



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRATADO DE PARODONCIA

15390

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
ENRIQUE DE JESUS VALDES GUERRA
JAVIER MARTIÑON MARTINEZ
MEXICO, D. F. 1979



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.

29.
1035

INDICE

INTRODUCCION.

CAPITULO I	CONSIDERACIONES GENERALES	1
CAPITULO II	PARODONTO	4
	1) ENCIA	4
	2) LIGAMENTO PARODONTAL	9
	3) CEMENTO	11
	4) HUESO ALVEOLAR	13
CAPITULO III	CLASIFICACION DE ENFERMEDADES PARODONTALES.	17
	1) AGUDAS	17
	2) CRONICAS	22
	3) DEGENERATIVAS	25
	4) HIPERPLASIA GINGIVAL	32
	5) HIPERPLASIA G. (DILANTIN SODICO)	33

CAPITULO IV	RASPAJE Y CURETAJE	36
CAPITULO V	GINGIVECTOMIA	50
CAPITULO VI	GINGIVOPLASTIA	63
CAPITULO VII	PREVENCION DE PARODONTOPATIAS	70
CONCLUSIONES	75
BIBLIOGRAFIA	77

INTRODUCCION.

Las alteraciones en los Tejidos Parodontales, han sido un problema de carácter permanente en nuestra población, es decir, que desde muchísimos años atrás, - se tiene conocimiento de estas enfermedades: solo que - antes como hoy, no se le proporciona la importancia que ésta necesita.

De esta manera tenemos un motivo por el cual las enfermedades Parodontales han sido la causa de una desaparición precoz de las piezas dentarias en la cavidad oral.

En una forma genérica observamos como un - gran porcentaje de la población descuida éstos y otros problemas en el aparato masticatorio, pudiendo éstas, - tener un tratamiento adecuado en determinado momento - con la ayuda del Cirujano Dentista.

Es de vital importancia educar a nuestros - pacientes, para que con la ayuda de los métodos profi- lácticos y preventivos que poseemos, tengan un funcio-

namiento adecuado y en forma permanente de su aparato masticatorio.

En el presente trabajo vamos a tratar y exponer lo más importante de las alteraciones en los Tejidos Parodontales que son de carácter común y de una manera análoga el tratamiento y prevención a dichas alteraciones.

Asimismo se estudiará al Parodonto, tanto en salud, como en enfermedad, por que éste tiene la propiedad de ser muy susceptible a los factores modificadores del medio ambiente bucal.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

CONSIDERACIONES GENERALES.

La Odontología como ciencia tiene un número suficiente de ramas o auxiliares para que sea aplicado en la práctica diaria con el éxito requerido, por la situación predominante en los órganos dentarios, en la cavidad oral de nuestra población.

Pues bien, es pues, la Parodencia una de las ramas más importantes en Odontología, y como su nombre lo indica se va a encargar del estudio de las diferentes estructuras por medio de las cuales los órganos dentarios van a permanecer perfectamente adosadas al hueso maxilar o en su defecto mandibular.

Tenemos que admitir con énfasis especial que la Parodencia no se podrá estudiar de una manera aislada, esto es, que existe una relación para con las demás ramas, como son: Prótesis Parcial Fija y Removible, Prótesis Total, Ortodencia, Endodencia, Oclusión, en fin todas y cada una de las ramas Odontológicas tiene algo en común con la Parodencia. Porque en el buen estado y características propias normales del tejido -

Parodontal, estriba el éxito de toda intervención o -
tratamiento Odontológico, cualquiera que éste sea.

CAPITULO II

PARODONTO

PARODONTO.

Se denomina como Parodonto a las estructuras que nos van a mantener en función a los dientes con la cavidad oral, es decir, que la asociación de estructuras, y una armonía en el funcionamiento en ellas, nos van a dar como resultado un Parodonto sano: Las estructuras son:

- 1) ENCIA
- 2) LIGAMENTO PARODONTAL
- 3) CEMENTO
- 4) HUESO ALVEOLAR

Como se ha hecho mención, habrá Patologías en Parodoncia y al hablar nosotros de Patologías, tenemos que enfocar los factores debido a los cuales se manifiestan éstas.

Los factores se han clasificado en una forma general de la siguiente manera: a) internos b) externos.

Dentro de los factores internos podemos catalogar a algunos de los órganos del cuerpo humano como son: Hígado, Riñón, Páncreas, Tracto Intestinal, Glán-

dulas de Secreción Interna, etc. Sabiendo que la Patología de estos Órganos, va a estar dada cuando haya una modificación en el desarrollo de sus funciones.

Respecto a los factores externos se necesita que haya presencia de depósitos calcificados y no calcificados sobre los dientes restauraciones; tanto en Operatoria dental como en Prótesis, ya sea fija o removible; hábitos nocivos en la cavidad oral; ingestión de sustancias irritantes, etc.

1) ENCIA

Es la parte de la mucosa bucal que recubre los procesos alveolares en maxilar superior e inferior respectivamente, se encuentra rodeando las regiones cervicales de los dientes.

En personas adultas su anatomía normalmente presenta un color rosado coral firme, resistente y firmemente adosada al hueso alveolar; el color puede variar influyendo el tipo de vascularización, queratinización epitelial y de pigmentación.

MORFOLOGIA DE LA PENCIA.

Presenta cuatro estratos celulares, del -- centro a la periferia son:

a) Estrato Basal.- Melanocitos y queratinocitos, ambos tienen forma ovoide y se diferencian en - que el Melanocito tiene grandes prolongaciones cito-- plásmicas.

b) Estrato Espinoso.- o de Malphigi.- Ocupa más de la mitad del grosor del epitelio y en la parte más superficial de esta capa encontramos unas - células parecidas a los melanocito, por sus prolongaciones citoplásmicas, estas células y todas las que - forman poligonal.

c) Estrato Granuloso.- Las células comienzan a aplanarse preparándose para la descamación, en - el microscopio electrónico. Se observa un núcleo muy pequeño hipercrómico, y en el citoplasma se ven gránu los de queratohialina.

d) Estrato Queratinizado.- Es donde ocurre la descamación de células muertas:

La Encía se subdivide en:

a) Encía Marginal o Libre.- Es de color rosa coral firme y es elástica y resistente. En estado de salud tiene tersura aterciopelada, y en estado patológico es lisa. Tiene aproximadamente 1 mm de radio, rodea al diente en forma de collar, y se separa de la encía insertada por una depresión que recibe el nombre de surco gingival.

b) Encía Insertada.- Es del mismo color que la encía marginal, es menos elástica por lo tanto más firme, está unida perfectamente al hueso alveolar subyacente, la característica principal de esta encía es que presenta un puntilleo que se parece a la de una cáscara de naranja, dicho puntilleo se debe a la interdigitación del tejido conectivo con el tejido epite-
lial, a esta interdigitación se le llama lámina propia.

c) Encía Alveolar.- Es de color rojo brillante, esto se debe a que no hay queratina y se traslucen los vasos sanguíneos, es muy flexible debido a la gran cantidad de fibras elásticas que la componen. Está separada de la encía insertada por la línea mucogingival.

d) Papila Interdentaria.- Ocupa el espacio interproximal, situado por debajo del área de cemento, es de forma piramidal y se divide en dos papilas, una vestibular y otra lingual o palatina, uniéndose estas por una depresión que recibe un nombre de "col" o collado.

Cuando hay separación en los dientes (diastemas) o en personas edentulas, no hay papila interdentaria.

La inserción del tejido gingival con el diente, se lleva a cabo por medio de fibras de tejido conjuntivo, que van desde la capa papilar hasta el cemento dental.

Las fibras gingivales van de la siguiente forma:

1) Fibras Dento-Gingivales.- Están por debajo de la adherencia epitelial hacia la encía.

2) Fibras Cresto-Gingivales.- Van de la cresta a la encía.

3) Fibras Dento-Periostales.- Se dirigen directamente por debajo de la adherencia epitelial, - pasan por la cresta y se insertan en el periostio.

4) Fibras Transeptales.- Se extienden interproximalmente desde el cemento del diente adyacente pasando por sobre la cresta.

5) Fibras Circulares.- No se insertan en ningún sitio; van en el tejido conectivo alrededor del diente, también se les denomina "Anillo de KoliKer".

SURCO GINGIVAL.

