

9
1065

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PARODONCIA EN ODONTOLOGIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

MARIA ISABEL VERA GAMA

México, D. F.

1979

15423



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.

I N D I C E

	PAG.
Introducción	1
CAPITULO I	
IMPORTANCIA DE LA PARODONCIA.	2
CAPITULO II	
ANATOMIA FISILOGIA E HISTOLOGIA.	10
CAPITULO III	
ARTICULACION ALVEOLODENTARIA	18
CAPITULO IV	
CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES	
PARODONTALES	26
CAPITULO V	
ELEMENTOS DEL MEDIO BUCAL QUE MODIFI	
CAN Y LESIONAN AL PARODONTO.	49
CAPITULO VI	
TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y	
PARODONTAL	68
CAPITULO VII	
FUNDAMENTOS DE PREVENCION EN	
PARODONCIA	88
CAPITULO VIII	
RELACION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL CON	
EL TEJIDO PULPAR.	101

	PAG.
CONCLUSIONES	106
BIBLIOGRAFIA	107

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

El objetivo que pretendo realizar en el desarrollo - de ésta tesis es tratar de proporcionar de un modo más conciso y claro, los concéptos basicos-teóricos y prácticos sobre la pa-
redoncia dentro de la Odontología.

Los progresos en Parodoncia han evolucionado en los - últimos años aportando una cuestión importante dentro de la Odon-
tología Moderna ayudando a las nesecidades del Cirujano Dentis-
ta en su responsabilidad con la salud dental de la humanidad.

Hace algún tiempo que se necesita la debida atención- a los problemas parodontales, en apoyo de estas consideraciones tra-
to de explicar en cada uno de los capítulos, enfocando el pro--
blema de la enfermedad parodontal que en determinadas circuns--
tancias se puede presentar ante el Cirujano Dentista.

Para poder realizar y obtener un exámen bucal comple- to y la creación de un plan de tratamiento previo para un pro--
grama de atención dental, merece el mayor mérito, la prepara---
ción, y audacia del Cirujano Dentista para poder realizar lo --
que fuese una buena Odontología.

Las alteraciones parodontales son un problema dental- de gran magnitud y de la exclusiva incumbencia de la Odontolo--
gía, cuya solución sólo se podrá encontrar mediante la educación
dental completa.

C A P I T U L O I

IMPORTANCIA DE LA PARODONCIA

Una rama de la Odontología como es la parodncia es de fundamental importancia en la práctica diaria del Cirujano-Dentista.

En la época actual se define Parodncia como: Una rama de la Odontología que se encarga del estudio de los componentes del tejido de soporte de los dientes, de la prevención de sus enfermedades, y su tratamiento.

La Enfermedad Parodontal es no sólo una de las enfermedades más comunes del mundo civilizado, sino también un padecimiento de suma importancia, dado que acomete a una de las partes más importantes del cuerpo humano; como es la cavidad oral.

La pérdida de dientes a temprana edad en niños, adolescentes y jóvenes adultos es generalmente por lesión cariosa. La Enfermedad origina más pérdidas de dientes que otros padecimientos bucales, generalmente después de los 30 años.

Este padecimiento se puede instalar desde el momento en que existe la erupción dentaria, se puede perpetuar y manifestar sus estragos después de los 30 años por eso se deduce, como enfermedad crónica, asintomática.

Además de sus efectos que incapacitan los órganos de la masticación, ocasiona muchas enfermedades, y no cabe duda -

Dicha solución es posible, fundada en hechos y en resultados obtenidos en la práctica de pacientes tratados satisfactoriamente. En el tratamiento de la enfermedad parodontal es preciso, como en las demás especialidades odontológicas, trazar planes y ejecutarlos de manera ordenada; pero antes, es necesario hacer el diagnóstico exacto para obtener resultados favorables.

En el mantenimiento de una salud óptima en el individuo tiene una función importante la masticación adecuada de los alimentos, la eficiencia y la salud del aparato masticatorio de los dientes y de las estructuras de sostén, constituyen por lo tanto uno de los principales objetivos de los cuidados Odontológicos.

Por esta razón el Odontólogo debe tener noción de los procesos patológicos en lo que concierne a cavidad bucal.

que es el principal foco de infección de donde los microbios - penetran en la sangre y la linfa, y originan muchas enfermedades orgánicas que a la postre acarreamos problemas; ha habido y hay aún divergencia de opiniones acerca del método más eficaz para tratar la enfermedad parodontal, divergencia que se advierte también en instituciones donde se imparte la educación dental, por ejemplo, mientras una escuela cree en la técnica conservadora, otra defiende el tratamiento quirúrgico.

Para curar la enfermedad, el requisito más importante es la supresión de la causa. La ejecución correcta de las técnicas aplicadas cumple con este requisito, y es el único medio en cuya virtud se pueden suprimir los agentes causales.

Del mismo modo, el descubrimiento y la aplicación de la anestesia cooperaron al desenvolvimiento de la Odontología y permitieron al dentista tratar con buen éxito la parodontia.

Lo que se ha explicado es de suma importancia, dado que dicha enfermedad no puede ser curada en período avanzado si no es mediante el tratamiento quirúrgico, cuyo principal cóadyuvante es la anestesia local.

No es posible el correcto conocimiento de un caso clínico y por consiguiente, el plan de tratamiento indicado, sin ordenar en una Historia Clínica todos los datos de los antecedentes individuales, familiares, patológicos, diagnóstico, etc. éste requisito es necesario en cualquier rama de la Odon-

tología y con mayor razón en Parodontia; Para poder formar un juicio lo más exacto posible de la enfermedad Parodontal, su etiología, pronóstico y plan de tratamiento.

Un examen Radiográfico que nos de idea exacta del estado de los dientes y del parodonto.

Este examen que realizamos es absolutamente necesario e ilustra no solamente sobre el estado del hueso y del diente sino sobre la extensión de las lesiones, progresos de las mismas e infecciones; y aún a veces denunciar estados de descalcificación, malformaciones alveolares etc.

Son nociones de conocimiento, la enorme difusión de la enfermedad parodontal, los trastornos que ocasiona, los peligros que entraña para los que la sufren.

La triste historia de ésta enfermedad que a consecuencia de un proceso que dura años asiste a la caída sucesiva de los dientes; soporta las tremendas molestias de los periodos de agudización; ve desde el principio completamente trastornada la función masticatoria por el dolor y la movilidad de los dientes, pasa por el estadio de las mortificaciones pulpares, con la secuela primero de la pulpitis y luego de los abscesos, para llegar finalmente a ser un desdentado; desdentado en malas condiciones para una prótesis por total destrucción del reborde alveolar; ha sido también la triste historia del especialista de boca, que hasta estos

Últimos tiempos tenía que confesar su impotencia, pasando por la amargura de verse en el caso de aconsejar al paciente la avulsión total de sus dientes.

Debemos tener presente que los procedimientos de diagnóstico cambian constantemente por el progreso de la Clínica, mientras que la patología del Aparato Masticatorio siempre serán las mismas.

La Historia Clínica deberá seguir un plan ordenado para facilitar la rápida consulta de los datos obtenidos que deseen verificarse en un momento dado. Por tal motivo los informes que se desprendan de ella, deberán estar anotados en forma clara y concisa conforme a un plan racional que principie con los antecedentes del paciente y termine con el tratamiento.

Es indudable que un diagnóstico bucal solo puede ser eficaz cuando existen criterios, metodología de examen, fichas y códigos adecuados.

El Parodencia es particularmente importante el tratar de medir las condiciones en las que se encuentra el enfermo, y tratar de estandarizar las técnicas de exploración y los métodos de diagnóstico, los cuales se pueden ampliar en cualquier proceso parodontal grave.

Como se Enferman los tejidos dentarios

En este sentido, la parodencia (rama de la estomato-

logía que estudia el parodonto) destaca como actividad principal al determinar cómo comienzan a deteriorarse los tejidos -- de soporte de los dientes.

La Inflamación es uno de los fenómenos más frecuentes en los tejidos de soporte del diente, pudiendose considerar como una perturbación de la función de los vasos capilares.

Generalmente, las fases en que se desarrolla la inflamación son las siguientes:

- 1.- Entrada a un tejido de un irritante inflamatorio.
- 2.- Respuesta inflamatoria de los tejidos a ese irritante. En esta etapa se puede apreciar la presencia de elementos que son capaces de alterar la sustancia intercelular.
- 3.- Estancamiento de sangre en los vasos capilares y aparición de elementos reparadores: leucocitos y células plasmáticas.

Uno de los agentes más comunes de inflamación local es la placa bacteriana la cual se va depositando de las piezas dentarias o encía marginal, originando a la postre el sarro. - Este sarro, por acción mecánica, irrita los tejidos produciendo la inflamación. Además de la acción mecánica, la acción microbiana se lleva a cabo debido a que el sarro posee toxinas bacterianas que producen la matriz orgánica que seguirá favoreciendo su desarrollo. Es decir, el sarro es capaz de crear su propio caldo de cultivo.

Los cambios patológicos del parodonto comienzan, siem
pre en la encía la cual va perdiendo su capa protectora.

Este fenómeno se puede deber a un cepillado demasiado
enérgico ó inadecuado que, unido a la irritación mecánica quími
ca y bacteriana causada por el sarro, producen la irritación y-
sus secuelas.

Desde el punto de vista clinico existe un aumento de-
volúmen de la encía, produciendose una bolsa llamada gingival o
virtual, donde se van introduciendose restos de los alimentos--
que a diario consumimos.

A continuación el tejido epitelial o capa protectora-
de la encía se lesiona y deja al descubierto el tejido conjunt*u*
ivo subyacente. Dado el hecho de que este tejido conjuntivo no -
esta preparado para recibir los irritantes del medio, comienza-
también a destruirse, expulsando pus hacia la cavidad bucal. --
Sucesivamente por la acción de toxinas y fermentos bacterianos-
se irán destruyendo los ligamentos que mantienen firmemente un*u*
dos al diente y su alveolo. Debe considerarse también que no to
dos son fenómenos destructivos, sino que se observan fenómenos-
reparadores caracterizados principalmente por la creación de --
nuevas fibras principales y secundarias, que suplirán a los ---
elementos destruidos por la enfermedad.

En general se puede decir que el ligamento y todos --

los elementos que forman el parodonto trabajan constantemente para reponer los elementos que lo constituyen.

El que las afecciones se desarrollen y se tornen serias depende del agente causante y la resistencia individual del sujeto.

La inflamación comienza siempre en la encia y desciende por los vasos capilares hacia los tejidos más profundos, al terando luego el cemento e incluso el hueso alveolar o de soporte.

Si la historia clínica revela alguna sospecha de --- transtornos generales, el paciente, debe ser referido al médico para su estudio y eventual tratamiento.

Si bien la correlación entre ciertos transtornos sigtémicos y las afecciones del parodonto esta bien establecida, - ello no es razón suficiente para ignorar sus posibilidades de tratamiento y como un servicio al paciente debe orientarse hacia un tratamiento médico.

C A P I T U L O I I

ANATOMIA FISILOGIA E HISTORIA

Siendo la finalidad de tratar al parodonto sujeto a-- variaciones morfológicas y funcionales. Trataremos de describir las características normales de los tejidos del parodonto cuyo conocimiento es necesario para comprender la enfermedad parodontal.

Se conoce con el nombre de parodonto a la unidad biológica formada por cuatro tipos de tejido altamente especializados recubiertos por epitelio, dos son duros y dos blandos.

Los tejidos duros son:

- a) El hueso alveolar
- b) Cemento radicular

Los tejidos blandos son:

- a) La Encia
- b) Ligamento parodontal

E N C I A

Se denomina como una membrana mucosa firme que cubre al proceso alveolar hasta el cuello de los dientes tanto por el lado bucal como por el lado palatino o lingual.

Anatómicamente hablando se divide en tres regiones.

- 1.- Encia Marginal que rodea al cuello del diente y -

forma la papila correspondiente al intersticio gingival

2.- Encía Insertada que se encuentra hacia apical de la anterior y llega hasta la encía alveolar. Es de color rosa-pálido, de aspecto punteado esto se debe a su inserción con el hueso.

3.- Encía Alveolar: Es la que forma el vestibulo su-color es rosa fuerte y se confunde con la mucosa interna de -- los labios y carrillos.

La encía superior se continua con la mucosa palatina y la inferior reviste al piso de la boca.

Histológicamente hablando se compone de dos partes;

- a.- La membrana Mucosa
- b.- El tejido Submucoso

La membrana mucosa esta formada por tejido epitelial estratificado, contiene diferentes tipos de células; En la su-perficie son células escamosas; en la parte media células de - forma cúbica y en la parte internos células columnares.

Su membrana basal se denomina red de Malphigi y es - la que realiza generación de nuevas células que empujan a las células externas y contribuye a su constante renovación.

Esta membrana mucosa está formada por cuatro capas - de afuera hacia dentro son: capa córnea, lúcida, granulosa y - germinativa.

Entre estas células existen espacios intercelulares-

que permiten el paso a la red nutritiva.

El tejido submucoso llamado también corion, que está compuesto por sustancia colágena y tejido conjuntivo que se proyecta dentro del epitelio formando primero una capa capilar, en la que se encuentran prolongaciones de vasos sanguíneos, -- después una capa constituida por fibras elásticas, vasos sanguíneos y linfáticos.

Las terminaciones de este epitelio se unen unas con otras hasta llegar al periostio.

La Encía termina en un borde libre llamado encía libre que está ligeramente separado del diente.

La corriente de aire de una jeringa dirigida hacia este borde nos muestra el espacio que existe entre encía y diente y que en condiciones normales varía de uno y medio a dos milímetros.

LIGAMENTO PARODONTAL

Es la estructura de tejido conectivo que rodea la raíz y la une al hueso.

La raíz del diente está unida al alveolo por este tejido que sirve de pericemento al diente, y de periostio al hueso. Está constituido por fibras colágenas que al estar en tensión se observan rectilíneas, se ondulan en estado de relajación

miento, aquí se pueden encontrar, cementoblastos, osteoblastos y por supuesto vasos sanguíneos, linfáticos y nerviosos.

En cuanto a sus fibras de inserción lo describiremos ampliamente mas adelante.

El ligamento parodontal tiene varias funciones:

- 1.- Física
- 2.- Formativa
- 3.- Nutricional
- 4.- Sensitiva

La física dada por la transmisión de fuerzas oclusales, ayuda a que se distribuyan las fuerzas para que no se lesionen los tejidos.

La formativa lo provee de células importantes y participa en la formación de estas como son cementoblastos, osteoblastos, y fibroblastos.

La nutricional proporciona elementos nutricionales - necesarias al diente, cemento, hueso y tejidos blandos, através de vasos sanguíneos y del sistema linfático los provee de elementos de defenza.

La Sensitiva es la inervación del ligamento confiere la sensibilidad propioceptiva y tátil.;

Se entiende que es el sentir del diente a un estímulo extraño y táctil cuando se agrede de alguna manera.

Detecta las fuerzas extrañas como traumatismos y le-

siones. Al estar mal distribuidas las fuerzas del diente el mecanismo neuromuscular se lesiona y pierde su control en cuanto a su función sensitiva.

HUESO ALVEOLAR

Es la parte del maxilar y la mandíbula que rodea íntimamente la raíz de cada diente, y su función principal es la de servir de sostén o estabilizar al diente.

El Hueso Alveolar está formado por hueso esponjoso rodeado de láminas periféricas compactas, la capa compacta interna recibe el nombre de lámina peridental, pues rodea la raíz del diente.

Su función es que el hueso alveolar sirve directamente de sostén a otro órgano que es el diente.

