

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"MANIFESTACIONES CLINICAS ORALES DE

TRASTORNOS HORMONALES"

TESIS

PRESENTADA POR

RENATO CABRERA

COMO PREVIO ACTO PARA OBTENER EL TITULO DE

DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL

DICIEMBRE

1964

San Salvador, El Salvador, Centro América.-



T
672.405
C117m
1964
F.O
5:3

7258

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10123730

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.-

RECTOR:

Dr. Fabio Castillo Figueroa

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Mario Flores Macal

~~SECRETARIO GENERAL~~

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANC INTERINO:

Dra. María Lidia de Linck

SECRETARIO:

Dr. Francisco A. Gamboa.-

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

J U R A D O S

PRIMER EXAMEN GENERAL PRIVADO DE DOCTORAMIENTO

Presidente	Dr. J. Benjamín Zavaleta
Primer Vocal	" Julio Eduardo Méndez
Segundo Vocal	" Ricardo Acevedo

SEGUNDO EXAMEN GENERAL PRIVADO DE DOCTORAMIENTO

Presidente	Dr. Renato A. Matamoros
Primer Vocal	" Antonio Hasbún Zamora
Segundo Vocal	" Humberto Alvarenga

EXAMEN PUBLICO DE DOCTORAMIENTO

Presidente	Dr. Julio Eduardo Méndez
Primer Vocal	" Mario Amaya Díaz
Segundo Vocal	" Ricardo Acevedo

DEDICATORIA.

A mis Padres

A mis hermanos

A mis amigos, especialmente a

Mario Dagoberto Gutiérrez Arias.-

San Salvador, 12 de Noviembre de 1964.-

Señor Decano de la
Facultad de Odontología
Dr. Edmundo Vides Lemus,
P R E S E N T E.-

Señor Decano:

Los infrascritos Miembros del Jurado de Tesis presentada por el Bachiller Renato Cabrera, constituídos a las nueve horas - del día doce de Noviembre de mil novecientos sesenta y cuatro, en el - Decanato de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, después de haber estudiado separadamente el trabajo presentado con el - título de "MANIFESTACIONES CLINICAS ORALES DE TRANSTORNOS HORMONALES" y discutido conjuntamente; resuelven: aprobarla por llenar todos los requisitos necesarios para ser aceptada.-

Dr. Julio Eduardo Méndez,
Presidente.-

Dr. Mario Amaya Díaz,
Primer Vocal.

Dr. Ricardo Acevedo,
Segundo Vocal.

I N T R O D U C C I O N

Me he sentido inducido a abordar este tema, no solo por tratarse de condiciones especiales dentro del ciclo de vida de las personas, si no por la íntima relación que existe, comprobado en este trabajo, entre las condiciones sistémicas y su repercusión bucal.

Considero que, con base en la revisión bibliográfica y a través de los exámenes efectuados, el tema amerita un estudio de mayor alcance y es por eso que uno de los objetivos de este trabajo, es despertar el interés y el ánimo de profundizar estudios que nos lleven a conclusiones veraces y de beneficio a la comunidad.

Como en esta ocasión me refiero más que todo a manifestaciones - clínicas orales de trastornos hormonales como: pubertad, menstruación, embarazo y menopausia, he creído conveniente incluir los conceptos de gingivitis y periodontitis, pues es el parodonto (aparato de sostén del diente) el principalmente afectado.

Siendo el número de pacientes que presentan este tipo de manifes taciones sumamente elevado, y en vista de la importancia que tiene para la salud general del paciente el debido control de ellos, tengo que hacer énfasis en el entrenamiento del Odontólogo en los procedimientos de diagnóstico, que incluyan conocimientos básicos generales y buena apreciación clínica. Es una responsabilidad de él, velar por la salud de - sus pacientes, con el debido control y prevención, o a través de un pro nóstico y tratamiento adecuado.

El desarrollo del trabajo comprende: revisión bibliográfica, la - cual se detalla al final, presentación de casos, y datos estadísticos -

de un estudio de pacientes pre-natales, hecho en el Hospital de Maternidad.

Con esto, espero haber despertado una inquietud que nos pueda - llevar a tratar las condiciones de éstos pacientes.

Todo lo que se haga por la salud oral, se estará haciendo por la salud del paciente como unidad biológica y como integrante de una sociedad.

Quiero agradecer al Director del Hospital de Maternidad y personal de enfermería del mismo, por la fina colaboración que me prestaron, lo mismo que a mis asesores en el presente trabajo.

Creo que sin ellos no hubiera sido posible llevarlo a feliz término.