Se define al surco gingival normal, como - una hendidura que rodea al diente y está limitada, por un lado, por la superficie del mismo y por el otro, - por el epitelio que tapiza el margen libre de la encía, es una suave depresión en forma de "v" cuya base corresponde al punto más coronario de la adherencia epitelial del diente. Clínicamente la profundidad del - surco gingival normal apenas permite la introducción de una sonda delgada de forma roma.

ADHERENCIA EPITELIAL.

La pared gingival del surco está tapizada con el epitelio escamoso estratificado que se une al diente en la base del surco por medio de la adherencia apitelial. Esta consiste en un epitelio escamoso estratificado de tres a cuatro capas de espesor en los primeros años de vida, pero que aumenta a diez y a veinte capas con la edad. La longitud desde la adherencia epitelial a la superficie dental varía de 0.25 a 0.6 mm. Cuando el diente erupciona en la cavidad oral la Adherencia Epitelial se hace sobre el esmalte y al progresar la erupción, se adhiere sobre la raíz.

2) LIGAMENTO PARODONTAL.

Es una estructura que se encuentra rodeando las raíces de los dientes y se localiza entre la apófisis alveolar y el cemento radicular.

El Ligamento Parodontal está compuesto por haces de fibras y células del tejido conectivo, restos epiteliales, vasos sanguíneos, linfáticos y ner-

vios. Los elementos más importantes de ligamento son las fibras principales:

1.- Fibras de la Cresta: Se dirigen por debajo de la adherencia epitelial hacia la cresta, su disposición es perpendicular al eje longitudinal del diente.

2.- Fibras Horizontales.- Se dirigen de cemento a hueso y su disposición es la misma que las de la cresta.

3.- Fibras Oblicuas.- Son las más numerosas e importantes van de cemento a hueso en sentido coronal y diagonal, son las encargadas de transformar la presión en tensión.

4.- Fibras Apicales.- Van de cemento a hueso y están dispuestas en forma de abanico o radial y se encargan de amortiguar las fuerzas de la masticación en el fondo del alveolo.

5) Fibras de bi o trifurcación.- Tiene disposición radial, actúan como amortiguadoras.

Funciones del Ligamento Parodontal.

Física.- Consiste en la transmisión de las

fuerzas oclusales al hueso.

Formativa.- Realizada por los cementoblastos, osteoblastos y fibroblastos, los cuales forman las fibras de ligamento.

Nutritiva.- Se lleva a cabo por vía sanguínea, el ligamento aporta los nutrientes por vía sanguínea a encía cemento y hueso.

Sensitiva.- Se realiza por los nervios y nos va a localizar el sitio exacto por la sensibilidad táctil y propioceptiva.

3) CEMENTO

Es el tejido conjuntivo calcificado, especializado de origen mesenquimatoso. Se encuentra cubriendo la superficie de la raíz anatómica del diente.

Es de color amarillo pálido, más pálido -

que la dentina, de aspecto petreo y superficie rugosa. Su grosor es mayor a nivel del ápice radicular de allí va disminuyendo hasta la región cervical, en donde -- forma una capa finísima del diámetro de un cabello.

Esta compuesto por sustancia inorgánica,- como fosfato de calcio principalmente; sustancia orgánica como colágeno, mucopolisacaridos y agua.

Existen otros tipos de cementos:

Cemento Acelular,- Es de sustancia intercelular calcificada, no contiene fibras de Sharpey - ni cementoblastos, que depositan sustancia pero sin quedarse en ella, cubre casi toda la raíz con un espesor 10 micras aproximadamente.

Cemento Celular.- Se localiza únicamente en la porción apical, su espesor será de 600 micras, esta formado por cementocitos que se localizan en - espacios que son llamados "lagunas".

Tenemos tres tipos de unión amelo-cementaria.

- 1.- Cuando el cemento cubre al esmalte.
- 2.- Cuando hay unión borde con borde.
- 3.- Cuando la dentina esta expuesta.

Como protector de dentina, para la inserción de fibras y para compensar mediante su crecimiento la pérdida de sustancia dentaria consecutiva al desgaste oclusal.

4) HUESO ALVEOLAR.

Se denomina hueso alveolar a la porción de los huesos maxilares tanto superior como inferior respectivamente, que forman los alveolos de los dientes, donde con los demás elementos que comprenden el Parodonto, los sostienen firmemente.

Esta formado por hueso esponjoso rodeado de densas capas o láminas corticales; la pared alveolar adyacente al Ligamento Periodontal es delgada y relativamente dura, esto es para diferenciarla del hueso de soporte formado por el hueso trabecular adyacente y por las láminas corticales bucal y lingual.

A la pared interna del alveolo se le denomina lámina dura por la posición que guarda dentro - del proceso alveolar sin embargo en realidad está - perforado por numerosos canales que continuen vasos sanguíneos linfáticos y nervios que sirven para dar vitalidad al Ligamento Periodontal. En condiciones normales, la forma de la cresta alveolar dependen del contorno del esmalte; y de la unión cemento-esmalte; del grado de erupción del diente de la relación mesio distal de los dientes proximales y de la anchura -- buco-lingual del diente.

El hueso alveolar propiamente dicho es un tejido transitorio que se adapta a las demandas funcionales del diente, está formado expresamente para sostener al diente, y después de la extracción tiene tendencia a reducirse, como ocurre con la apófisis - alveolar.

El hueso varía en los distintos lados del diente; según los estímulos funcionales que recibe - de los dientes vecinos, esto es, en condiciones fisiológicas normales, los dientes emigran continua--

mente hacia la línea media. A esto se le llama Ver-
sión Mesial Biológica. Y a causa de esta emigración
se efectúa la resorción de la pared interna del al-
veolo en el lado mesial del diente y la formación del
hueso nuevo en el lado distal de un diente su movi-
miento es conocido como hueso en manojos, debido a la
presencia de fibras de Sharpey, que son fibras de Li-
gamento Periodontal atrapadas en el hueso de nueva -
formación en el lado de la tensión. La emigración -
fisiológica del diente se verifica en sentido mesial
y oclusal. Este último movimiento de erupción influ-
yente en la estructura alveolar provocando la forma-
ción de hueso en el fondo y en la cresta del alveolo.

El hueso de soporte también se adapta a
los requerimientos funcionales que se reabsorbe cuan-
do las necesidades funcionales disminuyen y se for-
ma hueso si aquellos aumentan y la pérdida de la fun-
ción oclusal conduce a osteoporosis o sea atrofia -
por falta de uso del hueso de soporte, mientras que
el aumento en las demandas funcionales produce un -
hueso más denso, esto en su volumen.

Por otro lado, las demandas que exceden - la tolerancia fisiológica de un tejido dan por resultado su destrucción.

El hueso en la apófisis alveolar esta en constante estado de cambio influido, ante todo por - los estímulos funcionales y también por factores intrínsecos.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES PARODONTALES

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES PARODONTALES.

- 1) AGUDAS
- 2) CRONICAS
- 3) DEGENERATIVAS
- 4) HIPERPLASIA GINGIVAL
- 5) HIPERPLASIA G. (DILANTIN SODICO)

- 1) ENFERMEDADES PARODONTALES AGUDAS.
GINGIVITIS ULCEROSA NECROSANTE.

Afecta con mayor frecuencia a los adolescentes mayores y también a los adultos jóvenes sin excluir a personas de otras edades.

Existe una flora mixta entre los microorganismos invasores que son: espiroquetas, estreptococos, estafilococos y otras, también se le denomina "Boca de Trinchera" o "Vincent", presentándose en personas sometidas a un stress o estado emocional muy intenso.

SINTOMATOLOGIA. - Hay Sialorrea, Linfadenitis regional, Fiebre, Halitosis y Malestar General. Esta

enfermedad se inicia en la papila interdentaria, con una sensación de prurito o comezón, el paciente dice que disminuye al apretar los dientes. Enseguida aparece una capa blanco-grisacea, formada por tejido descamado que al ser retirado deja una lesión en forma de fosa o cráter sangrante, esta es muy dolorosa, puede seguir progresando e invadir la encía marginal.

DIAGNOSTICO.- Es relativamente fácil de hacerlo, se presenta en una o varias áreas de la boca, casi nunca en personas edéntuladas.

TRATAMIENTO.- Se puede dividir en local y general, lo primero que debemos hacer, es debridar todas aquellas áreas afectadas, estableciendo así un drenaje correcto, esto será un curetaje subgingival, que mientras más meticulosa sea, obtendremos mejores resultados. Debido a que en éstos pacientes, sus encías son extraordinariamente sensibles, dificultándonos la fase inicial del tratamiento, sin embargo, nos ayudaremos del anestésico tópico.

