

Legajo 106
307



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CONADO POR D. G. B. - B. C.

**FORMACION Y ELIMINACION DE
LAS BOLSAS PARODONTALES**

T E S I S

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

Presenta:

Delia Jarero García

México, D. F.

1979

14892



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TEMARIO

	Page.
CAPITULO I INTRODUCCION	1
CAPITULO II LA ENCIA Y LIGAMENTO PARODONTAL	3
CAPITULO III CAUSAS PRINCIPALES	11
a).- Sarro dentario	
b).- Materia alba	14
c).- Empaquetamiento de detritus alimenticio	15
d).- Bacterias	17
e).- Caries	
f).- Disfunciones	18
g).- Odontología defectuosa	
h).- Anatomía y posición patológica de la pieza dentaria	19
i).- Relación entre corona y raíz	20
j).- Cepillado incorrecto	21
CAPITULO IV PREVENCIÓN DE LOS FACTORES QUE CAUSAN LA ENFERMEDAD PARO DONTAL.	22
CAPITULO V DIAGNOSTICO	27
CAPITULO VI LA BOLSA PARODONTAL	33
CAPITULO VII INSTRUMENTACION	47

CAPITULO VIII ELIMINACION DE LA BOLSA 52

**CAPITULO IX CICATRIZACION DESPUES DE
LA ELIMINACION** 70

CAPITULO X CONCLUSIONES 76

BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La periodontología, al igual que cualquier rama de la odontología es de gran importancia; ya que por medio de estos damos cuenta de las anomalías que ocurren en la cavidad oral, principalmente en el periodonto.

Es sabido por medio de estudios que el hombre ha estado expuesto a la enfermedad parodontal desde épocas antiguas, y la necesidad que se tenía desde ese tiempo a un tratamiento.

Así pues en diferentes pueblos de épocas antiguas se observa:

Que aparece enfermedad parodontal en los cuerpos embalsamados de los Egipcios.

Que los Sumarios 3000 años A.C. practicaban la higiene bucal con palillos de oro.

La importancia de la higiene bucal fué reconocida por los Hebreos etc, y de esta forma todos los pueblos antiguos practicaban la higiene bucal.

En la actualidad se practica la periodoncia en Odontología con resultados satisfactorios.

Es importante la periodoncia ya que cuando una persona presenta enfermedad periodontal, esta puede ser la causa de la pérdida de los dientes en los adultos, inclusive una se--

rie de enfermedades posteriores. Y uno de los principales síntomas de que existe enfermedad periodontal es la formación de la bolsa periodontal.

Es por este motivo que, al tratar este interesante tema sobre parodontia, no pretendo agregar nuevos conocimientos — únicamente he tratado de recopilar el mayor número de datos posibles sobre los estudios y experiencias de los distintos autores que consulté y consideraré más importantes y acertados para el desarrollo de esta tesis, la cual someto a vuestra digna consideración.

CAPITULO II

ENCIA Y LIGAMENTO PARODONTAL

Encía .- Es la parte de la membrana mucosa bucal que se encuentra cubriendo los procesos alveolares de los maxilares rodeando el cuello de los dientes.

La encía se divide de la siguiente manera:

Encía Marginal.- Es la que se encuentra libre y rodea el cuello de los dientes, se halla demarcada de la encía --- insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda, --- llamada surco marginal. Aproximadamente de un milímetro de --- ancho y forma la pared blanda del surco gingival.

El surco gingival.- Es una hendidura alrededor del --- diente y está limitada por la superficie dentaria y el epitelio que cubre el margen libre de la encía. Esta depresión se --- encuentra en forma de V, y tiene una profundidad aproximada de 1.8 mm.

Encía Insertada.- Es la que continúa de la encía marginal, es firme y se encuentra unida al cemento y hueso alveolar subyacente.

En la parte vestibular la encía insertada, se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y movable de la --- que la separa la línea mucogingival. Esta encía tiene una --- anchura aproximada en el sector vestibular de 1 a 9 mm.

En la cara lingual de el maxilar inferior esta encía -- (insertada), termina en la unión con la membrana mucosa que -- tapiza el surco sublingual en el piso de la boca.

En algunas ocasiones a esta encía se le puede llamar -- encía cementaria o encía alveolar, dependiendo de las diferen -- porciones de la encía insertada, según sean sus áreas de in -- serción.

Encía Interdentaria. -- Ocupa el nicho gingival, siendo -- este el espacio interproximal situado debajo del area de com -- tacto dentario.

La encía interdentaria consta de dos papilas ,una ves -- tibular y una lingual; y una parte denominada Col (que es una -- depresión parecida a un valle que conecta las papilas y se -- adapta a la forma del area de contacto interproximal.

Cada papila es piramidal, la superficie exterior es afilada hacia el area de contacto interproximal y la superficie mesial y distal son un poco cóncavas.

Los bordes laterales y el extremo de la papila interdental están formados por una continuación de la encía marginal de los dientes vecinos, la parte media se compone de encía -- insertada.

En ausencia de contacto dentario proximal, la encía se halla firmemente unida al hueso interdentario, formando una -- superficie redondeada lisa sin papila interdental o un Col.

Cada papila interdental es piramidal, la superficie exterior es afilada hacia el area de contacto interproximal -- y las superficies mesial y distal son ligeramente cóncavas.

Los bordes laterales y el extremo de la papila interdental están formados por una continuación de la encía marginal de los dientes vecinos.

En cuanto al color de la encía es necesario conocer -- éste, con el objeto de darnos cuenta cuando presenta la encía signos patológicos.

El color de la encía marginal e insertada, es rosa coral producido por el aporte sanguíneo, espesor y grado de queratinización del epitelio.

Se debe tomar en cuenta que tiene variaciones de acuerdo con la tez del individuo, es más clara en personas blancas y es más rosada en personas trigueñas o de tez morena.

La encía insertada se encuentra separada de la mucosa - alveolar adyacente en la zona vestibular por cada línea mucogingival muy definida.

La mucosa alveolar es de color lisa y brillante, en comparación con la insertada que tiene una coloración rosada y punteada, el punteado se observa mucho mejor al secar la encía observando que la encía insertada es punteada y la marginal no lo es, en cuanto a la parte central de las papilas interd~~en~~ tarias por lo común es punteado, y los bordes marginales son lisos.

También el punteado tiene una variación dependiendo de la persona y de las diferentes zonas de una misma boca.

Es menos prominente en las superficies linguales que - en las vestibulares, pudiendo estar ausente en algunos pacientes.

También con la edad presenta variaciones:

En niños lactantes no existe.

Aproximadamente a los cinco años aparece en algunos niños aumentando con la edad, y frecuentemente con la vejez disminuye.

El punteado es una característica y nos indica que la - encía se encuentra sana; pero cuando hay pérdida y reducción - del punteado es un signo común de enfermedad gingival.

El tamaño de la encía es consecuencia de la cantidad de elementos celulares e intercelulares y su vascularización.

El contorno de la encía también presenta variaciones, - dependiendo de la forma de los dientes y su alineación en el

arco, de la localización y tamaño del area de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales, vestibular y lingual.

La forma de encía marginal depende de la colocación de los dientes ya que la rodea a modo de collar, siguiendo las ondulaciones de las superficies vestibular y lingual.

En dientes con superficies planas relativamente, la encía se encuentra formando una línea recta.

En dientes como en los caninos superiores, que en algunas ocasiones presentan convexidad mesiodistal acentuada o en dientes con vestibuloversión, el contorno arqueado que presenta se acentúa y la encía se localiza más apicalmente, en dientes con linguoversión la encía se presenta horizontal y engrosada.

En cuanto a la encía interdientaria, está dada de acuerdo con el contorno de las superficies dentarias proximales.

Su localización y la formación de las areas de contacto y las dimensiones de los nichos gingivales. Cuando las caras proximales de las coronas son relativamente planas en sentido vestibulolingual, las raices están muy cerca una de la otra., el hueso interdentario es delgado y los nichos gingivales y la encía interdientaria son estrechos mesiodistalmente.

Pero en forma contraria, cuando las superficies proximales divergen a partir del area de contacto, el diámetro mesiodistal de la encía interdientaria es grande.

La altura de esta encía varía según la localización del contacto proximal.

Por otra parte la consistencia de la encía es firme y-

resistente, exceptuando el margen libre movable, y se encuentra unida fuertemente al hueso subyacente. La consistencia firme de la encía insertada se debe a la naturaleza colágena de la lámina propia, su contigüidad al mucoperiostio del hueso alveolar, y las fibras gingivales contribuyen para la firmeza del margen gingival.

LIGAMENTO PERIODONTAL.

Se le denomina como la estructura del tejido conectivo de la encía comunicandose con los espacios medulares a través de canales vasculares del hueso.

Las fibras son los elementos mas importantes del ligamento parodontal, estas fibras son las siguientes.

Tranceptales. - Se extiende interproximalmente sobre la cresta alveolar y se inserta en el cemento del diente vecino.

Dentogingivales. - Este tipo de fibras van del diente a la encía a la altura del margen gingival.

Crestogingivales. - Estas se extienden de la punta de la cresta ósea (hueso) hacia la encía a la altura del margen gingival.

Circulares. - Se encuentran en forma de círculo rodeando al diente como si fuera anillo.

Dentoperiostiales. - Van del cemento del diente hacia el periostio; desde la punta de la papila hacia la cresta ósea. Su función es proteger cualquier tipo de agresión.

El ligamento periodontal se desarrolla a partir del saco dentario (capa circular de tejido conectivo fibroso que rodea al germen dentario) Cuando el diente en formación erupciona-- el tejido conectivo del saco se diferencia en tres capas:

Una adyacente al hueso.

Una interna junto al cemento.

Una intermedia de fibras desorganizadas.

Los haces de fibras principales derivan de la capa intermedia y se engruesan y disponen según las exigencias funcionales, cuando el diente alcanza el contorno oclusal.

El ligamento parodontal tiene las siguientes funciones:

Físicas, Formativas, Nutricionales, Sensoriales.

Función Física.- Transmiten fuerzas oclusales al hueso,--- permiten la inserción del diente al hueso, mantienen los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes,-- tiene resistencia al impacto de fuerzas oclusales (abrasión - del choque) y contienen una envoltura de tejido blando, para proteger los vasos y nervios de las lesiones producidas por fuerzas mecánicas.

La destrucción del ligamento parodontal y del hueso alveolar producido por la enfermedad parodontal rompe el equilibrio entre el periodonto y las fuerzas oclusales. Cuando los tejidos de soporte disminuyen por enfermedad, aumenta la carga sobre los tejidos que quedan.

