

895



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

PARODONCIA

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a n

GLORIA ROMAN VILLA

MARIA CAROLINA MALDONADO BENITEZ

JOSEFINA SALGADO GUEVARA

México, D. F.

1979

15283



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TEMARIO

TEMA I

EL PARODONTO Y SUS GENERALIDADES.

Encía

Contorno Marginal

Fibras y Ligamentos Parodontales

Cemento Radicular

Apófisis Alveolar

Hueso Alveolar

Hueso de Soporte

TEMA II

ENFERMEDAD PARODONTAL

TEMA III

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES PARODONTALES

TEMA IV

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Causas Locales

Causas Generales

TEMA V

DIAGNOSTICO

TEMA VI

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Curetaje o Detertraje Radicular (instrumental)

Orden Sistemático del Raspado de los Dientes

TEMA VII

EPIDEMIOLOGIA

TEMA VII
PARODONTITIS

Definición
Clasificación
Etiología
Diagnóstico
Pronóstico
Tratamiento (curetaje o detertraje)
Gingivectomía
Operación de Colgajo
Osteoplastia y Osteotomía

TEMA IX
LESIÓN DE LA BIFURCACION Y TRIFURCACION

Clasificación de las Lesiones
Pronóstico
Tratamiento
Fisioterapia.

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

Considerando el avance de la Parodoncia en los últimos años, principalmente en el aspecto preventivo, nos damos cuenta que debemos conocer cual es la manera más eficaz para mantener saludables nuestros tejidos parodontales; y sólo lo lograremos si tenemos un buen C.P.P. (Control personal de placa), pues es una de las principales causas de la enfermedad - Parodontal.

Por lo descrito anteriormente nos hemos permitido realizar el presente trabajo que aunque breve, muestra de una manera general, las características del Parodonto en salud y en enfermedad.

T E M A I

EL PARODONTO Y SUS GENERALIDADES:

DEFINICION:

ETIMOLOGICAMENTE LA PALABRA PARODONTO O PERIODONTO
SIGNIFICA

PERI ----- ALREDEDOR

DONTO ----- DIENTE

El parodonto es el conjunto de tejidos que rodean la raíz o raíces clínicas del diente, protegiéndole de traumatismos externos, dándole alojamiento y manteniéndoles en su sitio, ayudando a la conservación de su integridad y está formado por:

- a) Ligamento parodontal (membrana)
- b) Hueso Alveolar
- c) Encía con inserción epitelial
- d) Cemento radicular.

Cada uno de éstos tiene funciones diferentes que conjuntamente forman el parodonto, por ello se dice que el parodonto es una unidad biológica formada por estos cuatro elementos que son fundamentales, cada uno de ellos tiene funciones distintas y a pesar de eso existen relaciones funcionales armónicas, pero si alguno de estos elementos sufre alguna alteración por consecuencia lógica se rompería el círculo funcional y por lo tanto decaería la actividad protectora que amenazaría con el inicio de una enfermedad parodontal.

1.- ENCIA:

Se denomina encía o tejido gingival a la mucosa que cubre el proceso alveolar hasta el cuello de los dientes, se divide desde el punto de vista topográfico como sigue:

2.- ENCIA MARGINAL:

Es la porción coronal no adherida de la encía que rodea al diente, dando lugar al surco gingival en cuyo fondo está la porción coronal de la inserción epitelial.

Características clínicas de la Encía Marginal:

Es de color rojo oscuro, superficie aterciopelada y consistencia suave, puede desprenderse por medios mecánicos o con una corriente de aire.

3.- ENCIA INSERTADA:

Está limitada hacia incisal por el surco gingival y hacia apical, convencionalmente por el principio de la encía alveolar; esta parte de encía es de color rosa pálido y se caracteriza por su aspecto punteado comparable a una cáscara de naranja debido a la penetración de los haces de fibras colágenas que van de la mucosa a las papilas del tejido conjuntivo; la textura o el grado de punteado de estas fibras pueden variar según la edad y sexo, siendo en la mujer joven más pequeña y fina la textura que en el hombre.

La confirmación de que los haces fibrosos del tejido colágeno intervienen en la formación del punteado es la desaparición o desaparición de sus elementos debido a estados patológicos.

4.- ENCIA ALVEOLAR O FIBROMUCOSA:

Está limitada hacia incisal por el principio de la encía insertada y hacia apical por el fondo de saco vestibular.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es de color rojo, de consistencia suave, no está adherida al proceso alveolar como la encía insertada. Se puede deslizar por medio de palpación lateral; la diferencia entre encía alveolar y encía insertada, es la siguiente:

La diferenciación de la Encía Insertada, es el grado de densidad del tejido conjuntivo subyacente, ya que la encía insertada es de tejido denso y la alveolar de tejido conjuntivo laxo, lo que nos permite observar los vasos arteriales y venosos que nutren a estos elementos. El tejido gingival colocado en los espacios interdentes, que en una dentadura normal, cuyos puntos de contacto son anatómicamente correctos, estas papilas tienen forma piramidal y en sus crestas está formada por encía libre común a los dientes adyacentes.

En el caso de que existan diastemas, las papilas terminan en un borde romo y en ocasiones en una superficie cóncava la papila interdental tiene especial importancia clínica y patológica, ya que es un indicador temprano y seguro de la enfermedad parodontal.

Debido al traumatismo que sufre la encía durante la función masticatoria, está cubierta por un epitelio escamoso-estratificado y queratinizado para soportar sin deterioro dicha función, el epitelio queratinizado se esta descamando con

tínuamente, siendo reemplazado por la actividad de las células basales y de la capa más profunda de las células espinosas.

El epitelio intersticial que recubre el tejido blando del surco gingival no se queratiniza; por esta y otra razón, esta región no es muy susceptible a la enfermedad parodontal.

5.- CONTORNO MARGINAL:

El margen gingival debe ser delgado y terminar en filo de cuchillo, la papila gingival debe terminar en punta y llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto; un contorno redondeado en los adultos se considera normal.

La encía se encuentra adosada a la pared del diente debido a las fibras de sostén de las cuales tenemos 2 grupos que son:

- A) Fibras principales
- B) Fibras secundarias

A.- FIBRAS PRINCIPALES:

Son las que se introducen en el cemento dentario a expensas de un cemento joven no calcificado denominado cemento de que se calcifica posteriormente y atrapa a la terminación de la fibra principal, a la parte calcificada se le denomina fibras de sharpey, este elemento también se localiza a nivel de hueso alveolar.

B.- FIBRAS SECUNDARIAS:

Es el conjunto de fibroblastos que no tienen fibras de sharpey, por lo tanto su función es la de servir de relleno -

para que pasen a través de ella los elementos nutritivos y sensoriales de este tejido. Las fibras principales forman ligamentos complementarios diferenciados que se dividen en los siguientes:

a) LIGAMENTOS GINGIVALES LIBRES.- Se extienden del cemento a la encía en donde se pierden, y proporcionan tono a la encía marginal, así como protección al intersticio.

b) LIGAMENTOS CRESTA ALVEOLARES.- Se insertan en el vértice de la cresta alveolar y se dirigen al cemento de su zona coronal, su función es evitar el desalojamiento del diente en sentido incisal.

c).- LIGAMENTOS DE LAS FIBRAS OBLICUAS.- Es el ligamento más poderoso que va de incisal hacia apical y del hueso alveolar al cemento, estas fibras compensan los impulsos vestibulares axiales que reciben las piezas al ponerse en contacto con el bolo alimenticio y con sus antagonistas, manteniendo a la pieza en un equilibrio fisiológico y adecuado.

d) LIGAMENTO DE FIBRAS HORIZONTALES.- Estas fibras van del hueso alveolar al cemento por debajo del grupo anterior y sirven para evitar los desplazamientos laterales.

e) LIGAMENTO APICAL.- Sirve para evitar el desplazamiento brusco del apice en sentido vertical como lateral, preservando así la integridad anatómica y funcional del paquete neurovascular de la pieza dentaria.

f) LIGAMENTO PARODONTAL.- Es la estructura conectiva que rodea a la raíz del diente, relacionándola con el hueso y tiene un contorno en forma de reloj de arena, siendo el diámetro más angosto en la porción apical, del tercio medio, siendo más angosto en el lado mesial que en el lado distal.

Sus funciones principales son 4:

1. DE SOPORTE: Se realiza gracias a las fibras principales y accesorias.

2. FORMATIVA: Realizándolo por medio de fibroblastos, osteoblastos y cementoblastos que contiene.

3. NUTRITIVA: Por medio del tejido conectivo de la encaña y que se comunica con los espacios medulares a través de canales vasculares del hueso.

4. SENSORIAL: Por medio de vasos linfáticos y nerviosos propioceptivos.

CEMENTO RADICULAR:

Es el tejido conjuntivo calcificado, especializado de origen mesenquimatoso que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente en donde se insertan las fibras de la membrana periodontal.

La formación del cemento comienza en las primeras fases de la erupción del diente y se debe a las células mesenquimatosas diferenciales, la superficie del cemento está formada por una capa más reciente no calcificada y cubierta por los cementoblastos. Esta continua aposición diferencia al cemento del hueso, aunque su composición es similar, además el hueso se forma y se reabsorbe bajo influencias funcionales en tanto que el cemento, no lo hace en condiciones normales, esta diferencia biológica es de suma importancia para comprender las alteraciones tisulares secundarias o trastornos de la función y estados patológicos.

APOFISIS ALVEOLAR:

Es la porción de maxilares y mandíbula que forman y sostienen los alveolos en donde están colocados los dientes, debido a su adaptación funcional se distinguen dos partes en la apófisis alveolar, que son:

EL HUESO ALVEOLAR: Propiamente dicho que consta de una lámina ósea delgada que cubre la raíz del diente en donde se insertan las fibras de la membrana periodontal.