Hay canales muy pequeños (canales de Hirschfeld) que contienen fluido nutritivo y corren verticalmente por el hueso alveolar entre las raíces, su aparición es irregular con frecuencia se observan agujeros diminutos cerca de la cresta de la apófisis alveolar que conducen a los canales nutricios del hueso alveolar. Las apófisis alveolares son la porción de los maxilares que soportan a los dientes, en las apófisis alveolares se distinguen dos partes:

- 1.- Hueso Alveolar propiamente dicho
- 2.- Huesos de soporte

El primero consta de una lámina delgada que recubre-- la raíz del diente y en la cual se insertan las fibras del liga mento parodontal.

El hueso de soporte rodea al hueso alveolar y sirve de sostén a su función.

Resumiendo, el hueso alveolar es un tejido que se --- adapta al ligamento del diente, esta formado para sostenerlo y después de la extracción se reduce como ocurre con las apófisis alveolares.

La matriz interna celular del hueso, está formado por substancia orgánica e inorgánica.

La porción orgánica esta compuesta por fibras colágenas y una substancia fundamental de muco-polisacaridos; la porción inorgánica se compone de sales de calcio y pequeñas cantidades de sodio, potasio, fluor y fierro, el calcio esta en forma de fosfato alfatricalcico y carbonatos.

CEMENTO

El cemento forma la estructura externa de la raíz del diente hasta el cuello anatómico del mismo.

Es de color amarillento menos duro que el esmalte y - dentina y carece de sensibilidad, consta de dos capas, una extracelular y otra intracelular, que se unen a la altura de la - dentina. La capa exterior fija las fibras del ligamento parodon tal.

El estudio histológico del cemento nos muestra que contiene de 30 a 35%, de substancia orgánica.

El cemento joven contiene mas materia orgánica, la calcificación aumenta con la edad y es frecuente que se calcifiquen las fibras incluidas en las zonas mas profundas del cemento.

la descalcificación elimina las sales inorgánicas, pero no altera la estructura orgánica ni la morfología del cemento.

Existen dos tipos de cemento los cuales son:

- a.) ACELULAR (primario)
- b.) CELULAR (secundario)

Estos elementos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibras colágenas.

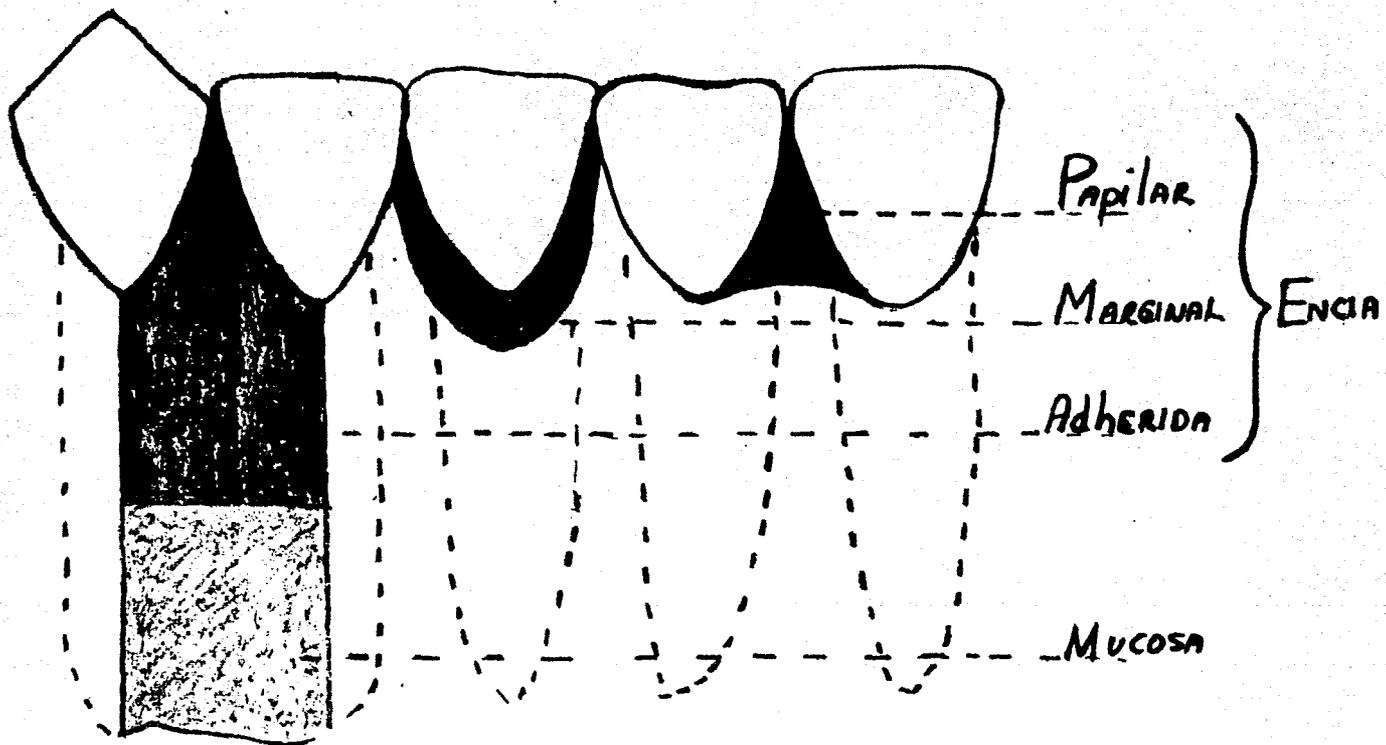
El cemento Acelular desempeña un papel principal en el sostén del diente y es el que esta mas calcificado.

El Cemento Celular es el menos calcificado se dispone en líneas de crecimiento paralelas al eje mayor del diente--ayuda a la formación de cemento presentando períodos de reposo.

Se ha deducido que no se necesita la función del diente para la formación del cemento. El estudio histológico del cemento en preparaciones descalcificadas revela las zonas de gran incremento de cementoblastos, cementocitos, y fibras -

incluidas.

En muchos casos no hay formación adicional de cemento es evidente que, en tales circunstancias la estabilidad del diente disminuye continuamente. Esta falta de estabilidad parece estar asociada comunmente con las enfermedades del periodonto.



PARTES ANATOMICAS DE LA ENCIA

C A P I T U L O I I I

LA ARTICULACION ALVEOLODENTARIA

De la misma manera que el diente depende del ligamento periodontal para que éste lo sostenga durante su función, - el ligamento periodontal depende de la estimulación que le proporcione la función oclusal para conservar su estructura. Dentro de sus límites fisiológicos el ligamento periodontal puede adaptarse al aumentar la función oclusal mediante el espesor y engrosamiento de sus haces fibrosos.

En la Articulación alveolodentaria intervienen los - siguientes elementos:

- a) Encia
- b) Alveolo Dentario
- c) Diente
- d) Periodonto

ENCIA.- La encia en la inserción normal cubre parte de la corora anatómica del diente dejando al descubierto la corona clínica. La encia está compuesta de una densa capa de tejido fibroso, adherido firmemente al periostio de las apófisis alveolares y que rodea el cuello de los dientes. Se insertan - en éstos por medio del ligamento epitelial de Gottlieb.

La encia en su parte mas coronal forma el surco gingival o intersticio gingival que normalmente en el adulto es -

de 2 mm, espacio en forma de "V" formado por el epitelio (pared blanda) y diente (pared dura). Al fondo del surco está la unión del epitelio al diente que es la adherencia epitelial, - que es una banda de modo de collar de epitelio escamoso estratificado.

ALVEOLO DENTARIO.- El alvéolo dentario tiene la forma de un cono en los dientes unirradiculares; de dos conos, - los ocupados por dientes de dos raíces y así sucesivamente. El alvéolo varia de forma adaptandose a las distintas modalidades, desviaciones y patologías que presentan las raíces dentarias, - Esta constituido por tejido óseo esponjoso, que varia en su -- disposición y arquitectura para los distintos dientes de acuerdo con la edad de los pacientes.

El alveolo, a expensas del cual se practica la extracción dentaria varia su elasticidad de acuerdo con la edad.

Una persona joven posee un alveolo óseo de gran elasticidad, que le permite distenderse sin fracturar sus paredes - pero, proporcionalmente a la mayor edad en un adulto o anciano, existe una mayor mineralización del hueso que trae aparejada - una menor elasticidad que dificulta los movimientos que hay -- que imprimir al diente a extraerse, comprometiendo por lo tanto la integridad del mismo alveolo o del diente.

El tabique interdentario se compone de hueso esponjoso limitado por las paredes alveolares de los dientes vecinos-

y las tablas corticales, vestibular, y lingual.

En sentido mesiodistal, la cresta del tabique interdentario es paralela a una línea trazada entre la unión amelocementaria de los dos dientes vecinos.

La distancia promedio entre la cresta y el hueso alveolar y la unión amelocementaria, en la región anteroinferior de adultos jóvenes, varía entre 0.96 mm y 1.22 mm con la edad ésta distancia aumenta 1.88 mm. a 2.81 mm.

DIENTE.- El diente se divide anatómicamente en dos porciones a) Corona b) Raíz

La corona anatómica es la parte del diente cubierta de esmalte.

La raíz anatómica es la parte del diente cubierta de cemento. Existen otras expresiones como son:

La corona clínica.- Que es la parte del diente que es visible en la cavidad bucal.

La raíz clínica es la parte del diente que está implantada firmemente en el tejido de sostén y, por lo tanto, no visible.

En el estado adulto puede observarse en algún paciente, parte de la raíz anatómica en la cavidad bucal junto con la corona anatómica. Entonces, la corona clínica viene a ser toda la corona anatómica del diente junto con la parte de la raíz anatómica que sea visible en la cavidad bucal.

Los tejidos que componen al diente son cuatro:

- a) Esmalte
- b) Dentina
- c) Cemento
- d) Pulpa

Es muy importante hablar de ellos pero en esta ocasión no los estudiaremos ampliamente por referirnos en especial a su porción radicular constituida por cemento en su cara externa que es la que forma parte de la Articulación Alveolodentaria.

PERIODONTO.- Conocido también con los nombres, (membrana periodontal, pericemento, membrana pericemental, membrana alveolodental y periostio dental).

El periodonto es un tejido conjuntivo. delgado, que tiene una complicada red vascular y nerviosa y que se extiende entre la cara externa del cemento y la lámina dura del hueso alveolar. Sus fibras penetran en el cemento y en la lámina dura. El pericemento se deriva de la capa externa de la cápsula dental. Se compone de elementos fibrosos, células, vasos sanguíneos y nervios. Sus fibras son colágenas.

Tiene las tres funciones siguientes:

- 1.- Suministra las fibras que han de enclavarse en el cemento y hueso para fijar el diente en el alveolo.

2.- Fomenta el desarrollo, corrige los defectos de la pared alveolar y del cemento.

3.- Suministra al diente la sensación táctil.

G. V. Black clasificó las fibras periodontales en la forma siguiente: Gingivales libres, transeptales, de la cresta alveolar, horizontales, oblicuas y apicales.

A todas éstas las llama fibras principales, para diferenciarlas de las fibras y células de tejido indefinido que siguen el curso de los vasos sanguíneos linfáticos y de las fibras nerviosas.

La irrigación sanguínea del periodonto tiene diversas procedencias, una de las cuales es la región ápical, de donde también proviene la irrigación sanguínea de la pulpa. Más la mayor parte viene de los espacios médulares del hueso alveolar, por medio de abundante anastomosis con los vasos del periodonto.

La unión entre el diente y el alveolo lo constituye el periodonto el cual tiene un espesor aproximado de 1 mm. Para Carranza y Erasquiu el espesor máximo normal no pasa de un tercio de milímetro. Para Klein, Kellner y Kronfeld, el espesor del periodonto de los dientes permanentes tiene un promedio de 0.22 de milímetro.

El modo de acción de las Fibras Principales puede representarse de manera que, cuando tenga lugar una presión so-

bre el diente, todas las fibras o una parte de ellas se ven sometidas a tensión resultando así, que la presión ejercida sobre el diente se transforma en una tracción aplicada al hueso alveolar, pero que actúa también naturalmente en forma de tracción sobre el cemento dentario.

Las fibras principalmente que componen al Ligamento Periodontal de acuerdo a su disposición situación desde la porción cervical al ápice son las siguientes:

a.) Fibras Gingivales.- Van del cuello del diente hacia la encía. Su función consiste en mantener el diente unido a la encía.

b.) Fibras Transeptales.- Son las fibras que van desde el cemento de una parte mesial de un diente hasta el cemento en la parte distal de otro diente contiguo, pasando por encima de la cresta alveolar, su función consiste en ayudar a mantener la distancia entre un diente y otro, sosteniendo los puntos de contacto.

c.) Fibras Crestodentales.- Parten de la cresta alveolar y van a insertarse en el cemento, por debajo de la inserción de las fibras gingivales. Ayudan a mantener el diente dentro de su alveolo y resistir las fuerzas tencionales laterales.

d.) Fibras Alvéolodentales Horizontales.- Son las que se dirigen horizontalmente desde la pared del hueso alveolar al cemento dentario y su función es resistir las fuerzas y-

presiones laterales y verticales.

e.) Fibras Alvéolodentales Oblicuas.- Aproximadamente diez veces más numerosas que las anteriores se dirigen oblicuamente en dirección al ápice radicular, desde el alvéolo al cemento, ocupando la mayor parte del periodonto. Sirven para transformar las presiones que recibe el diente en tracciones sobre el alvéolo, lo cual resulta muy beneficioso para la inserción, ya que el hueso resiste siempre mucho mejor las tracciones que las presiones.

f.) Fibras Apicales.- Abiertas en abanico que se irradian desde la vecindad del ápice a la pared alveolar. Proviene el desalojo lateral de la pieza dentaria, resisten a la fuerza que tienden a desalojar al diente hacia fuera. Estas fibras solo existen cuando esta completamente formada la raíz.

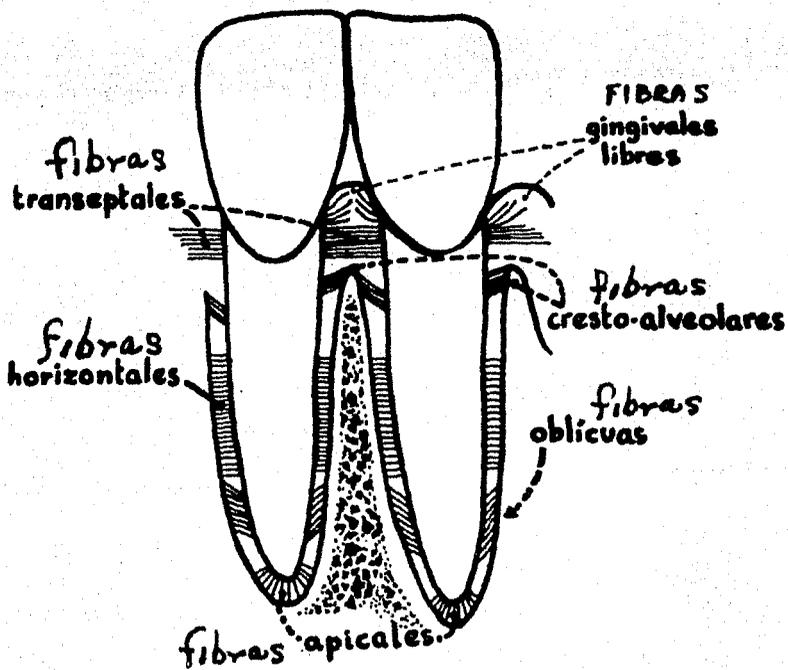
Elementos Celulares de la Articulación Alvéolodentaria.

Consisten en fibrocitos, cementoblastos, osteoblastos, osteoclastos, y los islotes epiteliales paradentarios de Malassez.

Vasos Sanguíneos. Sus vasos provienen y desembocan en los vasos de las paredes alveolares de la encía.

La ruptura de estos vasos, en las maniobras de exodoncia llena el alvéolo de sangre, a expensas de la cual se realiza la cicatrización de la herida.