LA RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO VA MAS ALLA DEL CUIDADO DE LA DENTADURA, EXTRACCION DE PIEZAS DENTARIAS Y APLICACION DE PROTESIS.- EL ODONTOLOGO DEBE CONOCER LAS RELACIONES DEL ORGANO BUCAL Y SU CONTENIDO CON EL RESTO DEL ORGANISMO A FIN DE PODER DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES GENERALES QUE SE MANIFIESTAN INICIALMENTE EN LA BOCA.-

CONCEPTOS DE GINGIVITIS Y PERIODONTITIS (1) (2)

Gingivitis: En su forma más sencilla, el término gingivitis indica inflamación de la encía, y como aún la inflamación gingival en si puede tener diversidad de características clínicas, se usan adjetivos apropiados para describir cada caso en particular y así tenemos que puede llamarse: a) crónica, b) aguda, c) crónica papilar, d) necrosante, e) fibrótica, f) descamativa, g) ulcerosa, h) vesicular.

Cuando se da el caso de que la gingivitis se acompañe de trastornos conocidos sean locales o generalizados, se designan con nombre o nombres adecuados; como embarazo, pubertad, menopausia, por dilantina, avitaminosis, tuberculosis, etc.

En la encía normal puede existir siempre una leve reacción inflamatoria crónica, y esto se debe a que las bacterias siempre presentes en la cavidad bucal, están en contacto con el intersticio gingival.

Las bacterias y toxinas bacterianas provocan una reacción inflamatoria del tejido conjuntivo como mecanismo de defensa.

En la gingivitis como en cualquier otro tipo de inflamación corporal, siempre existen los signos clásicos, tales como: rubor, tumor, calor, trastornos funcionales y ocasionalmente dolor. Todos estos sínto-
mas acompañados de un examen sistemático cuidadosamente ordenado nos -
pueden llevar a clasificar la enfermedad en cualquiera de sus variaciones antes mencionadas. El examen incluye: (3)

- 1.- Síntomas
- 2.- Historia médica: general y bucal.
- 3.- Estimación del estado actual de salud.

4.- Examen clínico oral que comprende: mucosa bucal, encía, dientes y oclusión.

5.- Examen radiográfico.

PERIODONTITIS. Es el término empleado para designar la inflamación del periodoncio, los tejidos afectados ya no son solamente encía sino que implica todo el aparato de sosten del diente.

Se cree que la periodontitis, es una gingivitis en estado muy avanzado, la cual en el curso de su desarrollo no tuvo ningún tratamiento. Esta enfermedad tiene como factores etiológicos, agentes irritativo-locales, pero puede agravarse si interviene enfermedades generales como disturbios endócrinos, deficiencias nutricionales y otros factores.

Su localización puede estar limitada a un solo diente o grupo de dientes o bien constituir un proceso generalizado a toda la boca.

El aparato de sosten del diente es destruido por el proceso inflamatorio, que se extiende desde la encía hacia el hueso alveolar y la membrana periodontal, ocasionando así la destrucción de estos tejidos.

Se puede diagnosticar una periodontitis cuando existen pruebas clínicas y roentgenográficas de que los tejidos subyacentes al diente están alterados.

Los signos clínicos característicos en una periodontitis no tratada son: alteración de la encía, morfología e histología, formación de bolsas, generalmente aunque no siempre supuración, pérdida de hueso, movilidad dentaria, migración patológica y finalmente pérdida del diente. La migración patológica aparece en las últimas etapas de la enfermedad. Exámenes de laboratorio muestran que el exudado purulento se com

pone de: mucina, bacterias, células epiteliales descamadas, leucocitos y otros elementos sanguíneos en diferentes períodos de descomposición.

MANIFESTACIONES BUCALES DE DISTURBIOS ENDOCRINOS

El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se presentan dentro de la cavidad oral, el conocimiento de las funciones de las glándulas endócrinas y la relación existente entre estas funciones y los tejidos blandos de la boca puede resultar de mucha utilidad y en ciertos casos puede ser decisivo.

Cierto es que el diagnóstico de anomalías endócrinas en la boca se dificulta y a veces es imposible de realizar sin la ayuda del laboratorio, pero un examen detenido y la valoración de la apariencia de los tejidos orales, pueden dar al observador astuto indicaciones de anomalías existentes o pasadas; leves o severas. Por ejemplo puede notarse la pigmentación de deficiencias corticosuprarrenales, los cambios característicos de deficiencias del tiroides y muchas otras condiciones más.

El dentista puede ser el primer observador de cualquier enfermedad y puede prevenir a su paciente o manifestarle a su médico sus sospechas sobre tal aspecto y su intervención puede iniciar las comprobaciones necesarias para el tratamiento indicado en las primeras etapas de la afección, cuando el pronóstico aún es favorable.

Aún cuando muchas afecciones vistas en la boca denotan claramente disturbios endócrinos, la mayoría de los casos que se presentan al dentista provienen de: anomalías de desarrollo, deficiencias alimenticias, enfermedad debida a trauma o por malas costumbres personales o defectos

mecánicos. Para poder establecer un diagnóstico diferencial entre lo que es y no es un disturbio endócrino se necesita un análisis detenido de la historia médica, síntomas, indicios y aspecto general del caso en estudio; pero por experiencia puede sospecharse muchos casos de disfunción endócrina sin mucho trabajo ni examen físico. (4)

Muchas endocrinopatías pueden tratarse con éxito, pero el reconocimiento de estos factores no siempre se traduce en procedimientos terapéuticos.

