

2ej' 666

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**  
**SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**  
**(S. U. A.)**



**ENFERMEDADES PARODONTALES DIAGNOSTICO**  
**Y TRATAMIENTO**

**T E S I S**

**VERONICA MUÑIZ ZAFRA**

**PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**CIRUJANO DENTISTA**

**MEXICO, D. F.**

**1980**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**ENFERMEDADES PARODONTALES  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

-----

- I. - GENERALIDADES
- II.- ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL
- III.- CLASIFICACION
- IV.- DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL
- V.- TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL
- VI.- TECNICAS QUIRURGICAS
- VII.- CONCLUSIONES

## CAPITULO I

### GENERALIDADES

La enfermedad parodontal constituye un problema de gran importancia para la práctica odontológica moderna. Esta enfermedad es estudiada por la Parodoncia, misma que puede ser definida como una rama de la Odontología que estudia las estructuras de soporte de los dientes, tanto en su estado normal, - como sus alteraciones, incluyendo la prevención y el tratamiento de estas últimas.

La enfermedad parodontal es tan antigua como la historia del hombre. El examen de antiguos cráneos revela que el estado patológico del parodonto fué una causa principal de la pérdida de los dientes. La enfermedad parodontal ha sido descrita con los siguientes nombres: Piorrea alveolar, Piorrea suela, Atrofia difusa, Alveoloclasia, Pericementitis fibrosante rarefaciente, entre otras. Pierre Fauchard considerado el padre de la Odontología moderna fué el primero en describir clínicamente la enfermedad parodontal con mucho acierto.

Gottlieb publicó sus observaciones sobre material humano necrosado. En ese entonces quedó establecido que existen dos tipos de enfermedad parodontal: una la afección local debida a factores locales sobre todo y otra que consiste en la atrofia del hueso alveolar debida a causas desconocidas.

Mucho se ha adelantado actualmente en el tratamiento del parodonto. Se ha aceptado que la conservación de la salud de éste, así como el cuidado de

los dientes en sí, depende del todo de los conocimientos que tenga el Odontólogo sobre la Parodontia y todas las demás ramas de la Odontología.

Una vez definida la Parodontia, continuaremos con la descripción del Parodonto, en el que se encuentran agrupados todos los tejidos que soportan al diente y que son:

ENCIA

LIGAMENTO PARODONTAL

CEMENTO

HUESO ALVEOLAR

Se incluye al cemento como parte del parodonto por que junto con el hueso, sirve de soporte a las fibras del ligamento parodontal. El parodonto está sujeto a variaciones morfológicas y funcionales, que son normales como sucede en los cambios por la edad.

La encía es parte de la fibromucosa bucal que recubre al proceso alveolar rodeando el cuello de los dientes. La encía se divide en tres regiones desde el punto de vista anatómico que son: encía marginal, encía insertada y encía alveolar.

La encía marginal, o encía libre, corresponde a los que es el intersticio gingival formando las papilas interdentarias y tiene como límites al borde libre de la encía y la adherencia epitelial. La adherencia epitelial es la unión orgánica entre el diente y el epitelio gingival. Esta adherencia se encuentra primero en el esmalte; pero a medida de que erupciona el diente va migrando hasta quedar normalmente en la unión esmalte-cemento, formando junto con el borde libre de la encía un espacio en forma de V que es el intersticio gingival antes mencionado.

La encía insertada está colocada apicalmente en relación con la anterior y comienza a partir de la inserción epitelial hasta la unión con la encía alveolar. Clínicamente esta unión se observa como cambio de coloración, siendo la primera más pálida que la segunda, presentado un puntilleo característico.

La encía alveolar forma el vestíbulo de los labios y carrillos. Esta división no se encuentra en la encía palatina.

Una encía normal debe tener las siguientes características clínicas:

Color. - La encía normal es de un color rosa pálido y puede variar dependiendo la vascularización, la queratinización epitelial, la pigmentación y del grosor del epitelio.

El contorno papilar. - Las papilas deben terminar en forma de punta y llenar los espacios interproximales hasta el área de contacto. Un contorno redondeado en los individuos adultos puede considerarse normal.

Contorno marginal. - El margen gingival debe ser delgado y terminar en filo de cuchillo.

Textura. - El punteado debe estar en la superficie vestibular de la encía insertada. Esta superficie ha sido descrita como de cáscara de naranja.

Consistencia. - La encía debe ser firme y adherida a los dientes y hueso alveolar subyacente. La adherencia epitelial no debe estar más abajo de dos milímetros a partir del borde libre de la encía.

#### LIGAMENTO PARODONTAL

El ligamento parodontal es la estructura conectiva que rodea la raíz del diente, conectándola con el hueso alveolar. Se continúa con el tejido conectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares a través de los canales vasculares del hueso.