Nervios.- Como los anteriores elementos, tienen su origen en los nervios del hueso y la encia.



FIBRAS PRINCIPALES DEL
PARODONTO

C A P I T U L O I V

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

La sobrevivencia del hombre en el medio hostil que lo rodea, se logra gracias a una serie de fenómenos biológicos de éstos uno de los más frecuentes es la reacción de los seres vivos al estímulo provocado por agentes nocivos de cualquier tipo, (biológico, Físico, químico,) llamado inflamación.

Ocurre en todos los órganos y tejidos del cuerpo humano. En su desarrollo participan elementos vasculares, neurológicos y humorales principalmente. Tiene como objetivo fundamental; destruir, detener o al menos diluir al agente patógeno para facilitar el mecanismo inmunológico que permita la conservación del órgano afectado.

Simultáneamente se desencadenan cambios tisulares --- tendientes a regenerar o reparar el tejido dañado, a fin de restaurar la morfología, de ser posible, también la función. A menudo las alteraciones tisulares de la inflamación, se relacionan con los signos físicos cardinales descritos por Paracelso--- y que son:

- a) Rubor
- b) Calor
- c) Tumor
- d) Dolor

En la mayoría de los casos, el curso clínico agudo - de la inflamación corresponden a infiltrados de leucocitos polimorfonucleares en los tejidos, ocurren alteraciones hemodinámicas, cambios en la permeabilidad capilar, que dan por resultado la formación de exudados explicando así algunos de los signos cardinales mencionados.

Estos cambios están regidos por el sistema nervioso y mediadores químicos tales como la histamina y el grupo de las quininas.

Cuando persiste el agente etiológico, a los cambios de la reacción aguda se agrega un componente proliferativo formado por tejidos conjuntivo asociado o infiltrado de linfocitos y plasmocitos, constituyendo la morfología característica de la inflamación crónica inespecífica.

De acuerdo con el tipo de exudado, la inflamación -- puede ser:

- | | |
|---------------|-----------------|
| a.) Serosa | c.) Hemorrágica |
| b.) Fibrinosa | d.) Purulenta |
| | e.) Mixta |

El grado de respuesta del individuo está en relación con la naturaleza número y virulencia del agente etiológico; - así como también con las condiciones inmunológicas del estado de nutrición del paciente.

En el proceso patológico más frecuente en el ser hu-

mano; el conocimiento de su patógena nos ayuda además a conocer el momento adecuado de aplicar la terapéutica selectiva.

El curso y el final de la inflamación varían según la naturaleza del tejido y su situación en el cuerpo, la índole del agente irritante, la intensidad de la irritación, la duración de ésta y el estado general del paciente.

En Medicina se dice que se ha afectuado la resolución cuando las diversas manifestaciones de la inflamación desaparecen en el orden contrario en que se presentaron, dejando los tejidos en su estado original.

La denominación enfermedad periodontal se utiliza en sentido amplio para abarcar todas las enfermedades del periodonto. También se le emplea con sentido específico para diferenciar las enfermedades de los tejidos periodontales de soporte de las enfermedades propias de la encía.

Las enfermedades parodontales se clasifican en:

1.- CRONICAS

- a) Gingivitis
- b) Parodontitis

2.- AGUDAS

- a) Gingivitis Ulceronecrotizante
- b) Gingivitis Streptococcica
- c) Gingivo Estomatitis Viral o Herpética

d) Absceso Parodontal

e) Operculitis o Pericoronitis

3.- DEGENERATIVAS

a) Gingivosis y Parodontosis

La Gingivitis, inflamación de la encía es la forma más común de enfermedad confinada a la encía.

La inflamación se halla casi presente en todas las formas de enfermedad gingival, la inflamación causada por cualquier irritación origina cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales.

Hay una tendencia a denominar todas las formas de enfermedad gingival con el nombre de gingivitis, como si la inflamación fuera el único proceso patológico que interviene.

La Gingivitis Crónica.- Es una enfermedad inflamatoria que se caracteriza por cambios de color que comienzan en la papila interdental y encía marginal se extiende a la encía-
incertada. El color comienza primero con un leve enrojecimiento; y como el proceso inflamatorio crónico se alarga, el color de la encía cambia a un rojo azulado o rojo oscuro.

En la gingivitis crónica se origina un leve agrandamiento de la papila interdental, encía marginal, o ambas. A medida que el proceso inflamatorio continúa la encía marginal aparece redondeada con las papilas interdenciales engrosadas.

La consistencia varía de blanda y esponjosa (edematosa), a firme (fibrótica). En su textura gingival hay reducción en el punteado, la superficie se observa un tanto lisa y brillante su tamaño gingival es agrandado por el proceso inflamatorio. Hay tendencia aumentada al sangrado al sobreinstrumentar, la hemorragia gingival también es provocada por traumatismos mecánicos como el cepillado dentario, retención de alimentos, palillos.

La gingivitis crónica es de ordinario indolora, a menos que esté complicada por exacerbaciones agudas.

La enfermedad comienza lentamente y es de larga duración.

Puede presentarse aumento en la profundidad del surco gingival, esto es debido al edema de los tejidos gingivales que causa el agrandamiento coronal de la encía marginal, esta profundidad es referida como bolsas gingivales o pseudobolsas, y necesitamos diferenciarlas de las bolsas parodontales las cuales se caracterizan por la migración hacia apical de la inserción epitelial y es característica de periodontitis.

No hay signos radiográficos asociados con la gingivitis crónica, debido esto, a que sólo afecta a los tejidos blandos de la encía, por lo cual no quedan registrados en la radiografía. Si el proceso inflamatorio se deja que persista, éste podrá gradualmente invadir los tejidos periodontales profundos

causando periodontitis.

El proceso inflamatorio en la gingivitis afecta el epitelio del surco gingival subyacente a éste, el tejido conectivo. Los productos de la placa bacteriana son potencialmente lesivos, los cuales se encuentran localizados adyacentes o dentro del surco gingival, son la causa primaria del rompimiento de las uniones y de la substancia intercélular, las cuáles se encuentran ensanchadas, proporcionando el camino para que los productos de la placa se introduzcan en el tejido conectivo -- perjudicándolo.

Los cambios en ésta condición incluyen, la intromisión de células inflamatorias, plasmáticas, linfocitos y macrófagos; el producto de éstas células junto con substancias nocivas causan vasodilatación, congestión arterial, destrucción de fibras colágenas y proliferación del epitelio.

Si la inflamación persiste durante un largo período de tiempo, los tejidos intentan reparar el daño formando nuevas fibras colágenas. Pero de continuar la irritación en ésta enfermedad el proceso de reparación no podrá completarse, podríamos decir que la Gingivitis Crónica es una lucha entre la destrucción y la reparación. Este proceso crónico explica porque los tejidos gingivales llegan a ponerse agrandados y fibróticos.

PARODONTITIS

La Parodontitis es un proceso inflamatorio que se caracteriza por la desintegración o migración de la inserción epitelial normal llegando la gravedad de la lesión hasta la destrucción de la membrana parodontal.

Esta enfermedad puede encontrarse en un grupo de dientes o en la generalidad de ellos.

La encía en estas circunstancias se presenta inflamada y sangrante, si se aplica una ligera presión sobre el margen gingival aparece la secreción purulenta lo que indica la presencia de bolsas parodontales que en éste caso son verdaderas.

En algunos casos se presenta retención de pus en las bolsas parodontales formándose de ésta manera abscesos parodontales.

Radiográficamente se observa resorción ósea alveolar en sentido horizontal ó sea perpendicular al eje mayor del diente, ésta resorción es en muy pequeña proporción, debido a esto se aprecia ligera movilidad dentaria.

La Parodontitis, como la describen Cohen y Goldman, es una secuela de la gingivitis en la cual el proceso inflamatorio ha avanzado hacia el ápice para involucrar el hueso alveolar.

Otra definición de la Parodontitis es la respuesta inflamatoria de los tejidos del parodonto a los irritantes loca-

les o factores generales con cambios tróficos, inflamatorios y destructivos de los elementos histológicos del parodonto.

Conjuntamente con la Gingivitis, la Parodontitis es la entidad patológica más común que encontramos en nuestros pacientes, existen en la Parodontitis migración apical de la inserción epitelial con toda la secuela de inflamación de la pared lateral de la encía, destrucción del hueso con resorción que radiográficamente es apreciable.

La diferencia entre Parodontitis y Gingivitis es -- cuantitativa y en algunos casos es difícil distinguir un caso de Gingivitis que se ha extendido a una Parodontitis que se -- inicia. Este padecimiento ataca a veces a unos cuantos dientes vecinos, pero de ordinario todos los dientes estan afectados-- por la enfermedad, estas posibilidades son las que dan lugar - a distinguir dos tipos de Parodontitis Marginales que son:

a) La forma localizada, debida a la pérdida de contacto de los dientes, o en presencia de prótesis mal ajustadas que preparan el terreno a la infección.

b) La forma generalizada, una de cuyas manifestaciones es el engrosamiento del margen gingival, el cual pierde su adherencia al cuello dental. Las encías sangran fácilmente y están inflamadas; al presionar sobre el tejido óseo se atrofia en su cresta, en dirección perpendicular a la longitud del --- diente.

La característica principal de la Parodontitis marginal, es la pérdida de la cresta alveolar, lo que pone en peligro la estabilidad del diente. Debido al desarrollo de la inflamación gingival, la cresta alveolar puede ser atacada ocasionando así la resorción.

Al acentuarse la enfermedad del diente, éste se hace menos firme, sufriendo pérdida de estabilidad. La estabilidad y pérdida de contacto y migración, son más frecuentes cuando los síntomas están relacionados con las lesiones del aparato de inserción.

La profundidad de la bolsa varía según la migración hacia ápical de la inserción epitelial, de la separación y reacción del margen gingival. Los abscesos parodontales son frecuentes cuando existe pérdida de drenaje de la bolsa, cuando el exudado no puede salir a la cavidad bucal.

Diagnóstico.-

Cuando el proceso inflamatorio de la encía, se extiende a los tejidos profundos de soporte, y parte de ese soporte ha sido destruido, se puede hacer el diagnóstico de Parodontitis. Uno de los datos característicos de la Parodontitis es la bolsa parodontal. La profundidad de la bolsa en la membrana parodontal, es acompañada de resorción de la cresta alveolar.

El diagnóstico clínico de la parodontitis, se basa en la inflamación gingival, en la formación de bolsas y su exudado purulento, en la resorción alveolar, otro signo importante, aunque tardío, es la movilidad. Generalmente la enfermedad es indolora.

Lo dicho anteriormente, es importante para comprender la localización del proceso destructivo; las alteraciones tempranas se producen en la cresta interdental vasos linfáticos -- formandose un defecto a manera de cráter. El resultado se observa en el examen radiográfico consistente en la pérdida de la lámina dura en la región de la cresta alveolar.

PRONOSTICO.

Es importante el pronóstico de la Parodontitis y --- otras enfermedades parodontales crónicas destructivas. Al hacer el pronóstico de toda la zona afectada por la enfermedad parodontal, se deben considerar los siguientes factores:

a) Actividad del paciente.

Solamente los pacientes interesados en conservar sus dientes permiten un pronóstico favorable quienes deben estar -- dispuestos a llevar a cabo la higiene que se les recomiende.

b) Estado del Hueso Alveolar.

A mayor cantidad de hueso alveolar presente, mejor es el pronóstico. La densidad del hueso alveolar es factor engañoso del pronóstico, pues en gran parte depende de la densidad de

la radiografía.

c) Profundidad media de la bolsa.

Es obvio que el pronóstico es menos favorable cuando existe una mayor profundidad, extensión, y tortuosidad de las bolsas.

d) Carácter del Tejido.

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

e) Relación de las bolsas con la unión mucogingival.

Quando las bolsas se entienden más allá de la encia--
incertada hasta la mucosa alveolar, se plantean problemas terapéuticos especiales y, por lo tanto el pronóstico debe ser reservado.

f) Edad del paciente

El pronóstico es más favorable en pacientes de mayor edad con lesiones parodontales similares a uno más joven.

g) Número y distribución de los dientes remanentes.

Debe existir un número suficiente de dientes para una función y restauración adecuadas.

h) Morfología Dental.

Los pacientes con raíces largas y fuertes, y aquellos

con raíces cilíndricas a manera de huso, tienen más posibilidades de conservar los dientes en su sitio que los que tienen raíces cortas y cónicas. Los pacientes con hipercementosis tienen generalmente buen pronóstico.

i) Salud y estado general del paciente.

El pronóstico es reservado en los pacientes con alguna enfermedad general de posible importancia etiológica en la lesión parodontal.

j) Es obvio que la bolsa parodontal debe ser suprimida. Es un terreno favorable a la actividad bacteriana y además almacena restos alimenticios y detritus. En ellas se ocultan espículas de depósitos calcificados que son fuentes de irritación, ese es el foco de donde parte el proceso inflamatorio.

A G U D A S

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE.

La enfermedad es infecciosa, pero no contagiosa, corrientemente conocida como "Infección de Vincent", rara vez se ve en preescolares y con frecuencia en adultos jóvenes.

Es fácil diagnosticar la infección de Vincent a causa de la involucreción de las papilas proximales y la presencia de una seudomembrana necrótica sobre tejido marginal.

En general se cree que los responsables de esta enfermedad son dos microorganismos: *Borrelia Vincentii* y bacilos ---

fusiformes conocidos como "Simbiosis Fusoespiroquetal". Las manifestaciones clínicas de la enfermedad incluyen:

- a) Tejido Gingival inflamado, dolorido y sangrante.
- b) Poco apetito
- c) Fiebre de hasta 40 °C
- d) Olor fétido
- e) Mayor sensibilidad a la presión de los dientes.
- f) Ulcera en socabados, en papilas interdientarias y encías marginales.
- g) Malestar General

La enfermedad responde notoriamente en 24 a 48 horas tras el cureteado subgingival, desbridamiento y empleo de soluciones oxidantes suaves.

Si los tejidos gingivales estuvieran muy lesionados y extensamente inflamados cuando se ve al paciente por primera vez, esta indicada la terapéutica antibiótica.

Colins y Hood informaron que la aplicación de Vancomicinas es un auxiliar valioso de la terapéutica.

No debe haber dificultades en distinguir una enfermedad de Vincent de una estomatitis herpética aguda, aunque se les suele confundir. El hallazgo de úlceras redondeadas con una aureola roja en los labios y carrillos es característico de la Gingivoestomatitis herpética.

Una "Limpieza" terapéutica de prueba producirá una - respuesta favorable en la infección de Vincent, pero no en la Gingivoestomatitis herpética aguda.

Los antibióticos como prueba terapéutica reducirá - los síntomas agudos de una infección de Vincent pero no de una virósica. La Gingivoestomatitis herpética aguda se observa con más frecuencia en preescolares su iniciación es rápida y la infección de Vincent se desarrolla en un extenso periodo, habi--tualmente en una boca en la cual existen irritantes y mala hi-giene bucal.

TRATAMIENTO

El tratamiento se puede dividir en:

- 1.- Control de la etapa bacteriana (dolorosa) de la enfermedad.
- 2.- Eliminación de los factores predisponentes locales o generales.
- 3.- Instrucción al paciente respecto a hábitos de higiene bucal y visitas periódicas.

En general es contraindicada la extracción de dientes o el legrado de encías durante la etapa microbiana aguda de la enfermedad.

La etapa aguda se puede resolver combatiendo la flora microbiana por lavados de boca con soluciones tibias no ---

irritantes. Debe quitarse cuidadosamente el tejido necrótico de las encías, mediante torundad de algodón humedecidas con solución salina fisiológica. Es eficaz la medicación local con gran variedad de sustancias. Se emplean diversos antibióticos para el tratamiento. Las tinturas de metafen y mertiolate son buenos agentes mercuriales antimicrobianos. No debe emplearse en esta enfermedad sustancias cáusticas. Debemos insistir en que los fármacos ocupan un papel secundario en el tratamiento de ésta enfermedad. Son mucho más importantes una buena higiene bucal y la adquisición de hábitos correctos, lo que elimina los factores predisponentes.