OBSERVACIONES CLINICAS DEL METABOLISMO DEL TEJIDO ORAL MODIFICADO POR FACTORES LOCALES INTRA-ORALES (5)

Existe una variedad de influencias intraorales capaces de originar las reacciones complejas de los cambios en el metabolismo del tejido oral.

El cuadro es adicionalmente complicado por factores sistémicos que pueden afectar el metabolismo de los tejidos orales.

Podemos afirmar que el efecto combinado de los factores etiológicos locales y sistémicos, son responsables de las alteraciones en el metabolismo de dichos tejidos.

(Person 1955) Mencionó que era sumamente difícil de analizar la parte proporcional de cada factor responsable, para observar la evidencia de la enfermedad. Esto es debido en parte a la poca información que se refiere a enfermedades sistémicas y en parte a la escases de datos referentes a las interacciones de los factores locales y sistémicos.

Desórdenes Endocrinos.

Usualmente una endocrinopatía no es una entidad patológica definida,

porque puede referirse a varios órganos, Algunos de los procesos químicos fundamentales, modificados por acción hormonal pueden ser comunes a muchos tejidos del cuerpo. Ya que la última manifestación de la secreción hormonal desordenada esta reflejada en anormalidades de la función celular; siendo esto posible por fallas en los mecanismos o constitución esencial de la célula o por anormalidades genéticas o estructurales de la misma, simulando así endocrinopatías.

Las enfermedades endocrinológicas ofrecen un desafío al dentista y al médico por que combinan signos específicos con cambios metabólicos y hormonales. En los últimos análisis, el diagnóstico de la enfermedad endocrina es hecho por combinación de la experiencia clínica con la evaluación de la prueba del laboratorio, porque solamente una, es insuficiente para una apreciación adecuada del paciente.

Las lesiones gingivales en mujeres jóvenes después de la pubertad han sido descritas (Zisking y Silver 1943). Se han encontrado varios grados de agrandamiento gingival los cuales oscilan desde el tejido firme y compacto hasta el decolorado, retraído, edematoso e hiperplástico.

Exámenes del laboratorio a menudo indican un promedio metabólico basal bajo (20 a 40 % abajo de lo normal) y un elevado del suero colesterol (300 a 700 mg/100 ml.)

La influencia de menstruaciones deficientes es difícil de evaluar.

La incidencia de cambios gingivales durante la preñez varían según los reportes, al agrandamiento gingival en la preñez puede aparecer como una hiperplasia generalizada, caracterizada por colaración, retracción, sangramiento y superficie aframbuesada (Ziskin)

Aunque los cambios gingivales atribuidos a la preñez son usualmente solo acentuaciones de un proceso inflamatorio anterior, en ocasiones son encontrados en una persona que no ha mostrado alteración gingival notable antes de su estado grávido y un agrandamiento gingival puede ser apreciado en un área enteramente libre de irritación local. Las papilas interdetales son bulbosas simulando una tumoración con aspecto de masa. El cuadro clínico cambia a medida que la preñez progresa entre el 7 y 8 mes.

Proliferaciones microscópicas endoteliales con formación capilar a asociada con cambios inflamatorios constituyen el principal factor; este cambio vascular se toma en cuenta para el cuadro clínico (Maier y Orban) Una espontánea reducción en tamaño de la hiperplasia gingival a menudo se presenta a la terminación de la preñez y en algunos casos leves una completa remisión es experimentada o es observada. Sin embargo una lesión inflamatorio residual persiste y debe ser tratada.

Los tejidos orales reflejan la desigualdad hormonal en el climaterio femenino. En esta ocasión es frecuente el ardor de la boca y la sensación de quemadura y sequedad de la mucosa oral. La mucosa de la mejilla a veces tiene una apariencia lechosa y unas manchas irregulares - blanco grisáceas que pueden ser confundidas con leucoplasia. La cubierta queratinizada protectora de éstos tejidos ha disminuido. La inflamación gingival localizada en la encía libre y adherida y la característica coloración roja son frecuentes.

También se han observado los cambios gingivales descritos como gingivales descritos como gingivitis crónica descamativa, en la cual las le

sires están caracterizadas por inflamación difusa de la encía; en ellas el epitelio tiende a descamarse. Algunas veces la inflamación vesicular precede al proceso descamativo.

TRASTORNOS HORMONALES (I) (4)

PUBERTAD:

El ser humano durante su vida pasa por diferentes etapas; la que se presenta primero y es de mucha importancia por lo que representa - aún en la persona misma que la padece es la pubertad; que se define - como el período de transición de la niñez a la madurez. Los caracteres del niño se pierden por completo y aparecen los caracteres sexuales se cu da ri os. Este período de transición suele ir acompañado de dese quili brio en dó crino e inestabilidad del metabolismo. El tiroides aumenta de tamaño por lo cual hay aumento de su secreción en particular en las ni ñas. El metabolismo del calcio y fósforo es inestable en la época de la pu ber tal, lo cual puede determinar una osteoporosis fisiológica en los ni ños, dando origen a alteraciones raquílicas definidas. Es muy im por tan te el control de la dieta durante la pubertad, especialmente en lo que re sp e ct a al calcio, pues durante todo este tiempo es necesario que exis ta un consumo adecuado.