En la siguiente visita del paciente, se notará la ausencia casi completa de zonas necróticas, con tinuándose con el curetaje subgingival y supragingival sin dificultad. Una vez vencida la fase aguda, nuestros cuidados consistirán únicamente en completar la total - remisión de la enfermedad, siempre asistidos por la labor que el paciente debe hacer en su casa, llevando a - cabo un meticuloso cepillado de sus encías y dientes, - exagerando su higiene bucal con colutorios suaves, lige - ramente calientes, para un mejor lavado de las áreas - afectadas.

GINGIVITIS ESTREPTOCOCCICA.

Se produce cuando la intensidad e invasión periódica de la inflamación han producido una lesión per sistente del hueso alveolar y de soporte, la propagación de la inflamación facilita la destrucción de todo el -- complejo de fibras gingivales que cubren el hueso.

SINTOMATOLOGIA.- Es muy contagiosa, es pro - ducida por estreptococo betahemolitico, presenta áreas -

de intenso enrojecimiento con dolor y mucha sensibilidad, hay fiebre, sialorrea, y linfadenitis.

TRATAMIENTO.- Control de placa bacteriana, - eliminación de factores predisponentes locales y generales, higiene bucal, una buena medicación y como tratamiento quirúrgico se practicará gingivectomía con gingivoplastia.

GINGIVOESTOMATITIS VIRAL HERPETICA.

El agente causal es el herpes simple, se presenta en todas las edades, pero principalmente en mujeres durante la menstruación.

SINTOMATOLOGIA.- Hay cefalea, adenopatía, -- trastornos digestivos, fiebre, sialorrea y malestar general, además es contagiosa.

Se inicia con unos puntitos rojos eritematosos que posteriormente se transforman en vesículas o ampollas que se pueden romper, dejando lesiones ulceradas o aftas.

Se presenta en labios, mucosa en carrillos, parte central de la lengua, paladar blando y frenillo. Se observa también una gingivitis generalizada persistente durante la enfermedad.

DIAGNOSTICO.- A partir de la operación de lesiones en la boca.

TRATAMIENTO.- Una buena higiene oral, alimentación rica en vitaminas y minerales; medicación inmediata.

ABSCESSO PARODONTAL AGUDO

Se forma por algún traumatismo, algún traumatismo en Endodoncia, en presencia de sarro, etc.

SINTOMATOLOGIA.- Esta acompañado de dolores pulsátiles irradiados, hay dolor a la palpación o a la percusión, hay movilidad dentaria.

TRATAMIENTO.- Se drenará el absceso; los co-
lutorios de agua caliente son recomendables. Se medica-
rá y sobre todo, se recurrirá a la terapéutica antibió-
tica.

2) ENFERMEDADES CRONICAS.

GINGIVITIS.

Es una inflamación de la encía con cambios de color, forma, consistencia y textura, existe poco sangrado y exudado purulento. No hay migración de la Adherencia Epitelial hacia apical. El primer cambio que se observa, es que cambia de color la punta de la papi-
la, este color rojo brillante liso invade el margen gin-
gival y posteriormente a la encía insertada perdiéndose el puntilleo característico de esta encía.

Por lo general el proceso de esta enfermedad es lento, pero tarde o temprano la encía revela cambios.

El sangrado es un signo importante, porque cuando examinamos con algún instrumento la pared inter-

na del tejido blando, sangra fácilmente, es por ello que el paciente se queja de sangrados durante el cepillado - y las comidas.

La zona de destrucción en la gingivitis esta limitada así el proceso inflamatorio suele quedar delimitado, la respuesta a la inflamación también puede ser de índole productiva por un incremento de la acción fibroblástica.

PARODONTITIS.

Es la continuación de una gingivitis, con la característica de que en esta enfermedad además de los signos y síntomas de la gingivitis, hay mayor sangrado, más exudado purulento, resorción ósea y existe migración de la adherencia epitelial hacia apical, hay movilidad dentaria; una de las características de esta enfermedad, es que hay pérdida de la cresta alveolar.

La profundidad de las bolsas en la Parodontitis, varía según el tiempo transcurrido, pueden ser -

superficiales.

En esta enfermedad son frecuentes los abscesos Parodontales, como resultado del cierre de una bolsa: y el exudado no puede salir, lo que ocasiona dolor, debido a la distensión del tejido, especialmente si esta localizado en hueso. Cuando se forma una fístula se drena el exudado y en consecuencia disminuye la presión, suprimiendo el dolor.

ABSCESO PARODONTAL CRONICO..

Se deriva de una enfermedad inflamatoria marginal y la pulpa suele ser normal; hay ocasiones en que - puede haber muerte pulpar, la inflamación se propaga hacia la pulpa a través de agujeros accesorios laterales o por defectos en la estructura central.

Se inicia con una fístula, la cual sigue un trayecto por la superficie vestibular. Por lo general - por la parte más débil supurando poca pero continuamente el exudado purulento.

La mayoría de las veces es asintomático, aunque en algunas ocasiones los pacientes refieren dolor, - (vago y lejano) además una sensación de agrandamiento del diente afectado.

TRATAMIENTO.- En este absceso, ya hay resorción de tejido; Se hacen dos incisiones o se puede hacer una sola, se baja un colgajo, se legran bien las raíces y el colgajo hasta obtener un legrado satisfactorio, enseguida se lava con agua bidestilada o con suero fisiológico. Finalmente se suturan las incisiones y se coloca un apósito quirúrgico, teniendo como duración dos o tres días, para luego cambiarlo.

3) ENFERMEDADES DEGENERATIVAS.

TRAUMA OCLUSAL.

Es una lesión de los Tejidos Parodontales, producida por las fuerzas oclusales. Es la respuesta patológica de una naturaleza distrófica, de aparato de fijación y hueso de soporte contra fuerzas una intensidad y - duración no mayores que la resistencia y capacidad de re-

paración de los tejidos.

Entre las causas principales tenemos:

Aparatos protésicos inadecuados y mal elaborados, todo tipo de restauraciones altas, bruxismo, - masticación unilateral.

La lesión del trauma oclusal tiene ciertas características histológicas, los cambios histológicos - son: hemorragias y trombosis en los vasos sanguíneos, - necrosis de células y rompimiento en la organización del Ligamento Parodontal.

En presencia de trauma oclusal habrá una - resorción del hueso alveolar y del hueso de soporte.

ATROFIA POR DESUSO.

Es la discriminación de la función oclusal, conduciendo a cambios atróficos en el aparato de fijación y hueso de soporte de los dientes.

Clinicamente es frecuente observar que un diente no posee un antagonista oclusal o una relativa - falta de uso en individuos con mordida abierta anterior. Los cambios atróficos que se registran cuando un diente pierde su antagonista, se caracteriza por:

Adelgazamiento en la membrana parodontal, - hay una reducción en el grosor del hueso alveolar y también una resorción de los trabéculos del hueso de soporte..

Con la pérdida del diente antagonista, las piezas tienen una tendencia a desplazarse en dirección - oclusal, en donde hay aposición de cemento en la raíz, - manteniendo el grosor de la membrana parodontal, todo - esto es característico de una atrofia, comprendiéndose la necesidad de los rayos X, y además de una buena interpretación para el diagnóstico de esta enfermedad.

GINGIVITIS DESCAMATIVA.

Es una enfermedad rara que se observa en ambos sexos, por lo general después de los 30 años, con más frecuencia en las mujeres con trastornos menstruales. Sus

características clínicas, son que en la encía marginal e insertada se observan zonas rojizas, cuya superficie es lisa y brillante, esta se torna blanda, y se debe a que el epitelio no se une con firmeza al tejido conectivo subyacente, trayendo como consecuencia que al menor estímulo provoque la descamación.

La descamación esta precedida de pequeñas ampollas llenas de líquido, es frecuente encontrarlas en las encías alveolares labiales y bucales, los traumatismos ligeros como la ingestión de alimentos, pueden producir sangrado. Este cuadro es crónico con tendencia a las exacerbaciones, presentándose en la mujer, inmediatamente antes de la menstruación.

DIAGNOSTICO.- Esta enfermedad se basa en el interrogatorio, el aspecto clínico y la distribución de las lesiones, citología exfoliativa de la boca y a veces biopsias. Es preciso examinar con cuidado estos tejidos, buscando las pequeñas lesiones hiperqueratósicas alargadas cerca de la zona de descamación.