GINGIVITIS ESTREPTOCOCCICA.

La incidencia de infección microbiana aguda en la boca es desconocida.

Blacke y Trott informaron una gingivitis estreptocóccica aguda con encías doloridas, de un rojo vivo y fácilmente san grantes.

Las papilas estaban engrosadas y se había producido -- abscesos gingivales. Los cultivos demostraron un predominio de estreptococos hemolíticos.

Las infecciones agudas de éste tipo pueden ser más co munes de lo que se aceptaba antes. Sin embargo, el diagnóstico es fácil sin extensas pruebas de laboratorio.

TRATAMIENTO. Se recomendarán antibióticos de amplio espectro si se piensa que la infección es de origen microbiano.

Para tratar la infección, es importante un mejor cuidado bucal en el hogar. Por igual importancia es la realización de las restauraciones dentales necesarias para devolver la función adecuada después de la reducción de los síntomas clínicos.

GINGIVOESTOMATITIS VIRAL O HERPETICA

El virus del herpes causa una de las infecciones más difundidas.

Se caracteriza por una lesión difusa, eritematosa y brillante que puede aparecer en cualquier parte de la mucosa oral, encía, paladar duro, paladar blando, labios, carrillos, y lengua. Forma unas vesículas de color gris, esféricas, circunscritas que después de 24 horas se rompen y forman unas úlceras pequeñas dolorosas rodeadas de un halo eritematoso con bordes elevados y una depresión central blanco amarillenta.

El curso de la enfermedad es de 7 a 10 días, cura espontáneamente sin dejar cicatrices. Se acompaña de dolor generalizado de la cavidad oral que interfiere con la comida y bebida. Las úlceras son sensibles al tacto, alimentos, se pueden presentar también lesiones en la cara y labios; elevación de temperatura y adenitis cervical.

La estomatitis herpética aguda suele producirse en -
tre los 2 y 6 años, aún en niños con boca limpia y tejidos bu-
cales sanos. De hecho estos niños parecen ser tan susceptibles
como los de mala higiene bucal.

La infección es contagiosa y causa inmunidad.

A menudo se diagnóstica erróneamente esa infección -
primaria como infección de Vincent se le trata incorrectamente
con penicilina, que fija al virus y prolonga muchísimo el cur-
so clínico de la enfermedad.

Quando la enfermedad recidiva, las lesiones suelen--
aparecer en la parte externa de los labios.

Por esto, se le conoce por lo común como "Herpes La-
bial Recidivante", con los mismos síntomas y signos repetidos,
las vesículas se forman esencialmente en la zona del labio. La
forma residivante de la enfermedad ha sido relacionada a menu-
do con situaciones de stress emocional y resistencia disminuida
de los tejidos, resultante de los diversos tipos de traumatis-
mos.

La exposición excesiva a la luz solar puede ser res-
ponsable de la aparición de la lesión herpética residivante --
del labio. Las lesiones labiales pueden aparecer también des--
pués del tratamiento odontológico; pueden estar relacionadas--
con cualquier irritación de los procedimientos odontológicos--
corrientes.

TRATAMIENTO.

El tratamiento debe consistir en medidas de sostén. - Deberá estar orientado hacia el alivio de los síntomas agudos - con el fin de que se mantenga la ingestión de líquidos y alimentos. La aplicación de un anestésico tópico leve, como la Diclo-nina (Dyclone) antes de las comidas, aliviará temporalmente el dolor permitirá ingerir una dieta blanda. Como los jugos de frutas suelen ser muy irritantes, está indicado un suplemento vi--tamínico durante el curso de la enfermedad. Se deberá recomen--dar el reposo en cama y aislamiento de los demás sujetos de la casa.

Como el virus del herpes no es sensible a los antibióticos, estos no están indicados, y nunca permitieron acortar la evolución de la enfermedad local o general.

ABSCESO PERIODONTAL

Es una infección aguda o crónica purulenta que se lo-caliza en los tejidos parodontales.

puede formarse de distintas manera:

- a) Cuando la infección de una bolsa profundiza.
- b) Cuando se cierra la vía de drenaje de la bolsa.
- c) Cuando el tratamiento parodontal es incorrecto y deja restos infecciosos en las zonas profundas.
- d) También sin presencia de enfermedad parodontal --

prévia después de un trauma.

Hay dos tipos de absceso según su localización:

1.- En los tejidos parodontales de soporte, en los que generalmente hay una fístula ósea.

2.- En la pared blanda de una bolsa parodontal.

De acuerdo a su clasificación se dividen en:

ABSCESO PARODONTAL AGUDO.

Esta lesión aguda puede presentar dolores agudos, -- pulsátiles irradiados, dolor a la percusión y movilidad dentaria.

La encía presenta una elevación de color rojo profundo de consistencia y forma variable, pero muy sensible a la -- palpación. Los efectos sistémicos son: fiebre, linfadenitis, leucocitosis y malestar general. El absceso periodontal agudo aparece como una elevación ovoide de la encía, en la zona lateral de la raíz, su superficie es lisa y brillante puede tener forma de cúpula, ser relativamente firme, o punteaguda y blanda.- En la mayoría de los casos es posible expulsar pus del margen gingival mediante presión digital suave.

ABSCESO CRONICO

El absceso parodontal crónico se presenta como una -- fístula que se abre en la mucosa gingival en alguna parte de -- la raíz.

El orificio de la fístula esta recubierto por una masa de tejido de granulación blanda y hemorrágica, de forma esférica rosada generalmente es asintomático. Puede presentar -- síntomas de dolor sordo mordicante, leve elevación del diente y el deseo de morder y frotar el diente.

TRATAMIENTO

El tratamiento es igual que cualquier otra infección aguda, revaluando el daño periodontal después de la desaparición del dolor y de la inflamación.

Se recomendarán antibióticos para tratar la infección. aplicando la técnica adecuada conservadora o mutilante.

OPERCULITIS O PERICORONITIS

Es una enfermedad que se presenta en individuos adultos y pocas veces en niños. Se refiere a la inflamación de la encía que está en relación con la corona de un diente incompletamente erupcionado. Se caracteriza frecuentemente por una inflamación de origen traumático infeccioso del capuchón gingival que cubre al tercer molar en erupción o semincluido.

Se presenta como una lesión localizada de color rojo-intenso, muy doloroso al tacto, con dolores que irradian al -- oído y garganta y piso de la boca. Es frecuente la inflamación del ángulo de la mandíbula y linfadenitis, así como fiebre y malestar general.

La suma del líquido inflamatorio y el exudado celular produce un aumento de volumen del colgajo, que impide el cierre completo de los maxilares. La encía es traumatizada por el contacto con el maxilar antagonista y la inflamación se agrava. Además del dolor, el paciente está muy incómodo por el gusto desagradable y la incapacidad de cerrar la boca.

TRATAMIENTO

El tratamiento médico de la pericoronitis, se realiza por dos medios: médico y quirúrgico.

a) Tratamiento médico.- El capuchón inflamado, se lavará con solución antiséptica débil.

Los antibióticos contribuyen eficazmente a mejorar las condiciones generales y locales.

b) Tratamiento Quirúrgico.- Para la apertura de los focos de superación debe ser abierto quirúrgicamente.

La extracción del molar causante retenido y su sacopericoronario pueden ser extraídos para solucionar el problema originario. Si está en mala posición.

DEGENERATIVAS.

GINGIVOSIS.- Es un padecimiento distrófico o degenerativo caracterizado principalmente por la caída del epitelio bucal, a nivel de la encía marginal y la encía incertada; con exposición del tejido conjuntivo subyacente.

La encia se presenta roja, edematizada, lisa y brillante; el epitelio puede quitarse con facilidad.

Esta enfermedad se le a denominado de diferentes formas como por ejemplo, gingivoestomatitis descamativa crónica, estomatitis senil, estomatitis menopáusica etc.

El estado patológico es muy doloroso, el paciente -- tiene imposibilidad de ingerir alimentos de consistencia dura, pues el simple rose produce molestias. Los alimentos muy condimentados o de sabor ácido también produce dolor, se puede ob--servar que la mucosa bucal se encuentra seca y el paciente ---siente en muchas ocasiones sensación de quemadura.

La etiología de este padecimiento aún no se establece definitivamente. La conducta terapéutica a seguir, debe estar basada en la determinación de los agentes causales que están produciendo el padecimiento, y para poder llegar a un diagnóstico, se deberá pedir la cooperación del especialista en -endocrinología el que nos proporcionará datos importantes que permitan normar nuestro criterio para la mejor comprensión de esta enfermedad.

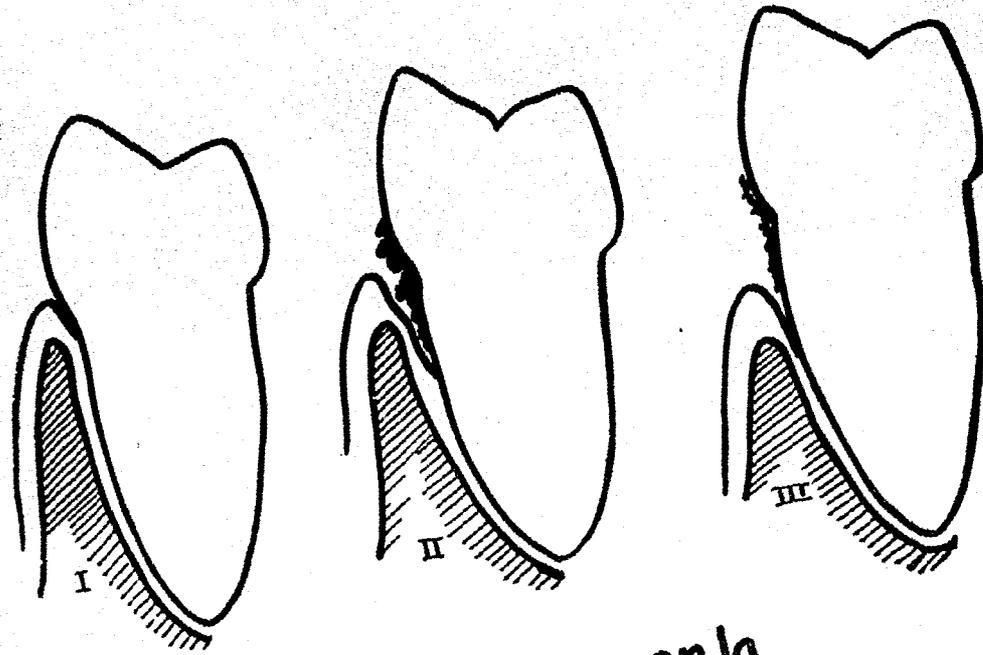
PARODONTOSIS.- Es el prototipo de las enfermedades-distróficas o degenerativas; está caracterizada por la des---trucción parcial o total de los elementos de soporte del diente; ataca un grupo de dientes o a la totalidad de los mismos. Gottlieb la denominó atrofia difusa de hueso alveolar.

Su etiología no se a definido de una manera precisa, pero sus causas principales son los factores generales o sistémicos, tales como la desnutrición estados clínicos, o avitaminosis.

Es un padecimiento que ataca a personas jóvenes, aparece generalmente al rededor de los 30 años.

Radiográficamente se observa aumento del espacio de ligamento parodontal, destrucción en grupo de hueso, conformación de bolsas infraóseas, trabeculación ósea defectuosa y en muchas ocasiones se observa destrucción de cemento en un tercio apical de la raíz.

Debemos investigar con ayuda del médico general, que padecimiento es el que afecta al paciente e instituir la terapéutica adecuada para cada caso ya que el factor directo causal de la enfermedad es de origen sistémico, y éste sólo se elimina por el tratamiento médico general.



esquema, la resorción ósea en la enfermedad parodontal.

C A P I T U L O V

ELEMENTOS DEL MEDIO BUCAL QUE MODIFICAN Y LESIONAN AL PARODONTO

Opinan la mayoría de los autores actuales que el proceso de la enfermedad parodontal, es de naturaleza microbiana-- así piensan Payne, Goadby, y otros, entre ellos principalmente Krista Chewsky. Cuyos estudios verdaderamente notables llegan-- a determinar como agente específico una espiroqueta, mientras-- que otros pretenden la especificidad para el estreptococo, si-- bien es verdad que ultimamente algunos autores eminentes entre ellos, Goldenberg, parecen inclinarse a la etiología espiroque-- tica.

Podemos citar a Merritt y Browoo como representantes que creen que no hay pruebas suficientes para pensar en la es--pecificidad de ningún agente.

Howne y los que siguen apoyandose en el hecho de que la sola --inoculación es insuficiente para producir una lesión caracte--rística creen encontrar en una insuficiencia alimenticia el --factor de la lesión primera de que son víctimas las fibras del periodonto.

La descalcificación con pérdida consiguiente de teji--do oseó alrededor de las raíces, es considerada como lesión --parodontal por Hopewne y atribuida a alteraciones más o menos generalizadas de la normalidad fisiológica.

Todas las opiniones son diferentes pero todas tienen en su apoyo estudios experimentados verdaderamente.

Se ha dicho que la cavidad oral refleja el estado general más que ninguna otra parte del cuerpo.

Esto es especialmente cierto para el parodonto, la -- mayoría de las alteraciones sistémicas tienen su reflejo en el parodonto. Sin embargo debemos recordar como ya hemos indicado, que los factores sistémicos por sí solos no constituyen la causa suficiente de enfermedad del parodonto, deben presentarse -- acompañados de factores locales.

La etiología de los trastornos parodontales es compleja se trata de una situación etiológica múltiple en que se superponen los factores locales con los generales.

FACTORES LOCALES

1.- PLACA BACTERIANA.- Es el conjunto de microorganismos que provienen de la flora bucal (saprófitos).

Cuando estos se organizan sobre las estructuras dentarias, son altamente perjudiciales. Para que se forme la placa bacteriana se requiere de un sustrato, el cual esta formado de mucopolisacáridos que provienen de la saliva de la ingestión y del metabolismo bacteriano. Tiene un contenido orgánico e inorgánico. El orgánico esta compuesto de un complejo de polisacáridos y proteínas, carbohidratos y lípidos. En su contenido inorgánico esta compuesto de calcio, fósforo en menor proporción --

ción por iones de magnesio, potasio, y sodio. Todo esto más --
los microorganismos nos dan la Placa Bacteriana.

EL PAPEL DE LA SALIVA EN LA FORMACION DE LA PLACA BACTERIANA.

La saliva es líquido incoloro, inodoro, viscoso, el-
volumen normal es de 1 a 1.5 litros en 24 horas. Está compues-
ta de 99.3 por ciento de agua, y 0.7 por ciento de sólidos.

Función.- Humedece la mucosa bucal facilitando la --
fonación, masticación y deglución. Asimismo interviene en la -
digestión de los hidratos de carbono por medio de una diastasa
que se denomina amilasa. También se han podido encontrar enzi-
mas como la lipasa, proteasa y maltasa.

Función Bacteriostática.- La flora microbiana sapró-
fita ayuda a mantener un equilibrio de la salud bucal, conser-
vando los diferentes grupos de microorganismos dentro de nive-
les más o menos constantes. Cuando el número y calidad de mi--
croorganismos aumenta o disminuye, se rompe el equilibrio fun-
cional y la flora microbiana saprófita se convierte en patóge-
na.