En esta época de la vida el cuerpo humano se vuelve muy susceptible a las enfermedades tal vez porque la reacción a las mismas este impedida por el aumento de exigencias del crecimiento. Es de notar el aumento - brusco de las infecciones y en particular en lo que respecta a la cavi- dad bu cal, hay tendencia a aumento de caries y enfermedades periodonta- les.

ASPECTO DE LA ENCIA EN LA PUBERTAD

La disminución de la resistencia a las infecciones en la cavidad oral durante la pubertad se manifiesta claramente, pues se puede observar que cualquier agente irritante local por leve que sea durante este período, provoca una respuesta exagerada de los tejidos.

La acumulación de restos alimenticios y otros irritantes locales producen una inflamación acentuada con diversos grados de coloración roja y agrandamiento gingival.

En la región anterior de la boca, los irritantes locales, complicados por las desarmonías oclusales de un entrecruzamiento pronunciado tienden a producir alteraciones graves. Igual sucede a pacientes con hábito de respirar bucalmente, si a esto se agrega una mala higiene y los disturbios hormonales durante la pubertad, las alteraciones gingivales resultan muy complicadas.

Cuando el individuo se acerca a la edad adulta estas alteraciones gingivales de la pubertad tienden a desaparecer.

Existe además el peligro de pasar desapercibido una alteración de este tipo, lo cual trae como consecuencia que el tejido afectado nunca vuelve a su estado normal; la reacción de la encía al irritante local que al principio fué muy marcada, disminuye en intensidad y entonces la alteración se convierte en una gingivitis crónica.

Muchos trastornos gingivales se identifican durante la pubertad; pero hay que tomar muy en cuenta que no todos los pacientes presentan alteraciones clínicas notables durante este período.

Factores causales (según Krasnow, Becks, Wainwright) que pueden -

contribuir a la gran frecuencia de gingivitis generalizada en la época de la pubertad (4)

- 1.- Aumento brusco de las hormonas gonadales que determinan un desequilibrio de las funciones de las glándulas endocrinas y la inestabilidad del metabolismo (En particular del Ca y P).
- 2.- El brusco aumento de la presión arterial.
- 3.- Las modificaciones del sistema capilar debidas al aumento del área corporal.
- 4.- Las perturbaciones psíquicas y afectivas.
- 5.- Las deficiencias de la nutrición, en particular en las niñas que restringen su dieta con fines de adelgazamiento. En esta edad se necesita una ingestión abundante de alimentos a fin de satisfacer los requerimientos notablemente aumentados del crecimiento y desarrollo.
- 6.- El descuido de la higiene bucal.
- 7.- La acumulación de sarro.
- 8.- Las posibles alteraciones de la composición química de la saliva. Existen además otros factores desconocidos que desempeñan así mismo un papel en la etiología de las perturbaciones gingivales durante la pubertad.

ENCEFALO Y PUBERTAD. NORMAS DE TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

La acción de los irritantes locales durante la pubertad esta íntimamente relacionada con las alteraciones gingivales, por lo cual resulta muy importante establecer una buena fisioterapia bucal con el fin de eliminar todos los irritantes locales y mantener en esta forma la -

salud oral. Lo difícil en el tratamiento es mantener la encía completamente limpia, libre de todo resto alimenticio y suciedades que puedan irritarla; un paso muy importante es la instrucción que se da al paciente de la fisioterapia casera, hacerle ver que cualquier descuido suyo empeorará la situación, y que no debe dejar de visitar a su dentista - pues los exámenes frecuentes son necesarios; por otra parte el profesional debe hacerlo practicar constantemente su técnica fisioterapéutica.

El cuadro clínico mejora notablemente cuando el paciente se acerca a la adultez, se puede ver muy claro que las respuestas exageradas a irritaciones leves, disminuyen.

TRATAMIENTO DE ALTERACIONES GINGIVALES RELACIONADAS CON EL CICLO MENS- TRUAL

Todas las alteraciones que se presentan en la encía durante la pubertad son alteraciones gingivales menores tales como: encías sangrantes sensación de hinchazón o congestión de sangre.

La eliminación de los factores locales y el mantenimiento de una buena fisioterapia oral (masaje de las encías) corrige dichas alteraciones, eliminando así el congestiónamiento vascular relacionado con la inflamación.

Un examen minucioso y una buena historia clínica nos puede indicar si existe relación entre el ciclo menstrual y los trastornos gingivales, lo cual es muy importante para el tratamiento a seguir, pues se puede relacionar igualmente terapia sistémica y local.