TRATAMIENTO.- No existe tratamiento eficaz en todos los casos, aunque puede ser útil el masaje de las encías, empezando con copas de caucho y continuando con cepillado blando, para lograr mejor queratinización, de los tejidos afectados.

Una combinación a base de una pomada anestésica adicionada de concentraciones de vitaminas " A " y " D " , nos van a ayudar a restablecer el estado normal del epitelio de las encías.

PARODONTOSIS.

Se le conoce también con el nombre de Atrofia Difusa del Hueso Alveolar, y es la destrucción no inflamatoria crónica degenerativa del Parodonto.

Se puede originar en uno o más Tejidos Parodontales y se caracteriza por la migración y movilidad precoz de los dientes, lo cual sucede con o sin inflamación gingival y formación de bolsas profundas. Si se le deja seguir su curso, termina con los Tejidos Parodonta-

les y en consecuencia con la pérdida de los dientes. Es una enfermedad característica en ambos sexos.

Las zonas atacadas inicialmente y en forma más severa es la región de los incisivos, tanto superiores como inferiores los primeros molares, son más móviles que los premolares.

Esta enfermedad se desarrolla en tres etapas:

ETAPA PRIMERA:

Se caracteriza por degeneración y desmólis de las fibras principales del Ligamento Parodontal, presentándose ceración de la formación del cemento. Simultáneamente se presenta absorción del hueso alveolar, la cual se debe a dos causas. Porque puede existir o no inflamación y porque hay falta de estimulación funcional del diente.

Si hay inflamación la absorción es debida al aumento de la función tisular por el edema. el signo clásico de esta enfermedad es la migración que aparentemente ocurre sin lesiones inflamatorias con movilidad de los --

incisivos y la formación de diastemas.

ETAPA SEGUNDA:

Se caracteriza por una rápida proliferación de la Adherencia Epitelial hacia apical, en ésta etapa ya por la migración y mal posición de los dientes, se observan los signos de la inflamación provocados por los estímulos locales.

ETAPA TERCERA:

En esta etapa, hay inflamación gingival progresiva, trauma de la oclusión, formación de bolsas profundas y aumento de la pérdida ósea; por lo general, el tipo de bolsas que se observan son infraóseas, aunque éstas no sean diagnóstico de Parodontosis.

Hay ensanchamiento del espacio de Ligamento Parodontal, ausencia de la lámina dura o cortical, las trabéculas son poco marcadas, y los espacios medulares se observan amplios.

La inflamación, que se observa es debido a

irritantes locales. El origen sistemático no se ha establecido, pero se ha relacionado con insuficiencia nutricional, deficiencia hormonal, diabetes y debilidad inherentes en los órganos dentarios.

4) HIPERPLASIA GINGIVAL.

Es frecuente en niños, adolescentes y adultos jóvenes, presentándose esta, después de que ha aparecido los dientes temporales y algunas ocasiones permanentes.

Inicialmente las modificaciones gingivales, se presentan en las papilas interdentes, pero en las lesiones avanzadas, la proliferación es tanta, que la encía cubre a los dientes, casi en su totalidad, existiendo una línea muy real entre la encía normal tejido hiperplástico: también puede impedir el habla, estorbando los movimientos linguales y dificultad para masticar.

TRATAMIENTO.- Se requiere gingivectomía del tejido hiperplástico.

TECNICA.- Una vez anestesiada la zona, se sondea la unión de la gingiva agrandada con la mucosa adyacente, y se delimita con marcas puntiformes, la incisión se hace apical a las marcas y suficientemente cerca del hueso para asegurar la eliminación completa de los depósitos radiculares. No hay que dejar tejido fibroso alguno sobre el hueso, pues tal tejido, impide la obtención de un contorno gingival normal, la mucosa adyacente al agrandamiento, se afirmará mediante el bisel de la incisión.

Se raspan y alisan los dientes y se deja colocado un apósito quirúrgico durante una semana.

5) HIPERPLASIA GINGIVAL POR DILANTIN SODICO.

El dilantin sódico es un fármaco que es aplicado para el tratamiento de la Epilepsia. La hiperplasia se registra con más frecuencia en pacientes jóvenes, su aparición y severidad, no esta relacionada directamente con el tiempo o la dosis en el tratamiento con esta droga.

La lesión inicial principia con un agrandamiento indoloro, periférico en el margen gingival, tanto en labial como bucal, y las papilas interdentarias. A medida que la lesión va progresando, los agrandamientos marginales y papilares se unen y se forman en un repliegue duro de tejido, que puede cubrir una porción considerable de las coronas, o en su totalidad, afectando así a la oclusión. Cuando no hay inflamación sobreagregada, la lesión presenta aspecto de mora, firme, de color rosa pálido y resistente, con una superficie lobulada, que no tiende a sangrar. Puede presentarse en bocas sin irritantes locales y estar ausente en las que poseen gran número de ellas.

TRATAMIENTO.- En Hiperplasia causada por el dilantin sódico, la mejor opción es el cambio o eliminación de la droga, aunque por lo general no se lleva a cabo. Pero si es eliminada, el agrandamiento desaparece en uno o dos meses.

Si el agrandamiento no es excesivo, pero si esta muy desarrollado se hará gingivectomía.

Se enseñará al paciente una técnica de cepillado y se tendrá un control de la placa bacteriana, - para evitar la recidiva.

CAPITULO IV

RASPAJE Y CURETAJE

RASPAJE Y CURETAJE.

La eliminación de la bolsa consiste en reducir la profundidad de las bolsas Parodontales a la del surco fisiológico, y restaurar la salud gingival. No es el tratamiento total en la enfermedad periodontal, pero es un factor decisivo en la salud periodontal. La meta es la eliminación total de la bolsa para detener la inflamación y la destrucción periodontal causada por esta.

METODO DE ELIMINACION DE LAS BOLSAS (DOS GRUPOS)

- 1) Técnicas de Raspaje y Curetaje.
- 2) Técnicas Quirúrgicas, influyen gingivectomía y las operaciones por colgajo.

El raspaje y curetaje es el tratamiento básico para la mayoría de las gingivitis y algunas enfermedades más avanzadas como bolsas Parodontales ; en algunos casos bolsas infraóseas.

Es la técnica por la cual se hace la eliminación

ción de los depósitos calcificados y los que se encuentran adheridos a la raíz y a la corona dentaria.

El curetaje es la eliminación del tejido - granulomatoso y necrótico que se desarrolla por un - proceso inflamatorio y se encuentra recubriendo a la encía adyacente a los agentes irritantes o formando - la pared blanda del intersticio gingival.

Para este fin, se utilizan instrumentos - adecuados como son cinceles, hoces, limas y curetajes.

*Los cinceles son instrumentos que sirven para eliminar grandes masas de cálculos que se encuentran en los espacios interproximales, estos instrumentos se utilizan con movimientos de curetaje o impulsión en sentido vestibulo lingual pues si queremos hacerlo en sentido apical podemos provocar lesiones.

*Azadores, son los instrumentos que tienen el filo en un solo sentido y este actúa solo eliminando los depósitos que están en contacto con el tejido -

duro. Para que actúen los tejidos gingivales es necesario orientarlos en sentido inverso y efectuar apoyo digital sobre la encía para que raspe los tejidos lesionados de la pared gingival.

Las hoces son instrumentos que sirven, como los anteriores, para efectuar tanto el raspado de la raíz como el curetaje, estos instrumentos tienen la cabeza en forma de hoz y esta sección es triangular con filo en 2 de sus ángulos, se utilizan apoyando su filo contra la superficie a raspar, son instrumentos muy útiles en nuestro propósito.

Las Limas las utilizamos para alinear las superficies una vez que los depósitos han sido eliminados.

Las Curetas son los instrumentos más empleados para la eliminación del tejido enfermo de la encía, estos instrumentos tienen doble filo y por tanto actúan de un lado como del otro.

TECNICAS DE RASPAJE Y CURETAJE

Consiste en el legrado, para eliminar cálculos, placa y otros depósitos situados en la corona o en la raíz de la pieza dentaria. El alisado de la raíz para emparejarla y eliminar substancias dentarias necróticas. Y el curetaje de la superficie interna de la pared gingival de las bolsas periodontales, para desprender el tejido blando enfermo.