La saliva tiene un poder bacteriostático con dos fun-
ciones principales; una consiste en eliminar los restos alimen-
ticios después de la ingestión de alimentos y la otra, por me-
dio de las glándulas salivales elimina algunos productos fina-
les del metabolismo basal de diferentes grupos alimenticios. --

La humedad que proporciona la saliva al medio bucal, mantiene a la mucosa bucal en estado saludable. Si esta mucosa se seca, la encía se edematiza. Las enzimas (glucosidasas) producidas por las bacterias bucales descomponen los carbohidratos que utilizan como alimento. El ácido Sialico y la fucosa, carbohidratos siempre presentes en las glucoproteínas de la saliva y las enzimas-glucosidasas tienen su acción sobre la glucosa para desdoblarla y aprovechar el sustrato alimenticio, si esta enzima glucosidasa separa al ácido siálico y fucosa tiene por consecuencia la pérdida de estos elementos y por consiguiente menor viscosidad salival y formación de un precipitado que se considera como un factor en la formación de la placa. Por lo tanto el desequilibrio de los componentes de la saliva disminuye su poder amortiguador o sea el mantener el pH entre límites de neutralidad.

2.- MATERIA ALBA.- Es un irritante local que constituye una causa común de gingivitis. Es un depósito amarillo o blanco grisáceo blando y pegajoso. Se deposita sobre superficies dentarias, restauraciones, cálculos y encía especialmente en el tercio gingival de los dientes y sobre dientes en mal posición.

Considerada durante mucho tiempo como compuesta por residuos estancados de alimentos, se reconoce ahora que es una concentración de microorganismos.

La Materia Alba es una denominación clínica tradicio-

nal para un material que es, esencialmente, una acumulación -- abundante de placa bacteriana. Es posible quitarla mediante la -- limpieza mecánica para asegurar su completa remoción.

3.- SARRO.- Es una substancia dura de aspecto rugoso, de color variante, del amarillo claro al oscuro y del café claro al oscuro. Se ha comprobado que el sarro dental es un -- factor decisivo en las enfermedades parodontales.

El sarro se forma a expensas de placas mucoides que -- albergan détritios alimenticios e infinidad de gérmenes saprófito -- so y patógenos.

Esta placa mucoide se deposita en los margenes gingi -- vales y posteriormente se introduce en las regiones subgingiva -- les irritando las partes nobles del parodonto.

El curso de su formación continua con la degeneración de la parte mas profunda de la placa bacteriana, calcificandose como cualquier cálculo del organismo por lo que se le denomina -- también como cálculo dental.

El sarro crece en sentido apical y en anchura depen -- diendo su tamaño de la actividad tóxica de los microorganismos.

El sarro se compone de materia orgánica en 20% y esta -- formada ésta materia por: bacterias, células epiteliales, y de -- tritios alimenticios, un 75% de materia inorgánica constituida -- por sales de calcio, fosforo, magnesio y el 5% restante es agua.

El sarro se clasifica en:

- a) Supragingival
- b) Subgingival

El sarro supragingival se localiza por encima del márgen gingival y puede ser observado clinicamente.

El sarro Subgingival se encuentra por debajo del márgen gingival, para descubrirlo es necesario rechazar la pared lateral de la encía y en ocasiones cuando es imposible su descubrimiento por medios clínicos normales, será necesario un tratamiento quirúrgico para eliminarlo totalmente.

Cuando el sarro dental destruye el aparato de inserción, se forman bolsas parodontales que albergan pus, por lo - que la superación es un indicador de la existencia de sarro -- subgingival.

La anormal anatomía de las piezas dentarias y el irregular contorno marginal permite la retención del sarro.

4.- RESTAURACIONES MAL AJUSTADAS. Las restauraciones defectuosas son muchas veces causa de inflamación gingival y - de pérdida ósea porque actúan irritando los tejidos del paro-donto, además de la irritación mecánica que producen, favore--cen la acumulación de restos alimenticios y bacterias.

En estas zonas vamos a encontrar bolsas parodonta--les, presencia de gingivitis y diversos grados de lesiones, y en general disarmonías funcionales con lesiones en los teji--dos parodontales circunvecinos se deben de tomar en cuenta to

dos los factores anatómicos de los dientes a reconstruir y su relación con los dientes proximales y antagonistas, al hacer una restauración de cualquier tipo en la cavidad bucal para evitar los problemas mayores y molestias innecesarias al paciente como a sus tejidos dentarios y a sus elementos nobles de inserción.

5.- IMPACTO ALIMENTICIO.- Este para que pueda considerarse, dañino, debe hacer presión anormal sobre el tejido parodontal, debido a la pérdida de un elemento anatómico del diente o a un contorno defectuoso del mismo, o sea que el impacto alimenticio guarda relación con la anatomía del diente, con la posición de los márgenes gingivales, con los puntos de contacto interproximales y con los puntos de contacto con el diente antagonista.

El empaquetamiento de comida inicia la enfermedad parodontal o agrava algún estado patológico pre-existente.

La mayoría de los problemas que encontraremos en el caso de una extracción serán migraciones e inclinaciones de los dientes con alteración de las áreas de contacto, por lo que aumentará la retención alimenticia, factor causal corriente de enfermedad parodontal, siempre y cuando no se siga una conducta de higiene adecuada.

6.- CEPILLADO DEFECTUOSO.- La irritación causada por un cepillado defectuoso (horizontal o rotatorio), puede dar co-

mo resultado migración gingival y abrasión. El problema será mayor en las superficies labiales de los dientes y en la encía se han llegado a observar hendiduras gingivales e inflamación generalizada.

7.- HIGIENE INADECUADA.- La higiene oral deficiente -- es la responsable en gran proporción de la acumulación de depósitos locales, las técnicas de higiene oral también inadecuadas -- pueden causar efectos destructivos en los tejidos.

8.- DIETA NO FAVORABLE.- El tipo de dieta puede influir en la cantidad de formación de placa bacteriana. Una dieta de -- alimentos blandos, pegajosos tiende a producir mayor impacto alimenticio, que una dieta consistiendo en alimentos duros que no -- tienden a adherirse a la superficie de los dientes.

Las partículas de alimentos crean un ambiente favora-- rable para la preparación de una zona aséptica en contra de los tejidos de soporte de los dientes.

FACTORES FUNCIONALES LOCALES

1.- OCLUSION TRAUMATICA.- El alineamiento irregular de los dientes, produce acumulación de restos alimenticios, lo que pueden producir regresión gingival, interferencias funcionales con la consecuente destrucción del ligamento parodontal re-- sorción de las superficies articulares y de hueso.

Los tejidos del parodonto están sujetos a fuerzas --- oclusales, generadas por la oclusión funcional, para la estimu-

lación ellos necesitan que permanezcan saludables. Cuando estas fuerzas exceden los límites fisiológicos, los tejidos sufren daño. Este daño es referido como Trauma Oclusal.

Tres de los signos más importantes del traumatismo -- oclusal son:

Regresión de la encía, movilidad y migración de los dientes; estos tres factores se verán alterados en mayor o menor grado de acuerdo con el problema que exista.

Entre las causas que producen el traumatismo oclusal tenemos restauraciones defectuosas, interferencias cuspideas hábitos compulsivos y disarmonia de los movimientos del maxilar inferior en relación con el superior.

Debemos hacer notar que si no se hace reparación adecuada al problema se producirá destrucción del aparato de inserción o se podrá llegar hasta la pérdida de los dientes, por lo tanto hay que eliminar el agente causal del problema para que el tejido de reparación, de lugar a la nueva formación de tejido sano.

2.- MALOS HABITOS.- Podemos mencionar un sin número de hábitos nocivos a la salud bucal como son: succión del dedo pulgar o índice, morderce labios y carrillos, morderce las uñas.

Ciertos hábitos crean fuerzas excesivas sobre los tejidos del parodonto estos son: masticar objetos como pipas y lápices, bruxismo, empuje lingual, este hábito tiene efectos perjudiciales es el empuje forzado de la lengua contra los dientes.

Esto puede obrar como factor predisponente en la enfermedad parodontal.

a) Dá lugar a posiciones anormales de los dientes en el arco.

b) Causa interferencia con la misma acción de limpieza de la lengua.

3.- RESPIRACION BUCAL.- A pesar de que no está muy determinado el hecho de que la respiración bucal actúa como un factor local de irritación se dice que su acción patológica se debe a la deshidratación de la encía con pérdida de la resistencia del tejido y por lo tanto con pérdida de la acción protectora de la saliva y del equilibrio de la flora bacteriana.

Causada ya sea por el cierre incompleto de los labios u obstrucción nasal puede exagerar la reacción inflamatoria causada en los tejidos gingivales.

FACTORES GENERALES

Son muchas las enfermedades generales que afectan al parodonto; entre las más importantes podemos mencionar a las provocadas por carencias nutricionales, trastornos endócrinos, los producidos por la administración de ciertos fármacos que pueden provocar trastornos morfológicos en el parodonto. Finalmente encontramos que hay relación entre los factores psicosomáticos y las manifestaciones parodontales.

Y las enfermedades debidas a factores locales que son-

complicadas o agravadas por un padecimiento general.

Trataremos de presentar las diversas influencias generales que son factores etiológicos potenciales en la iniciación y progreso de la enfermedad del parodonto.

Siempre hay que recordar que la susceptibilidad a la enfermedad depende de la reacción de la constitución individual, características que son adquiridas por medio de la herencia -- otras congénitas y otras que vienen como resultado de los cambios sufridos durante la vida.

FACTORES ENDOCRINOS

1.- DIABETES.- Es una perturbación de los islotes de Langer Hans del páncreas y de la función del hígado, muchas veces esta enfermedad se asocia con trastornos de otras glándulas endocrinas, como la tiroides y suprarrenales.

Estas personas denotan marcada tendencia a las infecciones por lo que generalmente y si no se controlan todas las manifestaciones orales, se agravan. Entre las secuelas más importantes encontramos la degeneración de las proteínas, aumento de reacciones inflamatorias, disminución y menor resistencia -- a las infecciones, debidos a la falta de formación de antitoxinas y a que la resistencia tisular esta disminuida como conse--

cuencia de la destrucción del material protéico.

La regeneración tisular en general, es mas lenta y menos eficaz después de que se ha iniciado el proceso de generación.

Esta enfermedad presenta como manifestaciones orales - las siguientes:

- a) Constante formación de sarro dentario.
- b) Enrojecimiento de la mucosa
- c) Sangrado fácil
- d) Halitosis Cetónica.
- e) Gingivitis y retracción gingival con aumento de la sensibilidad en el cuello dentario.
- f) Posibles bolsas parodontales.
- g) Movilidad y pérdida dental.

El efecto de la diabetes (no controlada) sobre las estructuras que sostienen al diente deben considerarse por separado, de los posibles efectos de una diabetes (controlada) sobre dichos tejidos bucales.;

Con frecuencia, el primero en sospechar la diabetes es el Dentista que toma en cuenta las manifestaciones de la cavidad Oral.

Como además estos tejidos tienen poca resistencia a la infección, los factores microbianos pueden desempeñar un papel importante en los cambios parodontales debidos a la diabetes no controlada. En la diabetes controlada, no existen lesio

nes gingivales o periodontales característicos.

2.- GLANDULAS SUPRARRENALES._ Su efecto sobre la cavidad oral no ha sido estudiado completamente sin embargo, se ha reportado que: los disturbios de las glándulas suprarrenales pueden estar relacionados con lesiones en los tejidos de soporte de los dientes hasta terminar con la pérdida de dientes.

Es típico y a veces patognomónico la aparición de pigmentaciones dentro de la boca en la enfermedad de Adisson, es probable pues, que éste diagnóstico sea sugerido por el Dentista tiempo antes de que sea sospechado por el paciente.

3.- GONADAS.- La identificación de diversas clases de enfermedades gingivales cuando hay alteración de la secreción de hormonas sexuales ha suscitado un creciente interés -- por el efecto de las hormonas en los tejidos periodontales.

Se han observado trastornos parodontales sobre todo durante la pubertad y en períodos de gestación.

Estos trastornos ginecológicos se manifiestan como enrojecimiento, congestión y fácil sangrado gingival.

Es muy frecuente observar gingivitis del embarazo con las siguientes características:

a) Inflamación simple de la encia marginal.

b) Cambio de la arquitectura de la encia insertada - que se presenta con aspecto liso y brillante y con segmentos co

mo una naranja sobre todo en labial de los incisivos superiores e inferiores.

c) Cuando éste paciente se descuida podría presentarse una hipertrofia gingival.

d) Aunque es más raro, pueden encontrarse también tumores del tipo del hemangioendotelioma en forma única ó múltiple.

La pubertad, Embarazo, y Menopausia, son tres situaciones en la vida en las que el organismo ésta sometido a cambios hormonales ésto crea desbalances endocrinos dentro del organismo. La investigaciones clínicas e histológicas indican que estos cambios hormonales pueden tener un marcado efecto sobre los tejidos gingivales, iniciados por los factores locales.

4. HIPOTIROIDISMO.- Aparte de la perturbación del desarrollo, se atribuyeron a los pacientes hipertiroideos que presentaban manifestaciones bucales. Consistiendo en salida tardía de los dientes y deformidades de maxilares y cara. El desarrollo maxilar defectuoso consiste en superposición de los dientes, maloclusión y falta de armonía general de la cara. Esto puede considerarse como factor casual y dañino al parodonto, por las posiciones anormales de los dientes existiendo impacto alimenticio y posteriormente problemas en el parodonto, si no se tiene una higiene adecuada.

5.- HIPERTIROIDISMO.- Es mas frecuente en adolescentes y adultos jóvenes. El hipertiroidismo aparte de producir sus efectos generales pronunciados presenta manifestaciones bucales.

Según la experiencia obtenida en la clínica, Lahey observó que los pacientes hipertiroideos presentan cierta tendencia a la caries dental, resorción alveolar, se observó -- una destrucción periodontal generalizada de rápida progresión, mayor vascularidad del perióstio alveolo dental y una mayor actividad de osteoclastos a nivel de la lámina dura.

El aumento del metabolismo general y la mayor secreción de calcio podría explicar en parte las anomalías parodontales.

6.- HIPERPARATIROIDISMO.- Los investigadores registraron que los pacientes con hiperparatiroidismo presentan cambios bucales como; La desmineralización de los procesos alveolares da lugar a una gran resorción alveolar con trastornos -- acompañantes de tipo inflamación gingival. Puede haber desplazamiento y aflojamiento de los dientes sin formación de bolsa.

7.- HIPOPARATIROIDISMO.- La lesión se produce en la época temprana de la vida causa hipoplasia del esmalte y trastornos en la calcificación de la dentina.

INFLUENCIAS NUTRICIONALES

Todas las células del organismo dependen de nutrientes esenciales para llevar a cabo sus funciones e integridad.

Las deficiencias nutricionales pueden ocurrir si el individuo está ausente de una ó más de esas sustancias nutritivas de la dieta. Los desequilibrios nutricionales pueden influir en la respuesta de los tejidos a los irritantes locales ya que ellos ocasionan menor resistencia a la infección.

Las deficiencias de Vitaminas han sido demostrados como causa en lesiones específicas de la encía.

1.- CARENCIA DE VITAMINA " A ".- En este caso encontramos susceptibilidad aumentada a la infección. Se cree que su deficiencia produce hiperplasia gingival y formación de bolsas, leucoplacia en algunas zonas de la mucosa oral.

2.- CARENCIA DE VITAMINA " B ".- Entre los cambios atribuidos a deficiencias de complejo " B " figuran: Gingivitis, queilosis glositis, queratitis superficial, pelagra, hperemia.

3.- CARENCIA DE VITAMINA " C ". La deficiencia de ácido ascórbico se refleja con lesiones típicas en la boca.

La vitamina " C " es esencial para la formación y conservación del colágeno, por otro lado interviene en la formación ósea.

Cuando la vitamina " C " falta esta formación se retrasa ó llega por completo a interrumpirse predominando los fenómenos de resorción. Habrá también aumento de la permeabilidad

capilar, susceptibilidad infecciosa, hemorragia y degeneración de ligamento parodontal, muy poca actividad osteoblástica en el hueso alveolar pudiéndose llegar a la enfermedad parodontal de structiva crónica generalizada.