Todo trastorno gingival relacionado con el ciclo menstrual, debe tratarse con sumo cuidado, pues las intervenciones quirúrgicas como -

gingivectomías y curetajes periodontales extensos pueden complicarse y producir hemorragias gingivales intensas.

Se han obtenido resultados favorables con el uso de sistémicos de estrógenos y hormonas anterohipofisarias como coadyudante al tratamiento local.

Es responsabilidad del dentista practicar un buen tratamiento local y saber reconocer la naturaleza del caso que se presenta, para la remisión de su paciente al endocrinólogo cuando haya mérito ya que a este - corresponde la terapia sistémica consistente en la administración hormonal.

EMBARAZO

Desde el punto de vista de salud oral, en la mujer es muy importante considerar el embarazo, estado al cual casi todas ellas llegan en - cierta fase de su vida.

Experiencias clínicas y trabajos de algunos investigadores han demostrado la relación que existe entre las modificaciones endócrinas durante este período y los tejidos orales.

La susceptibilidad a los trastornos gingivales, es mucho más marcada durante el embarazo.

Ziskin, ha clasificado la gingivitis del embarazo en cuatro grupos:

- a) Hemorragias Marginales: Al ser traumatizada la encía con el cepillo de dientes, comida, etc. Aparece durante el embarazo, pero es una exageración de los síntomas presentes antes del mismo.
- b) Encías Frambuesadas: El tejido marginal alrededor de uno o varios dientes sobresale formando uno o más lobulillos de un característico color rojo frambuesa.

- c) Hiperplasia Generalizada: todo el tejido tiende a proliferar. Los dientes se separan, se aflojan y tienden a alargarse.
- d) Hiperplasia Localizada: (según Blum) tumores del embarazo. El aumento de tamaño gingival es notable alrededor de uno o dos dientes y produce un desplazamiento marcado, alargamiento, movilidad y pérdida del sosten óseo.

Algunos autores opinan que si no hay irritantes locales, la encía en el embarazo no presenta cambios clínicos notables. Sin embargo el efecto modificador del embarazo sobre la respuesta a la irritación local hace que el aspecto de la encía cambie notablemente de la mujer embarazada a la no embarazada. Algunos aspectos de la encía son de especial significado clínico. Las alteraciones gingivales pueden ser marginales o difusas; localizadas o generalizadas.

El margen gingival se torna notablemente inflamado, adematoso, brillante, algo friable y tiende a tomar un tono azulado; otras veces el margen presenta lesiones ulcerosas cubiertas con pseudomenbranas; puede estar tomada además la papila interdental. El color rojo intenso con aspecto de frambuesa que toma la encía durante el embarazo representa una respuesta extremadamente vascular a los depósitos de materia alba o bien a un ataque bacteriano superficial.

Todos estos cambios mencionados, constituyen en diversas combinaciones y grados, las características clínicas a que se refiere el término: Gingivitis del embarazo. El término ha sido muy discutido puesto que los cambios son iniciados por la irritación local, siendo el embarazo un factor modificado secundario. (1).

Pacientes que antes del embarazo presentan ligeras gingivitis, aparecen durante el mismo, como zonas adematosas o agrandadas complicadas con hemorragias exageradas.

Durante el embarazo la gestante debe seguir observando todas las medidas habituales de higiene oral, tales como el cepillado, dieta alimenticia adecuada, exámenes y tratamientos periódicos. Algunas, talvez por su mal estado general descuidan su salud oral, padeciendo las afecciones antes mencionadas.

El tratamiento dental durante esta época, es tan importante como en cualquier otra y se puede practicar sin ningún riesgo para el paciente; incluso las extracciones pueden llevarse a cabo, al menos que por un tratamiento especial el ginecólogo aconseje lo contrario.

TUMOR DEL EMBARAZO (6) (7)

Las tumefacciones localizadas de la encía (que incluye la hipertrofia e hiperplasia) en algunas gestantes adquieren un tamaño relativamente grande y entonces se les denomina tumores gravídicos o del embarazo. No son verdaderas neoplasias y tienen el mismo aspecto microscópico que los granulomas piógenos. Su frecuencia es mayor en las múltiples que en las primíparas. Estos tumores tienden a desaparecer por si solos después del embarazo, al menos que se desarrolle la fibrosis que impide la regresión. La biopsia presta una ayuda eficaz para establecer un diagnóstico diferencial entre este y otros tipos de tumores benignos y malignos que puedan presentarse dentro de la cavidad oral.

Otros aspectos importantes que pueden ser revelados por la biopsia gingival son: hiperplasia epitelial con papilas agrandadas y alguna

alteración en la queratinización, marcada vascularidad, infiltración celular inflamatoria y edema con cambios degenerativos secundarios en el epitelio (Hiperplasia Pseudo-Epiteliomatosa) y tejido conectivo.

Una regulación dietética correcta y un cuidado regular y prolijo de la boca contribuyen a aminorar y talvez a prevenir los trastornos dentarios, y gingivales durante el período del embarazo.