Función Formativa.- Tiene como función la formación de cemento en la raíz y formación de hueso.

Las células del ligamento parodontal intervienen en la formación y reabsorción de estos tejidos, esta formación y -- reabsorción se produce durante los movimientos fisiológicos del diente, en la adaptación del periodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones.

La formación de cartilago en el ligamento parodontal es poco común y representa un fenómeno metaplásico en la reparación del ligamento después de la lesión.

Las células y fibras viejas, al igual que toda la estructura del parodonto, se destruyen y desplazan por otras -- nuevas.

En algunas ocasiones se pueden observar actividad mitótica en los fibroblastos y células endoteliales.

El ritmo de formación de colágeno, cemento, hueso, es -- afectado por el ritmo de formación y diferenciación de los -- fibroblastos.

Función Nutritiva y Sensorial..- El ligamento parodontal, también provee de elementos nutricionales al cemento, -- y hueso, y encía mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático.

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

CAPITULO III

CAUSAS PRINCIPALES

Las enfermedades parodontales pueden deberse a trastornos de la relación armónica entre las diferentes partes del parodonto la independencia armoniosa biológica y funcional -- de los tejidos puede ser perturbada por numerosos factores, -- estos pueden ser los factores locales.

FACTORES LOCALES.

Actúan directamente sobre el parodonto, y son aquellos situados en el medio inmediato al diente y su estructura de soporte actuando directamente sobre los tejidos parodontales.

A continuación enumeramos estos factores.

a).- Sarro Dentario.

Es el mas destacado de los irritantes locales y probablemente, el papel más importante en la producción de las enfermedades parodontales, pues las pruebas clínicas indican que es la causa local primaria de la mayoría de las alteraciones parodontales inflamatorias.

El sarro o cálculo es una masa calcificada o en calcificación que se forma en la superficie del diente adhiriéndose a ella, comienza al principio de la madurez y sigue depositándose toda la vida. No es común en niños, pero cuando lo presenta hay también pruebas de enfermedad parodontal.

El efecto irritante del sarro, resulta de la combinación de factores mecánicos, químicos y bacterianos.

La producción o formación inicial del sarro produce --- cambios inflamatorios e indirectamente conduce a la formación de la bolsa; la aposición posterior del sarro parece ser un proceso pasivo favorecido por el medio creado por la bolsa y es un factor importante en la inflamación y degeneración de la pared lateral de la misma.

La prefase del sarro es una formación blanda adherente sobre el diente, que se hace más dura y más firmemente --- adherida con el tiempo.

Los depósitos calcificados constan de sales orgánicas-inorgánicas y agua; formando el componente orgánico del 15 al 25% de toda la masa.

Está constituido por bacterias filamentosas, células -- epiteliales descamadas y detritus.

El componente inorgánico consiste principalmente de carbonato de calcio, fosfato de magnesio, depositados en forma de apatitas.

Se han emitido diversas teorías; físicas, bacterianas y sistémicas para explicar el mecanismo de su formación

Aunque ninguna de estas teorías ofrece una explicación-completa, parece que la naturaleza del proceso comprende ciertos aspectos de cada una de ellas.

El Sarro Dentario se Divide en:

Sarro Supragingival y Sarro Subgingival.

Sarro Supragingival.- (visible) Es generalmente de color blanco amarillento, de consistencia dura, arcillosa y fácilmente desprendible de la superficie del diente. El color puede variar por factores como el tabaco u otros pigmentos de los alimentos.

Su distribución es generalmente irregular, pero es más abundante frente a los meatos de las glándulas salivales mayores, en las superficies linguales de los dientes inferiores-- anteriores y en las superficies bucales de los primeros molares superiores. La formación de sarro puede ser favorecida por la mala higiene bucal, la posición defectuosa de los dientes, las superficies rugosas o el sarro ya depositado.

Sarro Subgingival.- Es el sarro adherido a la superficie del diente por debajo de la cresta marginal, en las coronas clínicas de los dientes, dentro del intersticio gingival o de una bolsa paradontal de modo que no es visible al examen visual.

Es más duro, tiene color café oscuro o negro verdoso-- de forma achatada y firmemente adherido a la superficie del diente.

Esta formado principalmente por células epiteliales descamación, leucositos que han emigrado a través del epitelio de la bolsa, bacterias y hongos generalmente de tipo filamentoso, tales como leptotrix y actinomicos y sales mine-

rales, fosfatos y carbonatos.

El sarro supra y subgingival, presenta idénticas -- propiedades físicas y químicas y también bacteriológicas --- e histológicas, que sugieren un origen común a partir de la saliva.

La manera más eficaz de combatir esta situación es -- la de conservar una dentadura funcional y una higiene bucal adecuada, que mantenga los dientes libres de todo material -- adherente (placa mucina). Otro factor importante es la naturaleza de la dieta, pues los alimentos, detergentes y abrasivos tienden a mantener limpios los dientes.

b).- Materia Alba.

Es una masa pegajosa, que se adhiere a los dientes en las regiones cervicales y se aloja en los espacios interproximales. Puede aparecer pocas horas después de la comida.

Está compuesta de una gran variedad de materias orgánicas, bacterias, hongos, células epiteliales descamadas, mucina y detritus alimenticio. Aunque no es soluble en agua, puede ser suprimida fácilmente por el cepillado correcto.

Suele formarse cuando la saliva es muy gruesa. Es frecuente la inflamación de la encía adyacente a estos depósitos de materia alba, ya que revela el efecto tóxico, tanto de los factores químicos como bacterianos presentes en estas sustancias orgánicas.

La materia alba, produce generalmente un eritema marginal de la encía. Beckwith y Williams, demostraron en animales experimentales, que la materia alba es tóxica, aún des-

pues de destruir las bacterias por el calor y que los productos tóxicos de ésta pueden ser absorbidos por el epitelio gingival, produciendo inflamación localizada.

Existen placas bacterianas, pigmentadas por bacterias cromogénicas (pigmentaciones tabáquicas, pigmentaciones negras, anaranjadas, marrón, verdes y pigmentaciones metálicas), que pueden actuar como irritantes, produciendo en un principio bolsas parodontales y siguiendo su estado patológico en gingivitis.

c).- Empaquetamiento de Detritus Alimenticio.

Puede definirse como el impacto forzado de alimentos contra la encía, que hace presión sobre el tejido; o como el choque directo de las materias contra el margen gingival.

El primero se describe como acunamiento de alimentos entre los dientes, debido a un contacto defectuoso o por la acción de una cúspide que obra como pistón, sobre el diente opuesto; mientras que el segundo, es el choque del alimento contra el margen gingival debido a un contorno defectuoso del diente o la pérdida de un elemento anatómico como el cíngulo.

La falta de contorno de los dientes, predispone al impacto de alimentos y es un factor importante de la irritación gingival. El impacto de alimentos guarda relación con la anatomía del diente, con la posición de los márgenes y -- los contactos con los antagonistas.

La relación de encía a dientes cambia si este sale de su sitio en la arcada, entonces ocurre el impacto de alimentos dando por resultado la inflamación gingival. El empaquetamiento de detritus alimenticios, inicia las enfermedades e exagera la gravedad de los cambios patológicos preexistentes.

Están relacionados con el empaquetamiento de comida:

- 1.- Sensación de presión entre los dientes.
- 2.- Dolor vago, irradiado profundamente en los maxilares.
- 3.- Inflamación gingival con hemorragia y mal olor.
- 4.- Recesión gingival.
- 5.- Formación de abscesos-parodontales.
- 6.- Diversos grados de inflamación de la membrana parodontal.
- 7.- Destrucción proximal del hueso alveolar.
- 8.- Caries de la raíz.

Otro fenómeno observado es la retención de alimentos. En esta situación, el alimento no está impactado, sino que es retenido con la encía debido a causas anatómicas o arquitectónicas.

Esto ocurre generalmente en los márgenes cervicales de las coronas sobrecontorneadas, inaccesibles a la acción fisiológica normal del estímulo de los alimentos. Aunque la retención de alimentos es un fenómeno más pasivo que el impacto, es sin embargo, un factor etiológico de suma importancia.

d).- Bacterias.

Es muy importante considerar el papel de las bacterias en la formación e iniciación de la enfermedad parodontal; aun que la diferencia entre estas enfermedades, debe consistir en una predisposición primaria de los tejidos a las agresiones - microbianas.

En condiciones normales las bacterias orales viven - en el organismo como parásitos, son microorganismos saprófi--tos, que no producen cambios patológicos en los tejidos. La - capacidad de las bacterias para provocar una enfermedad ,--- está sujeta al efecto modificador de la resistencia del orga--nismo atacado.

La resistencia del organismo a la actividad bacteria--na es variable; comprende anticuerpos y actividad fagocitaria y es modificada, por factores tales como la edad, sexo, heren--cia, estado de nutrición, anormalidades metabólicas y activi--dad funcional del sistema reticuloendotelial.

La mucosa intacta y sana constituye una barrera a la infección, también la saliva tiene un papel importante en la--flora bucal.

e).- Caries

La relación entre caries y enfermedad parodontal, se--refiere al efecto irritante de las lesiones producidas por --la caries sobre los tejidos parodontales.

Generalmente se observa enfermedad gingival en rela--

ción con lesiones cariosas, principalmente cuando son lesiones de 2a, 3a, 4a, y 5a clase.

Se atribuye en estos casos la inflamación gingival, a la irritación del borde de la caries o de la descomposición de restos de comida acumulados, debido a la pérdida de puntos de contacto.

f).- Disfunciones.

La función de los tejidos parodontales, es la de soportar las fuerzas de dirección axial y lateral; estas fuerzas son realmente necesarias para su mantenimiento. La marcada reducción o eliminación de la función, reduce la atrofia de la membrana parodontal y del hueso alveolar.

Se ha demostrado que la membrana parodontal y el hueso alveolar, pueden acomodarse a un cierto aumento en la intensidad y cambio en la dirección de las causas, sin efectos perjudiciales.

El grado de acomodación varía en los diferentes individuos y aun en el mismo individuo en diferentes épocas. Cuando se excede la capacidad de acomodación de los tejidos, aparecen cambios destructivos en la membrana parodontal y en la superficie dentaria.

g).- Odontología Defectuosa.

Muchas veces el dentista es causante de irritaciones parodontales al poner obturaciones metálicas excedidas, o sin conformación anatómica; obturaciones proximales sin la reconstrucción ajustada de un buen punto de contacto con ---

sus diversos planos, convexidades o concavidades son fuente-común de enfermedad gingival. Además de la irritación mecánica los márgenes excedidos favorecen la acumulación de restos alimenticios y la multiplicación de las bacterias, con sus productos metabólicos tóxicos.