4.- CARENCIA DE VITAMINA " D " Y FOSFORO.- En la defi ciencia de esta vitamina encontramos osteoporosis en el hueso - alveolar porque el osteoide no se calcifica y además reducción del espacio parodontal. La calcificación del cemento es defec- tuosa, hay retardo en la erupción en ambas denticiones.

5.- VITAMINA " K ". Esta vitamina interviene en la -- coagulación sanguínea. Se usa en la prevención de hemorragias.

6.- VITAMINA " P ".- Interviene en la prevención de-- la fragilidad capilar, se usa para el control de hemorragias.

7.- VITAMINA " E ". Todavía se encuentra en fase de - investigación se ha encontrado que su administración en pacien- tes con enfermedad parodontal ha sido favorable.

PROTEINAS.- Cuando faltan las proteínas el cuerpo hu mano resentirá numerosos cambios, curación lenta de heridas, - reducción de resistencia a la infección, retardo en la forma-- ción del cemento Degeneración del tejido gingival, degeneración del ligamento parodontal, osteoporosis del hueso alveolar por- reducción en el número de osteoblastos y disminuición en la for mación de osteoide.

FACTORES HEMATOLOGICAS.

LEUCEMIA.- La leucemia es una enfermedad de origen des conocido caracterizada por una proliferación anormal, rápida de células blancas de la sangre (leucocitos), en los órganos de -- formación de éstos. Las manifestaciones bucales son mas frecuentes en la leucemia monocítica. En todas las formas de leucemia, la irritación local es el fáctor desencadenante de los cambios bucales, no hay cambios periodontales clínicos en la leucemia- en ausencia de irritantes locales.

ANEMIA.- Anemia, es una condición en la cual hay una reducción en el número de eritrocitos. Al igual que en la leucemia la resistencia esta disminuida con sus correspondientes- consecuencias.

DROGAS.- En lo que se refiere a la ingestión de fármacos podemos mencionar que el tipo de los antiepiléticos como el Dilantin Sódico, Epamin Sódico, en tratamiento prolongados- y dosis masivas pueden producir en pacientes susceptibles hi-- pertrofia gingival la cual es eliminada por medios quirúrgicos.

Los analgésicos del tipo de los Salicilatos aplica-- dos topicamente producen descamación y ulceración del epitelio de la mucosa.

La medicación anticoncepcional participa en la exagerada respuesta inflamatoria a irritantes locales presentes, así como aumenta la cantidad del fluido crevicular gingival.

FACTORES PSICOLOGICOS.

La estabilidad psicológica es un importante pero --
difícil factor etiológico para ser identificado.

Todos los individuos en alguna ocasión de la vida -
han experimentado los efectos orgánicos de ansiedad, tensión,
stress fátiga y preocupación.

Estas condiciones pueden afectar el parodonto al --
alterar el metabolismo tisular y disminuir la resistencia del
individuo a la irritación local.

C A P I T U L O VI

TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL

En parodoncia es particularmente importante el tratar de medir las condiciones en las que se encuentra el enfermo, y tratar de estandarizar las técnicas de exploración y los métodos de diagnóstico, los cuales se pueden ampliar en cualquier proceso parodontal.

El tratamiento periodontal consiste en procedimientos coordinados cuya finalidad es la creación de una dentadura que funcione bien en un medio periodontal sano.

Se impone en primer lugar un diagnóstico cuidadoso y un pronóstico favorable, luego debe asegurarse un plan de tratamiento total que demanda la interrelación del cuidado del periodonto con otras facetas de la Odontología.

INSTRUMENTAL.

En el comercio hay innumerables instrumentos para operaciones periodontales y el Odontólogo debe elegir el juego de instrumentos que estén diseñados para que proporcionen los mejores beneficios como:

Eliminación de cálculos, alisado de las superficies radiculares, curetaje de la encía o remoción de tejido enfermo.

De acuerdo a su función son:

- 1.- Sondas Periodontales y pinzas marcadoras

Sirven para la localización y profundidad de las bolsas para marcar las mismas determinando su forma.

2.- Exploradores

Se utilizan para la localización de depósitos sobre los dientes, se recomiendan los números 17 y 23.

3.- Raspadores Superficiales

Este es un juego de tres raspadores de extremo doble para quitar depósitos supragingivales.

4.- Raspadores Profundos

Este instrumento es más fino que los anteriores y proporciona accesibilidad en bolsas profundas con un mínimo de traumatismo de los tejidos blandos. Se usa para la remoción de cálculos subgingivales.

5.- Azadas

Las azadas se usan para alisar y pulir superficies radiculares, lo cual, significa eliminar restos de cálculos y cemento ablandado.

Son instrumentos de extremo doble para proporcionar accesibilidad a las superficies radiculares.

Existen azadas diseñadas para proporcionar acceso a todas las superficies dentarias (azadas de McCall).

6.- Cinceles

Son útiles para superficies proximales, por lo general se usan en la parte anterior de la boca.

7.- Curetas

Estan indicadas para la remoción de la superficie interna de la pared de la bolsa y la adherencia epitelial, y para alisar superficies radiculares.

8.- Instrumentos Quirúrgicos

a) Azada Quirúrgica No. 19 G

b) Bisturías Periodontales, No. 20 G y 21 G especialmente es un instrumento de extremo doble para givectomia y otras cirugias.

c) El Interdent No. 22 G y 23 G diseñado para eliminar tejido interdentario, colgajos periodontales. Hay muchos otros bisturías importantes como: los bisturías de Orban, los de Buck, los de Monahan Lewis, los bisturías de Kirkland y todos estos persiguen fines de acuerdo a cada práctica.

9.- Elevador Perióstico No. 24 G.

Cumplen diversas finalidades en la cirugía periodontal.

10.- Tijeras

Hay muchas clases, la elección es cuestión de preferencia individual.

11.- Aspiradores

Son indispensables en los procedimientos periodon-
tales quirúrgicos.

12.- Instrumentos para limpieza y pulido.

Tazas de goma, cepillos de cerda, portapulidores,
tiras de papel para limpiar y pulir las superfi-
cies dentarias, instrumentos ultrasónicos se usan
para la remoción de pigmentaciones.

13.- Electrocirugia

Se refiere al uso de corrientes eléctricas de al-
ta frecuencia para cortar tejido o destruirlo.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

Es imposible extirpar todos los focos de infección de
la cavidad bucal, pero antes de emprender cualquier tratamiento
quirúrgico, se ha de limpiar la boca tan minuciosamente como --
sea posible; esto requiere a veces dos o tres sesiones, según --
sea el estado del paciente.

Es parte esencial del tratamiento esta atención, ya-
que reduce el número de bacterias y deja el campo más limpio pa-
ra la futura operación.

Esta preparación previa de la cavidad bucal incluye --
la eliminación de factores locales desfavorables, como sarro, --
materia alba, pigmentaciones, el raspaje dentario y alisado de-
las raíces y zonas de impacción de alimentos. Así mismo, se --

investigan estados sistemáticos que puedan perturbar la cicatrización.

Este tratamiento mejora el estado de la encía al reducir la intensidad de la inflamación y disminuye la extensión de la lesión. Otra finalidad es ayudar al terapeuta a determinar cual es el tratamiento ulterior que precisa el paciente.

Se toma como guía la respuesta del tejido para elegir las técnicas más apropiadas que se utilizarán en la Cirugía Periodontal.

CAMPO OPERATORIO

La región donde se opere debe ser preparada debidamente. Para que sea visible el sitio donde se opera, debe estar libre de sangre y saliva, lo cual procurará un ayudante, valiéndose de un aspirador o de compresas de gasa.

Es muy importante la buena iluminación del campo operatorio.

ASEPSIA

Deben esterilizarse todos los instrumentos a utilizar y el material de curaciones, incluyendo el equipo accesorio.

Se acostumbrará tener en una vasija con solución anti séptica en la que se sumergen los instrumentos que tienden a usarse para conservar ascéptico el instrumental.

ANESTESIA

La mayor parte de las veces se emplea la Anestesia Local, que suele ser el método de elección por los dentistas. Excepto en pacientes sumamente aprensivos.

Se usan por inyección o en forma tópica para prevenir el dolor durante los procedimientos quirúrgicos del raspaje y curetaje subgingivales.

Algunos operan con igual destreza con la anestesia general y la prefieren.

PREMEDICACION.- La Sedación puede hacerse por medio de muchas combinaciones de drogas en casos necesarios.

Se recomienda la Administración de Quimioterapia como medida profiláctica preoperatoria en pacientes que lo requieran.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Hay tres procedimientos básicos para el tratamiento de las lesiones periodontales, cada uno de los cuales tiene su lugar propio.

El grado de resorción alveolar dentro de la bolsa y la situación de la lesión son los datos que deciden la elección de la técnica.

Dichos Métodos son:

- 1.- El Conservador (Curetaje - Raspado)
- 2.- Gingivectomia
- 3.- Método de colgajo modificado

METODO CONSERVADOR.- Es el procedimiento más empleado para el tratamiento de la enfermedad gingival y la periodontitis incipiente.

Consiste en el raspaje y curetaje de las lesiones someras o poco profundas creadas por la encia edematosa del tejido blando enfermo.

El raspaje elimina cálculos, placa, pigmentaciones, alisado de la raíz y otros depósitos supragingivales y así eliminar los factores que provocan la inflamación de los tejidos blandos.

El curetaje se lleva a cabo en la superficie interna de la pared gingival y bolsas parodontales para desprender el tejido necrótico, lo que permitirá la disminución de volumen de la bolsa para que tome su sitio natural.

TRATAMIENTO .- Primeramente revisamos la Historia Clínica para asegurarnos de que no existe ninguna contraindicación. Se aísla y se anestesia la zona a tratar, se puede usar anestesia tópica o por infiltración, según las necesidades.

Este tratamiento lo realizamos en forma sistemática-- debe ser, suave, minuciosa y producir el mínimo de traumatismo a los tejidos afectados y a la superficie dentaria.

El raspaje se limita a una pequeña zona del diente, a los lados de la unión amelocementaria donde se localizan los cálculos y otros depósitos.

El instrumento debe tomar el borde ápicar del cálculo y desprenderlo con un movimiento firme en dirección de la corona, para asegurar la eliminación de depósitos profundos.

Se prosigue con la remoción del cemento necrótico y alisado final de las superficies dentarias.

Realizado el raspaje procedemos al curetaje de la pared blanda, de la siguiente manera.

Se introduce la cureta con la parte del filo hacia la pared interna de la bolsa. Simultaneamente se desliza la cureta por el tejido blando hacia la cresta gingival, la pared blanda se sostiene con presión digital suave sobre la superficie externa. Se hacen diversos movimientos para remover todo el tejido enfermo, y limpiar cada vez que fuera necesario la cureta con gasas esterizadas lavando el campo operatorio con suero fisiológico. Posteriormente nos cercioramos de que el alisado sea correcto.

Se limpia la zona operada y se une la encía a la superficie dentaria y si fuera necesario se coloca apósito quirúrgico.

Se recomienda al paciente seguir su alimentación normal.

Deberá prestar atención a la limpieza de sus dientes por medio de los métodos que se le han enseñado.

Se le indica que sentirá molestia en los primeros --

días y la importancia que tiene la visita periódica para valorar los buenos resultados del tratamiento.

La eliminación de la bolsa paradontal es la piedra angular del tratamiento total de la enfermedad periodontal. El establecimiento y mantenimiento de la salud periodontal exige también la insistencia de otros procedimientos relacionados con problemas paradontales.

Pero, cuando está indicada una técnica quirúrgica es decir, cuando no puede obtenerse visibilidad y accesibilidad a los depósitos situados sobre la superficie radicular sin eliminar la pared blanda de la bolsa, la Gingivectomía es la técnica de elección.

GINGIVECTOMIA.- La gingivectomía, o extirpación parcial de la encía, es una operación mas radical:

Es un procedimiento quirúrgico simple que elimina las bolsas periodontales y que permite un detartraje y la extirpación del tejido de granulación acompañado por un remodelado adecuado de la encía.

La gingivectomía es usada en relación a dientes aislados, a un grupo de dientes o a toda la boca.

Cuando se necesita givivectomizar toda la boca es costumbre tratar un cuadrante por vez con intervalos de una semana.

INDICACIONES DE LA GINGIVECTOMIA.

- a) Bolsas paradontales profundas
- b) Agrandamientos gingivales
- c) Capuchones pericoronarios
- d) Abscesos paradontales
- e) Lesiones de bifurcaciones y trifurcaciones

CONTRAINDICACIONES DE LA GINGIVECTOMIA

- a) Estado general deficiente
- b) Por estética
- c) Infecciones de tipo crónico
- d) Cuando el paciente no garantiza seguir las indicaciones.

La Gingivectomía la realizamos de la siguiente manera.

Es requisito preliminar el tratamiento de profilaxia-bucal; se extraen las formaciones calcúlosa y se limpia la boca cuanto sea posible de focos sépticos.

En primer término se elige la zona a operar, se anestesia adecuadamente con la técnica elegida y la dosis común.

Marcación de las bolsas.- Esto se hará con una pinza marcadora o con sonda milimétrica y un explorador, que dejarán puntos sangrantes al marcar la profundidad de las bolsas para hacer la planificación exacta de las incisiones.

Los puntos sangrantes se harán por vestibular y lin--

gual, con tres puntos sangrantes para cada diente; uno en el -- lado mesial, otro en distal y un tercero en medio de los dos an-- tes mencionados.

Se procede hacer la incisión con el bisturí de Orban-- ó de Kirkland siguiendo con un corte en toda la región marcada -- con una angulación de 45° hacia la cara oclusal de la superfi-- cie que vamos a incidir. La incisión inicial se hace en la ca-- ra vestibular del diente más posterior y se lleva hacia adelan-- te, en forma continua o discontinua hasta la zona siguiente.

La incisión se hace por ápical a los puntos sangran-- tes, esta deberá seguir un contorno semilunar en relación con -- cada diente, modificada según las características de cada bolsa.

Una vez hecha la incisión vestibular, se hace otra si-- milar en la cara lingual.

Las incisiones vestibular y lingual se unen por una -- incisión en la cara distal del diente más posterior de cada la-- do.

El tiempo operatorio siguiente consiste en extirpar -- el trozo gingival cortado, lo que puede hacerse con un Periostó-- mo, con ayuda del bisturí y de pinzas hemostáticas.

Una vez extirpado el tejido cortado, quedan a la vis-- ta las zonas inteproximales, lo que permite la visibilidad del-- - campo y el libre manejo de los instrumentos.

Debe extirparse todo el tejido de granulación de las--

áreas interproximales con curetas antes de comenzar el raspaje y alisado de la superficie radicular, para que la hemorragia que proviene del tejido no entorpezca la operación de raspado.

Se elimina el cálculo y el cemento necrótico que se extiende hasta donde estaba incrustada la bolsa. Todo esto debe ser hecho en forma minuciosa y sistemática, con cucharillas, raspadores, curetas, pinzas, y tijeras pequeñas.

Se procurará alisar y pulir los bordes ásperos desiguales que rodean al diente, que propenden a formar superficies difíciles de conservar limpias, esto favorecerá el proceso de cicatrización.

Una vez realizado lavamos con suero fisiológico controlamos la hemorragia, por si existe. La zona tratada deberá estar cubierta por un coágulo uniforme y no voluminoso, para facilitar la adaptación y fraguado del apósito quirúrgico.

Apósito Quirúrgico.- Se conocen muchos preparados a base de oxido de zinc, resina pulverizada, ácido tánico, eugenol, aceite de almendra etc. (Podemos utilizar Wonder - Pack, Coe-Pak u otro cemento quirúrgico a base de Oxido de Zinc - Eugenol).