Tratamiento. Estos tumores deben tener un tratamiento conservador, pues generalmente desaparecen al terminar el estado grávido, algunas veces llegan a causar graves molestias al paciente y entonces puede estar indicada su extirpación empleando preferentemente para ello la cirugía. (6).

GINGIVOSTOMATITIS MENOPAUSICA

Bajo este término se describen todos los cambios de los tejidos blandos de la boca, cuando el paciente llega a la menopausia que se define como: (8) en la mujer: detención del funcionamiento de las glándulas genitales, a partir de los 45 o 50 años.

En el hombre las funciones gonádicas disminuyen a partir de los 50 años y pueden sobrevenir trastornos variados.

Es muy importante hacer notar que no todas las personas que llegan a este período, sufren estos cambios marcados de los tejidos orales pues muchas veces los cambios menopáusicos más precoces traen signos y síntomas leves, de lo cual se puede deducir que la gingivostomatitis menopáusica no es común.

Según Richman y Abarbanel, la mucosa gingival puede ser afectada por la disminución de la actividad ovárica de la menopausia que produce

una alteración patológica básica, responsable del cuadro.

El cuadro clínico que se presenta en la encía consiste en: disminución del rosado normal, sequedad y hemorragia gingival. Alteraciones semejantes se pueden presentar en toda la mucosa oral.

Pueden aparecer fisuras en el surco vestibular y el paciente se queja constantemente de sequedad y quemazón en toda la boca, con gran sensibilidad a los cambios térmicos y condimentos.

Se ha demostrado que existe semejanza en los cambios que se presentan en la mucosa oral con los cambios atróficos que aparecen en la mucosa vaginal.

Massler y Henry: describieron los siguientes síntomas orales relacionados con la menopausia:

- 1.- Sensación de quemadura en la lengua, superficie vestibular y pilares de las fauces.
- 2.- Gusto anormal, descrito como salado, picante o amargo.
- 3.- Alteraciones macroscópicas de la lengua, similares a la deficiencia de vitamina B.
- 4.- Eritema difuso de la mucosa oral, junto con una sensación dolorosa difusa de quemadura.
- 5.- Aftas antes y después de las menstruaciones, en las primeras etapas de la menopausis.
- 6.- Malestar o molestias al usar prótesis aún bien adaptadas.

Normalmente en los primeros días de la colocación de una dentadura completa, el tejido epitelial se adapta a la forma y reacciona con un engrosamiento del área incluida en el trabajo protésico, lo cual se con

sidera como un proceso fisiológico normal.

Algunos pacientes desdentados pueden presentar gingivostomatitis menopáusica, éstos pacientes difícilmente llegan a tolerar completamente bien las dentaduras. El epitelio se presenta atrófico y delgado, ofreciendo muy poca protección, de manera que la mucosa se lastima muy fácilmente. Un color rojo brillante característico de la mucosa subyacente delimita claramente el contorno de la dentadura.

Puede suceder que dentaduras muy bien ajustadas y en correcta relación funcional den molestias al paciente.

Los signos y síntomas de la gingivostomatitis menopausica son en cierto grado comparables a los de la gingivitis descamativa. La opinión prevalente es que ambos estados surgen de una atrofia oral, junto con una disminución de estrógenos o un trastorno en su utilización.

La menopausia no solo ocasiona fenómenos fisiológicos sino que además pueden acompañarla fenómenos psicológicos cuya duración varía de un tiempo relativamente corto. (dos años) a muchos años de duración.

No conviene sobrevalorar la menopausia o atribuirle ligeramente síntomas, porque de este modo se puede provocar una enfermedad psicosomática.

Las manifestaciones del síndrome menopáusico pueden ser evidentes en los tejidos gingivales modificados por los factores locales del área, que pueden estar presentes. El control de la condición solamente por terapia local, no es suficiente. (9).

PRESENTACION DE CASOS.-

Caso No. 1.-

Paciente: mujer

Edad: 18 años

Ocupación: Secretaria

Motivo Consulta: Inflamación y sangramiento de encías al cepillarse.

Historia: Durante los días de menstruación la inflamación y sangramiento empeora. Tratamiento por más de 2 años a consecuencia de Dismenorreas. Actualmente tratamiento por Amenorrea.- Además tratamientos profilácticos por lo menos cada año.

Hallazgos Clínicos:

Abundante sarro y cálculos. Coronas en incisivos antero-superiores mal adaptados. Sangramiento y supuración a la presión. Gingivitis papilar marginal generalizada.-

Caso No. 2.-

Paciente: mujer

Edad: 34 años

Ocupación: Oficios domésticos.

Embarazo: 8 meses. Primípara.

Historia: Sangramiento de las encías muy frecuente. Fisioterapia casera practicada con los dedos por su padecimiento.- Su condición bucal actualmente - ha empeorado.

Hallazgos Clínicos:

Gingivitis P.M.A. en ambas arcadas. Abundantes cálculos y materia alba, lo mismo que sangramiento por presión táctil.- Hiperplasia localizada a manera de tumoración entre canino y canino superiores.