Las obturaciones con contornos incorrectos, que no--producen en los molares el contorno de las caras vestibulares desvían la comida hacia el margen gingival, con la inflamación consiguiente.

Deben controlarse las obturaciones en todas las excursiones funcionales de la mandíbula, eliminándose los contactos prematuros.

Las prótesis removibles, con sus ganchos así como con sus presiones traen como consecuencia el traumatismo del paragonto que puede producir la pérdida de las piezas de sostén.

Las prótesis fijas, coronas y puentes, traen como consecuencia trastornos parodontales, por relación anormal interoclusal.

La extracción incompleta de ligaduras y grapas de fijación del dique de hule, es causa frecuente de enfermedad.

h).- Anatomía y Posición Patológica de las piezas dentarias

Según la naturaleza, la maloclusión ejerce un diverso efecto en la etiología de la bolsa parodontal.

El alimento irregular de los dientes, produce la acumulación de los restos de comida y empaquetamiento.

Puede haber resesión gingival en relación con dientes desplazados hacia vestibular.

Los dientes en giroversión, no solo contribuyen a alterar las relaciones vestibulares y linguales de la superficie dentaria y gingival, sino que modifican los puntos de contacto, haciendo que los espacios interproximales cambien, en tal forma que las relaciones anatómicas dentarias, no solo constituyen una defensa para los tejidos blandos contra la compresión alimenticia durante la masticación, e excluyen parte del estímulo masticatorio.

La falta de contorno de los dientes, falta de anatomía, cúmulos no desarrollados, predisponen el empaquetamiento de alimentos y por consiguiente a la irritación gingival.

1).- Relación Entre Corona y Raíz

Dientes con coronas largas, cúspides altas y surcos profundos están más expuestas a los efectos de trauma oclusal especialmente si se ve agravado por predisposición orgánica y por ausencia de abrasión oclusal.

Ocurre lo mismo en caso de raíces cortas, con poca extensión de implantación y generalmente de forma cónica.

Premolares y molares generalmente de forma cónica.

La reducción de su implantación favorece la influencia del traumatismo en premolares con fusiónamiento radicular o de conformación cónica.

3).- Cepillado Incorrecto

La irritación causada por un cepillado incorrecto no solamente puede dar como resultado una abrasión o recesión de la encía, sino también agravar una inflamación.

El cepillado a manera de raspado especialmente cuando se emplea un dentífrico abrasivo es causa de recesión apical de la encía y de la abrasión de las superficies de los dientes. También se observan hendiduras gingivales que pueden ser consecuencia del movimiento rotatorio de un cepillo con cerdas duras.

En la abrasión por el cepillado la lesión es mas pronunciada en los números bucales y labiales, ya que es difícil que la persona utilice el cepillo con tanta libertad en las superficies linguales o palatinas.

La abrasión se ve ocasionalmente en las superficies linguales sin embargo, el cambio en las superficies es patognomónico.

Las abrasiones agudas de los tejidos blandos se reconocen facilmente pues además del aspecto de irritación son muy dolorosas.

Los cambios gingivales agudos aparecen a menudo cuando al paciente comienza a usar un cepillo nuevo.

Una cerda incluida forzosamente, puede dar origen a un absceso gingival agudo, una secuela del cepillado exagerado puede ser el eritema difuso con denudación de la encía adherida de toda la boca.

CAPITULO IV

PREVENCIÓN DE LAS CAUSAS QUE OCASIONAN LA ENFERMEDAD

PARODONTAL

Para lograr una buena prevención en la enfermedad parodontal, es necesario realizar un programa en el cual exista el interés tanto del odontólogo, como del personal auxiliar y el paciente.

La prevención comienza con la salud y a la vez se busca preservarla utilizando los métodos de aplicación más simples.

Uno de estos métodos es el control de placa o materia alba. La manera más eficaz de prevenir las enfermedades parodontales es el control de placa, esto quiere decir, que hay que prevenir la acumulación de la materia alba y otros depósitos que se acumulan en la superficie de los dientes y superficies gingivales.

Para un paciente con periodonto sano, el control de placa significa la preservación de la salud; para un paciente con enfermedad parodontal tratada, el control de placa significa la prevención de la recurrencia de la enfermedad.

El método más usual y más común para la prevención de la placa es la limpieza mecánica con cepillo de dientes dentífricos y otros auxiliares de la higiene.

Para lograr una buena limpieza es recomendable tener el conocimiento de las diferentes técnicas de cepillado - existen algunos pacientes que sus necesidades de cepillado son mejor satisfechas mediante la combinación y modificación de las diferentes técnicas utilizadas en la odontología,

Clasificación de las Diferentes Técnicas de Cepillado

Método de Bass.

Método de Stillman.

Método de Stillman Modificado.

Método de Charters.

Método de Fones.

Método Fisiológico.

Método de Cepillado con Cepillo Eléctrico.

También existe en el mercado hilo dental, éste resulta bastante eficaz para poder limpiar las superficies dentarias-interproximales , este hilo se pasa suavemente a través del - area de contacto ,nunca se deberá forzar bruscamente , porque ello lesionará la encía.

La finalidad del hilo es eliminar la placa y no desprender restos fibrosos de alimentos acunados entre los dientes.

Existen también conos de caucho, y són útiles para - la limpieza de las superficies interproximales inaccesibles - para los cepillos, pueden servir mucho cuando se han formado espacios interdentarios por la pérdida de tejido gingival.

Nos encontramos también con que hay otros limpiadores interdentarios; como lo son palillos de madera, puntas de plástico, las puntas de palillo colocadas en soportes especiales son útiles en la limpieza interdientaria.

Los limpiadores interdentarios también se pueden utilizar para eliminar residuos en el período que sigue inmediato al tratamiento parodontal cuando el estado de la encía y tejidos no permiten el cepillado riguroso.

Los aparatos de irrigación bucal también son útiles para la prevención de las enfermedades parodontales ya que la irrigación del agua es eficaz en la higiene bucal, además combinado con el cepillado nos proporciona ventajas mayores que las obtenidas con el cepillado solamente.

Esto no desprende la placa de los dientes, pero retarda la acumulación ya sea de placa, de cálculos y reduce la inflamación gingival y la profundidad de la bolsa.

Es recomendable después del cepillado, hacer uso de enjuagatorios que son coadyuvantes del cepillado, el uso de enjuagatorios solos no son suficientes para mantener una buena higiene bucal.

Inhibidores químicos de la placa y cálculos.

Existen productos químicos preventivos que impiden la formación de la placa o su adherencia al diente, y destruyen y eliminan la placa antes que se calcifique o bien altera la química de la placa, de esta manera impiden la calcificación y reducen significativamente la formación de cálculos.

Estos pueden ser ascorzal (ácido ascórbico, percarbonato de sodio y sulfato de cobre.)

Cloruro de cetil piridinio, rincinolesate de sodio,--vitamina C, etc.

Se debe tomar en cuenta que el control de placa tiene tres finalidades que son las siguientes:

- 1.- Prevención de la enfermedad gingival y parodontal.
- 2.- Actúan como parte crítica del tratamiento parodontal.
- 3.- Prevención de la recurrencia de las enfermedades en la boca tratada.

El paciente debe de ser consciente de lo que es la enfermedad parodontal, cuales son sus efectos, que es el único - que está propenso a ella y que es para su propio beneficio.

Es por ello que se le debe dar una educación adecuada. Que el paciente debe comprender que el raspado y limpieza periódica en la cavidad oral son medidas preventivas.

Algunas ocasiones el paciente se presenta con el odontólogo, y este se da cuenta que no existe una limpieza adecuada en la boca, teniendo presente que este paciente se cepilla pero que utiliza una técnica inadecuada. Es cuando el odontólogo, tratará de explicarle la manera correcta de cepillarse los dientes.

Como complemento para el control de la placa se le debe indicar al paciente que incluya en su dieta alimenticia productos fibrosos duros, particularmente al final de la co--

mida, ya que la alimentación a base de dietas blandas conduce a una acumulación mayor de placa y formación de calculos ocasionando con esto el acumulamiento y con el tiempo cual -- quier tipo de enfermedad parodontal.

Como su nombre lo indica la prevención de la periodontitis es la de prevenir cualquier tipo de enfermedad que trate de instalarse en el periodonto. Pero si esto llega a ocurrir entomces se debe de prevenir la destrucción de los tejidos interiores y la pérdida de los dientes.

Esto lo logramos mediante el tratamiento periodontal pues con ello logramos eliminar la inflamación gingival y -- las bolsas parodontales.

Por último se debe tomar en cuenta que una vez controlada la enfermedad parodontal y vuelta la boca a su estado de salud, ésta no debe de olvidarse, y para ello se requiere de un programa adecuado una vez terminado el tratamiento -- y seguir controlando durante algún tiempo.

Se le debe indicar al paciente que visite el consultorio dental cuando menos cada seis meses

CAPITULO V

DIAGNOSTICO.

Para realizar cualquier intervención en el organismo, salvo las operaciones de urgencia se requiere una preparación previa, esto quiere decir que el paciente debe de estar en las mejores condiciones para soportar con éxito cualquier tratamiento.

La cavidad oral debe estar preparada para realizar cualquier tratamiento y se exige que la boca se encuentre en las mejores condiciones posibles.

Existen medidas preoperatorias que pueden clasificarse en las siguientes:

- Generales.- Que son las que se refieren al organismo total, y
- Locales.- Que son las que se realizan en el campo operatorio antes de cualquier intervención.

Es también por esta causa que para realizar un tratamiento adecuado, es esencial un diagnóstico correcto.

El diagnóstico debe ser organizado y sistémico, no solamente en el reunir datos, se deben encontrar hallazgos que proporcionen una explicación lógica del problema periodontal del paciente.

Es por esta causa que al realizar un diagnóstico se recomienda una serie de procedimientos de la enfermedad gin--

gival y periodontal.

Se requiere que la primera visita sea placentera para el paciente, que sienta confianza para con el odontólogo y este a su vez debe de brindarle los medios y el trato adecuado para que sienta esa confianza.

Al tener este primer encuentro con el paciente el -- odontólogo debe realizar consideraciones sobre el estado mental y emocional del paciente.

Las observaciones del paciente cuando entra en el -- consultorio revelan manifestaciones vagas de enfermedad que se reconocen con las siguientes características.

Facias, hábitos que tenga el paciente, marcha, postura, temperatura, respiración etc.

La historia sistémica también es de gran importancia ya que en ella se debe incluir las siguientes referencias.