Raspaje, hay que apreciar la extensión de -- los cálculos subgingivales antes de tratar de retirarlos, (se hace con un explorador o raspador fino, a lo largo de los cálculos, en dirección del ápice, hasta sentir que termina). Se debe de ver todo el cálculo, separando la - encía con una sonda o una torunda de algodón pequeña. Su color, generalmente es pardo o más común, color chocolate, puede ser de color más claro, del color del diente. Durante el procedimiento de raspaje hay que controlar la lisura de la raíz con un raspador fino o un explorador - agudo. (Se hace la remoción con un sentido del tacto muy delicado).

ALISADO RADICULAR.- Se alisa la raíz hasta que quede suave las partes blandas necrosadas se eliminan hasta que se llegue a substancia firme, muchas veces queda expuesta la dentina.

COMO EFECTUAR EL RASPAJE Y ALISADO.- El raspaje y curetaje consisten en un movimiento de tracción, excepto en dientes anteriores muy juntos, por proximal, (que se usan cinceles delgados) con movimiento de empuje o impulsión.

Es importante el pulido de las superficies, pues estos quedan rugosas una vez que han sido raspadas y sus depósitos eliminados, para ello se utilizan cepillos de copa, de rueda o de brocha, estos se utilizan con pasta pulidora, también se utilizan tiras de papel para pulir los espacios interproximales inaccesibles a los cepillos.

MOVIMIENTO DE TRACCION.- El instrumento toma el borde apical del cálculo y lo desprende con movimiento firme hacia la corona, (el arrastre brusco deja mues-

cas que originan sensibilidad después). En dientes apiñados el instrumento se apoya en los bordes laterales - del cálculo (evítese empujar el instrumento en dirección apical para no introducir los cálculos en los tejidos de soporte). El cálculo se desprende en su totalidad comenzando por debajo de su borde, no adelgazando paulatinamente.

ZONA DE INSTRUMENTACION.- A los dos lados de la unión amelocementaria (pequeña), en donde se localizan los cálculos y otros depósitos. Curetaje.- Consiste en la remoción de tejido blando enfermo, (a veces éste término es utilizado para denigrar el alisamiento de la raíz), y acelera la cicatrización, estimula la re inserción del ligamento periodontal, Los efectos nocivos del raspaje y curetaje exagerado son: dolor postoperatorio y retardo en la cicatrización.

El procedimiento efectuado de raspaje y curetaje va a estimular la inserción epitelial y a eliminar el tejido epitelial de la encía enferma. Esto provocará una hemorragia por la ruptura de pequeños capilares li-

berando sangre, exudado inflamatorio y bacterias, dando por resultado la disminución del volumen de la encía y dejando un coágulo que se logra mantener estéril en la zona del raspado, la regeneración de los elementos histológicos del parodonto se efectuará nuevamente, eliminada la inflamación y molestias provocadas por ello.

GUIA DE LA BOLSA Y ADHERENCIA EPITELIAL: Se determina si la pared de la bolsa se extiende en línea recta desde el margen gingival o si sigue un trayecto - torturoso alrededor del diente. Cantidad de superficie dentaria que abarca la bolsa, localización del fondo de la bolsa sobre la superficie dentaria, profundidad de la bolsa. Relación de la pared de la bolsa con el hueso alveolar (bolsa infraósea o supraósea). 2) Superficie dentaria. Se determina:

- a) extensión y localización de los depósitos
- b) estado de la superficie dentaria, presencia de zonas ablandada o erosionadas.
- c) accesibilidad de la superficie dentaria - para la instrumentación necesaria.

3) Tejido conectivo entre la pared de la bolsa y el hueso. Se determina: si el tejido conectivo es friable y -

blando o firme y unido al hueso (muy importante si se trata de bolsas infraóseas).

ULTRASONIDO.- Los instrumentos ultrasónicos para el raspaje y curetaje han venido a revolucionar la técnica de estos, consiste en un aparato que libera ondas sonoras producidas por vibraciones, estas ondas son superiores a 20 mil ciclos por segundo pueden llegar a millones estos ciclos por lo tanto, son hipersensibles al oído humano.

Estos instrumentos consisten en el aparato en sí, y una punta de trabajo que es la que produce las ondas ultrasónicas y opera en un campo mojado por un chorro de agua del propio aparato.

Se utiliza con toques suaves de la punta de trabajo y una cantidad de toques para cada superficie, - ya que el uso indiscriminado de este provoca rugosidades y si se usa cerca del hueso puede provocar necrosis.

El ultrasonido se utiliza eficazmente para la eliminación de cálculos y puede utilizarse también - para el curetaje de la encía pero con menor eficacia.

La acción ultrasónica junto con el chorro de agua son bastante efectivos para la eliminación total de los depósitos, únicamente el pulido se efectuará tradicionalmente, pues también éste método de raspado y curetaje deja las superficies rugosas.

ELIMINACION DE LAS BOLSAS SUPRAOSEAS.- La eliminación debe ser sistemática, por lo general comienza - en la zona molar superior derecha excepto en casos de - urgencia.

El primer paso es aislar y anestesiar la zona; el campo se aísla con rollos de algodón o trozos de gasa.. Se pincela con un antiséptico suave, tal como Metaphen o bien Merthiolate.

Durante el raspaje y curetaje, se limpia la

zona intermitentemente, con torundas de algodón saturadas con una mezcla de partes iguales de agua tibia y -- agua oxigenada al 3 por ciento.

Se anestesiará de manera tópica e inyectada

Posteriormente procedemos a eliminar los cálculos supragingivales y residuos visibles, con raspadores superficiales, habrá retracción de la encía, debido a la hemorragia desencadenada incluso con instrumentación suave. En el siguiente paso se eliminan los cálculos subgingivales con raspador profundo hasta el fondo de la bolsa debajo del borde inferior del cálculo y se desprende, con el cincel para superficies proximales. El siguiente paso es alisar la superficie dentaria se usan azadas para depósitos profundos y alisamiento de superficies radiculares, el alisado final con curetas. Ahora vamos a curetar la pared blanda para eliminar el revestimiento interno enfermo de la pared de la bolsa y la adherencia epitelial, se usan cementos con bordes cortantes en los 2 lados de la hoja, para al mismo tiempo alisar la raíz. La eliminación se hace en 2 etapas. Se introduce la cureta de modo que tome el ta-

piz interno de la pared de la bolsa y se le desliza - por el tejido blando hacia la cresta gingival. La pared blanda se sostiene con presión digital suave, sobre la superficie externa. Después se coloca la cureta por debajo del borde cortado de la adherencia epitelial como para socavarla, se separa la adherencia epitelial con un movimiento de pala ó de cuchara hacia la superficie del diente. El curetaje elimina el tejido degenerado, brotes epiteliales en proliferación y tejido de granulación. Ahora pulimos la superficie dentaria. Las superficies radiculares y coronarias se pulen con tazas pulidoras de goma con zircale mejorado ó una pasta de piedra pómez con agua. (la piedra deberá ir fina) No utilizamos cepillos para pulir la raíz, para no lesionar los tejidos. Después del pulido radicular, el campo se limpia con agua tibia y se ejerce presión suave para adaptar la encía al diente. El uso de barniz para cubrir la zona será opcional. Se despide al paciente y se recomienda lo siguiente: Seguir sus hábitos normales de alimentación y que sentirá molestia -- algún tiempo, la limpieza será con cepillado suave, y aumentará el rigor gradualmente, se recomienda usar hilo dental e irrigación con agua al estilo del aparato

WATER-PIK.

La restauración y epitelización del surco demanda de 2 a 7 días. La adherencia epitelial a los 5 días, y a los 21 días postoperatorios aparecen fibras colágenas inmaduras.

SECUELAS DE LA ELIMINACION.-

1) Sensibilidad a la percusión.- Puede haber inflamación del ligamento periodontal, uno o dos días - después del tratamiento con dolor pulsátil, el diente ligeramente extruído, puede haber linfadenitis localizada, se administran antibióticos por vía general - como medida profiláctica, y se desgasta levemente el - diente o su antagonista para aliviar la Oclusión. Con anestesia tópica se sondea suavemente el margen gingival, para estimular alguna hemorragia, y examinar si - persiste algún cálculo. Se indica al paciente que se enjuague cada hora con una solución tibia de una cucharada de sal en un vaso de agua. 24 horas más tarde, - ya está aliviado, y se continúa el tratamiento con antibióticos, otras 24 horas y los buches se disminuyen

a 3 veces por día.

