doyma. Madrid.
- Patton L.L. and Ship J.A. Treatment of patients with bleeding disorders Dent. C.L. of N.A., 38 (3):465. 1994.
- Ramfjord S.P. Ash M.M. Periodontology and Periodontics. 1989. Ishiyako Euroamerica Inc. St. Louis.
- Schluger S. Youdelis R. Page R.C. Johnson R.H. Periodontal diseases. Ed. II. 1990. Lea & Febiger. Philadelphia.
- Schully C. and Cawson R.A. Medical problems in dentistry. 1982. Wright PSG. Bristol.
- Shafer W.G. Hinne M.K. and Levy B.M. A textbook of oral pathology. Ed. IV. 1983. W.B. Saunders. Philadelphia.
- Schwartz M. Lamster I.B. and Fine J.B. Clinical guide to periodontics 1995. W.B. Saunders Co. Philadelphia.
- Tullman M.J. and Redding S.W. Systemic disease in dental treatment. 1982. Appleton-Century-Crofts. New York.
- Wood N.K. and Goaz P.W. Differential diagnosis of oral lesions Ed. III. 1985. The C.V. Mosby. St. Louis.

FOTO
No. 1



FOTO
No. 2

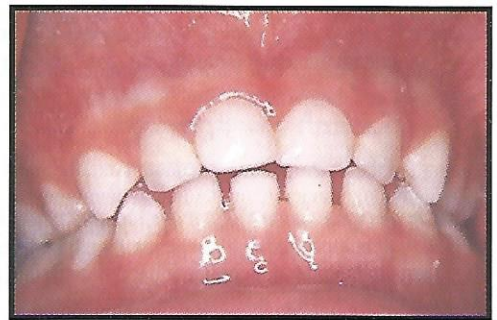


FOTO
No. 3



FOTO
No. 4



FOTO
No. 5

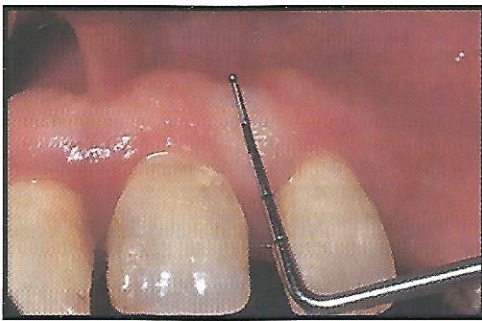


FOTO
No. 6



FOTO
No. 7



FOTO
No. 8



FOTO
No. 9



FOTO
No. 10