1.- Si el paciente se encuentra en ese momento -- en algún tratamiento médico, se debe saber cual es ese tratamiento al que está sometido en caso de que exista.

2.- Si presenta antecedentes de fiebre reumática, enfermedad cardíaca, hipertensión, infarto al miocardio, etc.

3.- Si el paciente tiene tendencias hemorrágicas anormales como epistaxis, sangrado prolongado de heridas pequeñas etc.

4.- Si presenta enfermedades infecciosas, o algún contacto reciente con enfermedades infecciosas.

5.- Si presenta alguna alergia o sensibilidad a alimentos, drogas, fármacos etc.

6.- Información respecto al comienzo de la pubertad y menarquia, trastornos menstruales, embarazos, abortos, etc.

Posteriormente se entra por completo a la historia dental, se debe investigar el motivo de la consulta se observa si el paciente presenta encías sangrantes, dientes flojos, separación de los dientes; que son síntomas de enfermedad periodontal, es por esta causa que se realiza un examen bucal preliminar para averiguar la causa de la consulta y determinar si es preciso un tratamiento de urgencia.

Para tener seguridad de obtener un buen diagnóstico, es de gran ayuda para el odontólogo la serie radiográfica intra-bucal, radiografías panorámicas para la detección de anomalías de desarrollo.

Modelos para indicar la posición e inclinación de los dientes, relaciones de contacto proximal y zonas retentivas de alimentos. También sirve de ayuda visual en conversaciones con el paciente para hacer comparaciones antes y después del tratamiento.

En las visitas siguientes se debe llevar un control de placa minucioso y revisar al paciente la cavidad bucal, se deben examinar los dientes para detectar caries malformaciones anormales en la forma de los dientes.

Observar si existe movilidad dentaria, si presenta hipersensibilidad, migración patológica de los dientes.

El examen del periodonto es de gran importancia ya -- que en el se debe buscar el primer signo de enfermedad gingival y parodontal.

Cuando se encuentran las bolsas parodontales, que en este caso son las que tratamos de estudiar un poco más a -- fondo se examinan considerando lo siguiente:

- a) Presencia y distribución en cada superficie del-- diente.
- b) Tipo de bolsa, si es supracoesa o infracoesa, simple compuesta o compleja, profundidad de la bolsa.
- c) Nivel de la inserción de la raíz.

El único método que es apropiado para poder detectar y valorar las bolsas parodontales es la exploración minuciosa con una sonda o explorador.

Las bolsas nunca se detectan ni se miden por un examen radiografico, ya que la bolsa parodontal es una lesión -- de tejido blando y las radiografías indican zonas de pérdida ósea y en ellas no se puede suponer que haya bolsas.

No muestran si hay bolsas en esa zona, ni tampoco revelan la profundidad de la bolsa o la localización de la bolsa con respecto a el fondo.

Con los rayos X se usan conos de gutapercha o --- conos calibrados de plata para ayudar a la determinación del nivel de la inserción de las bolsas parodontales, y su relación con hueso. Esto con frecuencia se usa para las bolsas -- aisladas.

El examen y el sondaje clínicos son más directos y--
eficaces.

Se debe de estudiar cada superficie del diente al --
examinar las bolsas parodontales, así como para medir la pro-
fundidad de las bolsas se dispone de sondas calibradas en mi-
límetros.

Esta sonda no debe ser forzada dentro de los tejidos
subyacentes.

Se pueden utilizar pinzas calibradas marcadoras de -
bolsas para localizar el fondo de la bolsa y marcarla sobre -
la superficie de la encía.

El nivel de la inserción de la base de la bolsa es -
de mayor importancia diagnóstica que la profundidad de la bol-
sa. La profundidad de la bolsa es la distancia entre la base
de la bolsa y el margen gingival.

El nivel de la inserción de la base de la bolsa -
sobre la superficie dentaria proporciona un dato más adecuado
sobre la gravedad de la enfermedad.

El nivel de la inserción de la base de la bolsa
periodontal puede variar entre las diferentes superficies de--
un mismo diente e incluso entre diferentes áreas de una misma
superficie.

Otro dato importante para determinar si hay pus en -
una bolsa parodontal es haciendo presión con movimiento cir--
cular hacia la corona.

También mediante la palpación de la mucosa bucal en
las zonas lateral y apical de la raíz es útil para localizar--
el origen del dolor irradiado que no le es posible localizar

al paciente, y mediante la palpación se obtienen y detectan infecciones en la profundidad de los tejidos periodontales y etapas incipientes de abscesos periodontales.

Debemos tener presente y explorar para ver si en nuestro paciente existe presencia de formación de fistulas, pérdida alveolar.

Es de gran ayuda para el diagnóstico el examen radiográfico ya que con este se puede observar si no se presenta destrucción ósea, si es que la hay, la cantidad de pérdida ósea el patrón de destrucción ósea, distribución de la pérdida ósea etc.

El diagnóstico se logra de mejor manera con la ayuda también del laboratorio.

En el laboratorio se realizan diferentes estudios - por medio de biopsia, ya que por medio de estas se obtienen el diagnóstico de enfermedades gingivales y de la mucosa.

CAPITULO VI

LA BOLSA PARODONATAL

El surco gingival se hace más profundo por causas patológicas dando origen a la bolsa parodontal; ésta es una de las características mas importantes de la enfermedad parodontal . Originando con esto un avance progresivo y destrucción de los tejidos parodontales de soporte, aflojamiento y exfoliación de los dientes.

Las bolsas parodontales contienen residuos como, microorganismos y sus productos (enzimas, endotoxinas y otros productos metabólicos); placa dentaria liquido gingival, restos de alimentos, mucina salivar, células epiteliales descamadas, y leucositos.

Signos .

El odontólogo se da cuenta facilmente de que en el paciente existen bolsas parodontales cuando encuentra los siguientes signos.

1.- Encía marginal rojo-azulada, agrandada con un borde enrollado separado de la superficie dentaria.

2.- Una zona vertical azul rojiza desde el margen gingival hasta la encía insertada, y algunas veces hasta la mucosa alveolar.

3.- Una rotura de la continuidad vestibulo lingual de la encía interdientaria.

4.- Encía brillante, hinchada y con cambios de color asociado a superficies radiculares expuestas.

5.- Sangrado gingival.

6.- Exudado purulento en el margen gingival o su aparición al hacer presión digital sobre la superficie lateral del margen gingival.

7.- Movilidad, extrusión, y migración de dientes.

8.- La aparición de diastemas donde no los había.

Hay que tomar en cuenta que las bolsas parodontales son indoloras, pero en algunas ocasiones presentan los siguientes síntomas.

a).- Dolor localizado, sensación de presión después de comer.

b).- Sabor desagradable en áreas localizadas.

c).- Tendencia a succionar material de los espacios interdientarios.

d).- Dolor irradiado en la profundidad del hueso

e).- Sensación de picazon en la encía que a veces aparecen como carcomidas.

En algunas ocasiones el paciente tiene la necesidad de introducir objetos puntiagudos en las encías sintiendo un alivio con el sangrado que se ocasiona.

f).- Existe una sensación de que los dientes están flojos.

g).- Sensibilidad al frío y calor.

h).- Dolor dentario aun en ausencia de caries.

Según su morfología las bolsas parodontales se clasifican de la siguiente manera.

Bolsa Gingival.

Formada por el agrandamiento gingival, sin destrucción de los tejidos parodontales subyacentes.

El surco se profundiza por un aumento de volumen de la encía.

Bolsa Periodontal.

Este tipo de bolsas es absoluta y se produce en la enfermedad parodontal.

En este tipo de bolsas hay destrucción de los tejidos periodontales de soporte, el surco se profundiza. Estas bolsas se clasifican de la manera siguiente.

Supracoseas (supracrestal)

Es aquella que en el fondo de hueso es coronal al hueso alveolar adyacente.

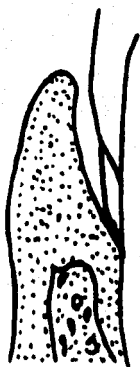
Infraoseas (subcrestal o intraalveolar)

En esta el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente, su pared lateral esta entre la superficie dentaria y el hueso alveolar.

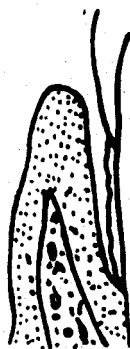
Existen bolsas de diferentes profundidades y tipos, se pueden encontrar en diferentes superficies de un mismo diente o superficies vecinas de un mismo espacio interdentario.



Bolsa Gingi
val.



Bolsa Supra
osea.



Bolsa
Infraosea.

Existe otra clasificación en esta enfermedad parodon-
tal.

Esta es según el número de caras afectadas:

Simple.- Afecta solo una cara del diente.

Compuesta.- Dos o más caras del diente, la base de
la bolsa está en comunicación directa con el margen gingival
en cada una de las caras afectadas.

Compleja.- Esta bolsa se encuentra en forma espiral

nace en una superficie dentaria y da vueltas al rededor --- del diente. Afectando a una cara adicional o más.

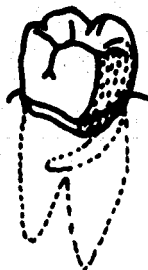
Para evitar pasar por alto bolsas complejas o compuestas, hay que sondear todas las bolsas en sentido lateral y vertical.



Bolsa
Simple



Bolsa
Compuesta



Bolsa
Compleja.

Etiología

Son originadas por irritantes locales, (microorganismos, residuos de alimentos que proporcionan nutrición a los microorganismos y retención de alimentos, ocasionando alteraciones patológicas en los tejidos.

No existe enfermedad general que produzca bolsa paradontal.

La formación de la bolsa comienza con un cambio inflamatorio en la pared de tejido conectivo del surco gingival originado por la irritación local.

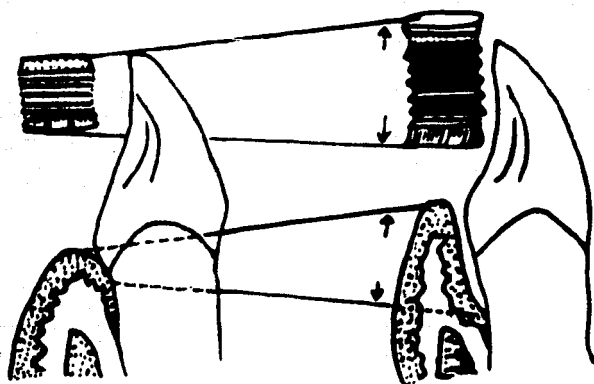
El exudado inflamatorio celular líquido causa la degeneración del tejido conectivo circundante incluyendo las fibras gingivales. Junto con la inflamación la adherencia epitelial prolifera a lo largo de la raíz proyectándose a la manera de un dedo de dos o tres células de espesor.