2) Hemorragia.- Puede aparecer de 2 a 3 - días por la inflamación de los vasos superficiales la rotura de sus paredes. Se presenta un pequeño coágulo de aspecto granular, se retira con una torunda de algodón empapada en agua oxigenada al 3% y se localiza el punto. Se curetea suavemente y se eliminan los irri tantes, se aplica presión con un apósito de gasa o torunda de algodón acuñada interproximalmente, durante 20 minutos.

Sensibilidad a cambios térmicos (al frío) y a la estimulación táctil, por eliminación del cemento y exposición de la capa Granular de Tomes. La sensibi lidad radicular se trata con pasta desensibilizante de fluoruro de Sodio.

ELIMINACION DE LA BOLSA POR APOSITOS.- Según Box.- Los apósitos se componen de ácido bórico, acei te de menta, oxígeno y otros productos en una base de pa rafina. Se le dá forma de barra, se calienta y se intro

duce a las bolsas por presión digital o con jeringa - se deja de 24 a 48 horas, cuando se retira, los cálculos expuestos por la retracción de la encía, se quitan por raspaje. Se puede hacer una segunda aplicación, - en éste momento o más tarde, y se repite hasta eliminar la enfermedad gingival, se puede cambiar diariamente o en días alternos, no deben ser dejados más tiempo. El tratamiento es de 2 a 3 veces.

La eficacia del tratamiento aumenta si se lava la bolsa con una mezcla especial de glicerina -- (Mentho-Borate).

VENTAJAS DE ESTA TECNICA.- Favorece la reparación al cubrir la encía inflamada con una capa blanda y separarla del diente. El apósito actúa como cierre protector contra la reinfección, durante la cicatrización.

La presión mecánica origina atrofia del margen gingival y dilatación de la bolsa, la cual facilita el raspaje, con un mínimo de traumatismo de la encía.

CAPITULO V

GINGIVECTOMIA

GINGIVECTOMIA.

Muchas veces el curetaje no será suficiente - para aliviar una gingivitis y las bolsas periodontales o bien la encía se encuentra en estado hiperplásico, es ahora cuando nos encontramos con la necesidad de eliminar el tejido gingival afectado, a este procedimiento se le conoce como: Gingivectomía. En general Gingivectomía deberemos de entender: ESCISIÒN DE LA ENCIA.

La Gingivectomía es la técnica de escisión más antigua de la parodoncia.

Su uso marcó la primera modificación del -- método básico de raspado radicular y subgingival para el tratamiento de tejido gingival atacado por la enfermedad periodontal. Es el método quirúrgico básico del que han derivado todas las demás técnicas.

La Gingivectomía consiste en la resección de tejido gingival que forma la pared externa de una o varias bolsas parodontales.

Requisitos Preoperatorios.- La preparación anterior al tratamiento de Gingivectomía consiste en:

- a) La eliminación total de cálculos
- b) Corrección de restauraciones que hayan sido mal adaptadas.
- c) Corrección de alteraciones oclural severas.
- d) Indicar y educar al paciente sobre una buena higiene bucal.
- e) Una valoración del estado general del paciente.

Los objetivos de la terapéutica inicial son la eliminación o la reducción, en lo mayor posible, de la etiología local, para lograr o intentar lograr una buena cicatrización.

INSTRUMENTACION.

Los instrumentos que se necesitan para llevar a cabo la gingivectomía son de varias clases:

- 1) Bisturries en forma de Riñón o de Corazón,

diseñados de manera que se pueda hacer - una incisión lingual o bucal en dirección horizontal.

- 2) Bisturíes finos planos y puntiagudos, diseñados para la incisión bucal o lingual en la región interproximal.
- 3) Curetas finas y grandes, para la remoción de tejido y depósitos tártricos expuestos por la Gingivectomía.
- 4) Un azadón fino, especialmente diseñado para quitar tejido cortado.
- 5) Tijeras Finas.
- 6) Pinzas marcadoras de bolsas, parodontómetro, espejos, etc.

TECNICA.

Cuando el paciente sea muy aprehensivo se usarán sedantes como el nembutal. La anestesia utilizada será la convencional, regional para los cuadrantes inferiores y supraperiostica para los superiores. La anestesia directa a la papila se usará sólo en caso de que éste se encuentre móvil, esto nos facilitará la incisión

al quedar rígida la papila y además nos cohibe un poco la hemorragia cuando usamos anestésico con

La Gingivectomía se podrá hacer local, cuando es uno, dos o más dientes, o general cuando la afección se encuentra en la mucosa gingival de toda la boca. Cuando se hace la Gingivectomía general se realizará por cuadrantes con intervalos de una semana, sólo en casos - específicos se realizará el procedimiento en los 4 cuadrantes con anestesia general.

La Gingivectomía se hace en 2 tiempos y consiste en la eliminación de la encía enferma y el raspaje, además del alisado de la superficie radicular.

Su eficacia proporciona accesibilidad y visibilidad para la remoción completa de los depósitos irritantes, y el alisado a fondo de las raíces. Además crea un medio ambiente favorable para la cicatrización gingival y restauración del contorno gingival fisiológico.

La elección del cuadrante que se tratará - primero será tomando en cuenta la zona más apremiante, si no existe ésta, se eligirá al cuadrante inferior derecho, por su facilidad de anestesia con menor número - de inyecciones y por lo tanto reducir al paciente las - molestias en la primera sesión, después se tratará el - cuadrante superior derecho para que el paciente tenga libre el lado izquierdo para masticar.

El primer paso; una vez anestesiado el paciente, es el marcado del fondo de las bolsas con las pinzas marcadores, se exploran con una sonda periodontal y se - marcan con las pinzas, se introduce hasta la base de la - bolsa y se juntan los extremos para marcar dejándonos un punto sangrante que nos señalará el fondo de la bolsa y así podremos determinar la incisión, se verán varias marcas en cada bolsa empezando con el diente más dntal y - terminando en la línea media.

Una vez marcada la bolsa se procede a la incisión, esta puede hacerse con un bisturí de forma adecuada. La incisión debe hacerse inclinada en dirección -

incisal, creando así un bisel a manera de filo de navaja.

Con incisiones continuas o discontinuas: Se utilizan a criterio.

INCISION DISCONTINUA.- Comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia anterior siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose a través de la encía interdientaria -- hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente,-- la obra comienza allí, donde la anterior cruza el espacio interdentario, y se lleva hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. Así se repite cada incisión, hasta alcanzar la línea media.

INCISION CONTINUA.- Comienzan en la superficie vestibular del último diente, y se lleva hacia el sector anterior sin interrupción alguna, siguiendo el curso de las bolsas, hasta la línea media. Las inserciones de los frenillos que están en la trayectoria de las incisiones se recolocarán, para evitar tensiones en la cicatri-

zación. Después el proceso se repite por lingual. Para evitar los vasos y nervios del conducto incisivo y para un mejor contorno gingival postoperatorio, las incisiones se harán a los lados de la papila incisiva NO en sentido horizontal a través de ella.

INCISION DISTAL.- Después de la vestibular y lingual se unen por una incisión en la superficie distal del último diente erupcionado, con bisturí colocando debajo de la bolsa y biselado para que coincida con las incisiones vestibular y lingual.

La incisión se hace apical a los puntos, que marcan el curso de las bolsas entre la base de la bolsa y la cresta del hueso. Lo más cerca posible del hueso sin exponerlo, para eliminar el tejido blando coronario al hueso, esto brinda mayor posibilidad de eliminar la totalidad de la adherencia epitelial. Y hay exposición de todos los depósitos radiculares del fondo de la bolsa, y se elimina el tejido fibroso excesivo que interfiere el contorno fisiológico de la encía que cicatriza. (ésto evita la operación para remodelar la encía).

Si se expone el hueso, la zona se cubre con el apósito periodontal.

Cuando se ha eliminado el tejido enfermo, nos encontramos con tejido de granulación y cálculos. El tejido granulomatoso se eliminará antes de hacer el raspado profundo para que la hemorragia que va a aparecer no oculte cálculos pequeños, luego se procede a la eliminación minuciosa de los cálculos.

El éxito de la Gingivectomía depende en gran parte del raspado minucioso y el aislado perfecto de la raíz, pues si se dejan cálculos la inflamación que producen estos entorpecerá la cicatrización y se ocultaron por el agrandamiento.