Caso No. 3

Paciente: mujer

Edad: 25 años

Ocupación: vendedora

Embarazo: 3 meses. Multípara

Historia: Dolor y sangramiento de las encías cuando ingiere sus alimentos y practica su fisioterapia.

Hallazgos Clínicos:

Gingivitis P.M.A. en ambas arcadas. Cálculos, - sarro y sangramiento a la presión.- Hiperplasia localizada en zona de incisivos antero-superiores con aspecto tumoral.-

Caso No. 4.-

Paciente: mujer

Edad: 33 años

Ocupación: Oficios domésticos

Embarazo: 8 meses. Multípara

Historia: Un año de usar prótesis total sin sentir ninguna molestia. Actualmente ardor y dolor en el área protésica del maxilar superior.

Hallazgos Clínicos:

Engrosamiento del epitelio, agravado por presión protésica. Coloración roja intensa.

Caso No. 5.-

Paciente: mujer (9)

Edad: 61 años

Historia: Presentó muchos signos y síntomas característicos de la menopausia.-

Hallazgos Clínicos:

Tejidos gingivales rojo brillante, hiperplásticos y retraídos. Depósitos calcáreos duros.-

Tratamiento:

Se aplicó la terapia periodontal y hubo considerable regeneración de la encía. Sin embargo la coloración y el sangramiento no desaparecieron a pesar del cuidado casero que tuvo el paciente.- El tejido permaneció de alguna manera adematoso y continuaron los síntomas de la menopausia por lo cual se le aplicó Stilbestrol. (compuesto cristalino sintético de fórmula $C_{14}H_{12}O_2$).

La sensación de quemadura y otros síntomas desaparecieron y los tejidos gingivales se tomaron considerablemente más firmes y de color rosado.

Criterio del Examen Efectuado en el Hospital de Maternidad.

Los pacientes fueron examinados en la consulta de prenatales del Hospital. El examen oral se efectuó en silla corriente, con luz natural, utilizando para ello: espejo, explorador y pinza.

Se empleó una ficha colectiva usada en la siguiente forma:

Nombres	edad	ocu- pación	mes em ^l barazo	Arc. Sup. P. M A	Arc: Inf. P M A	cál- culos	Mat. alba	sangra miento	obser- vaciones

El tipo de gingivitis se clasificó según el índice P M A descrito por Hassler. Este índice permite la medición de las alte raciones localizadas en la encía, la cual fué dividida en tres - partes: P= papilar. M= marginal. A= adherida.

Pacientes que presentaron gingivitis, clasificados: según la edad; el tipo de gingivitis (índice PMA)

CUADRO #1 y localización en las arcadas dentarias.

Edad en años	No. de pacientes	Arcada Superior			Arcada Inferior			
		P	M	A	P	M	A.	
15	20	26	24	14	3	23	14	3
21	25	33	33	22	6	33	22	6
26	30	21	15	11	2	15	11	2
31	35	11	11	6	3	11	6	2
36	40	5	5	5		4	4	
TOTAL	96	88	58	14	86	58	13	

Pacientes que presentaron gingivitis, clasificados: según el mes de embarazo; el tipo de gingivitis (índice PMA) y localización en las arcadas dentarias.

CUADRO #2

Mes embarazo	No. pacientes	Arcada Superior			Arcada Inferior			
		P	M	A	P	M	A	
3	14	12	10	2	12	10	2	
3	6	37	19	3	36	19	5	
6	9	45	41	29	11	38	29	10
TOTAL	96	90	58	16	86	58	17	

Porcentaje de pacientes que presentaron gingivitis, según la edad, tipo de gingivitis (índice PMA) y localización en las arcadas dentarias.

CUADRO #3

Edad en años	Arcada Superior			Arcada Inferior		
	P	M	A	P	M	A
15 20	92.3%	53.8%	11.5%	88.4%	53.7%	11.5%
21 25	100%	66.6%	18.1%	100%	66.6%	18.1%
26 30	71.4%	52.3%	9.52%	71.4%	57.1%	9.52%
31 35	100%	54.5%	27.2%	100%	54.5%	18.1%
36 40	100%	100%		80%	80%	
T O T A L	91.6%	60.4%	14.5%	89.5%	60.4%	13.5%

Porcentaje de pacientes que presentaron gingivitis, según el mes de embarazo, tipo de gingivitis (índice PMA) y localización en las arcadas dentarias.

CUADRO #4

Mes Embarazo	Arcada Superior			Arcada Inferior		
	P	M	A	P	M	A
3	85.7%	71.4%	14.2%	85.7%	71.4%	14.2%
3 6	100%	51.3%	8.1%	97.2%	51.3%	13.5%
6 9	91.1%	64.4%	24.4%	84.4%	64.4%	22.2%
T O T A L	93.7%	60.4%	16.6%	89.5%	60.4%	17.7%

Ocho fueron los pacientes que resultaron sanos.- El número de pacientes, con distinto tipo de gingivitis clasificados bajo el índice PMA fué de 96, sumando un total de 104 pacientes, que fueron los examinados.- Tres de estos pacientes presentaron hiperplasia localizada con aspecto tumoral en ciertas zonas. Se clasificaron como pacientes con tumor del embarazo.- Además se incluyeron en el grupo de pacientes que presentaron gingivitis en los tres tipos (PMA).-

ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

Cuadros # 1 y 3.