La porción coronaria de la adherencia epitelial se desprende de la raíz a medida que la porción apical emigra.

A medida que la inflamación continúa la encía aumenta de tamaño y la cresta del margen gingival se va extendiendo hacia la corona. La adherencia epitelial continúa su emigración a lo largo de la raíz, y se separa de ella.

El epitelio de la pared lateral de la bolsa prolifera y forma extensiones fabulosas y acordonadas en el tejido conectivo inflamatorio.

Los leucocitos y el edema del tejido conectivo infiltran el epitelio que tapiza la bolsa, cuya consecuencia es la aparición de diversos grados de degeneración y necrosis.



Representación esquemática de la formación de la Bolsa

Microscópicamente las bolsas supraóseas presentan — las siguientes características.

- a).- El tejido conectivo está edematoso, infiltrado con plasmocitos, linfocitos, leucocitos polimorfonucleares dispersos.**
- b).- Los vasos sanguíneos están dilatados.**
- c).- El tejido conectivo presenta proliferaciones de las células endoteliales con capilares neoformados, fibroblastos y fibras colágenas.**

Los cambios degenerativos más intensos en la bolsa parodontal se producen en la pared lateral, esta pared presenta cambios proliferativos y degenerativos.

El estado de la pared blanda lateral de la bolsa es

consecuencia de cambios destructivos y constructivos.

Cambios Destructivos

Consisten en exudado inflamatorio celular y liquido, y los cambios degenerativos estimulados por la irritación local.

Cambios Constructivos

Consisten en la formación de células conectivas, -- fibras colágenas y vasos sanguíneos, con el objeto de reparar los daños ocasionados a los tejidos por la inflamación.

La formación de pus es importante, puesto que los -- primeros observadores pensaron que era la causa del aflojamiento y exfoliación de los dientes.

En la actualidad nos damos cuenta que el pus es una característica común de la enfermedad periodontal, pero solo -- es un signo secundario.

La presencia de pus o la facilidad con que es expulsada de la bolsa, refleja la naturaleza de los cambios inflamatorios en la pared de la bolsa.

El pus no es un signo de profundidad de la bolsa, -- puede haber formación abundante de pus en bolsas someras, --

mientras que bolsas profundas pueden presentar poco pus o — incluso nada.

La pared radicular es importante, porque si se presentan bolsas paradentales pueden generar dolor y complicar el tratamiento periodontal y producir los siguientes cambios.

Descalcificación y remineralización del cemento:

Cuando la bolsa se profundiza el cemento se descalcifica. Al quedar expuesto a la cavidad bucal, puede haber un intercambio de componentes orgánicos e inorgánicos en la interfase cemento saliva, produciendo una superficie hipermineralizada de cemento.

Caries Radicular:

El cemento se ablanda y sufre fragmentación. La lesión de cemento va seguida de la penetración de bacterias en los — túbulos dentinarios produciendo su destrucción.

En algunos casos ya graves se desprende cemento necrótico en grandes trozos del diente y se separa de el por — masas bacterianas.

La caries radicular conduce a la pulpitis (sensibilidad a los cambios térmicos y dulces, o dolor intenso).

Se debe tener en cuenta que la caries radicular, puede ser la causante del dolor dentario en algunos pacientes —

con enfermedad parodontal, y sin manifestaciones de lesión crónica.

Resorción Celular

Las áreas de resorción celular de cemento y dentina, son comunes en raíces con enfermedad parodontal. Mientras la raíz esté cubierta por el ligamento periodontal hay reparación, pero si la raíz queda expuesta sin que haya habido reparación aparecen como cavidades aisladas que penetran en la dentina.

Ya expuesta a la cavidad bucal presentan fuerte dolor

Otros signos patológicos que se presentan como consecuencia de las bolsas parodontales son los cambios pulpares, esto origina síntomas dolorosos y afectan adversamente a la respuesta de la pulpa a procedimientos de restauración.

Cuando la pulpa es afectada por enfermedad parodontal esta se produce por el foramen apical o por los canales laterales de la raíz, una vez que se ha difundido desde la bolsa a través del ligamento parodontal, produciendo en estos casos lo siguiente:

Atrofia.

Infiltración leucositaria.

Calcificación intestinal.

Fibrosis.

Recesión gingival y profundidad de la bolsa

Se debe tomar en cuenta que la bolsa parodontal produce la recesión de la encía y denudación de la superficie radi-

cular.

La magnitud de la recesión se relaciona con la profundidad de la bolsa.

La exposición de las raíces una vez eliminadas las bolsas dependen de la cantidad de recesión antes del tratamiento.

La magnitud de la pérdida ósea está relacionada con la profundidad de la bolsa, pero esto no ocurre siempre puesto que puede haber una pérdida ósea extensa con bolsas superficiales y poca pérdida aun cuando existen bolsas profundas.

La destrucción ósea alveolar puede ocurrir, incluso cuando hay ausencia de bolsa.

Bolsa Infracaea

En este tipo de bolsas encontramos que la base es apical al nivel del hueso alveolar, la pared se halla entre diente y hueso. Por lo general las bolsas infracaeas se producen por-interproximal pero se localizan en la superficie vestibular y lingual.

La bolsa se extiende desde la superficie en donde se origina hacia una o más superficies contiguas. Aproximadamente el 25 % de las bolsas periodontales son infracaeas.

Las bolsas infracaeas se clasifican dependiendo de su número de paredes, su profundidad y anchura de la siguiente manera :

Tipo 1 Semera Angosta.

Tipo 2 Semera Ancha.

Tipo 3 Profunda Angosta.

Tipo 4 Profunda Ancha.

Diferencia entre bolsas Infraseas y Supraseas.

Los cambios infraseos al igual que los supraseos son causados por los mismos irritantes locales, mas el trauma de la oclusión.

Los cambios inflamatorios, proliferativos y degenerativos en las bolsas infraseas y supraseas son iguales y todos ellos provocan la destrucción de los tejidos periodontales de soporte.

BOLSA SUPRAOSEA.

-
-
- 1.- El fondo de la bolsa es coronario al nivel del ---
hueso alveolar.
 - 2.- El patrón de destrucción del hueso subyacente es -
horizontal.
 - 3.- En la zona interproximal, las fibras transeptales-
que son restauradas durante la enfermedad parodon-
tal progresiva se disponen horizontalmente en el---
espacio entre la base de la bolsa y el hueso ---
alveolar.
 - 4.- En las superficies vestibular y lingual, las fibras
del ligamento parodontal debajo de la bolsa siguen
su curso normal horizontal-oblicuo entre el diente
y el hueso.
-
-

BOLSA INFRAOSEA.

-
-
- 1.- El fondo de la bolsa es apical a la cresta del --- hueso alveolar, de modo que el hueso es adyacente - aparte de la pared blanda, o a toda ella.
 - 2.- El patrón de destrucción ósea es angulado verticalmente o crateriforme, creando una deformidad invertida en el hueso.
 - 3.- En la zona interproximal, las fibras transeptales son oblicuas, en vez de horizontales. Se extiende -- desde el cemento que está debajo de la base de la bolsa, a lo largo del hueso, sobre la cresta, hasta el cemento del diente vecino.
 - 4.- En las superficies vestibular y lingual, las fibras del ligamento parodontal siguen el patrón angular del hueso adyacente. Se extiende desde el cemento que se haya debajo de la base de la bolsa, a lo -- largo del hueso, sobre la cresta, para unirse al - periostio externo.
-
-

CAPITULO VII

INSTRUMENTACION

Para que cualquier intervención quirúrgica sea lo -- más comoda posible, tanto para el odontólogo como el pacien-- te; debe de haber una visibilidad completa en el campo opere-- torio.

La posición tanto del paciente como del operador ha-- de ser de tal forma que ofresca el máximo de accesibilidad a la zona donde se tenga que intervenir.

El instrumental adecuado para cada intervención es-- importante, por lo tanto el instrumental que se utiliza en -- parodencia, se clasifica de acuerdo a la finalidad que desem-- peñan y se dividen de la siguiente manera.

Sondas Párodontales.

Se utilizan para medir la profundidad de la bolsa y deter-- minar su forma. Es una sonda con una hoja en forma de varilla troncocónica, con marcas del 1 o 2 ml. y punta roma.

Para medir la bolsa parodontal se introduce con presión -- firme y suave hasta el fondo de la bolsa.

Pinzas Marcadoras

Este es un instrumento que tiene una punta aguda y - esta doblada en ángulo recto, la otra punta es roma y se --- adapta al contorno de la bolsa. Se presionan los extremos -- hasta que marcan un punto sangrante, realizandose marcas mul- tiples para trazar el curso de la bolsa.

Raspadores

Se presentan en juego de tres raspadores de extremo doble, y se utilizan para eliminar depósitos supragingivales. los más utilizados son el 1 G Y 2 G, que es un raspador - universal con dos hojas en la misma línea con el mango.

Para evitar hacer muescas en los dientes, se activan estos instrumentos con una angulación menor de 90 grados respecto a la superficie dentaria. El borde cortante toma el cálculo supragingival a la altura de la cresta del margen gingi- val y desprende el cálculo con movimiento firme.

Existen también raspadores superficiales, que vienen en juego de tres instrumentos al # 1, 2, y 3.

El número 1 la hoja y cuello están en la misma línea con el mango se usa en la parte anterior de la boca.

El número 2 y 3 se presenta con los cuellos angulados para un fácil acceso a todas las superficies dentarias - y se usa en la parte posterior.

Raspadores Profundos

Este es el mas fino de los raspadores superficiales proporcionando accesibilidad en bolsas profundas, estos raspadores tienen la ventaja de que proporcionan un mínimo de traumatismo en los tejidos blandos.

Como su nombre lo indica se utiliza para la remoción de depósitos profundos, se introduce la hoja hasta la profundidad de la bolsa, de manera que forme un ángulo de 90 grados con el diente.

Se toma el cálculo subgingival en su extremo inferior, cerca del fondo de la bolsa y se desprende con movimiento firme, este movimiento es en dirección a la corona.

Azada Quirúrgica

Tiene una hoja aplanada, en forma de cola de pescado con gran convexidad en su porción donde termina. Se utilizan para desprender las paredes de las bolsas después de la incisión, de la gingivectomía y también se utiliza para alisar superficies radiculares.