HUESO DE SOPORTE: Rodea al hueso alveolar y sirve de sostén a su función, consta de una lámina cortical compacta del lado vestibular, palatino y lingual de la apófisis alveolar y el hueso esponjoso comprendido entre estas láminas corticales y el hueso alveolar propiamente dicho.

El hueso alveolar debido a su aspecto radio-opaco en la radiografía se le denomina lámina dura y presenta perforaciones que dan paso a los vasos y nervios desde o hacia la membrana periodontal. Este hueso es un tejido transitorio que se adapta a la capacidad funcional del diente tendiendo a reducirse después de la extracción, su estructura varía según sea el estímulo recibido en su actividad funcional.

El hueso de soporte al igual que el hueso alveolar sufre variaciones que van de acuerdo con su actividad funcional, así tenemos: que la pérdida de la función oclusal produce osteoporosis o sea atrofia por falta de uso, mientras que el aumento de la actividad funcional produce un hueso más denso.

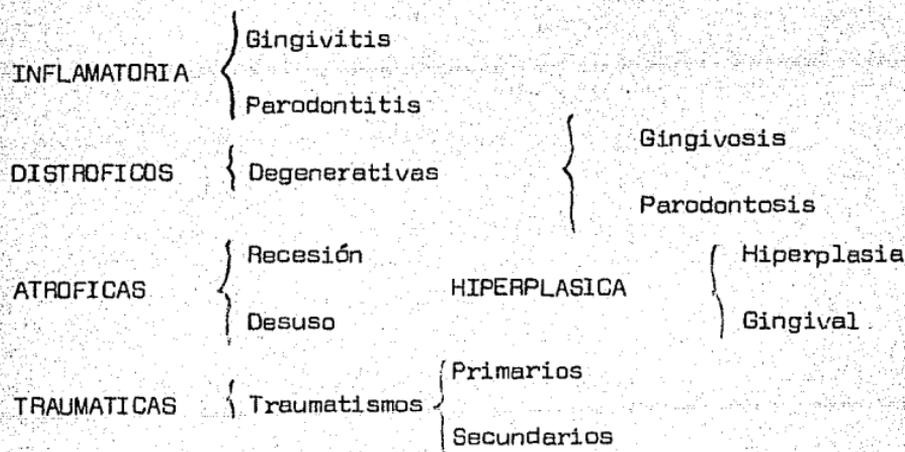
CLASIFICACION DE ENFERMEDADES PARODONTALES:

Las enfermedades paradontales siguen el mismo proceso que las enfermedades de otros organismos del cuerpo, según los principios de la patología general existen 3:

- 1.- Inflamación
- 2.- Distróficas
- 3.- Neoplásicas

Estos últimos no están dentro del campo terapéutico de la Parodencia, sin embargo, el hecho de que el parodonto esté expuesto constantemente a las fuerzas oclusales y a sus reacciones patológicas, se clasifica como tercera categoría al trauma oclusal, de tal manera que las alteraciones patológicas pueden diferenciarse en esta forma:

- A) Reacciones inflamatorias.
- B) Alteraciones Traumáticas
- C) Estados distróficos.



ENFERMEDAD PARODONTAL

La Gingivitis es una reacción inflamatoria de la encía aunque es importante saber que la inflamación no es siempre - la primera alteración que sufre dicho tejido, en muchos casos puede ser secundaria y estar superpuesta en forma subyacente - no inflamatoria de la enfermedad gingival. Es importante comprender que hay una diferencia fundamental entre un estado - gingival primariamente inflamatorio y uno en que la inflamación es secundaria a una alteración patológica subyacente.

El primer caso debe ser tratado con éxito, eliminando los factores que provocan la inflamación.

El segundo caso su tratamiento local será necesario, - pero no suficiente para la completa erradicación de la enfermedad gingival, por lo cual será necesaria la exploración de la naturaleza de la alteración patológica subyacente y la corrección de los factores responsables; por lo general se trata de un padecimiento crónico, pero puede tener una forma aguda o subaguda, puede presentar un carácter productivo o hiperplásico y en algunos casos necrosantes, para poder llegar a un diagnóstico completo, es necesaria la historia clínica - y su correcta evaluación.

En la enfermedad parodontal, la primera modificación - visible es la del color, la encía adquiere un tono más oscuro que el tejido gingival circundante. Esta modificación se observa primero en la cima de las papilas interdetales y luego se extiende a las zonas marginales, hay tumefacción de la zona afectada, la cual es variable de un individuo a otro y - en épocas diferentes de la vida, en la niñez y en la edad adulta temprana, la hiperplasia es pronunciada sumada a la inflamación, en tanto que en la edad adulta avanzada, al parecer esta es menos exagerada.

En todo padecimiento se presenta una vascularización - incrementada de los tejidos, lo cual explica el síntoma gingi vorragíco, de la afección a la menor alteración del tejido - gingival, exudor de sangre del epitelio ulcerado de la hendi- dura hacia la bolsa y a la superficie, la inflamación ocasio- na destrucción de las fibras gingivales y así se explica la - desaparición del punteado de la superficie gingival.

Por la ruptura de dichas fibras hay una retracción del tejido gingival respecto a la superficie dental, lo cual per- mite que el margen se redondee, ésto, combinado con una tume- facción concomitante crea retracción gingival observable en - las gingivitis.

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Las causas de las alteraciones parodontales podemos di- vidirlas en:

Locales

Generales.

CAUSAS LOCALES: Si bien la lesión local inicia la gin- givitis modificada por la intensidad del factor causante y - también por la repetición del traumatismo, la severidad de la afección y el aspecto clínico, estarán regidos y quizá modifi- cados por la capacidad del paciente para resistir y reparar - la lesión ocasionada de modo que la gravedad de la infección- depende del agente causante, del período, de la edad del pa- - ciente y de los potenciales de la resistencia y de la repara- ción del mismo.

Una de las principales causas es la formación de la - placa bacteriana.

PLACA BACTERIANA.- Es una masa blanda y pegajosa que se adhiere a las regiones cervicales o cuello de los dientes y en los espacios interproximales, aunque no es soluble en agua, puede desaparecer con una correcta y adecuada técnica de cepillado. El Cirujano Dentista, está científicamente preparado y moralmente obligado a realizar una labor de educación dental que tienda a lograr la salud en la comunidad, enseñando y demostrando la importancia de adquirir hábitos de conducta convenientes para conservar la integridad del aparato estomatognático, incluso desde la edad más temprana.

CARACTERISTICAS DE LA PLACA BACTERIANA.-

La mucosa bucal y todas las superficies dentales con sus anfractuosidades y surcos bañados por líquidos y cubiertos por películas o por detritos, brindan condiciones favorables para el desarrollo bacteriano, como quedo establecido en el capítulo anterior.

Entre los microorganismos y los tejidos se establece un equilibrio dinámico sumamente importante para la salud del parodonto, que puede perderse al modificar alguno de los factores (duración, frecuencia, tipo de agresión) y la resistencia del tejido (estado general en toda su amplitud).

COMO ACTUA LA PLACA BACTERIANA

Es importante comprender que esta casi imperceptible placa, saturada de millones de microorganismos, producen sustancias agresivas que pasan o son recibidas en los tejidos, provocando la inflamación gingival, como consecuencia directa del proceso anterior, el tejido queda flojo y débil, permitiendo que haya mayor acumulación de bacterias y de sus productos hasta dar como resultado una mayor agresión, pudiendo incluso alterar las estructuras calcificadas (hueso, cemento)

presentando al diente en condiciones desfavorables.

Debido a la actividad del microorganismo, a la descomposición de elementos en los tejidos (células descamadas, elementos hemáticos), así como al desdoblamiento de productos de ingesta, el individuo tiende a padecer halitosis, que provoca que se aisle y se sienta rechazado.

Los análisis en la literatura disponible y los últimos estudios realizados sobre la materia, refuerzan el punto de vista de que la placa bacterina sobre la superficie de los dientes y sus productos, son las causas principales de la enfermedad parodontal y de la caries dental.

Das afecciones que con gran frecuencia nos encontramos y que son verdaderos problemas de salud pública.

CONTROL PERSONAL DE PLACA

Para la educación dental de la comunidad no es suficiente enseñar medidas preventivas, sino tratar de conseguir que exista una apreciación correcta, una valoración adecuada que permita obtener una respuesta positiva; vale decir, que el público debe aceptar su responsabilidad en la aplicación de los métodos para la conservación de la salud.

Es deber moral de la familia odontológica, realizar programas de salud dental y de control personal de placa, haciendo que la boca sea valorizada en toda su importancia y destacando los siguientes aspectos claves.

- 1.- Los elementos nutritivos son recibidos y realizan la primera parte de su digestión en la boca.

- 2.- La comunicación con nuestros semejantes se realiza a través del habla, en cuyo efecto la boca cumple una función esencial.
- 3.- La expresión de nuestra boca, manifestando sonrisas o enojos, nos pone en relación con los demás.
- 4.- La boca tiene un obvio e indudable valor estético.

CAUSAS GENERALES

Muchos procesos nosológicos generales y metabólicos producen alteraciones de los tejidos gingivales y bucales. Estas modificaciones no son específicas y su reconocimiento depende de una elaboración detallada del caso y de la correcta valorización de los datos obtenidos.

Puesto que los síntomas generales suelen proceder a las manifestaciones bucales, la historia del caso pondrá de manifiesto esta interrelación, sin embargo en algunos casos las lesiones bucales pueden ser observadas antes que los signos y síntomas generales aparezcan.

El Cirujano Dentista deberá tener un claro conocimiento de la medicina bucal, ocasionalmente las alteraciones bucales pueden ser la última expresión de la afección general y en estas circunstancias de la capacidad del Cirujano Dentista dependen el diagnóstico de la enfermedad y por lo tanto el tratamiento adecuado.