Una vez hecho el raspado y el aislado de la raíz, se lava varias veces con agua tibia y se cubre enseguida con una gasa haciendo presión, esta gasa puede estar mojada con epinefrina para favorecer la hemostásis, se deja más minutos hasta que cese la hemorragia, antes de colocar el apósito debemos cerciorarnos de que

el coágulo se encuentra bien formado para favorecer la cicatrización, pero no debe ser muy voluminoso pues entorpece la retención del apósito y facilita la reproducción de las bacterias.

Para bolsas de dientes adyacentes o una zona desdentada, se hacen incisiones corrientes en vestibular y lingual, además se hace una incisión individual a través del reborde desdentado, por apical a las bolsas y cerca del hueso. (no deben ser eliminados como unidades separadas).

Eliminar la encía marginal e interdientaria. Comenzando por distal del último diente, se desprende el margen gingival por la línea de incisión con azada quirúrgica y raspadores superficiales. El instrumento se coloca profundamente en la incisión, en contacto con el diente y se mueve hacia la corona con un movimiento lento y firme. Apreciar en el campo de operaciones:

- 1) Tejido de granulación de aspecto globular
- 2) Cálculo que se extiende hasta donde estaba insertada la bolsa (es pardo oscuro, con

sistencia sólida, algunos casi del mismo color que la raíz).

- 3) Una zona clara semejante a una banda sobre la raíz, donde se insertaba la bolsa y ablandamiento de la superficie radicular, indentaciones profundas por la resorción celular y protuberancias cementarias.

Sobre el tema de los apósitos podemos recordar que existen muchas clases de apósitos, los más usados son los cementos, estos son suficientemente firmes para soportar la masticación, bien tolerados por los tejidos y se retiran fácilmente. Constan de un polvo y un líquido, el polvo se va mezclando poco a poco al líquido hasta que tome consistencia de migajón, se forma un cilindro alargado, se divide en 2 partes de tal manera que su longitud alcance para todo el cuadrante por vestibular y lingual.

Se coloca un cilindro por lingual de distal a la línea media y por vestibular el otro, se hace presión con los dedos ya sea directamente o valiéndose de la mejilla y del labio, el propósito de la presión es hacer que la pasta penetre en los espacios interproximales y nos dé

una buena retención.

El apósito no debe llegar a la mucosa alveolar pues provoca irritación de la misma.

FUNCIONES DEL APOSITO.- Controla la hemorragia post-operatoria, minimiza la posibilidad de infección y hemorragia postoperatoria, proporciona cierta ferulización de dientes móviles, facilita la cicatrización al prevenir el traumatismo superficial durante la masticación y la irritación de la placa y residuos de alimentos.

Como regla general, el apósito se deja una semana o más.

Si hubiere una hemorragia a través del apósito, lo quitaremos y trataremos el punto sangrante. Si se pierde una parte del apósito y hay molestia, se quitará y se volverá a poner cemento en todo el cuadrante. Antes se lava con agua tibia y se aplica anestesia tópica.

Se recomienda enjuagar la boca, desde el se-

gundo día postoperatorio.

Daremos algunas advertencias que pueden ser de gran utilidad para el paciente después de la intervención: podrá haber una molestia; (la cual no deberá confundirse con dolor); no deberá por ningún motivo quitarse el apósito, evitará alimentos calientes las tres primeras horas postoperatorias; ingerir alimentos semisólidos, evitará las frutas cítricas, alimentos muy condimentados, bebidas alcohólicas, evitar fumar. Habrá hinchazón a los 3 ó 4 días, si existiera una hemorragia rebelde, deberá presentarse al consultorio.

RETIRO DEL APOSITO.- Introduciendo una azada quirúrgica en el margen ejerciendo presión suave lateral, partículas interproximales se eliminarán con raspadores. En la superficie cortada, con pinzas para algodón, y al final la zona se lava con agua tibia para eliminar residuos superficiales. Si persiste tejido enfermo, se elimina, los mismo haremos con los cálculos y residuos alimenticios.

La movilidad dentaria aumenta después de la

Gingivectomía y a la cuarta semana disminuye más allá del nivel anterior del tratamiento.

Debemos indicar al paciente una técnica de cepillado que mantenga la zona realmente limpia, teniendo en cuenta que éste cepillado deberá empezarse a realizar una semana después de haber retirado el apósito, el cepillado deberá ser suave y aumentará en vigorosidad conforme pasa el tiempo y la zona se restablece.

Alrededor de unas 2 semanas de haber retirado los apósitos se va a presentar una sensibilidad aumentada a los cambios técnicos y al tacto en las raíces. Y se alivia usando el paciente una solución acuosa de fluoruro de sodio al 2 %....250 gr., vamos a sumergir el cepillo en una pequeña cantidad de solución contenida en un vaso y usaremos la solución en vez del dentrífico. Si la hipersensibilidad continúa se tratará ahora con pastas de fluoruro de sodio u otros agentes desensibilizantes.

Después de 32 días promedio se reparará completamente el epitelio y después de 49 días cicatrizará el tejido conectivo.

CAPITULO VI

GINGIVOPLASTIA.

GINGIVOPLASTIA.

Es una técnica de Cirugía Plástica para obtener una forma fisiológica de la encía marginal que, pese a haberse curado está alterada permanentemente por la enfermedad.

Podemos afirmar que es la remodelación artificial de la encía, para crear contornos gingivales fisiológicos.

Se aplica como segunda operación sobre la encía cicatrizada en la que persistieron anormalidades después del tratamiento anterior, también en deformaciones de la encía en grietas gingivales y cráteres, en papilas interdentarias en forma de meseta causada por gingivitis ulceronecrotizante aguda, y agrandamiento gingival. (también se puede corregir con una Gingivectomía bien aplicada).

Esta indicada en: Encía marginal cicatrizada, con bordes gruesos y fibróticos, cráteres gingivales interproximales, variaciones bruscas del margen gingival, en re

giones adyacentes y en general podemos aseverar que es un procedimiento complementario del tratamiento inicial, cuando el remodelado no se incluye o bien persisten deformaciones.

Se puede hacer con bisturí periodontal o bien con un escapelo o piedras rotatorias de diamante de grano grueso o electrocirugía.

Los procedimientos son semejantes al festoneado de las dentaduras artificiales: Afinamiento del margen gingival, creación de un contorno marginal festonado, adelgazamiento de la encía insertada y creación de surcos interdentes verticales y remodelado de la papila interdental, para proporcionar vías de escape a los alimentos.

TECNICA.- Se usa anestesia por infiltración en todo el campo operatorio al igual que en la gingivectomía, se emplea la inyección en la papila interproximal. Esta inyección no sólo brinda anestesia inmediata, sino también dá rigidez al tejido para poder llevar a cabo con

facilidad la remodelación quirúrgica.

EL OPERADOR PUEDE APLICAR TRES PROCEDIMIENTOS:

El primero consiste en reformar cuidadosamente el margen gingival empleando como hoz un bisturí - para gingivectomía. Esto es eficaz para quitar pequeñas porciones cuadradas en el margen. El tejido debe estar lo más rígido posible. Como el instrumento es grande, se apoya en las coronas de los dientes, que sirven de guía para obtener una superficie ondulante y lisa. Con este método la curación es rápida y sin complicaciones.

En el segundo método se utiliza una piedra - de diamante en el torno dental. El tejido debe estar firme para que pueda ser desgastado rápidamente a la forma deseada. Los instrumentos deben tener un grano grueso para evitar pulir el tejido.

El empleo de un chorro de agua y aire constantes, así como una gran velocidad, tienen aquí tanta impor-

. . .

tancia como en los tejidos duros de los dientes. La manipulación de éstas piedras debe ser ligera y hábil para evitar la producción de calor, como se van a quitar pequeñas cantidades de tejido, la operación es rápida.

Después del uso de la piedra de diamante que dan todavía pequeñas tiras de tejido, que pueden quitarse raspando con el bisturí grande o con tijeras finas.

La reconformación de la encía también puede llevarse a cabo con el bisturí electrónico de onda corta. Usando los diferentes electrodos se pueden quitar pequeñas partes de tejido y el margen puede ser modificado para obtener la forma fisiológica.