Bisturis

En forma de riñón o de corazón diseñados de manera que se puede hacer una incisión lingual o bucal en dirección hori--

sontal.

Bisturios finos, planos y puntiagudos diseñados para la incisión bucal o lingual en la región interproximal.

Azadón Vino

Especialmente diseñado para quitar tejido corto; pulir superficies radiculares, se introduce la hoja en el fondo de la bolsa, se activa el instrumento con un movimiento firme hacia la corona.

Curetas

Tienen forma de cuchara, similar a los excavadores se utiliza para remover el tejido blando de la pared de la bolsa, y para las superficies radiculares, se puede emplear como instrumentos de arrastre y empuje.

Cinzel

Se utiliza casi solo con el fin de eliminar bolsas y de ninguna manera traumatizará los tejidos si se emplea únicamente para romper grandes masas de calculos.

Hoz

La hoz es el mejor instrumento para llegar hasta el fondo de la bolsa, sin embargo, la hoz plantea el problema de entrar en la bolsa, ya que se utiliza lateralmente en relación

al diente y por lo tanto, no se emplea para llegar al fondo de la bolsa, solo en caso que el operador tenga gran habilidad.

Aspiradores

En todo procedimiento parodontal quirúrgico los aspiradores son indispensables, eliminan tejido y residuos atrapados.

Instrumento Quirúrgico de Kirkland

Se presenta en juego para la técnica de gingivectomía.

Algunos de estos se utilizan para remover tejido enfermo después de la incisión de gingivectomía.

CAPITULO VIII

ELIMINACION DE LA BOLSA.

La eliminación de la bolsa, es el método con el cual se inicia un tratamiento periodontal y un factor básico y decisivo en el resultado de la salud periodontal.

También con la eliminación de la bolsa aseguramos la detención de la destrucción de los tejidos.

Para lograr un resultado satisfactorio se debe tomar en cuenta lo siguiente.

Diagnostico

Ajuste Oclusal, Procedimiento de Prótesis y Operatoria.

Determinación del Pronostico.

Eliminación de Bolsa.

Rehabilitación oclusal. Procedimientos Ortodónticos.

Plan de Tratamiento.

Eliminación de Hábitos Perniciosos.

Entre los métodos más usuales para la eliminación de la bolsa contamos con dos técnicas que son las siguientes.

- 1.- Técnica de raspaje y curetaje.
- 2.- Técnica de gingivectomía.

Pero se debe tener presente cuando usar estas técnicas y en que tipo de bolsas.

Técnica de raspaje y curetaje: Esta es la mas común para eliminar las bolsas parodontales consiste en lo siguiente.

Raspaje.-Eliminar cálculos, placa dentaria y pigmentaciones eliminando de esta manera los factores que provocan inflamación.

Alisado de la Raíz.- Para emparejarla y eliminar -- las sustancias dentarias necróticas.

Curetaje.- Comprende la superficie interna de la -- pared gingival de las bolsas periodontales para desprender -- el tejido blando enfermo.

Raspado Subgingival. En la mayoría de los casos-- la eliminación de la bolsa por la técnica de raspado, siempre responde bien, sin embargo existen algunas bolsas viejas que el raspado solo causa debridación de la superficie ra-- dicular y raspado parcial del tejido blando del intersticio.

La técnica de raspaje es la siguiente:

Se necesita un anestésico local directo en la región. El operador mantiene en su lugar a la encía movable con el dedo índice de la mano izquierda.

Se introduce la cureta en el intersticio; de esta manera se raspa por completo la pared gingival.

Si contamos con un instrumento afilado, este requerirá de unos cuantos movimientos. El dentista puede sentir el movimiento de la cureta con el dedo índice a través del tejido gingival, ayuda mucho que se realicen movimientos circunferenciales en las caras linguales y bucales.

En este tratamiento nos encontramos con que el intersticio sangra mucho, pero esto se domina haciendo presión con una torunda y esperar a que se forme el coágulo; y se protege la región con hoja de estano adhesiva, permaneciendo la cubierta durante dos o tres días.

Se le indica al paciente que no debe cepillarse la región operada durante cuatro o cinco días para evitar traumatismo de la encía.

El dentista debe tener cuidado de no perforar la pared gingival con el uso incorrecto de la cureta. En las regiones posteriores, a donde la papila interproximal va a ser tratada, la fijación del tejido blando móvil se llevará a cabo agarrándolo desde los lados bucal y lingual.

Por último se quita la hoja de estano dos o tres días después de la operación, e instruir al paciente que se cepille con cuidado durante cuatro o cinco días mas.

El apósito para la bolsa paradental está compuesto de ácido bórico, aceite de menta oxígeno y otros productos-- medicinales incorporados en una base de parafina. La parafina se introduce en las bolsas por presión digital o con una jeringa diseñada y permanece de 24 a 48 hrs. cuando se retira, los cálculos expuestos por la retracción de la encía - se quitan por raspaje.

Se hace una segunda aplicación hasta eliminar - la enfermedad gingival. Los apósitos individuales pueden ser cambiados diariamente o en días alternos y no ser dejados -- más tiempo.

El periodo de este tratamiento es de dos a tres semanas y se obtienen magníficos resultados.

Después de una semana de la eliminación de la bol-- sa la encía desciende por la contracción y desplazamiento - de la posición del margen gingival. Se encuentra mas enrojo cida que lo normal porque hay mayor vascularización asocia da a la cicatrización.

A las dos semanas si se realiza la fisioterapia ade cuada la encía recupera su color, consistencia y textura normal y adecuada, y el margen gingival está bien adaptado al - diente.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA

Esta es la más antigua de las técnicas y consiste en la resección del tejido gingival que forma la pared externa -

de una o varias bolsas.

Esta técnica se utiliza para eliminar la profundidad anormal o excesiva del intersticio. Sirve para lograr la resección gingival selectiva de las regiones donde hay bolsas parodontales, eliminandolas para lograr una forma gingival aceptable.

Esta indicada esta técnica entre otras muchas en las siguientes :

- 1.- Bolsas gingivales en las cuales la pared de tejido blando está formado por tejido fibroso denso.
- 2.- Bolsas supraoseas con la resorción ósea regular y uniforme en cada región.

TECNICA

En esta técnica utilizamos la anestesia por infiltración, que produce la izquemia localizada cuando se coloca en la encia insertada. También la inducción es rapida y se administra sin complicaciones.

La anestesia se requiere solo en los tejidos blandos ya que las raíces de los dientes pueden ser insensibles a la hoja del bisturí.

Marcado de la Bolsa .- El odontólogo se da cuenta de la profundidad de la bolsa de dos maneras:

- 1.- Con las pinzas marcadoras.
- 2.- Con el parodontometro.

Las pinzas marcadoras son pinzas de curación con un extremo en forma de explorador y el otro en ángulo de 90 grados que se pone en contacto con el extremo recto en el momento que se cierran las pinzas. El extremo recto se introduce en la bolsa y las pinzas se cierran hasta que el extremo doblado perfora la encía en la base de la bolsa.

Se utiliza la pinza en todo el campo por operar ya sea bucal o palatina o lingual y regiones interproximales---

Con estas pinzas se realizan una serie de puntos sangrantes marcando todo el campo que se tiene que intervenir.

El parodontómetro, se introduce en la bolsa y se mide la profundidad en milímetros y se hace una perforación a ese nivel.

Esta medición se hace del lado bucal, palatino o lingual marcando todo el campo por operar. Una vez realizada la marcación de la bolsa se procede a la incisión primaria.

Incisión Primaria.

Es transversal inicial, hecha con bisturí ---- Kirkland K 15 o K 16 se realiza a nivel de los puntos sangrantes, si nos encontramos con una mucosa delgada, se realiza poca angulación apical en la incisión primaria, para que termine en el nivel de la inserción.

Si la mucosa es gruesa (palatina) se realiza la incisión varios milímetros apicalmente, teniendo así la angu--

lación correcta al corte.

La incisión debe empezar en la línea disto bucal y-
ángulo disto lingual, en el margen gingival haciendo una ---
curva suave.

Incisión Secundaria

Esta se realiza en las partes menos accesibles
como las regiones interproximales interradiculares.

Se puede realizar con bisturí Golman Fox # 8 y # 11
Towner # 19 y 20, repitiendo la incisión ya realizada exten-
diéndola interproximalmente, librando todo el tejido que se-
va a extirpar.

Pero resulta mucho mas sencillo remover el tejido -
cortado si las incisiones primarias y secundarias se han reali-
sado atravezando todo el tejido.

Todas las porciones de tejido restantes se removerán
con tijeras finas, también eliminar todo el tártaro que ahi-
se encuentra.

Cemento Quirúrgico.

Antes de colocar el apósito, la superficie---
cortada debe estar cubierta por el coágulo, el coágulo pro-
tege la herida y proporciona un andamio para los nuevos vasos
sanguíneos y células del tejido conectivo que se forman duran-
te la cicatrización.

El coágulo no debe ser muy voluminoso, el exeso de-
coágulo entorpece la retención del apósito periodental.

Además es un medio excelente para la proliferación

de bacterias y aumenta la posibilidad de infección y retarda la cicatrización.

Esto permite que el epitelio crezca hacia la raíz, lo cual limita la altura de la inserción del tejido conectivo.

Una vez terminada la eliminación se prepara el cemento quirurgico y se coloca en la operación.

Este cemento está preparado con lo siguiente:
zinc y eugenol con otras substancias.

Formula de Kirkland Modificada

Polvo	Oxido de Zinc	2 cucharadas.
	Resina en Polvo	2 cucharadas.
	Acido Tánico	1 cucharada.
	Fibras de Asbesto	1/2 cucharada-

Liqui- do	Aceite de cacahuete	11.10 gr.
	Eugenol	62.20 gr.
	Resina derretida en eugenol tibio	7. 79 gr.
	Colorante vegetal rojo.	

Mezclando polvo y líquido.

Fórmula de Goldman.

80%	Oxido de zinc.....	70 %
	Estrato de zinc.....	10 %
	Resina en polvo.....	15 %
	Acido tánico.....	5 %
Polvo		
20%	Fibras de asbesto (finas)	
	Colorante.	
Liquido	Eugenol	70 %
	Aceite mineral	29 %
	Aceite de rosa	1 %
	Colorante.	

Una vez mezclado el cemento se coloca en los espacios interproximales y en dos rollos delgados para aplicarlos a las caras linguales y bucales. Se cubre con hojas de estaño se deja durante una semana y se examinan las regiones operadas.

Si se observa que se encuentra epitelizado se puede dejar de colocar el cemento.

Existen variaciones en la gingivectomía que son las siguientes :

- 1.- Regiones desdentadas en el campo operatorio.