DIAGNOSTICO

La gingivitis puede diagnosticarse y clasificarse de conformidad con ciertos principios y efectuando un examen sis

temático y cuidadosamente, observando los pasos a seguir, dichos pasos son:

Síntomas

Historia médica y dental del paciente.

Estimación del estado actual de salud.

Examen clínico

Examen radiológico.

El examen debe incluir: mucosa, bucal, encía, dientes y la oclusión. Al examinar la encía es preciso hacer ciertas - observaciones:

La extensión de la lesión que puede ser: localizada o generalizada.

La distribución de la lesión que puede ser en: papilas, encía marginal o encía insertada.

El estado de la inflamación que puede ser: aguda o crónica, y las características clínicas que pueden ser: Hiperplasia, ulceraciones, necrosis, formación de pseudomembranas y exudado purulento.

Cuando se efectúa el examen debemos recordar las características de la encía normal y de esta manera podemos observar la extensión de la reacción inflamatoria, la distribución de las lesiones y el estado de inflamación, por la observación - objetiva y la valoración de los síntomas subjetivos, podemos saber si la reacción inflamatoria es aguda o crónica.

Inflamación Aguda. - Se presenta de color rojo, intenso - y con frecuencia está ulcerada, es hemorrágica y dolorosa.

Inflamación Crónica. - Presenta muchas veces crecimiento tisular excesivo, la encía adquiere un color magenta y co-

mo relga general es indolora, casi no presenta hemorragias y está mas fibrosa que en la forma aguda.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

CURETAJE O DETERTRAJE RADICULAR

El detartraje es el procedimiento mediante el cual se retiran depósitos de sarro o tartaro supra y subgingival de la superficie de los dientes.

El detrataje es: tallar hasta dejar limpias las superficies dentarias, algunas veces se producen pequeños desgarrros o laceraciones en los tejidos blandos, con pequeñas hemorragias y hasta bacterimia transitoria motivo por el cual se debe tener cuidado con los pacientes que tengan algún trastorno en la cicatrización, discracias sanguíneas, diabetes, etc.

INSTRUMENTAL.

Antiguamente se pensaba que era necesario fabricar instrumentos demasiado fuertes para que no se rompieran al quitar grandes cálculos dentarios, en nuestros días los instrumentos que utilizamos son de acero fino que conservan su filo por un tiempo determinado, pero que también pueden volverse a afilar cuantas veces sea necesario. Su diseño es más delicado y específico, y cuando no se le da su verdadera utilidad su eficacia disminuye considerablemente.

Hace algunos años aparecieron en el mercado instrumentos mecánicos que ayudan a la remoción del sarro (cavitrón) que trabajan accionados con el torno dental y con vibraciones ultrasónicas, pero se ha comprobado que se obtienen mejores resultados con los instrumentos escabiodontos, o con la combinación de los dos, para dar al operador la mayor posibilidad de utilizar su habilidad y aplicar satisfactoriamente sus co-

nocimientos, basándose en principios biológicos para causar el menor traumatismo posible, tanto en los tejidos blandos como duros, específicamente para lograr su mayor eficacia.

CARACTERISTICAS DEL INSTRUMENTAL

Los instrumentos en general deben tener los mangos gruesos; en el lugar en que se apoyaran los dedos deben ser de 8 a 9 mm. de grosor, la superficie no debe ser lisa u octagonal para que el instrumento no se resbale.

INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZAN PARA EL DETARTRAJE

Cinceles, azadones, hoces, limas, curetas, CK6 y cucharillas oseas, cada uno está diseñado para su uso respectivo y para lograr acceso a una determinada superficie del diente. El cincel, el azadón y la hoz están diseñados para la eliminación del cálculo, las curetas y las limas para el curetaje terminal de las superficies radiculares, hasta el fondo de la bolsa. Si existe sensibilidad gingival es necesario emplear la anestesia antes de comenzar el detartraje, si la sensibilidad no es excesiva puede utilizarse anestesia tópica (spray) llegando hasta el fondo de la bolsa.

Otro método es el de introducir una jeringa provista de una aguja curva sin punta que llegue al fondo de la bolsa con el anestésico tópico en forma de pomada, si la sensibilidad es mayor se emplea anestesia por infiltración.

CINCEL

Diseñado para eliminar grandes depósitos calcáreos supra marginales en las caras proximales de los dientes anteriores, y especialmente en los incisivos inferiores, se utiliza en dirección labiolingual.

AZADON

Diseñado para la eliminación del cálculo muy accesible, se usa con movimientos de arrastre y sólo cuando la encía se desplaza con facilidad.

HOZ

Puede tener en su cabeza tres o cuatro filos según sea triangular o cuadrangular.

Pueden usarse con movimientos de empuje o arrastre y su utilidad es muy grande. Hay hoces para dientes anteriores y posteriores, para derechos e izquierdos.

LIMAS

Se consideran como instrumentos que reúnen las ventajas de tres a cinco azadones juntos, pero son mucho más delgadas y se utilizan para alisado fino de las superficies radiculares, si están bien diseñados llegan hasta el fondo de la bolsa sin traumatizar la inserción.

CURETAS

Forma de cuchara, similares a los excavadores que se emplean en odontología, pero más alargadas, tienen dos filos y por lo tanto pueden tener dos funciones, se utilizan para curetear la superficie radicular y para remover el tejido blando de la pared de la bolsa.

ORDEN SISTEMÁTICO DEL RASPADO DE LOS DIENTES

Los dientes deben rasparse siguiendo un orden sistemático, éstos pueden ser de dos maneras:

Que el operador raspe cada diente tan completamente como sea posible antes de empezar con el siguiente, o bien seleccionar una región y utilizar un instrumento en todas las superficies de los dientes que sea posible.

El operador puede utilizar un instrumento para todas las superficies distales y otra para las mesiales, cambiar el instrumento y seguir un mismo orden hasta que todo el cuadrante haya sido raspado, simplemente es un método eficaz de operación.

Es aconsejable operar ambas cuadrantes en un mismo lado de la bolsa, esto permite que el paciente pueda masticar con el lado opuesto.

El raspado deberá alternarse con enjuagues o duchas para eliminar completamente los cálculos que se desprenden después de terminado el raspado radicular, los dientes se pulen por completo, las superficies de los dientes bien pulidos ofrecen dos grandes ventajas.

1a. Las partículas de alimentos no se adhieren a estas superficies pulidas.

2a. El paciente adecuadamente instruido logra mejores resultados con sus cuidados caseros, si los dientes están bien pulidos desde el principio.

Gingivitis aguda Necrosante: Infección de Vincent; boca de trinchera ulcerosa, úlcera membranosa, aguda, gingivitis -

ulcerativa crónica, es un tipo común de la gingivitis, se manifiesta en fases aguda y sub-aguda, también ha sido descrita en forma crónica pero en la mayoría de las investigaciones, no está justificado su tratamiento como entidad distinta, puesto que no es clínica ni histológicamente específica.

Este estado inflamatorio involucra primordialmente el margen gingival libre, la cresta gingival y las papilas interdentes, en raras ocasiones las lesiones se extienden al paladar blanco y zona amigdalina en tales casos se aplica el nombre de angina de Vincent.

EPIDEMIOLOGIA

La gingivitis negrosante aguda se produce dentro de un patrón epidémico, que afecta a grupos de personas en estrecho contacto y en especial aquellas que viven en condiciones similares.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se produce a cualquier edad, es más común en jóvenes y adultos de edad media de los 15 a los 35 años, raras veces en niños.

La enfermedad se caracteriza por una encía hiperémica dolorosa con erosiones de las papilas interdentes como efectuadas con sacabocados de corte nítido, los restos ulcerados de las papilas y de la encía libres sangran al tocarlos y por lo general se cubren con una pseudomembrana gris necrosante.

Y puede afectar eventualmente todos los márgenes gingivales, cuando es avanzada presenta un olor fétido típico que puede ser desagradable, el paciente se queja de imposibilidad para comer del dolor gingival o sensibilidad y por la tenden-

cia a la gingivorragia, el dolor es de tipo superficial, -- puede haber jaqueca, malestar, fiebre reducida a 37.2° C o - 39° C. Se observa una salivación en exceso con presencia de un gusto metálico en la saliva y casi siempre existe linfadenopatía regional.

En los casos más graves puede haber manifestaciones generalizadas que incluyen leucocitosis trastornos gastrointestinales y taquicardia.

CURSO CLINICO DE LA ENFERMEDAD

El curso clínico es indefinido si no se trata a tiempo -- puede causar la destrucción progresiva de la encía y los tejidos de soporte junto a un aumento de la severidad de las complicaciones sistemáticas tóxicas, a menudo pueden disminuir -- pasando a un estado subagudo con diversos grados de sintomatología clínica, puede haber un alivio espontáneo sin tratamiento, tales pacientes presentan generalmente la recidiva; muchos investigadores creen que la gingivitis necrosante aguda, es una enfermedad primaria causada por un basilo fusiforme -- y la borrelia Vincent una espiroqueta, los cuales viven en relación simbiótica ambos microorganismos son constantes en -- grandes cantidades, en esta enfermedad fusospiroquetal, también se encuentran otros filamentos, algunos investigadores -- incluyen también vibriones y forman como agentes importantes.

Sin embargo hay que recordar que estos microorganismos -- están presentes en la mayoría de las bocas sanas o no, por lo tanto, la presencia de los mismos no debería tener mucha importancia en el diagnóstico, pero se ha observado que al disminuir la cantidad de estos microorganismos hay hasta cierto grado un signo de mejoría. El diagnóstico de la enfermedad -- se basa en los hallazgos clínicos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La gingivitis aguda necrosante, debe ser diferenciada de otras lesiones a las que se parece, en los casos dudosos, los estudios bacteriasmos y la biopsia pueden ser útiles cuadyuantes de una cuidadosa historia y examen clínico.