Al prepararse la mezcla se le da una consistencia de masa o pasta, esta se modela en dos cilindros generalmente se les da la mitad del diámetro de un lápiz, y su longitud es aproximada al cuadrante tratado.

Una vez que a dejado de sangrar se colocan primeramente algunos pedacitos de apósito quirúrgico en los espacios interproximales, tanto por el lado labial como por el lingual e inmediatamente se ajustan las porciones adecuadas valiendose de los dedos pulgar e índice adaptando firmemente la masa en las superficies vestibular y lingual.

El cemento quirúrgico debe llegar hasta por encima del borde gingival, y se extiende tan alto como se desee, procurando dejar los frenillos libres para que no impidan el movimiento de hablar y masticar.

El Apósito se deja por espacio de diez dias; ayuda a prevenir la hemorragia y la inflamación, modera el dolor postoperatorio y protege debidamente contra toda clase de irritantes procedentes del exterior.

INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

Es de igual importancia darle al paciente instrucciones al terminar la operación para el buen éxito del tratamiento.

Se le prescribe al paciente si fuera necesario algún analgésico.

Una dieta a base de comidas frias y semisólidas.

Evitar bebidas alcohólicas, cítricos, cigarrillos y ejercicios excesivos en los primeros días.

Se le indica que el apósito debe de permanecer en la-

boca para ser retirado por el Dentista posteriormente.

Una semana después de la operación el paciente concurre al consultorio donde se retira el apósito y se determina, - si las condiciones lo requieren un nuevo apósito, pero si el -- proceso de cicatrización ha avanzado lo suficiente se le inicia la enseñanza de la fisioterapia Oral.

En ésta visita se puede tratar el cuadrante opuesto - llevando a cabo el mismo procedimiento del tratamiento anterior, y así sucesivamente hasta atender el último cuadrante.

Una semana después que se retira el apósito del último cuadrante se controlan todas las superficies para cerciorarnos que quedan lisas y libres de cualquier recidiva de alimento. En este momento se lleva a cabo el pulido final de los dientes - con taza de goma, piedra pómez fina, tiras de pulir etc.

El vigor del régimen de higiene total se va aumentando a medida que avance la cicatrización.

GINGIVOPLASTIA

Para tener éxito en la terapia periodontal es indispensable dotar al periodonto de contornos fisiológicos para la deflección de la comida.

La eliminación de la bolsa no puede ser considerada - ya una terapia adecuada, pues rara vez puede ser mantenida después de la operación si no se le combina con los principios de la reparación plástica.

Los tejidos blandos y el hueso son parte del mecanismo funcional del periodontium y debe considerarse el aspecto fisiológico de la creación de contornos arquitectónicos correctos para el pasaje de la comida.

La Gingivoplastia es la remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos.

Generalmente se realiza como segunda operación sobre la encía cicatrizada en la que persisten anormalidades después del tratamiento anterior, no es precisa la gingivoplastia siempre que la gingivectomía este bien hecha.

La Gingivoplastia se puede hacer con bisturí periodontal, escapelo, piedras rotatorias de diamante de grano grueso o electrocirujia. Se compone de procedimientos que se asemejan a los realizados en el festoneado de las dentaduras artificiales.

Con esto se crea un contorno marginal festoneado, creación de surcos interdentes verticales, remodelado de la papila interdental y adelgazamiento de la encía insertada para proporcionar vías de escape a los alimentos.

También la higiene bucal eficaz es esencial para la consecución y mantenimiento de contornos gingivales fisiológicos.

METODO DE COLGAJO MODIFICADO

Convencido de lo difícil que es el acceso a las pro--

fundades de las bolsas parodontales, nos interesamos por la --
operación del colgajo módificado. La modificación que a adopta--
do esta técnica original del doctor Newman actualmente, es tan--
poco traumatizante de los tejidos gingivales, que puede ser con--
siderada generalmente como una operación muy sencilla y eficaz--
para tratar las lesiones periodontales de los dientes anterio--
res.

Sin embargo no es hacedera en los dientes posteriores,
por razón de la dificultad de formar colgajos en esas regiones.

Las indicaciones principales de esta técnica son:

- a) Abscesos parodontales
- b) Bolsas infraóseas
- c) En casos donde la patología ósea ha alterado el con--
torno óseo y puede observarse radiográficamente--
resorciones de tipo vertical.

VENTAJAS

a) El método suministra amplitud en el campo operato--
rio y surte óptimos efectos con mínimo traumatismo.

b) Se puede ejecutar sin destruir tejidos sanos que -
deben conservarse por su utilidad, para la mejor estabilización
de los dientes.

c) Con la técnica modificada se logra mejor efecto es--
tético, ya que se destruye muy poco tejido gingival y, por tan--
to, se altera muy poco el contorno de la encía en su adherencia

al cuello de la pieza dental.

DESVENTAJAS

a) La aproximación y sutura de los colgajos, imponen restricciones a la correcta topografía y anatomía del margen gingival, lo que determina que algunas veces este margen resulte infructuoso .

PROCEDIMIENTO

La operación modificada del colgajo consiste en lo siguiente: se hace una incisión en el centro de la papila gingival interdental. Se introduce en la incisión un bisturí de hoja estrecha y delgada, el cual se pasa a la encía en dirección medial o distal, y se dividen las papilas en dos colgajos mucoperiosticos: uno lingual y el otro labial, hasta un punto situado poco más allá de la profundidad de la lesión.

Se despegan los colgajos labial y bucal, y con legra se hace la separación suficiente de ellos para permitir el libre movimiento de los instrumentos y ofrecer vista clara del campo operatorio.

Establecido ya el colgajo, se eliminarán los irritantes locales, todo el tejido enfermo de la pared lateral de la bolsa y las granulaciones morbosas para lograr esto haremos uso de las curetas, hoces y cucharillas. Por medio de una lima de hueso, y sujetando con los dedos el colgajo, se elimina el teji-

do epitelial enfermo.

Es necesario lavar varias veces con suero fisiológico el campo operatorio y secar con torundas de gasa esterilizadas para estar seguros de que no existan restos de irritantes o tejido enfermo ya que comprometería el buen resultado de la intervención.

REPOSICION DEL COLGAJO.- Para lograrlo se adhiere el colgajo con una gasa contra los tejidos duros, a base de presión digital; es en este momento cuando se decide si es necesario el corte del margen gingival por medio de una tijera en alguna zona, cuando la manipulación de la intervención ha estirado demasiado el colgajo.

SUTURA INTERDENTARIA.- Se hace una sutura interdental en cada espacio a nivel papilar, apretando las puntadas de forma que el colgajo quede perfectamente adherido al cuello de los dientes. Este paso es de suma importancia, pues de la sutura depende que el coágulo se conserve en su lugar.

INDICACIONES AL PACIENTE.

- a) El paciente no podrá morder en zona operada.
- b) Para combatir el dolor, se prescribe un analgésico.
- c) Se instituye el uso de antibióticos para evitar infecciones en la zona operada.
- d) Se recomienda el uso de compresas de hielo durante dos o tres horas después de la intervención.

- e) Una dieta a base de comidad frias y semisólidas.
- f) Llevar a cabo una higiene adecuada para la buena --
recuperación de los tejidos.

TECNICA DE SEMICOLGAJO.

La mayor parte de las personas descuida más la limpie-
za de la cara lingual de los dientes que la de la cara labial.

Por eso la primera es más suscetible a la infección -
parodontal; en efecto, las lesiones más profundas radican en di-
cha zona. En tales casos conviene la operación de semicolgajo.

La incisión se hace en la encía interdental, como si -
fuese a ejecutarse la operación de dos colgajos; el colgajo la--
bial o bucal se aparta de la manera acostumbrada, y se ejecuta -
en la región lingual la gingivectomía.

Una vez terminada la operación, se repone el cogajo --
único y se aplica el cemento quirúrgico compresor de la misma ma-
nera que en los tratamientos anteriores; es mejor, sin embargo, -
colocar primeramente la pasta en el lado del colgajo, para suje-
tarlo en su posición normal.

COMBINACIÓN DE VARIOS METODOS EN EL

. TRATAMIENTO DE UN MISMO PACIENTE.

Los tres métodos pueden concertarse en el tratamiento-
de un mismo paciente; por ejemplo, supongamos que en la región -
molar hay lesiones complejas, que en los premolares se forman --

bolsas simples, y que los caninos e incisivos están tan dañados, que conviene el tratamiento un tanto radical; en tales - circunstancias, se ejecutan la gingivectomía en los molares, - el raspado subgingival en los premolares, y cualquiera de las - operaciones del colgajo en los caninos e incisivos.

C A P I T U L O V I I

FUNDAMENTOS DE PREVENCIÓN EN PARODONCIA

De todo lo anterior hemos podido desprender algunos hechos que nos aclaren, cual sería la evolución natural de cualquier proceso patológico.

Hemos dicho que el hombre vive constantemente en un equilibrio inestable y por lo tanto podemos afirmar que teóricamente existe un resumen en la historia natural de la enfermedad que está formada por:

1.- Prepatogénesis Inespecífica.

Que esta dada por las condiciones generales del individuo y del ambiente que lo predisponen a una o varias enfermedades.

2.- Prepatogénesis Específica.

Que se refiere a la serie de factores que en un momento dado y por una inadaptación del organismo, podrían hacer que se perdiera el equilibrio y apareciera una enfermedad específica.

3.- Clínica Precoz.

Se inicia con un estado, desviado de lo normal, y aparecen las primeras señales ó síntomas del padecimiento. Si el padecimiento no es detenido mediante la ayuda clínica, pasan a la fase de : Patogénesis Avanzada.

4.- Patogénesis Avanzada.

En esta la enfermedad sigue su evolución propia y termina con el restablecimiento de salud.

5.- Secuelas del Padecimiento.

Esta última fase no siempre se presenta.

En cada una de estas etapas, podríamos nosotros, interrumpir el avance de la enfermedad y por lo tanto, evitar la aparición de la alteración, detener su avance ó en última instancia-rehabilitar al individuo en el cual la enfermedad ha dejado secuelas.

Si tenemos cinco etapas diferentes en la historia de una enfermedad, podemos entonces también distinguir cinco diferentes modos ó niveles de prevención.

1.- Fomento de Salud.

Abarcaría el conjunto de procedimientos que se oponen a la primera etapa de la historia de la enfermedad. En este primer nivel nuestra actitud tiende a neutralizar condiciones ambientales externas ó internas, colocando al individuo en un medio de salud más propicio, por ejemplo medidas como nutrición, higiene oral, dieta adecuada, evitar malos hábitos etc.

2.- Protección Específica.

Es el conjunto de procedimientos con los que vamos a prevenir la enfermedad en el período de Prepatogenesis Específica Contra determinada enfermedad actuamos para impedir su aparición aplicando una odontología preventiva no curativa.

3.- Diagnóstico y Tratamiento Precoz.

Si por cualquier circunstancia el individuo llega a la fase clínica ó patogénesis, podriamos actuar y debemos hacerlo mediante este nivel. Esta medida se opondrá a la enfermedad en su estado de Patogénesis Precoz.

4.- LIMITACION DEL DAÑO

5.- REHABILITACION DEL INDIVIDUO -

Estos dos niveles son considerados como forma de prevención puesto que van a evitar la aparición de la enfermedad en condiciones mas desfavorables.

Estas medidas de prevención anteriores caen practicamente dentro del terreno de la clínica y de los diferentes procedimientos que se requieran para el tratamiento de cualquier enfermedad.

Para que un programa preventivo sea eficaz, quienes enseñen las medidas preventivas deben comprender los hechos fundamentales en la etiología de la caries dental y la enfermedad periodontal para comunicar esa información a sus pacientes como base para motivar en ellos los buenos cuidados hogareños.

HIGIENE BUCAL

El cuidado diario de la boca para evitar los problemas parodontales es uno de los recursos de mayor importancia.

La mayor parte de las personas tienen muy poco conocimientos acerca de la higiene bucal y tropiezan con dificultades -

para cumplir las instrucciones; pero, dada la importancia de cooperación del paciente en este aspecto, debe el dentista valerse de toda su paciencia y habilidad para adiestrarle en lo tocante a la correcta higiene bucal.

Se le explicará la importancia de la higiene bucal, y se le advertirá de que si nó la practica rigurosamente, el tratamiento resultará frustrado sea cual fuere la habilidad con que se ejecute la técnica; hay que procurar ganarse su confianza desde el principio, pues de otro modo habrá poca probabilidad de obtener su cooperación. Para la higiene oral la limpieza mecánica es el método más digno de confianza, como sabemos el uso del cepillo de dientes, de un dentífrico, un enjuagatorio bucal son los elementos más utilizados por la mayoría de los individuos. Para lograr una higiene adecuada o ideal es necesario la consulta con el cirujano dentista para que él determine si se deben utilizar otros medios u elementos, alguna técnica especial en cada caso, que presenten los pacientes, para mantener la boca en un estado de salud favorable.

CEPILLADO DENTAL

Una rutina organizada para instruir a los pacientes en el cepillado dental es lo que hace falta si es que el odontólogo espera ser eficiente en la motivación de sus pacientes para que se cepillen correctamente.

El uso regular del cepillo dental después de cada comida y al acostarse ayudará mucho a mantener la buena salud de los te

cidos blandos que rodean los dientes y limitará las caries.

Contamos en el mercado con una gama muy extensa de cepillos dentales, pero el diseño que debemos escoger tendrá que estar en relación con la acción que necesitamos en determinado momento.

El cepillo más adecuado es el que tiene mango recto, - hileras de cerdas cortadas a una misma altura; el material de las cerdas puede ser de nylon o cerdas naturales y la consistencia de preferencia dura. Por supuesto que la firmeza de las cerdas dependerá del tipo de masaje que se requiera.

Un cepillo de dientes debe limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad a todas las áreas de la boca. La elección es cuestión de preferencia personal y no que haya una superioridad demostrada de alguno de ellos.

Los Objetos del cepillado son:

- 1.- Quitar todos los restos alimenticios, materia alba, mucina y reducir en número los microorganismos.
- 2.- Estimular la circulación gingival.
- 3.- Estimular la queratinización de los tejidos haciendolos más - resistentes a cualquier tipo de agresión.

TECNICAS DE CEPILLADO

METODO DE STILLMAN.- Este es uno de los métodos mas usados se recomienda que el paciente coloque sus dientes en posición de borde con borde y -

las cerdas del cepillo descansando parte en la encía y parte en la porción cervical de los dientes; se preciona y se dirige el cepillo hacia incisal u oclusal. Esto es en lo que se refiere a las caras anteriores de los dientes.

Las caras masticatorias se limpiarán en forma circular las caras linguales en forma de barrido, siempre hacia incisal u oclusal.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO.- La única diferencia de este método, consiste en que el movimiento de barrido empieza en la encía insertada y continua con la encía marginal.

METODO DE CHARTESS.- El cepillo se deberá colocar en ángulo recto con respecto al eje mayor del diente con las cerdas orientadas hacia la corona, allí se harán movimientos para que los lados de las cerdas entren en contacto con el margen gingival.

Para las superficies oclusales se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de las cerdas dentro de los surcos y fisuras.

METODO DE FONES.- El cepillo se coloca horizontal al eje del diente, quedando paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares a las superficies dentarias vestibulares. Después, se mueve el cepillo en sentido rotatorio, con los maxilares ocluidos.

Metodo fisiológico.- Se hace con objeto de cepillar la encía él paciente sostiene el mango del cepillo en posición horizontal, y las cerdas se dirigen en ángulo recto hacia los dientes-

y se hacen movimientos suaves de barrido, que comienzan en los dientes y siguen sobre el margen gingival y la mucosa gingival insertada.

METODO DE BASS. - Se prescribe cepillo blando.