Si falta una pieza (primer molar) y existe -- una bolsa en la cara distal del segundo premolar, toda la mu cosa de la región desdentada debe quitarse para eliminar -- las bolsas.

2.- Si se trata de bolsas distales en dientes distales la región desdentada se reduce para eliminar la bolsa, hay estados en los cuales el procedimiento es difícil de llevar a cabo, entonces se adopta un término medio.

3.- Si una bolsa profunda, tiene en su lado mesial y en su lado distal bolsas poco profundas, la incisión primaria debe aplicarse sobre las regiones de menor profundidad para - crear un margen consistente.

4.- Si los márgenes gingivales adyacentes son irregulares, debe intentarse hacerlos más armoniosos dándoles -- otra forma, produciendo esto un contorno mucho mejor.

Funciones del Aposito

- a) Controla la hemorragia post-operatoria
- b) Minimiza la posibilidad de infección y hemorragia posoperatoria.
- c) Proporciona ferulización de dientes móviles.
- d) Facilita la cicatrización al prevenir el traumatismo, superficial durante la masticación y la irritación a causa de la placa y residuos de alimentos.

El aposito se debe dejar una semana después de la - gingivectomía esto es basándose en experiencias clínicas.

Si se produce alguna hemorragia durante el período - en que se encuentra el aposito, se debe de retirar este, locali

zar el punto sangrante y retener la hemorragia ya sea por -- presión electocirugía o electrocauterio.

Cuando ha transcurrido la semana se retira el apó-- sito introduciendo una azada quirúrgica # 19 G. Se observa una superficie gingival cortada, cubierta por una trama friable de nuevo epitelio que no hay que perturbar.

La mucosa vestibular y lingual puede estar cubier-- ta por una capa amarilla grisacea, o blanda granular de residuos de alimentos que se han escurrido por debajo del apó-- sito, esto se debe eliminar con una torunda de algodón.

Encontramos que la superficie radicular presentan -- sensibilidad a la sonda y cambios térmicos y los dientes se pueden pigmentar.

Cuando se eliminan por completo los cálculos, existen protuberancias rojas de aspecto globular de tejido de granulación, este se elimina con una cureta. El retiro de tejido de granulación sin eliminar los cálculos tiene recidivas siempre. También los fragmentos de cálculo retardan la cicatrización .

Se debe tener presente que después de la gingivectomía existe movilidad dentaria, pero a la cuarta semana disminuye después del tratamiento.

Cicatrización después de la gingivectomía

Después de la gingivectomía, sigue la formación del coagulo superficial que es de protección después el coagulo es reemplazado por tejido de granulación.

La actividad epitelial superficial termina entre los 15 y 14 días.

En las primeras 12 horas existe una disminución leve de la continuidad de la capa osteoblástica en la parte externa de la cresta alveolar, produciéndose al cuarto día de la gingivectomía neoformación ósea en la cresta alveolar, y el cementoide nuevo aparece entre los 10 y los 16 días.

A continuación pondremos un cuadro después de realizada la gingivectomía.

1.- Dos días, coágulo formado, hueso cubierto por tejido conectivo en proliferación. Hay numerosos leucositos y fragmentos de fibrina.

2.- Cuatro días, queda parte del coágulo cerca de la superficie dentaria. La parte subyacente del coágulo es reemplazada por tejido de granulación. En una parte de la superficie se extiende epitelio sin prolongaciones. Infiltrado inflamatorio denso.

3.- Seis días, encontramos que toda la herida esta cubierta por epitelio escamoso estratificado bien diferenciado; existe formación de colágeno hay inflamación.

4.- A los 16 días, el epitelio se presenta maduro con prolongaciones. Tejido conectivo muy colágeno. Existe todavía exudado inflamatorio crónico leve.

5.- A los 21 días, existen ya prolongaciones epiteliales bien desarrolladas, engrosamiento del estrato corneo, mayor colagenización del tejido conectivo.

Encontramos la encía clínicamente normal.

Gingivectomía por Quimiocirugía.

Existe una técnica para la gingivectomía, mediante la cual la encía es eliminada por medio de productos químicos y no por bisturí como la anterior.

En esta se utiliza pasta de paraformaldehído (trioximetilano) al 5 % que consiste en lo siguiente.

Polvo.	Líquido
Oxido de zinc.....70.0 g	Eugenol85.0 ml
Acetato de zinc..... 1.0 g	Acetato de semi
Estrato de zinc.....28.0 g	lla de algodón....15.0 ml
Paraformaldehído..... 5.0 g	

El procedimiento para esta técnica es la siguiente :

Se mezcla el polvo y líquido y se coloca la mezcla sobre el diente y el margen gingival, posteriormente se lleva esta mezcla sobre la bolsa. Se debe esperar un momento y una vez endurecida la mezcla se cubre con barniz de cavidades.

Esta mezcla se retirará después de dos días y se colocará todas las veces que requiera el tratamiento hasta que se elimine el exceso de tejido.

Posteriormente se cauteriza la superficie granulante de la herida con nitrato de plata (consentrado) y cloruro de zinc al 10 % ; esto es para prevenir la granulación excesiva.

Ya que se desprendió el tejido necrótico, se trata el margen gingival con superoxol al 30 %, este se lleva al tejido gingival, y se repite la operación hasta que el tejido quede blanco, esta blancura desaparece después de unos 15 minutos.

Esta operación del superoxol se repite dos veces -- por semana durante cinco semanas.

Por último se eliminan los cálculos y se pulen las superficies dentarias.

Eliminación de bolsas infraoseas.

La bolsa parodontal y el defecto óseo se encuentran relacionados y para que un tratamiento sea completo se necesita eliminar ambas cosas; porque de lo contrario quedan residivas.

El tratamiento es el siguiente :

Eliminación de la inflamación y de los irritantes locales que se conduzcan a la formación de la bolsa. Y la corrección de factores que comparten con la inflamación la responsabilidad de la formación de bolsas infraoseas; el trauma de la oclusión, y algunas veces el impacto alimenticio.

Existen zonas fundamentales en las cuales es indispensable el tratamiento de bolsas infraoseas. .

Estas son las siguientes.

- a) La pared blanda de la bolsa.
- b) La superficie radicular.
- c) Las fibras parodontales que (cubren la superficie del hueso)
- d) Las paredes de los defectos óseos.

a) La pared blanda está formada por revestimiento epitelial de la bolsa, adherencia epitelial y tejido de granulación, adyacente.

Se debe eliminar la estructura epitelial, para que las nuevas fibras del tejido conectivo se reinserten en la superficie dentaria.

b) Tratamiento de la superficie dentaria.- La superficie radicular será raspada para eliminar todo depósito--- estructura dentaria ablandada y remanentes adheridos de la adherencia epitelial.

Se prepara para el depósito de cemento nuevo y para la inclusión de nuevas fibras del ligamento parodontal.

c) Tratamiento de las fibras parodontales que cubren la superficie del hueso.

Se deben eliminar las fibras para permitir que la sangre y células osteógenas afluyan al defecto óseo. Las fibras que se encuentran intactas se deberán curetear firmemente en la superficie ósea. Cuando estas se inflaman sufren degeneración y son reemplazadas por tejido de granulación, y este es más fácil en la remoción

d) Tratamiento de las paredes de los defectos óseos

Se deben de curetear las paredes de los defectos -- óseos y dejar la superficie limpia con pequeños puntos sangrantes. Si las bolsas son muy antiguas se pueden hacer perforaciones en la superficie ósea con fresa redonda pequeña.

Esto es con el objeto de facilitar el paso de la sangre y células osteógenas desde el hueso hasta el defecto óseo.

Tratamiento de defectos óseos.

Es común que los defectos óseos se encuentren casi siempre en las bolsas infraóseas; existiendo la siguiente manera para corregirlos.

Puede ser por reparación del defecto óseo, o sea -- mediante el relleno con hueso nuevo y la reinserción de nuevas fibras parodontales de la raíz, o también por remodelación del defecto. Esto quiere decir, recortar las paredes del defecto para eliminarlo o también hacerlo apto para la reparación ósea.

Posteriormente el proceso de cicatrización rellena el defecto óseo restaurando de esta manera contornos óseos fisiológicos lisos.

Por un mecanismo natural se reducen los márgenes óseos agudos, se eliminan irregularidades pronunciadas entre los niveles óseos interdentarios y de las raíces; y disminuye la pared vestibular y lingual de cráteres interdentarios, junto con el relleno con hueso de los cráteres hundidos.

La técnica para eliminar bolsas infracaseas y defectos óseos.

El tratamiento de elección para eliminar de -- este tipo de bolsas es el de colgajo, aunque en algunas ocasiones se necesitan usar las técnicas de raspaje, curetaje y gingivectomía.

Técnica de colgajo .- Se aliza la zona con gasa, se seca y pinta con solución antiséptica.

Se sondea el curso de la bolsa y el defecto óseo, -- esto se realiza para determinar donde comenzar las insisiones.

Las insisiones verticales se hacen a cada lado de la zona afectada en la superficie vestibular o lingual, estas se extienden desde el margen gingival hacia la mucosa alveolar -- deben ser profundas para permitir el rechazo de un colgajo -- mucoperióstico.

Posteriormente se elimina la pared de la bolsa y el tejido de granulación, con esto se expondrán los depósitos de la raíz y facilitará la exploración a fondo, de las dimensiones y morfología.

Se eliminan todos los depósitos y se aliza la superficie radicular, se deben también eliminar por medio de curetaje las fibras que cubren el hueso para permitir la hemorragia dentro del defecto. Una vez que se forma el coágulo se vuelve a su posición y se sutura cubriéndose con apósito periodontal.

Por cincivestena.

Se anestesia la región y se marcan las bolsas se corta la pared de la bolsa coronariamente al hueso, se elimina con el objeto que quede expuesto el defecto óseo, se realiza la resección de la pared interna de la bolsa.

Se elimina el tejido de granulación esto se hace hasta el fondo de la bolsa. Posteriormente se raspa y alisa la raíz con el objeto de quitar todos los depósitos y substancias dentarias necróticas y se pule la raíz. Se debe eliminar todo el tejido blando de la zona de la adherencia epitelial es por esto que se debe llegar hasta la base de la bolsa.