Las siguientes afecciones pueden ser consideradas en el diagnóstico diferencial de la gingivitis ulceronecrosante aguda.

GINGIVO ESTOMATITIS HERPETICA AGUDA.

Bolsas parodontales crónicas, gingivitis descamativa, - gingivitis estreptocócica; estomatitis aftosa; lesiones gingivales tuberculosas; moniliasis y agrunolasis, gingivo estomatitis herpética aguda.

TRATAMIENTO

Para el tratamiento de la gingivitis necrosante ulcerosa, deben tomarse en cuenta los factores locales y generales.

En lo que respecta al estado general, conviene mejorarlo y evitar los factores que disminuyen la resistencia general - de los tejidos; la fatiga, insomnio, el alcoholismo y el uso INDEBIDO del tabaco deben ser corregidos, la dieta debe ser - balanceada y las vitaminas se administrarán en cantidades terapéuticas durante cierto período.

Los factores locales que deben tomarse en cuenta son: - Condiciones generales del paciente, falta de higiene bucal, - depósitos dentales, restauraciones incorrectas, cavidades no obturadas y acumulación de alimentos.

Los factores locales y generales se tratan de la siguiente manera:

1a. Sesión.- Examen minucioso, se prescriben colutorios con solución, una parte de agua oxigenada al 3% en dos partes de agua tibia, la limpieza preliminar. Para los instrumentos se efectúan con la aplicación, si es necesaria la anestesia local. La solución se usa tan caliente como el paciente la pueda soportar sin dolor, los colutorios se hacen de manera enérgica y la solución se deja en la boca todo el tiempo que pueda tolerarla el paciente, según la gravedad de la enfermedad, se repite varias veces al día.

Las pseudomembranas necróticas se aflojan con este procedimiento, se reduce la materia alba y los organismos disminuyen el número; dentro de las 24 horas se notará mejoría subjetiva y objetiva.

No se recomienda el uso de corrosivos, pues sólo sirven para aumentar la destrucción del tejido y por lo tanto alterar más la estructura tisular.

2a. Sesión. Dos días después se hace el raspado de las raíces con ayuda de un anestésico local, se dan instrucciones respecto a las medidas caseras, haciendo hincapié en el estímulo dental y en el uso de un cepillo suave.

Se suspende o disminuye el uso de los colutorios citados, deben investigarse los factores psicológicos y los hábitos de vida, se aconseja al paciente para que adopte medidas saludables en lo que respecta a la dieta, descanso y esparcimiento.

3a. Sesión. Dos días después se continúa el raspado de las raíces se examina la higiene bucal, la presencia de detritos alimenticios y de materia alba y se hace un examen com

pleto del estado parodontal, se pulen los dientes y se comprueba la técnica de cepillado previamente enseñada.

CAUSAS DE FRACASO EN EL TRATAMIENTO

Es frecuente que algunos casos de gingivitis aguda necrosante ulcerosa nunca sean tratados adecuadamente, pero debido a varias circunstancias primeramente en que los médicos pretenden curar la enfermedad exclusivamente con el tratamiento general sin efectuar limpieza, aunque produce aparentemente mejoría, está destinado al fracaso, ya que las causas locales y generales no han sido tratadas, otra razón es el tratamiento inadecuado de quien sufre esta enfermedad y su psicología mental, al primer signo de mejoría del dolor, muchos pacientes abandonan la higiene bucal y los hábitos de vida saludables que se le recomendaron, en general estos casos se hacen crónicos.

COMPLICACIONES

En muchos casos la gingivitis recurrente necrosante puede considerarse como un factor predisponente a la parodontitis, sin embargo, puede desarrollarse en una parodontitis pre existente dependiendo de factores distintos a los ya mencionados.

No se aconsejan las extracciones y el uso de anestésicos durante la gingivitis necrosante, debido a la posibilidad de una bacteremia o una septicemia, se han observado complicaciones como angina de Vincent y cualquiera de los factores generales que complican esta situación, debe hacerse conocer al médico para su adecuado tratamiento.

GINGIVITIS ESTREPTOCOCCICA

FACTOR ETIOLOGICO.- El estreptococo alfa hemolítico, se presenta principalmente en los niños de 7 a 14 años y es sumamente contagiosa y dolorosa.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- La encía se presenta ligeramente enrojecida con aumento de tamaño, edemas de sianorrea (exceso de salivación) adenitis gingival y fiebre.

GINGIVITIS VIRAL O HERPETICA

Enfermedad caracterizada por ser dolorosa, contagiosa y el paciente presenta adenitis regional y fiebre, en la cavidad oral se observan zonas heritomasos, pequeñas y redondeadas, principalmente en labios y carrillos y dorso de la lengua. Esta lesión da lugar a la formación de una ampolla, la cual al romperse forma una ulcera cubierta por una membrana gris.

GINGIVITIS DEL EMBARAZO

Durante el embarazo también se observa una tendencia a la hiperplasia gingival de tipo inflamatorio.

Esta proliferación puede ser debida a una nutrición alterada, higiene bucal pobre o alguna verdadera predisposición orgánica, esa proliferación esta a menudo asociada a una proliferación gingival aislada que a veces es tan severa que se le denomina tumor del embarazo, es fundamentalmente un granuloma piógeno.

Estas proliferaciones semejan las observadas en algunas personas no embarazadas con severa irritación local. El estudio microscópico de estas lesiones gingivales revela una vas-

cularización incrementada, multiplicación de fibroplastos, edema e infiltración de leucocitos en la encía.

Debe insistir que no es posible hacer diagnóstico de los factores etiológicos por el estudio microscópico.

Los cambios gingivales aparecen generalmente en el tercer y cuarto mes del embarazo, aproximadamente dos meses después del parto, la severidad de la gingivitis disminuye pero no desaparece totalmente a menos que se eliminen los irritantes locales.

TRATAMIENTO

El tratamiento se efectúa haciendo un raspado y curetaje minucioso y medidas auxiliares.

El tratamiento seudotumoral consiste en la remoción quirúrgica de la lesión.

La incisión de la lesión, sin eliminar toda fuente de irritación local, es inútil puesto que habrá recidivas, después del tártaro y restos de alimentos, el empaquetamiento es la causa primordial del padecimiento seudotumoral.

La lesión debe ser tratada tan pronto como sea descubierta, no debe dejarse hasta el fin del embarazo suponiendo que desaparezca, pues es probable que durante éste, la lesión aumente de tamaño y lleguen a molestar las lesiones se reducen de tamaño, después del parto, pero no desaparecen completamente, queda una zona residual de irritación gingival e inflamación parodontal crónica que durante un tiempo puede permanecer indolora y causa destrucción de los tejidos de soporte y posterior pérdida del diente.

GINGIVITIS CRONICA O DESCAMATIVA

Es una enfermedad que ataca a las encías marginales e insertada y se caracteriza por presentar en las encías zonas irregulares de color rojo vivo, lisos y brillantes donde se desprende parcialmente el epitelio superficial dejando superficies sangrantes dolorosas de tejido conectivo expuesto.

Estas lesiones comienzan como lesiones vesiculares que se rompen y los pacientes experimentan una sensación de ardor que se agrava a la ingestión de alimentos y bebidas.

La patogenia es un mecanismo de producción de esta enfermedad y es atribuido a una alteración en el metabolismo de la sustancia fundamental y de la membrana basal.

P A R O D O N T I T I S

DEFINICION

La parodontitis es una enfermedad inflamatoria causada principalmente por factores irritativos locales, que da por resultado la destrucción de los tejidos de soporte del diente.

La parodontitis se dice que es la secuela directa de una gingivitis que ha avanzado y no ha sido tratada.

La diferencia entre las dos es cuantitativa más que cualitativa, y en algunos casos es difícil distinguir un caso de gingivitis que se ha extendido, de una parodontitis que se inicia.

CLASIFICACION

Desde el punto de vista clínico la parodontitis se clasifica en:

1.- Incipiente.

La parodontitis empieza con la formación de una bolsa pequeña y con una ligera pérdida ósea.

2.- Moderada.

La parodontitis puede detenerse, o puede progresar durante varios meses o años.

3.- Avanzada.

El progreso de la enfermedad se puede apreciar por las alteraciones clínicas, entre las que se encuentran una mayor profundidad de las bolsas por una mayor destrucción del sistema de adhesión, la movilidad y a veces la caída de los dientes.

Los estudios radiológicos e histológicos muestran también una destrucción progresiva de los tejidos parodontales.

ETIOLOGIA

La parodontitis tiene como causa principal la irritación local, y la que ocupa el primer lugar entre ellas es la materia alba, junto con la flora bacteriana existente.

Las enfermedades sistemáticas y la disminución de la resistencia puede hacer que las estructuras parodontales sean más susceptibles de lo normal a ser destruidas por los agen-

tes locales que producen alteraciones inflamatorias en los tejidos parodontales. A la parodontitis le precede una gingivitis marginal.

La diabetes mellitus, que es una perturbación en la función de los islotes de Langerhas en el páncreas y en la función del hígado muchas veces combinada con trastornos de otras glándulas endocrinas, como la tiroides y suprarenales, trae como consecuencia la degeneración de las proteínas, procesos infecciosos y aumento de la reacción inflamatoria.

El aumento de la gravedad de la diabetes cuando hay una inflamación se debe a la glucosa que se forma en el sitio inflamado por la destrucción de las proteínas, y a la liberación del exudado tóxico. Estas actúan sobre el hígado y aumenta el nivel de la glucosa sanguínea de tal manera que se necesita más insulina.

Por lo tanto el papel de la diabetes en la parodontitis es el factor agravante. Hay menor resistencia a las infecciones debido a la falta de antitoxinas y a la resistencia tisular disminuida que es consecuencia de la destrucción del material proteico. La regeneración tisular en general es la más lenta y menos eficaz de lo normal después de que ha empezado el progreso de la degeneración.