Esta técnica será eficiente para remover placa bacteriana de la encía marginal y dentro de los surcos gingivales así como la superficie dentaria en esa región. Se sigue una secuencia comenzando con la zona molar sup. derecha, se coloca el cepillo paralelo al plano oclusal con las cerdas hacia arriba tomando 45° con respecto al eje mayor del diente asegurándose que los extremos de las cerdas penetren todo lo posible en el espacio interproximal y dentro del surco gingival, activando el cepillo con movimientos vibratorios hacia adelante y atrás sin descolocar las puntas de las cerdas. Se repite el proceso en las zonas de premolares, y anteriores hasta llegar a molares izq. Para las caras palatinas se coloca el cepillo horizontalmente y se procede de la misma manera. En dientes anteriores si la forma del arco lo permite el cepillo se coloca horizontal.

En superficies oclusales se presionan las cerdas introduciendo en surcos y fisuras con movimientos cortos hacia atrás y adelante.

En la Mandíbula se lleva a cabo la misma práctica sector por sector desde la zona molar izq. hasta la zona molar derecha.

DENTIFRICO.- Hoy los Dentífricos persiguen propósitos, ayudando al cepillado a liberar con mas facilidad de las superficies dentarias las microorganismos que se depositan en ellos.

Los Elementos que forman a los dentífricos son:

- 1.- EDULCORANTE (sabor)
- 2.- DETERGENTE (corta grasas)
- 3.- ABRASCIVO (pulidor)

Todo dentífrico moderno deberá cumplir las condiciones para el mejor mantenimiento de la cavidad oral funcional.

CONTROL DE PLACA BACTERIANA

Después de explicar a los pacientes el papel de la placa en la caries dental, en la enfermedad periodontal y la importancia de la eliminación minuciosa de esa placa una vez por día, uno de los métodos más eficaces para motivar a los pacientes para que la limpien es mediante el empleo de pastillas o soluciones revelantes. Por ejemplo, a un paciente se le dan instrucciones para el cepillado, mastica entonces una tableta revelante y examina su boca en un espejo para identificar la existencia de placa. Se cepilla y se vuelve a observar para ver si eliminó toda la placa.

Esta práctica ayuda a confirmar al paciente la ineficacia de sus esfuerzos y revela al profesional la extensión de los depósitos de la placa bacteriana.

Para controlar de un modo más seguro la placa bacteriana es, la limpieza mecánica con cepillo de dientes, dentífrico y otros auxiliares de la higiene Oral.

AUXILIARES EN LA HIGIENE ORAL

Tenemos algunos elementos que sirven sólo como complemento de los instrumentos de limpieza.

1.- PUNTAS INTERDENTALES.

Las puntas más usuales son las que se encuentran en los extremos de los cepillos, son de hule y se adaptan a los distintos tamaños de los espacios interdentes.

Su función consiste en comprimir las papilas y de esta manera liberar cualquier resto alimenticio.

2.- HILO DENTAL.

El hilo dental es un medio eficaz para limpiar las superficies dentarias proximales. El tipo apropiado de hilo dental consiste en una cantidad de filamentos de nylon, se usa una cantidad de 60 a 90 cm. se envuelven ambos extremos en el dedo medio de cada mano pasando el hilo sobre el pulgar derecho y el índice izquierdo, se procede a pasar suavemente el hilo a través del área de contacto, con un movimiento hacia atrás y adelante, se debe detener mucho cuidado para no lesionar la encía, no es conveniente usarlo cuando existe empaquetamiento crónico de comida.

3.- PALILLO DE DIENTES

Son palillos de madera, puntas de plástico, que presentan una forma triangular son útiles para la limpieza interdental y de las furcaciones, particularmente en espacios demasiado pequeños eliminando residuos de alimentos. Se usan también cuando el estado de los tejidos no permite el estado vigoroso como después del tratamiento periodontal.

4.-LIMPIADORES DE PIPA.

Sirven para limpiar regiones interproximales inaccesibles bifurcaciones, y trifurcaciones expuestas. Se introducen suavemente entre las raíces expuestas.

5.- COLUTORIOS.

Deben ser usados vigorosamente, para que nos sean útiles forzando la solución en los espacios interproximales a fin de que se desalojen partículas olvidadas. Estos colutorios tienen sabor agradable lo que los hace más accesibles.

6.- AGUAPIK.

Aparato de irrigación bucal consiste en una bomba que expelle un chorro de agua intermitente con fuerza graduable. Tiene como aditamento boquillas intercambiables para que lo utilicen en los espacios interproximales y áreas de difícil acceso, así se remueven restos alimenticios.

Es útil para la limpieza de aparatos de ortodoncia y prótesis fijas.

7.- CEPILLO AUTOMATICO.

Existen varios tipos de cepillos eléctricos, su acción mecánica varia de acuerdo a la manera en que se use, uno de ellos mueve las cerdas de adelante hacia atrás y otro provoca un movimiento en arco.

En el mantenimiento de la Salud Bucal, la preocupación básica del Cirujano Dentista debe ser la Prevención que busca conservar la salud periodontal y preservarla utilizando los métodos de aplicación universal más simples.

La prevención es un programa de cooperación entre el odontólogo y su paciente para evitar dentro de lo posible el comienzo, el avance y la repetición de las causas que afectan a los tejidos del periodonto.

Es a nosotros a quienes nos toca esta labor aplicando los métodos de prevención a nuestro alcance en nuestra práctica privada.

La Consulta Periodica es tambien muy valiosa en la prevención y mantenimiento de la salud periodontal porque nos permite hacer una evaluación cuidadosa de los tejidos de sostén y otros aspectos del aparato masticatorio y detectar en sus fases tempranas cualquier alteración local o sistémica y corregirla oportunamente.

OTROS PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

Tal como se usa de ordinario, el termino profilaxis-

bucal se refiere a la limpieza de los dientes en el consultorio dental, y consiste en la remoción de placa, materia alba, cálculos y pigmentaciones y el pulido de los dientes.

Se le hará comprender al paciente que el raspado y la limpieza periódica de los dientes en el consultorio son medidas preventivas útiles, pero para que sean mas eficaces ellos deben de proporcionar mediante procedimientos diarios una higiene bucal en su casa.

Otra manera de prevención en la acumulación de cálculos es evitar que la placa blanda que esta ya adherida se calcifique.

Para tal fin se han usado agentes químicos que tienen capacidad de inhibir la formación de la placa blanda algunos de ellos son el Ascoxal (ácido ascórbico, percarbonato de sodio y sulfato de sodio) rincinoleato de sodio, vitamina C, agente catiónico de superficie activa etc. incorporadas a pastas dentífricas, enjuagatorios bucales, y trociscos con el propósito de prevenir la placa.

Estos agentes actúan a nivel de la actividad bacteriana sobre la superficie del diente impidiendo su adhesión a éste.

Cuando se procede a eliminar los cálculos es necesario proceder con cuidado y suavidad pues hay que disminuir el -

riesgo de profundizar el surco gingival en forma traumática ó producir lesiones que traieran como consecuencia molestias y - retardo en la curación de la encía.

Las Instrucciones que se deben de dar al paciente como parte del programa de prevención en el control de la placa bacteriana referente a la dieta son:

- a.) Mantener una dieta balanceada
- b.) Disminuir o limitar en la dieta de los pacientes el consumo de sacarosa, lo cual puede ayudar en la prevención de la caries y la enfermedad parodontal.
- c.) Establecer una dieta con alimentos de consistencia dura.
- d.) Debemos hacerle saber al paciente que hay dos maneras por las cuales él puede reducir la formación de la placa bacteriana, la primera se-
ría eliminado o reduciendo la placa bacteriana por medio del cepillo de dientes y su técnica adecuada, y la segunda reduciendo la ingestión de alimentos blandos y alimentos con un conte-
nido bajo de azúcar es y carbohidratos.

C A P I T U L O V I I I

RELACION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL CON EL TEJIDO PULPAR.

Durante muchos años se ha especulado acerca de la relación recíproca de las enfermedades del periodoncio y de la pulpa. Hace más de medio siglo se propuso la teoría, posteriormente desechada por errónea, que sostenía que la pulpa de los dientes con lesiones periodontales debía extirparse, para derivar el aporte nutricional de la misma hacia el periodoncio.

Cohen al estudiar la anatomía de las estructuras periodontales observó la cantidad de conductos de comunicación que existían entre la pulpa y el periodoncio.

Rubach y Mitchell observaron diversos conductos pulpares auxiliares en el tercio apical de las raíces.

Simring y Goldberg también han descrito cierto número de casos clínicos vinculados con la relación existente entre las enfermedades periodontales y las pulpares.

En algunos casos, cuando la lesión inicial era de origen periodontal, a medida que ella progresaba hacia el ápice éste era afectado y finalmente lesionaba a la pulpa. Con frecuencia en esas condiciones, no quedaba otro recurso que la extracción del diente.

Actualmente los recientes adelantos en la terapéuti-

ca periodontal permiten tratar a menudo dichos dientes en forma satisfactoria y una vez curandose, reintegrados a su función.

PRINCIPALES CONSECUENCIAS QUE OCACIONA LA
LESION PARODONTAL SOBRE LA PULPA

MICROORGANISMOS.- Existe una clara relación entre la presencia de enfermedades periodontales y el estado del tejido pulpar.

Las pulpas pueden infectarse con microorganismos por los conductos accesorios de todos los dientes y, en especial, - por los conductos laterales de la región de la división radicular en los molares con lesión parodontal.

En los dientes con bolsas profundas y resección del - aparato de s^osten, los conductos accesorios o laterales, actúan como vías por los cuales los microorganismos entran en la pulpa y producen inflamación pulpar.

Los microorganismos presentes en las lesiones parodontales son capaces de producir necrosis de las células degradación de las fibras por acción de sus productos metabólicos, enzimas destructoras, u otros mecanismos.

ATROFIA.- El mecanismo de producción de la atrofía de las pulpas parece ser una interferencia en el aporte vascular por los conductos laterales, tanto en la bifurcación como a lo largo de las raíces.

Existen pulpas atroficas en muchos dientes con le---

sión parodontal invariablemente tienen un número de células inferior al normal en la porción coronaria y en la radicular. Existiendo también calcificaciones distróficas en todo el tejido pulpar obliterando la porción coronaria de la pulpa y los conductos, por el depósito de dentina de reparación sumamente irregular a lo largo de las paredes dentinarias interfiriendo todo esto en el aporte vascular.

La pérdida de éste aporte vascular en una pequeña región del tejido pulpar conduce a la muerte de las células, alimentadas por los capilares afectados.

INFLAMACION. - Las lesiones inflamatorias de la pulpa pueden ser también respuestas a los productos tóxicos que penetran en los orificios de los conductos que quedan expuestos a los líquidos bucales por destrucción del ligamento parodontal.

La lesión periodontal ocasiona un efecto degenerativo sobre la pulpa, se encuentran lesiones inflamatorias de intensidades variables y pulpas necróticas en dientes con afección periodontal más avanzada.

A su vez, las pulpas inflamadas contribuyen a perpetuar la lesión periodontal al elaborar productos tóxicos que invaden los tejidos periodontales por los mismos conductos laterales ó por otros medios de ingreso.

RELACION DEL TRATAMIENTO PARODONTAL CON LA PULPA.

La tartrectomía profunda y el cureteado en el tratamiento periodontal podrían ser causales de daños pulpares.

La sensibilidad de los dientes después de una tartrectomía profunda podría ser debida no sólo al denudamiento de las raíces dentales, sino también a la producción de alteraciones inflamatorias o hemorragias en las pulpas por el despegamiento de las encías desde la cresta alveolar.

La medicación local es otra causa posible de lesión y necrosis de la células pulpares.

El uso de medicamentos irritantes como el fórmol, cloruro de zinc, floruro de sodio para la desensibilización de los cuellos dentales, en especial de las superficies radiculares expuestas por perdidas de hueso pueden alcanzar el tejido pulpar por los orificios accesorios, por lo cual causan una lesión de las células pulpares así como de los vasos que les aportan los elementos nutricios.

EFFECTO DE LAS LESIONES PULPARES

SOBRE EL PARODONTO

A veces se encuentran pulpas inflamadas o necróticas causadas por caries o procedimientos operatorios.

En las lesiones pulpares de inflamación grave se producen granulomas apicales que pueden extenderse con facilidad hacia lo largo de las raíces y causar reabsorciones.

La propagación de la infección de la pulpa puede producir cambios patológicos en el periodonto.

La infección periapical es consecuencia de la difusión de la infección de pulpa a través del forámen apical del diente o por los canales laterales de la raíz a los tejidos periapicales circundantes y por consecuencia al tejido periodontal originando síntomas dolorosos o afectando adversamente a la respuesta del diente.

Las lesiones periapicales afectan el aparato de inserción de muchas maneras y por ello, representan una amenaza para el soporte periodontal del diente.

En tales circunstancias, el tratamiento periodontal solo no es eficaz, sin la simultánea eliminación de lesiones pulpares y periodontales.

La atrófia o la inflamación de la pulpa es la responsable de la máxima incidencia de dolor en los dientes con lesión periodontal.

C O N C L U S I O N E S

El interés que ha despertado, desde épocas muy remotas, la conservación de los dientes ha obligado actualmente a la Odontología a aplicar su ingenio científico, en éste terreno está la Parodoncia que en los últimos años ha alcanzado un puesto preponderante dentro de la Odontología Conservadora.

Todo Cirujano Dentista debe recordar que en presencia de cualquier Enfermedad Periodontal se procurará realizar un tratamiento Preventivo o Conservador antes de determinar drásticamente una Técnica Quirúrgica.

Los factores etiológicos tanto locales como sistémicos deben ser eliminados y controlados respectivamente para obtener un Pronóstico y Tratamiento favorable.

Será necesario aplicar los métodos de prevención que estén a nuestro alcance tratando de hacer a los pacientes más conscientes de éste gran problema que es la formación de la Placa Bacteriana, Caries, y Enfermedad Periodontal y sus soluciones actuales.

Por lo tanto el Odontólogo tiene la responsabilidad de aplicar todos sus conocimientos que ha adquirido como ayuda para el bienestar social.

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

- 1.- Práctica Endodóntica..... Louis I. Grossman
Tercera Edición 1973
Editorial Mundi S.A.I. y F.
- 2.- Medicina Bucal Dr. Laster W. Burket
Sexta Edición 1973
Editorial Interamericana
- 3.- Periodontología Clínica Dr. Irving Glickman
Cuarta Edición 1974
Nueva Editorial Interamericana
- 4.- Cirugía Bucal Sterling V. Mead
Tomo I
Editorial Hispanoamericana
- 5.- Resumen del Curso sobre Patología Oral.
Dr. Francisco Rodríguez Trujillo Sociedad Odontológica del
I.M.S.S. 1977
Unidad de Congreso del Centro
Médico Nacional
- 6.- Cirugía Bucal Guillermo A. Ries Centeno
Séptima Edición 1978
Tercera reimpresión
Editorial "El Ateneo" Buenos-Aires.
- 7.- La Pulpa Dental Seltzer Bender
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
- 8.- Clínica de Parodoncia Luis Legarreta Reynoso
Primera Edición 1967

- 9.- Odontología para el Niño y el Adolescente Ralph E. Mc. Donald
Editorial Mundi
Segunda Edición
- 10.- Apuntes Inéditos Catedra de Parodoncia Dr. Filiberto Enriquez
1977
- 11.- Anatomía Dental Moses Diamond, D.D.S
Segunda Edición 1962
Editorial Hispanoamericana
- 12.- Revista A.D.M. El Medico Bucal Revista A.D.M.
Marzo y Abril 1970
Vólumen XXVII No. 2
- 13.- Periodoncia de Orban Grant A. Daniel - G. Everett
Cuarta Edición
Editorial Interamericana
- 14.- Odontología Clínica de Norteamérica Terapéutica periodontal Dr. Irving Glickman
Vólumen 10
Serie IV 1961
- 15.- Revista A.D.M. Sección Parodoncia Mayo y Junio 1971
Vol. XXVIII No. 3