Dentro del grupo de pacientes examinados, relacionando gingivitis con edad se encontró lo siguiente: la gingivitis papilar fué mas frecuente entre las edades de 21 a 25 años y entre los 31 y 35 años, presentándose en el 100% de los casos en ambas arcadas.

Luego la gingivitis marginal se presentó con mayor frecuencia entre las edades de 36 a 40 años en la proporción de 100% en la arcada superior y 60% en la arcada inferior. Finalmente la gingivitis adherida se presentó con mayor intensidad entre los 31 y 35 años de edad, en la siguiente proporción: 27.2% en la arcada superior y 18.1% en la arcada inferior.

Cuadros #2 y 4.

Relacionando la gingivitis con el estado de gravidez se encontró lo siguiente. la gingivitis papilar se presentó en el 100% de los casos en el periodo comprendido entre el 3o. y 6o mes de embarazo en ambas arcadas. La gingivitis marginal fué más frecuente - hasta los tres meses de embarazo presentándose en el 71.4% de los casos en ambas arcadas.

La gingivitis adherida se presentó con mayor intensidad entre el 6o y 9o mes de embarazo, en la proporción de 24.4% para la arcada superior y 22.2% para la arcada inferior.

Observacion referente a causas locales.

De los 204 pacientes examinados, noventa de ellos presentaron cálculos y materia blanda y 14 resultaron aparentemente libres de estas causas locales. De lo cual se deduce que en el 86.5% de pacientes estaban presentes agentes irritantes locales.

CONCLUSIONES.-

Por los exámenes efectuados en pacientes, puedo apoyar la opinión de muchos autores y concluir lo siguiente:

1o.- Que existe íntima relación entre las causas locales y sistémicas para provocar las alteraciones de los tejidos blandos de la boca.

2o.- Que las alteraciones o trastornos sistémicos constituyen por si solos un factor predisponente en el desarrollo de tales lesiones.

3o.- Que las causas locales originan siempre las primeras fases de cualquier alteración gingival.

4o.- Que los signos clínicos como hiperplasia generalizada o localizada de la encía; coloración roja intensa, encías sangrantes sensación de ardor, picazón etc., son constantes en el tipo de alteraciones antes descritas.

5o.- Finalmente puedo afirmar que un tratamiento concienzudo y una buena instrucción fisioterapéutica al paciente mejorarán notablemente el cuadro clínico.-

I N D I C E.-

- 1.- Conceptos de Gingivitis y Periodontitis.
- 2.- Manifestaciones bucales de Disturbios Endocrinos.
- 3.- Observaciones Clínicas del metabolismo del tejido oral modificado por factores locales intra orales.
- 4.- Transtornos Hormonales:
 - a) Pubertad
 - b) Menstruación
 - c) Embarazo
 - d) Menopausia
- 5.- Presentación de casos.

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

- 1.- Glickman, I: "Periodontología Clínica" 2a. Ed: Buenos Aires. Argentina Editorial Mundi 1961 738 pg.
- 2.- Tieke. R W. Stuteville, O.H. Calandra, I,C: "Fisiopatología Bucal" 1a. ed.- Naucalpán de Juárez. México. Editorial Interamericana. S.A. 1960, 494 pg.
- 3.- Orban, B. et al: "Periodoncia, Parodontología" 1a. ed. Naucalpán de Juárez. México. Editorial Interamericana, S.A. 1960. 519 pg.
- 4.- Miller, S.Ch. "Tratado de Periodoncia" Buenos Aires Argentina. Editorial Labor S.A. 1954 VIII-863 pg.
- 5.- Philips, P. et al "Clinical Observations on the, Modification of Human Oral. Tissue Metabolism By local intra oral factors. "Ann N.Y Acad. Sci. 85: 68 March 1960.
- 6.- Miller, S.Ch. "Diagnóstico y tratamiento Bucal" 1a.ed. Buenos Aires Argentina, 1957, 934 pg.
- 7.- Thoma, K.H. Robinson H.B.C.: "Estomatología" 3a. ed. Barcelona Madrid Salvat Editores S.A. 1962, VIII-540 pg.
- 8.- Galtier, B: "Nuevo diccionario Médico Larousse" 2a ed. Tomo II. París. Francia. Editorial Larousse. 1956. 1160 pg.
- 9.- Goldman, et al.: "Periodontal Therapy" 2a. ed. St.Louis. The C.V. Mosby Company. 1960. 656 pg.
- 10.- Chavez, M.M. "Odontología Sanitaria" Washington U.S.A. Organización Panamericana de la Salud. 1962 XV-599 pg.