Otra de las enfermedades generales que pueden tener manifestaciones parodontales graves es la tuberculosis, aunque actualmente con el avance que ha tenido la ciencia en este aspecto puede ser curada a tiempo, sin llegar a dar problemas parodontales.

La disfunción de las glándulas endócrinas (tiroides y ovarios) provoca alteraciones de los procesos metabólicos generales, y actúa como factor agravante de los trastornos locales irritativos.

Las deficiencias dietéticas y otras alteraciones nutritivas pueden tener un papel similar, como también las perturbaciones de los órganos hematopoyéticos. La anemia puede ser factor contribuyente, ofreciéndose a la infección; como consecuencia una resistencia disminuída.

DIAGNOSTICO

Cuando el proceso inflamatorio de las encías se extiende a los tejidos profundos de soporte, y parte de este aparato ha sido destruído, se puede hacer diagnóstico de parodontitis. Uno de los datos característicos de la parodontitis es la bolsa parodontal, la profundidad de ésta en la parodontitis no depende del agrandamiento a aumento de volumen del margen gingival, sino de la invasión progresiva de la bolsa en la membrana parodontal. Este proceso siempre se acompaña por resorción de la cresta alveolar. El diagnóstico clínico de la parodontitis se basa en: la inflamación gingival, la formación de bolsa, el exudado purulento de éstas, y la reabsorción alveolar en forma de copa.

La encía libre es el primer tejido afectado, sino se suprimen las causas, la destrucción avanza en profundidad hacia las estructuras parodontales.

Ya que la parodontitis es una secuela de la gingivitis marginal, generalmente estarán presentes las manifestaciones clínicas de la gingivitis. Por ello para diferenciar los dos procesos, es esencial determinar mediante un parodontometro el tipo de saco parodontal que hay, y obtener radiografías que limiten la extensión de la pérdida ósea.

Cuando la gingivitis es ligera, hay un leve enrojecimiento en el borde gingival, el ligamento parodontal y el hueso que lo sostiene pueden estar poco afectados mientras que cuan

do la gingivitis es grave se observan las papilas inflamadas (rojas y voluminosas) hay infección secundaria y hemorragia.

Sin embargo no hay correlación exacta entre la intensidad de las lesiones gingivales y de la parodontitis.

A veces se presenta gingivitis ligera con parodontitis grave y viceversa.

Las alteraciones patológicas de la parodontitis aparecen generalmente de manera muy lenta.

Pueden transcurrir varios años desde el comienzo de una gingivitis marginal clínicamente reconocida antes de que aparezcan las lesiones en hueso, debido a su lenta progresión, el Cirujano Dentista tiene a menudo grandes oportunidades para insaturar el remedio adecuado antes que la lesión extensa del sistema de adhesión produzca la pérdida del diente.

La parodontitis afecta generalmente los tejidos parodontales de ambas arcadas aunque a veces sólo afecta zonas localizadas.

La parodontitis al igual que la gingivitis marginal no desaparece sin el tratamiento adecuado, generalmente hay grandes depósitos de tártaro supra y submarginales.

Los sacos o bolsas parodontales son como ya dijimos unas lesiones características de la parodontitis. Para describir estas lesiones se emplean las denominaciones de bolsas supraóseas infraóseas según su localización. En las bolsas supraóseas la base es oclusal al hueso alveolar. En las bolsas infraóseas la base es apical a la altura del hueso alveolar. En ambos tipos, la base se extiende por el espacio dejado por el ligamento parodontal y hueso destruidos.

La mayor parte de las bolsas se localizan en las superficies proximales pero también pueden presentarse en cualquier lugar alrededor del diente. La profundidad de la bolsa es un índice de la intensidad de la parodontitis. Sin embargo la relación entre la profundidad y la longitud de la raíz es incluso más importante que la profundidad.

Las bolsas traen aparejado el exudado purulento que la mayor parte de las veces puede extraerse con la simple presión de los dedos de una torunda de algodón, cuando la entrada de una bolsa de estas se cierra, se forma un absceso paradontal.

La movilidad del diente puede ser muy variable, desde muy ligera a extrema, pudiendo ser imperceptible a pesar de una lesión importante del parodonto.

El dolor es un síntoma poco frecuente de la parodontitis sin embargo puede presentarse y muchas veces intenso cuando el tratamiento al cerrar la boca es manifiesto o cuando se forma un absceso paradontal.

Los enfermos suelen quejarse de una sensación de prurito o de un dolor monótono continuo que al presionar los dedos contra la encía o al apretar los dientes, mejora transitoriamente. No se conoce la causa exacta de esta sensibilidad, pero se ha pensado que puede estar relacionada con la presión que ejercen sobre los dientes las estructuras hiperplásicas parodontales o los tejidos granulomatosos que existen en el interior de la bolsa.

Las radiografías revelan una destrucción generalizada de hueso alveolar. En los casos precoces hay una ligera reducción de la cresta alveolar. La pérdida ósea ocurre generalmente alrededor de todos los dientes, pero puede limitarse

a un cuadrante o incluso a un sólo diente. En casos intensos puede haber una resorción marcada, de la envoltura ósea de algunos dientes, por lo que se necesita la extracción de las piezas afectadas.

También puede variar el carácter de la pérdida ósea. Un hallazgo frecuente es la total destrucción del hueso que rodea al diente; en la radiografía la zona de destrucción aparece como un círculo o un halo.

A veces la destrucción puede afectar sólo una superficie y presentar como un semicírculo o forma de V, esto es característico de las bolsas infraóseas. El examen histológico muestra muchas veces células inflamatorias en la encía, en las crestas adyacentes del hueso alveolar y a lo largo de los vasos sanguíneos que van a los espacios medulares óseos. El epitelio estriado no queratinizado que tapiza la bolsa está ulcerado, el tejido conectivo que está debajo del epitelio es inflamado, está inflamado y presenta un rico lecho capilar con numerosas células inflamatorias. Algunas fibras parodontales parecen estar destruidas, otras estriadas, y todavía otras que sufren una degeneración pueden formar un tejido fibroso libre e inflamado, también llamado tejido granulomatoso que varía en grosor y en cantidad, cuando hay desplazamiento de los dientes parece que se debe a la presión que ejerce este tejido.

El surco gingival es más profundo por la extensión apical del tejido proliferativo. La adhesión epitelial ocupa una posición más apical en el cemento que normalmente no se ve afectada en esta nueva localización.

A veces puede despegarse en cualquier otro punto a lo largo de la circunferencia del diente. El epitelio estriado penetra apicalmente si se ha reabsorbido algún hueso alveolar.

Al destruirse las fibras del ligamento parodontal no hay ninguna barrera a la proliferación del epitelio. En la proximidad del hueso reabsorbido se encuentran osteoclastos.

PRONOSTICO

El arte de predecir una enfermedad, si esta será favorable o desfavorable; de curso rápido o lento, estará determinada por diversos factores y se le llama pronóstico.

En los estadios incipientes moderados e incluso en los avanzados la parodontitis es curable, con tal que la patosis parodontal pueda eliminarse por cualquiera de las diferentes técnicas de que se dispone en la actualidad para tratar esta enfermedad.

Al hacer el pronóstico preciso de un caso por enfermedad parodontal se deben considerar los siguientes factores:

1.- La actitud del paciente.

Solamente los pacientes sinceramente interesados en conservar sus dientes, permiten un pronóstico favorable.

2.- Estado del hueso alveolar.

A mayor cantidad de hueso alveolar presente, mejor pronóstico.

3.- Profundidad media de la bolsa.

Es obvio que el pronóstico es menos favorable a mayor profundidad, extensión y tortuosidad de la bolsa.

4.- Relación de las bolsas con la unión mucogingival.

Cuando las bolsas se extienden más allá de la encía insertada hasta la mucosa alveolar se plantean problemas terapéuticos especiales y por lo tanto el pronóstico debe ser reservado.

5.- Carácter del tejido.

Las diferentes características del tejido como inflamación, edema, hiperemia, fibrosis y necrosis, tienen influencia en el tratamiento y pronóstico.

6.- Edad del paciente.

El paciente de mayor edad con lesiones parodontales similares a uno más joven, tiene mejor pronóstico. El individuo más joven tiene que experimentar una lesión más grave a una resistencia notablemente disminuída para mostrar efectos de la enfermedad crónica semejante a la del individuo de más edad.

7.- Número distribución de los dientes remanentes.

Debe existir un número suficiente de dientes para la función adecuada y la restauración.

8.- Morfología dental.

Los pacientes con raíces largas y fuertes, y aquellos con raíces cilíndricas a manera de huso, tienen más probabilidades de conservar sus dientes en su sitio, que los que tienen raíces cortas, cónicas y puntiagudas.

Los pacientes con hipercementosis, generalmente tienen buen pronóstico.

Una bolsa de cinco milímetros, en un diente con raíz - corta puede dar lugar a la caída del diente, mientras que una bolsa de ocho milímetros, en un diente con raíz larga puede - ser poco importante.

9.- Salud y enfermedad general.

El pronóstico es reservado en los pacientes con enfermedad general de posible importancia etiológica e la lesión-parodontal pues nuestra influencia es limitada por este aspecto de la salud del paciente.

Para hacer el pronóstico individual de cada diente debemos tomar en cuenta:

a) La movilidad.

A mayor movilidad menos favorable es el pronóstico.

b) Cantidad de hueso.

A mayor cantidad de hueso destruido, menos favorable es el pronóstico.

c) Tipo de resorción.

Cuando la resorción es vertical, el pronóstico es reservado.

d) Extensión de la lesión.

Los dientes con lesión en la bifurcación tienen también pronóstico reservado.

Haciendo un balance de todos estos factores, podemos dar un pronóstico más preciso de cada uno de los casos a tratar.