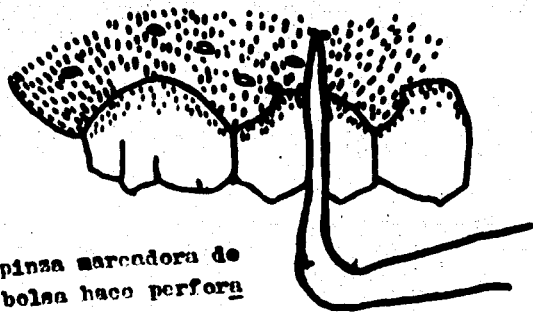
Se elimina la capa fibrosa del hueso, esta se debe quitar intacta de la superficie del hueso esto nos proporciona una superficie ósea sangrante, y si es posible se deben realizar pequeñas perforaciones en la superficie ósea (con fresa redonda)

Para facilitar la hemorragia en el defecto.

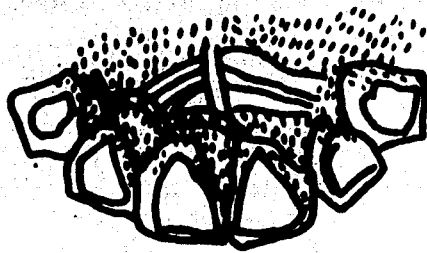
Una vez terminado lo anterior , se limpia y lava la zona para retirar los restos de fragmentos y cálculos de tejido blando.

Se cubre la zona con apósito sin desplazar el cuagulo, el apósito se retira después de una semana.

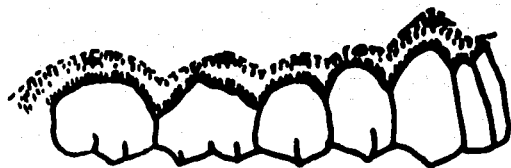
La pinza marcadora de
la bolsa hace perfora-
ciones puntiformes



Incisiones hechas
a los lados de la
papila incisiva



Cuadrante incidido
con incisión discon-
tinua.



Al terminar la incisión
se coloca el depósito



CAPITULO IX

CICATRIZACION

Consiste en la conversión del tejido de granulación en una cicatriz. Las fibras colágenas recientemente formadas por los fibroblastos sufren una constricción, mientras que muchos capilares neoformados entran en regiones y ya no contienen sangre.

A medida que los capilares desaparecen, la coloración rojiza del tejido de granulación se desvanece progresivamente hasta dejar en su lugar una zona blanquesina, comprimida a veces deprimida y distorsionada; zona a la que se ha dado el nombre de Cicatriz.

Tanto el ligamento parodontal como en cualesquier otra parte del organismo una vez terminado el tratamiento requerido la cicatrización puede ser afectada por factores locales y generales.

Los Factores Locales .- Son factores locales los ocasionados como por ejemplo contaminación por microorganismos, irritación de la placa ; residuos de alimentos y restos de tejido necrótico, también el trauma de la oclusión son amenazas comunes para la cicatrización que sigue después del tratamiento parodontal.

Otra circunstancia por lo cual la cicatrización sufre retardo es por la manipulación excesiva durante el tratamiento de cualquier enfermedad parodontal, en este caso la eliminación de las bolsas parodontales; o por traumatismo de los tejidos y repetidos procedimientos de tratamiento que -- interrumpan la actividad celular ordenada en cualquier proceso de cicatrización.

Factores generales.

La cicatrización se retarda por la ingestión insuficiente de alimentos, y por estados orgánicos que interfieren la asimilación de nutrientes.

La deficiencia de vitamina C retarda la cicatrización al disminuir la formación de colágeno y alterar la integridad de las paredes capilares; esto ocasiona que estén propensas a la rotura.

Otro factor puede ser también la deficiencia de proteínas pues esto retarda la cicatrización al reducir el aporte de aminoácidos que contienen el azufre, como lo son la cistina y la metionina. También puede haber retardo de la cicatrización por falta de vitamina A, por dieta que sea rica en grasas y sobredosis de vitamina D, ya que esta ocasiona necrosis y calcificación de las arteriolas en el tejido de granulación.

Después de que se ha realizado un tratamiento parodontal los procesos básicos de la cicatrización son los siguientes;

Eliminación de los residuos tisulares degenerados - y el remplazo de los tejidos destruidos por enfermedad.

En la cicatrización se llevan a cabo la regeneración y la reinserción

Regeneración

Es la proliferación y diferenciación de nuevas células y substancias intercelulares; para formar tejidos.

La regeneración se produce por la proliferación a--- partir de la misma clase de tejido que el que fué destruido-- o bien a partir de su precursor. En el periodonto el epitelio gingival es reemplazado por epitelio, y el tejido conectivo - subyacente y ligamento parodontal derivan del tejido conectivo.

El hueso y el cemento no son reemplazados por hueso o cemento existente sino que es a partir del tejido conectivo que es precursor de ambos.

Las células indiferenciadas del tejido conectivo se transforman en osteoblastos y cementoblastos que a su vez forman hueso y cemento.

El periodonto en estado normal constantemente forma células nuevas y tejidos para reemplazar a las que ya maduraron posteriormente a esto se le llama " Reparación del desgaste y rotura ".

La regeneración sigue durante enfermedad gingival y periodontal activa, ya que son procesos inflamatorios crónicos y como tales son lesiones en cicatrización. Sin embargo también existen irritantes locales, productos bacterianos que - perpetúan el proceso patológico y exudado inflamatorio y esto

impide que la cicatrización se llegue a completar.

Al eliminar tanto los irritantes locales , como --- las bolsas parodontales donde se acumulan las bacterias y se proliferan, esto ayuda a eliminar los obstáculos a la regeneración permitiendo al paciente que se beneficie con la capacidad regenerativa de los tejidos.

Reinserción

Se entiende por reinserción a la reinclusión de nuevas fibras del ligamento parodontal en la formación de nuevo cemento y la adherencia del epitelio gingival a la superficie dentaria previamente desnuda por la enfermedad.

Es por esto que para obtener una restauración clínica del periodonto destruido es necesario que haya reinserción.

En parodencia el término reinserción se refiere especialmente a la restauración del periodonto marginal y no a la reparación de otros sectores de la raíz como lo son los que aparecen después de desgarres traumáticos en el cemento o en el tratamiento de lesiones periapicales.

Existen factores que afectan a la reinserción como - por ejemplo la eliminación de la adherencia epitelial cuando se ha realizado un tratamiento de bolsas supraóseas e infraóseas profundas.

Es por esto que si se deja intacta la adherencia epitelial durante el tratamiento parodontal automáticamente - predetermina los niveles del ligamento parodontal y del hueso después del tratamiento.

La eliminación de la adherencia epitelial crea condiciones en las cuales las fibras del tejido conectivo podrían reinsertarse a la superficie dentaria en un nivel más coronario que el anterior al tratamiento.

Al terminar un tratamiento de bolsas parodontales no es posible darse cuenta de que ha sido eliminada por completo la adherencia epitelial, es por ello que se debe recurrir a estudios histológicos que a base de varias experiencias — anteriores indican que puede ser completamente eliminadas en cada caso que es tratado por gingivectomía.

En algunas ocasiones cuando existen cambios en la pared dentaria de las bolsas parodontales; tales como degeneración de los restos de las fibras de Sharpey, acumulación de bacterias y sus productos y desintegración del cemento y la dentina, interfieren la reinserción, pero estos obstáculos se eliminan con un buen alizado de la raíz.

Para una buena cicatrización el coágulo es lo primero que debemos tener cuidado que se forme, ya que constituye la primera protección de la zona tratada .

Este es reemplazado por tejido de granulación , - que puede extenderse hasta la superficie del coágulo.

Posteriormente la vascularización y el volumen del tejido de granulación se reducen a medida que madura para convertirse en tejido conectivo.

En algunas ocasiones también entorpece la cicatrización pos-operatoria de los tejidos parodontales de soporte; el trauma de la oclusión.

Cuando este trauma es persistente durante la cicatrización nos encontramos con que frecuentemente se observan espacios periodontales ensanchados, defectos óseos angulares y movilidad dentaria.

El tejido de granulación que se forma durante la cicatrización pos-operatoria es de la misma clase que el tejido que existe en las bolsas parodontales, y nos encontramos con que durante la enfermedad activa el tejido de granulación no es maduro para convertirse en tejido conectivo, porque existe persistencia de la irritación local y exudado inflamatorio.

Si el operador elimina todos los irritantes por medio de raspaje y curetaje, sin eliminar el tejido de granulación el exudado inflamatorio se reabsorbe y la maduración del tejido de granulación progresa.

Pero si las bolsas parodontales se tratan por la técnica de gingivectomía se esta eliminando el tejido de granulación para de esta manera proporcionar visibilidad, accesibilidad a los irritantes de las superficies radiculares.

Siempre que se eliminan por completo los irritantes se forma rapidamente tejido de granulación nuevo en la cicatrización.

Por todo lo anterior se debe tener presente que siempre que hay eliminación del tejido de granulación en el tratamiento de la bolsa parodontal esto no es un sacrificio de tejido ya que es reemplazado en el proceso de cicatrización.

CAPITULO X

CONCLUSIONES.

¿ Por qué la formación de las bolsas parodontales en la cavidad oral ?

Se le puede considerar que es una característica importante en la formación de la enfermedad parodontal.

Como en uno de los capítulos anteriores se mencionó, es causada por los siguientes factores:

Sarro dentario, materia alba, empaquetamiento de detritus alimenticio , bacterias, caries, cepillado incorrecto, etc.

Con este breve estudio nos damos cuenta de que las bolsas parodontales no presentan gran riesgo si son tratadas a tiempo y adecuadamente, de lo contrario; mantener las bolsas parodontales impone al paciente el riesgo a dar principio a alteraciones más severas en el parodonto, incluso el riesgo de perder los dientes.

La propagación de la inflamación a partir de -

las bolsas paradontales es la causa más importante de destrucción ósea en la enfermedad paradontal.

Si se tiene presente que tanto esta enfermedad como cualquier otra del organismo no es tratada a tiempo este nos puede ocasionar mayores complicaciones.

Con una buena intervención del odontólogo y --
mutua colaboración del paciente, esta enfermedad puede ser --
combatida, y no causar problemas futuros.

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

Golman Schluger Henry.
Periodoncia Parodontología.
Editorial Interamericana, S.A.

Orban Balint.
Periodoncia Parodontología.
Editorial Interamericana, S.A.

Prichar John P.
Enfermedad Parodontal Avanzada.

Irvin Glickman.
Periodontología Clínica
Editorial Interamericana, S.A.
Cuarta Edición

Francisco Cuevas
Manual de Técnica Médica Propedeutica.
Segunda Edición 1969.
México D, F.

Burket.

Medicina Bucal.

Editorial Interamericana.

1976.

Robins.

Patologia Bucal.

Editorial Interamericana.

1973.