Como es un instrumento electrónico, se deben tener las siguientes precauciones: El contacto del electrodo debe ser después de oprimir el pedal, nunca se debe tocar el hueso con el electrodo, pues de lo contrario este producirá necrosis ósea y dolor intenso, las obturaciones metálicas no deberán tocarse con el electrodo pues se ocasionaría una destrucción de la pulpa se debe usar en vez

de espejo dentro de la boca, un abate lenguas de madera, el electrodo debe mantenerse en movimiento constante cubriendo todo el campo operatorio.

TRATAMIENTO DE BOLSAS INFRAÓSEAS.- Las bolsa infraósea esta situada en un defecto óseo, cuya base es - apical al margen del hueso alveolar y no coronario a él. Metas del tratamiento: Eliminación de la bolsa, re inserción del ligamento a la superficie radicular y el relleno del defecto óseo. El tratamiento consiste en: 1) Eliminación de la inflamación y de los irritantes locales y condiciones que conduzca a su acumulación. 2) Corrección de factores que comparten con la inflamación, la responsabilidad de la formación de las bolsas infraóseas (trauma de la oclusión y a veces alimentos impactados). Zonas fundamentales en el tratamiento.- 1) Pared blanda de la bolsa, hay que eliminar las estructuras epiteliales: Revestimiento - epitelial de la bolsa, adherencia epitelial y tejido de - granulación adyacente. Para que el tejido conectivo evolucione su cicatrización y llegue hasta la raíz y rellene el defecto óseo. Y no permitir la recidiva. 2) La superficie radicular, - Será minuciosamente raspada y alisada para eliminar todo depósito, estructura ablandada y remanentes, adhe-

ridos de la adherencia epitelial. 3) Fibras periodontales que cubren la superficie del hueso.- Eliminar las fibras para permitir que la sangre y las células osteógenas afluyan al defecto óseo. Las fibras intactas se cureteen firmemente en la superficie ósea. Cuando se inflaman, las fibras se degeneran y son reemplazadas en parte o completamente por tejido de granulación, cuya remoción es fácil. 4) Las paredes de los defectos óseos se cureteen para dejar una superficie limpia, con pequeños puntos sangrantes múltiples. En una pared cartical densa, se pueden hacer perforaciones en la superficie ósea con una fresa redonda pequeña, para facilitar el paso de sangre y células osteógenas desde el hueso hasta el defecto óseo.

TRATAMIENTO DE LOS DEFECTOS ÓSEOS.- En bolsas infraóseas o supraóseas hay dos maneras: 1) por la reparación del defecto, es decir, mediante el relleno con hueso nuevo, y la inserción de nuevas fibras en la raíz). 2) Por remodelación del defecto, es decir, recortando las paredes del defecto para eliminarlo o hacerlo más apto a la reparación ósea (el primer caso es lo conveniente).

En los defectos anchos y someros, es menos probable que sean llenados con hueso, que los defectos - angostos y profundos, excepto cuando el espacio entre -- diente y hueso sea demasiado reducido, para permitir la instrumentación necesaria. El pronóstico es mejor en los defectos óseos de tres paredes, luego en la de dos y dos y media, los de una pared tienden a persistir de nuevo - después del tratamiento. El tratamiento de bolsas infra-óseas y defectos óseos. En el diagnóstico se determina - la profundidad y curso de la bolsa, morfología y dimensiones del defecto óseo, y movilidad dentaria. Cada superficie del diente se sondea para determinar a que nivel se - inserta la bolsa,

Una vez efectuado el remodelado se coloca - el apósito en la misma forma que en la Gingivectomía.

CAPITULO VII

PREVENCION DE PARODONTOPATIAS

PREVENCIÓN DE PARODONTOPATIAS.

La gran mayoría de las enfermedades Parodontales pueden prevenirse por medio de un adecuado programa de profiláxis bucal y cuidados dentales. - Dicho programa puede iniciarse desde la infancia. - El Cirujano Dentista, supervisando al niño, en el cuidado de las estructuras bucales sanas, no solo debe controlar trastornos gingivales localizados, sino aplicar medidas preventivas por medio de revisión y profiláxis.

La nutrición adecuada como medida preventiva en la aparición de las enfermedades orales, se trata, en realidad, de un método general dirigido hacia el logro y mantenimiento de la salud del individuo. Deberán incluirse en la dieta diaria: leche, cereales, vegetales, frutas, carne, pescado, huevo, etc.

Es importante inculcar los hábitos de higiene oral desde los primeros años de vida. Se le -

debe enseñar al paciente una técnica adecuada a su caso.

Los objetivos de una técnica de cepillado serán:

Eliminar de los órganos dentarios todos los restos alimenticios, acumulaciones de microorganismos y tártaro supragingival no calcificado de depósito reciente y la placa bacteriana.

Desalojar colecciones de restos alimenticios y acumulación de microorganismos de los espacios, interproximales, por debajo de las zonas de contacto y entre dientes.

Masaje suave a los tejidos gingivales y no irritables. Con un buen método de cepillado se aumenta la resistencia del epitelio gingival, se estimula la circulación, se eliminan los residuos alimenticios fermentables y hace a la encía más apta para resistir los agentes bacterianos.

TECNICAS DE CEPILLADO

METODO DE FONES.

Los dientes se colocan con borde y el cepillo se mueve en círculos grandes, limpiando al mismo tiempo superiores e inferiores, por vestibular y lingual, las caras linguales se limpian con un movimiento hacia adentro y fuera, como las oclusales.

METODO DE ROLL.

El cepillo se coloca alto en el vestibulo, con sus lados junto a la encía, luego se mueve desde el tejido blando hacia abajo.

A medida que el cepillo se mueve contra los dientes, el mango se rota alrededor de su eje largo, de manera que los extremos de las cerdas describen un arco mayor que la base de las mismas en el mango del cepillo, las caras linguales se cepillan de manera similar.

METODO DE CHARTERS.

Es una técnica que se usa sobre todo para pacientes con trastornos parodontales. El cepillo se coloca con la punta de las cerdas en los espacios interproximales y los lados de las mismas contra la encía. Se presiona entonces el cepillo y se vibra varias veces, todo la boca se limpia de esta manera.

METODO DE STILLMAN.

Es una técnica que también se emplea en pacientes con alteraciones parodontales, las cerdas se colocan oblicuamente al eje largo del diente, dirigidas hacia apical. Se aplica suficiente presión para producir una ligera isquemia del tejido gingival y luego se rota el cepillo, cuidando no mover los extremos de las cerdas para no dañar el Parodontio. Después que se limpia una zona se va moviendo sucesivamente el cepillo alrededor del arco, hasta que toda la zona queden limpias.

A manera de resumen, el programa para la prevención y tratamiento de las Parodontopatías sería el siguiente:

Educar a la población sobre la etiología y secuelas de las enfermedades parodontales.

Señalar a los pacientes las medidas preventivas como:

Nutrición adecuada, dieta estimulante a los tejidos parodontales, hábitos higiénicos, visita periódica al Cirujano Dentista y también la importancia y necesidad de la utilización de los procedimientos clínicos.

CONCLUSION.

Hemos tenido oportunidad de recordar algunos conocimientos gracias a los cuales podemos asegurar que la Parodoncia es una rama muy importante dentro de la Odontología.

La Parodoncia tiene dentro de sus constituyentes, una gama muy variada en lo que se refiere a métodos y técnicas para el tratamiento de las anomalías que se suceden en los tejidos Parodontales.

Por este motivo se debe tener un conocimiento muy profundo de las diferentes estructuras Parodontales, con todas y cada una de sus propiedades para que se pueda emitir un buen diagnóstico de alguna Patología que podría ser de carácter precoz, siendo así se aplicará una terapéutica, para que no haya una degeneración en dicha patología, y por consiguiente, una pérdida prematura de los órganos dentarios.

Como auxiliar para estos casos tenemos - a la historia clínica, que llevada a práctica como debe ser, nos va a remitir una información, dadas sus características, amplia, importante y objetiva del estado real de nuestros pacientes; a esto le - aunamos o complementamos con los métodos profilácti- cos y de prevención, y tendremos una barrera infran- queable para las Parodontopatías.

BIBLIOGRAFIA.

PERIODONTOLOGIA CLINICA
GLICKMAN IRVING
PRIMERA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA.

PERIODONCIA
ORBAN BALINT
CUARTA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA.

PERIGDONCIA
GOLDMAN M. HENRY
PRIMERA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA

PATOLOGIA BUCAL TOMO I Y II
TOMA KURT
SEGUNDA EDICION
EDITORIAL HI SPANO-AMERICANA.