TRATAMIENTO

CURETAJE O DETERTRAJE RADICULAR (descrito anteriormente)

CURETAJE SUBGINGIVAL

Durante muchos años se ha tenido por cierto, que una vez que los tejidos parodontales han sido separados de la superficie del diente por enfermedad parodontal crónica, esta separación era permanente y probablemente progresiva.

En otras palabras se pensaba que era imposible la reinserción del tejido conjuntivo del parodonto a la superficie radicular.

Recientemente se han llevado a cabo múltiples estudios clínicos e histológicos sobre la reinserción.

Basándose en los nuevos datos, se puede evitar que la inserción de los tejidos parodontales, separados durante el curso de la enfermedad parodontal crónica, quede ocurrir en algunos casos, para lo que es indispensable:

- 1.- Remover la barrera epitelial para buscar la reinserción de tejido conjuntivo.
- 2.- Remover el tejido inflamatorio subyacente.
- 3.- Aproximar los tejidos sin tensión, mantener un coágulo y estimular la cicatrización.
- 4.- Tratar de conseguir la formación de nuevo cemento, para insertar las fibras de la membrana parodontal al diente.
- 5.- Esta reinserción puede dar como resultado la forma

ción de hueso alveolar adyacente a la inserción de tejido conjuntivo nuevo.

El caso más favorable para la reinserción intra alveolar es el de una bolsa delgada que suele ser interdental. Aunque también se observa en las regiones donde existe un borde óseo amplio adyacente al margen alveolar; puede ocurrir en el lado palatino de algunos dientes superiores o en la región bucal o distal de los segundos molares inferiores.

Es indispensable en todo intento de reinserción, extirpar por completo el epitelio de la bolsa y la inserción epitelial. La extirpación del epitelio de la bolsa puede hacerse por el método de curetaje subgingival, sin embargo para la reinserción es necesario también quitar la inserción epitelial, esto puede hacerse utilizando el filo de las curetas, no hay medio seguro para saber si toda la inserción epitelial ha sido removida. Por lo tanto muchas veces es necesario extender el raspado gingival hasta la cresta alveolar, que ofrece resistencia al instrumento.

Alternando con el cureteado se lava con suero fisiológico para quitar todos los restos de tejido.

El cureteado subgingival para los intentos de reinserción debe hacerse en condiciones quirúrgicas estériles, con precauciones especiales para mantener la superficie de la herida libre de contaminación de saliva.

Después del cureteado subgingival el coágulo debe permanecer intacto y no ser tocado, se coloca una capa de cemento quirúrgico y después una hoja de estaño adhesivo.

Si los dientes están móviles, hay que inmovilizarlos para mantener íntegro el coágulo.

Generalmente, las operaciones de reinserción se emprenden en una región circunscrita; ésto puede crear dificultad para mantener el cemento en su lugar. Un cemento perfectamente colocado es muy importante para proteger el coágulo, ya que éste puede sufrir traumas mecánicas, así como la acción bacteriana, para evitar este último factor se administran antibióticos antes de la operación.

Se aconseja quitar el cemento en 24 a 48 horas después de la operación para examinar el coágulo. Si el coágulo está adherido al diente, se coloca nuevo cemento sin hacer mayores manipulaciones pero si el coágulo no está firme adherente, se curetea de nuevo la región para permitir la formación de un nuevo coágulo.

Los requisitos más importantes en esta operación consisten en mantener intacta la adherencia del coágulo y en condiciones estériles.

Por lo tanto es de mucha importancia la última adaptación de los tejidos de las superficies de los dientes.

GINGIVECTOMIA

La serie de procedimientos quirúrgicos que nos lleva a realizar la eliminación total de la bolsa paradontal por medio de la incisión de tejido blanco, sin soporte óseo se llama Gingivectomía.

Al practicar la gingivectomía se busca como objetivo eliminar la profundidad anormal o excesiva del intersticio gingival, logrando una resorción gingival selectiva en las regiones donde hay bolsa paradontal, dejando la encía con menos tejido del que normalmente tenía el paciente, para lograr una forma y función del tejido gingival aceptable.

Se practica en los siguientes casos:

a) En fibrosis gingival densa

La cual no mejora con el curetaje.

b) En bolsas supraóseas.

Con resorción ósea regular y uniforme en cada región.

c) En cráteres interdentes de tejido blando.

d) En hendiduras gingivales.

e) En festones gingivales.

f) En erupción pasiva alterada.

O sea cuando la encía cubre una porción grande de la corona anatómica.

Técnica.— Se utiliza anestesia por infiltración a los tejidos blandos, se hace la marcación de la profundidad de las bolsas con las pinzas marcadoras, las cuales son muy parecidas a las de curación con un extremo exactamente igual, y el otro con la punta doblada en un ángulo de 90°, la parte recta se introduce al fondo de la bolsa y al cerrar la pinza, el otro extremo perfora la encía en la base de la bolsa.

Con el bisturí, no de (kirkland), se hace una incisión siguiendo los puntos sangrantes y también la anatomía de la región. Esta incisión debe ser a bisel y profunda para llegar hasta el hueso, pues de lo contrario se corre el riesgo de macerar el tejido y retardar la curación, dejando una incisión defectuosa. Se procede a retirar el tejido cortando y eliminando las papilas interdentes, con el bisturí adecuado, el tejido de granulación y el resto de tejido adherido

en la porción coronal con una cureta.

La hemorragia que se produce, se cohibe con unas torundas de algodón empapadas con epinefrina al uno por mil o con agua fría. Si se observan algunos restos de sarro que han quedado en la raíz después del detartraje, se quitan y se alisan las paredes procurando que la herida quede limpia en su totalidad.

Previa preparación del cemento quirúrgico, de consistencia pastosa, firme y en forma de pequeñas porciones y rollos delgados; se coloca sobre la herida los primeros en los espacios interproximales y los rollos en las superficies bucales o labiales y linguales o palatinas, presionado con la propia mucosa para que se unan, se recorta para dejar los tercios incisales y oclusales libres para la masticación.

El cemento se deja de 5 a 8 días, se recomienda al paciente que no tome agua, ni coma durante una hora y después tenga cuidado para que no se le fracture el cemento, en caso de que esto suceda nos avise, se examinará la región tratada, la cual debe de estar en vías de epitelizar, se vuelve a colocar el cemento que se retirará nuevamente a los 5 u 8 días.

Cuando han pasado dos semanas se deja descubierta la herida, la cual debe mantenerse limpia, indicándole al paciente que debe lavarse los dientes con un cepillo de cerdas suaves, y darse masaje sobre las encías.

A las 3 ó 4 semanas, el tejido se ha epitelizado en su totalidad y toma una coloración rosa coral, lo que nos indica el éxito de la intervención y el paciente puede usar ahora un cepillo de cerdas medianas.

El éxito depende mucho de que el paciente mantenga un buen estado de limpieza de sus dientes, para lo que antes de empezar el tratamiento se le deberá enseñar a hacer el cepillado correcto. La gingivectomía elimina totalmente la bolsa pero tiene el inconveniente de que cuando la bolsa es muy grande va a dejar descubierta gran parte de la raíz, con las siguientes molestias, por eso en muchos casos se prefiere usar la operación de colgajo.

OPERACION DE COLGAJO

La operación de colgajo no es un procedimiento quirúrgico aislado, es el desprendimiento quirúrgico de la encía u otro tejido blando para obtener visibilidad y acceso a los tejidos subyacentes. Es uno de los métodos que se utilizan con mayor éxito para la eliminación de las bolsas paradontales.

Técnica.— Se utiliza anestesia por infiltración, tomando en cuenta que la irrigación sanguínea, viene de distal a mesial y de apical a incisal, se hacen dos incisiones verticales en mesial y distal de la región por intervenir y otro a través de las puntas de las papilas interdentes por legrado. Se levanta el colgajo gingival por deserción roma, con elevador de periostio quedando expuesto al tejido inflamado con curetas, si hay hueso dañado se quitará con una lima para hueso, si hay cálculos se eliminarán también se recortará si es necesario el margen gingival con tijeras, se lava con suero fisiológico, se adosa al colgajo, se suturan los bordes en su sitio, se cubre la herida con cemento quirúrgico periodontal.

Indicaciones Postoperatorias:

Las indicaciones postoperatorias que se recomiendan a pacientes son:

a).- Que no coma ni tome líquidos durante una hora después de la intervención, para evitar la inflamación.

b).- Que no muerda en la zona operada.

c).- Que si hay dolor causado por la intervención y el traumatismo tome un analgésico cada 6 horas o cada vez que lo requiera.

d).- Es conveniente el uso de antibióticos durante las primeras 72 horas acompañados de una vitamina para evitar toda infección en el coágulo y zona operada. En caso de que intervenga una región extensa se colocará una compresa de hielo como vaso constrictor durante 4 horas y 15 minutos de cada hora y 4 horas 14 minutos de cada hora caliente como vasodilatador.

El paciente deberá cepillarse la boca, sin tocar la región operada mientras tenga el cemento. Regresará a los 8 días o antes si el cemento se cae. Si usa hilo de seda se quitarán los puntos y se volverá a poner cemento, si se usa catgut es reabsorbible.

La próxima cita será a los 15 días, en la cual se quitará el cemento y se recomendará al paciente use el cepillo suave sobre la región intervenida.

OSTEOPLASTIA Y OSTEOTOMIA.

La cirugía ósea se aplica en la terapéutica parodontal cuando así lo requiere la forma arquitectónica de los tejidos. Originalmente se aconsejaba, por estimarse que la cresta alveolar se infectaba y necrosaba en la enfermedad parodontal.- Esta suposición era errónea. Los procesos inflamatorios en la parodontitis se extienden hasta los espacios medulares del

hueso y hacen que la médula grasa se transforme en médula fibrosa. En estas circunstancias, las alteraciones tisulares pueden ser clasificadas como osteítis, que es una extensión de la reacción inflamatoria desde la bolsa hasta el hueso; cuando se elimina la bolsa, el proceso inflamatorio desaparece. La cirugía de hueso está indicada solamente en presencia de características topográficas o arquitectónicas que evitan la eliminación de la bolsa o cuando el contorno gingival fisiológico no puede ser logrado únicamente por la cirugía de tejido blando. Muchas veces hay discrepancia entre el margen gingival y el hueso subyacente.

Si en estos casos se hace la gingivectomía el nuevo margen gingival quedará también irregular y no podrá mantenerse fácilmente en buen estado de salud. En estas circunstancias es aconsejable crear un margen gingival más regular y esto sólo puede lograrse dando nueva forma al margen óseo subyacente.

OSTEOPLASTIA

La osteoplastia es un procedimiento de cirugía plástica con la cual se da nueva forma al hueso para eliminar la bolsa y obtener una adaptación funcional de la encía después de la operación gingival, creando así una armonía entre el hueso alveolar y la encía que la cubre. En la osteoplastia, no se trabaja sobre el hueso que forma parte del aparato de sostén del diente, y por lo tanto no se pierde el soporte óseo, los sitios en que con más frecuencia está indicada la osteoplastia son las bolsas interproximales profundas con resorción ósea en forma de copa. En condiciones normales, la forma de la cresta alveolar interproximal está de acuerdo con la unión de cemento y esmalte del diente.

Si se forma una bolsa interproximal profunda que abar-

que todo el septum alveolar, existirá también un defecto en el hueso.

Es imposible suprimir esta bolsa eliminando sólo los tejidos blandos. La osteoplastia permite que las paredes óseas irregulares sean formadas, dando así nueva forma al septum alveolar interproximal y permitiendo por lo tanto, la completa eliminación de la bolsa. A veces es necesario la osteoplastia cuando la encía interproximal forma una meseta amplia que dificulta la higiene correcta, también está indicada cuando en un diente está en liguo o buoversión, y existe una bolsa en el lado opuesto.

En estos casos el margen alveolar puede existir en forma de repisa ancha, evitando así la correcta adaptación de la encía al diente. Estas repisas anchas pueden existir en diferentes regiones de la boca, como las bifurcaciones de los dientes, o cuando hay exostosis en las superficies bucales o palatinas y linguales de los maxilares superiores o de la mandíbula. La bolsa puede llegar más allá de estas exostosis. Estas repisas anchas de hueso también se desarrollarán a causa de la resorción, cuando el margen alveolar está localizado en una región donde el hueso es normalmente más ancho, solamente reformando el margen alveolar, puede obtenerse un contorno gingival fisiológico. Los molares inclinados mesialmente, y de manera especial en la mandíbula, pueden ser indicación de osteoplastia, si hay bolsas mesiales profundas. Cuando los intentos de reinserción fracasan o no están indicados, se requiere la cirugía ósea para eliminar éstas bolsas intra alveolares.

La osteoplastia es una técnica valiosa en la cirugía paradontal, ya que ayuda a crear condiciones higiénicas que pueden ser mantenidas fácilmente.

La osteoplastia puede hacerse usando piedras de diamante de superficie áspera, con este método las piedras se aplican directamente en la encía y desde aquí al hueso, irrigando constante y continuamente, este método es útil solamente en regiones pequeñas y circunscritas, donde el tejido está fibroso. La cicatrización es más rápida cuando se utiliza la técnica de colgajo. Para hacer el remodelado del hueso podemos usar fresas quirúrgicas, limas y también las piedras de diamante.

OSTEOTOMIA

En contraste con la osteoplastia, la osteotomía es un procedimiento quirúrgico con el cual se quita parte del aparato de sostén Oseo, el caso debe ser estudiado cuidadosamente antes de hacer la operación.

Cuando una bolsa intra alveolar o un cráter alveolar no pueden ser eliminados por la reinserción o la osteoplastia está indicado la osteotomía. La bolsa intra alveolar, puede formarse como consecuencia de cráteres interproximales.

Cuando la osteoplastia no puede dar resultados satisfactorios parte del hueso alveolar adyacente al cráter, tiene que ser extirpado.

El parodontista frecuentemente tiene que decidir si practica o no la osteotomía, en el caso de que haya una bolsa interproximal profunda, cuando está limitada a una superficie del diente. Eliminar esta bolsa sin operación de hueso es muy difícil, debido al defecto en forma de V que hay entre los dientes. Estos casos son muy difíciles de mantener en completo estado de salud.

Debido al contorneo óseo subyacente el tejido blando - llenará este espacio y se formará la bolsa. En estos casos, - es aconsejable reformar el septum alveolar interdental y de - ese modo crear mejores condiciones higiénicas permitiendo así la eliminación de la bolsa.

En algunos casos donde no es problema reemplazar el - diente, afectado, es preferible su extracción a poner en peligro el soporte óseo del diente adyacente.

Nos guiarán en estos casos los conocimientos de los - principios básicos combinados con la experiencia práctica.

La región anterior de la arcada es un sitio de frecuente formación de bolsas intra alveolares profundas. Las bol--sas pueden estar localizadas interproximalmente o extenderse.

La osteotomía se hace por técnica de colgajo, eliminando el hueso con fresa quirúrgica, cincel u osteotomo, y dando el contorno final con lima o piedra de diamante para que quede sin asperezas.

LESION DE LA BIFURCACION Y TRIFURCACION

El proceso de formación y de profundización de las bolas parodontales en las piezas multiradiculares, es más complicado que en las piezas uniradiculares, debido a su anatmía. A estos trastornos irradiculares se le llaman lesiones de la bifurcación y trifurcación según se trate de los molares inferiores o superiores respectivamente.

Las lesiones pueden ser parciales y totales.

Son parciales, cuando hay una pequeña resorción de hueso, y una inserción en las encías aparentemente normal.

Son totales, cuando hay una resorción de hueso y encía incompleta, que deja al descubierto las raíces de las piezas-afectadas.

Clasificación de las lesiones, de acuerdo con los diferentes grados de reabsorción.

1o Grado

Radiográficamente no se observa pérdida de hueso, solamente haciendo la exploración clínica con una sonda, palpando la escotadura interradicular de mesial a distal.

2o Grado

En la radiografía se nota la pérdida muy leve de tejido óseo, en la porción más alta de la cresta interradicular,--clínicamente con la sonda se palpará que el hueso se encuentra por debajo de la corona.

3o Grado

Radiográficamente se ve una mayor destrucción de hueso interradicular que está por debajo de la corona, y clínicamente se introduce la sonda por una cara del diente, para salir por la otra cara.

4o Grado

Clínicamente se puede observar el grado de reabsorción ósea, ya que se puede ver perfectamente las raíces de las piezas dentarias por la reabsorción gingival.

En el diagnóstico de estas alteraciones debe tomarse en cuenta los exámenes clínicos y radiológicos haciéndolos en

varias ocasiones, ya que una mal angulación puede dar como resultado una alteración mayor no existente, la cual es causada por una superposición de las tablas internas y externas.

En el examen clínico encontraremos, formación de la - bolsa paradontal con inflamación gingival, cambio de color - en las encías, etc. aunque algunas veces encontraremos ya a - la enfermedad implantada sin estas características clínicas.

La Sintomatología: Es muy importante y ella presenta:

a) Sensibilidad a los cambios térmicos, por pérdida de tejido, causada por reabsorción ósea y algunas veces caries - dental.

b) Sensibilidad a la percusión debido a una pericementitis difusa.

c) Dolor recurrente de intensidad variable, o dolor - constante y fuerte producido por alteraciones pulpares, como consecuencia de caries en la bifurcación y trifurcación desnuda.

d) Las lesiones extensas que a menudo se producen en abscesos agudos paradontales o periapicales.

Pronóstico

Existen diferentes factores que afectan el pronóstico de la lesión de la bifurcación y trifurcación, y éstos son:

1.- Extensión de la lesión:

Si es total o parcial, y si no hay sintomatología a pesar de la evidencia radiográfica, no debe hacerse la extracción.

2.- Estado de las regiones interproximales adyacentes.

Si estas regiones se encuentran parcialmente sanas, se debe tratar de salvar las piezas dentarias, aún en presencia de una lesión clínicamente extensa; pero si las regiones interproximales adyacentes están destruidas, sobre todo cuando se trata de una reabsorción vertical, extensa, entonces estará indicada la extracción.

3.- Movilidad del diente.

Si el diente tiene una gran movilidad, el pronóstico es dudoso, por lo que se debe examinar si es en varias direcciones. Si la movilidad afecta una sola raíz, se tratará de salvar la pieza por medio de una férula; la longitud de las raíces interviene en el pronóstico favorable, tratándose de raíces largas o cortas.

4.- Angulación interradicular.

Los molares son raíces o espacios interradiculares bien separados, tienen mejor pronóstico que las raíces con los espacios interradiculares de espacios estrechos.

5.- Integridad de los dientes vecinos.

El diente afectado que tenga los contiguos sanos, tendrá más probabilidades de salvarse, que aquellos que sus dientes vecinos estén enfermos.

6.- Pronóstico del diente en la arcada.

Los dientes aislados o que quedan en la parte más distal de la arcada donde la higiene puede ser buena, pueden tener mejor pronóstico.

7.- Edad y valoración del paciente.

En una persona de edad avanzada y con buena salud, que tiene un promedio de 10 a 15 años de vida, y tiene un diente ligeramente enfermo, se debe intentar salvarlo; antes de hacer cualquier tratamiento, se debe tener en cuenta la edad del paciente para valorar su estado.

Tratamiento

En las lesiones de 1er grado, el tratamiento se determinará por la profundidad de las bolsas, no siendo necesario penetrar hasta la bifurcación de las raíces de las piezas dentarias, con la sólo eliminación de la bolsa se reduce la inflamación, se reparan los tejidos y la membrana parodontal.

Las lesiones de segundo grado, el tratamiento a seguir es un poco más complicado debido a que la zona afectada es de un solo lado, o sea en la cara vestibular o lingual. Se anestesia la región afectada explorando el margen gingival alrededor del diente, para ver el sentido de destrucción que hay en el hueso subyacente. El lado de destrucción será el del acceso, se hacen unas marcas puntiformes en la mucosa gingival al nivel del hueso; antes de hacer la incisión se eliminará el tártaro que rodea al diente, para tener un campo más amplio.

Con la ayuda de un bisturí se practica una incisión que pase por toda la línea punteada, tratando de darle una forma estética de media luna, eliminando así el margen gingival afectado; esta incisión deberá tener una angulación de 45° más o menos.

Removiendo el tejido gingival lesionado se podrá ver el margen de la bifurcación. El espacio dejado por la bifur-

cación está ocupado por tejido de granulación, el cual se elimina con curetas y hoces dejando un espacio de V.

Se curetea perfectamente y se alisa la superficie dentaria posteriormente se lava con agua tibia, se limpia y se seca con aire tibio para colocar el apósito quirúrgico, previamente se prepara en pequeños pedazos, que se colocan en la zona de la bifurcación y en los espacios interproximales, ayudando así a una mayor retención, este cemento se dejará temporalmente por una semana.

Tratamiento de las lesiones de 3o. y 4o. grado: en estos casos se puede seguir el mismo procedimiento que se utiliza para el 2o. grado, con algunas modificaciones.

a) Incisiones en las caras vestibular y lingual.

b) El nivel de las incisiones, se modifica de acuerdo con el mayor grado de destrucción de los tejidos paradontales.

En algunos casos es mejor hacer un colgajo, quitar el tejido de granulación que hay en la bifurcación o trifurcación, raspar las raíces y el hueso, lavar y volver a adaptar el colgajo, cortando con tijeras la porción que sobra y colocando después del cemento quirúrgico que se cambia a los ocho días.

En el transcurso de la semana, después de la eliminación del apósito se enseñará al paciente a tener limpia la zona, para evitar la acumulación de restos alimenticios, por medio del estimulador dental de goma que tiene el cepillo, el limpia pipa y el hilo dental. A la segunda semana se le enseñará la forma de darse masaje.

COMPOSICION DEL CEMENTO QUIRURGICO.

Fórmula de Kirklan modificada.

	óxido de zinc
	resina en polvo
Polvo	ácido tánico
	fibras de asbesto
	aceite de cacahuete
Líquido	eugenol
	resina (derretida en eugenol tibio)
	colorante vegetal rojo

Fórmula de Goldman

	óxido de zinc
	estearato de zinc
Polvo	resina en polvo
	ácido tánico
	fibras de asbesto
	colorante
	eugenol
Líquido	aceite mineral
	aceite de rosa (artificial)
	colorante.

FISIOTERAPIA

La fisioterapia bucal consiste en los procedimientos - que se enseñan al paciente para que pueda mantener su boca - en buen estado de salud.

Estos procedimientos permiten que el paciente tome par te activa en el tratamiento de su boca, permitiendo ésto su comprensión de la necesidad de llevarlo a efecto. Sin la com pleta cooperación del paciente, el tratamiento parodontal no puede tener éxito en el restablecimiento de la salud de estos tejidos y su conservación después del tratamiento. El pacien te debe comprender completamente los objetivos y las técnicas de la higiene bucal. Una de las causas más difíciles en la terapéutica parodontal, es hacer que el paciente acepte su responsabilidad, en el sentido de cooperar en el tratamiento y después de él. El éxito o fracaso de la gran mayoría de los casos, dependerá de la capacidad del paciente para com- prender y llevar a cabo estos procedimientos.

Los objetivos principales de la fisioterapia son:

1.- Reducir los micro-organismos, quitando todos los detritos, materia alba y placa dentobacteriana; sobre todo de los espacios interproximales, para eliminar la irritación de la encía y combatir la hialitosis.

2.- Estimular la circulación sanguínea.

3.- Estimular la queratinización de los tejidos gingi- vales, haciéndolos más resistentes a la irritación mecánica y bacteriana.

Al paciente se le enseñará a escoger su cepillo, la te-écnica correcta del cepillado y los accesorios para la lim-pieza.

a).- Cepillado de dientes.

Deberá ser con mango recto, cerdas artificiales, redondeadas en su extremo, blandas recortadas a un mismo nivel y tupido.

b).- Técnica de cepillado.

Será aquella con la cual el paciente realice una correcta higiene bucodental, no importan la posición ni el movimiento que le dé al cepillado. En algunos casos es necesario orientar al paciente por un método diferente, ya que el que está usando produce daños en los tejidos dentales y parodontales, o no está realizando una higiene oral correcta; para ello utilizamos dos técnicas las cuales son:

- 1.- Método de barrido.
- 2.- Método de Bass.

Con los cuales se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

Remoción de la placa dental y de los microorganismos adheridos a la superficie del diente.

Eliminación de detritus alimenticios (materia alba) que son los restos alimenticios blandos que se encuentran sobre la superficie del diente.

La prevención de la formación de cálculos.

Métodos de cepillado:

1.- Método de barrido:

Indicaciones

- a) Cuando el contorno del tejido gingival es normal.
- b) Cuando hay erosión presente, es decir desgaste a nivel del cuello del diente por un cepillado incorrecto.

Procedimiento

- a) Posición del cepillo - 45° con el eje longitudinal del diente.
- b) Movimiento de semicírculo en el sentido que nacen los dientes.

2.- Método de Bass

Indicaciones

- a) Por las superficies linguales de los dientes - mandibulares.
- b) Presencia de torus o - exostosis y en contornos irregulares del tejido gingival o de los dientes.
- d) Cuando prevalece caries dental de V grado.

Procedimiento

Se coloca el cepillo formando 45° con el eje longitudinal del diente en forma inversa del método de barrido, haciendo que la cerda entre el surco gingival y el movimiento es horizontal.

3.- Substancias reveladoras.

Son aquellos colorantes utilizados clínicamente para conocer los sitios de depósito de placa en el paciente y son:

- a) Violeta de genciana al 2% (en agua).
- b) Rojo de eritrocina (en pastillas).
- c) Merthiolate (timerosol MK).
- d) Colorantes vegetales para repostería (Mk Cormik - verde y azul).

Las substancias a.c.d. se emplean en forma tópica con una torunda de algodón.

Para la substancia se pide al paciente que mastique la pastilla sin tragar por uno o dos minutos.

4.- Seda dental.

Es el mejor auxiliar de la higiene oral, debe ser utilizada una vez cada 24 Hrs. y usarse sólo la que no tiene parafina, ya que se evita el empaquetamiento proximal de la misma, y además produce fácilmente heridas en la papila interdental.

5.- Palillos.

Son una buena ayuda para la higiene oral, los más recomendados son los fabricados de balsa y de forma triangular ya que se adaptan al espacio interproximal y además se hacen blandos al contacto de la saliva.

Los palillos también pueden ser utilizados cuando hay compromiso de la bifurcación y por el tratamiento periodontal ésta queda expuesta.

CONCLUSIONES

Los padecimientos parodontales deben ser tratados a la mayor brevedad posible ya que su evolución trae como consecuencia la destrucción progresiva de los tejidos de soporte del diente y la desorganización posterior del aparato masticador.

Las bolsas parodontales representan un serio problema no sólo para la integridad de la cavidad oral, sino para el organismo en general ya que debido a los microorganismos que en ellas se alojan, actúan como focos infecciosos.

Si tenemos en cuenta que la cavidad oral es una de las zonas orgánicas más vascularizadas comprenderemos la importancia de la conservación integral de sus partes.

Hay que hacer comprender al paciente, la necesidad de la cooperación que de él necesita el Cirujano Dentista para efectuar una terapéutica satisfactoria, explicar exhaustivamente la manera correcta de efectuar los cuidados caseros e interesarlo en los beneficios que proporciona el correcto funcionamiento del aparato masticatorio y además el mejoramiento de su aspecto al quedar restablecida la estética al final del tratamiento.

Es esencial que el Cirujano Dentista, aplique medios preventivos para evitar el inicio de la enfermedad inflamatoria del parodonto, corrigiendo los factores irritativos que predisponen a la evolución de este padecimiento, así mismo valorar la capacidad física y mental de nuestro paciente antes de iniciar cualquier tratamiento ya que de pasar por alto esta situación nos encontraríamos con serios problemas una vez instituida la terapéutica.

Una de las enfermedades parodontales más frecuente, es la Parodontitis.

Esta puede ser: incipiente, moderada y avanzada.

Para hacer un buen diagnóstico debemos siempre tomar en cuenta el examen general del paciente, pues sabiendo la causa se puede eliminar esta y así el tratamiento será completo.

El pronóstico de la mayor parte de la parodontitis es favorable excepto las que están muy avanzadas.

Además de seguir la técnica adecuada para el tratamiento, se deberá insistir en la cooperación del paciente para que su curación sea más rápida y efectiva, esta cooperación consiste en la limpieza que tenga el paciente y en la constancia en sus citas.

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

- SIN BHASKAR
PATOLOGIA BUCAL
EDITORIAL ATENEO

- HARR SON - MEDICINA INTERNA.
EDITORIAL PRENSA MEDICA
QUINTA EDICION 1973

- GLIKMAN IRVIN
PERIODONTOLOGIA CLINICA
CUARTA EDICION 1974

- ORBAN BALINT
PERIODONCIA
EDITORIAL INTERAMERICANA
1a. EDICION 1960

- BURKET LESTER
MEDICINA BUCAL
EDICION 1973
EDITORIAL INTERAMERICANA

- JOHN F. PRICHARD
ENFERMEDAD PARODONTAL AVANZADA

- ZEGARELLI KUTSCHER
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
HEYMAN