El ancho del ligamento varía de acuerdo con la edad del individuo, la posición del diente y el grado de función a que el mismo está sujeto. El ligamento parodontal está compuesto por haces de fibras y células del tejido conjuntivo, restos epiteliales, vasos sanguíneos linfáticos y nervios. Los elementos más importantes son las fibras principales o colágenas dispuestas en haces, formando el ligamento. La parte de las fibras principales insertadas en cemento y hueso se les denomina fibras de Sharpey. El ligamento tiene como funciones la transmisión de fuerzas físicas, formación, nutrición y sensibilidad.

### CEMENTO

El cemento es un tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica. Su distribución y características estructurales están sujetas a mayores variaciones que el esmalte o la dentina. El cemento se deposita en la raíz del diente en forma continua durante toda la vida a expensas del ligamento parodontal en donde éste se fija.

### HUESO ALVEOLAR

El hueso alveolar es la porción de la maxila o de la mandíbula que forma los alveolos que soportan a los dientes. Esta porción es llamada proceso alveolar, en la que se distinguen dos tipos de hueso que son: El hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de soporte. El primero consta de una lámina delgada que recubre la raíz del diente, en la que se insertan las fibras del ligamento parodontal. El segundo, o hueso de soporte, rodea al hueso alveolar propiamente dicho, sirviendo de sostén a su función. Esta consta de láminas corticales de hueso

compacto al lado vestibular, palatino y lingual y de hueso esponjoso comprendido entre esta lámina cortical y el hueso alveolar. Tiene numerosas perforaciones - para la salida y entrada de vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios. Los contornos de los dientes y la relación de implantación entre uno y otro hacen que se formen las crestas alveolares que en condiciones normales terminan en punta.

La interdependencia armoniosa, biológica y funcional de estos tejidos, puede ser perturbada por numerosos factores y provocar por consiguiente la enfermedad parodontal.

## CAPITULO II

### ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

**Generalidades.** - Los factores etiológicos de la enfermedad parodontal se dividen en: locales y sistémicos ( aunque hay quienes lo dividen en: locales, generales y psicosomáticos).

Los factores locales son aquellos que están situados en el medio inmediato al diente y sus estructuras de soporte; actúan mediante una influencia irritante directa y cualquier disminución de la resistencia y la reparación permite que la lesión siga su curso según la gravedad e intensidad del irritante.

Los factores etiológicos sistémicos se refieren al estado general del paciente, hecho que influye en los tejidos parodontales.

Para lograr una visión más realista sobre el rol de los factores locales y sistémicos en la etiología de la enfermedad parodontal, se presentan las siguientes consideraciones:

- 1.- La conservación del parodonto normal depende del equilibrio dinámico entre las influencias fisiológicas locales y sistémicas siempre presentes. Entre las locales tenemos los factores como la saliva, la flora bacteriana oral normal y la función. Los factores sistémicos comprenden todo un conjunto complejo de fenómenos físico-químicos, que constituyen la base de la fisiología del organismo. Las influencias fisiológicas locales y sistémicas están sujetas a algunas variaciones. El grado de variación al que los tejidos parodontales son capaces de adaptarse sin efectos lesivos, constituye el campo de las variaciones fisiológicas y químicas. Cuando las influencias locales y sistémicas son tan fuertes que es posible el mantener

miento del estado normal del parodonto se produce la enfermedad.

Las influencias locales y sistémicas responsable del mantenimiento de la salud parodontal, aunque están situadas en diferentes partes del organismo, afectan a las células y las sustancias intercelulares del parodonto. Por lo tanto, básicamente, las influencias locales y sistémicas responsables del mantenimiento de la salud parodontal, deben ser considerados como interrelacionados y no como independientes.

II. - La enfermedad parodontal es la expresión de los cambios microscópicos de los tejidos parodontales. Se usa el término "enfermedad subclínica", para designar aquellos cuya gravedad es insuficiente para ser apreciados clínicamente. Como el estado fisiológico de los tejidos parodontales, depende de la interrelación constante entre las influencias locales y sistémicas, la naturaleza y severidad de los cambios producidos por factores etiológicos locales, dependerá de la naturaleza de las influencias sistémicas que afectan los tejidos en ese momento. En igual forma el efecto de los factores sistémicos depende de las influencias locales. Aunque clínicamente exista la tendencia a atribuir la enfermedad parodontal un factor local o sistémico, básicamente no puede ser considerada como producida por uno sólo de estos factores. Ambos componentes, local y sistémico, están siempre presentes, siendo la naturaleza y el curso de la enfermedad clínica, determinada por el modo y grado en que uno o ambas son alterados.

Tomando en cuenta esta interrelación fundamental de factores etiológicos locales y sistémicos, la causa de la enfermedad parodontal puede representarse de la siguiente forma:

a). - Enfermedad parodontal producida por factores locales patológicos con influen

cia sistémica.

Pueden intervenir una amplia variedad de factores locales en la etiología de la enfermedad parodontal.

b). - Enfermedad parodontal producida por factores sistémicos patológicos con influencias locales.

Se debe aclarar en relación con esto, que las influencias locales son perfectamente tolerables para el parodonto cuando las influencias sistémicas son normales y pueden transformarse en dañinas cuando éstas últimas son desfavorables.

c). - Enfermedad parodontal causada por influencias locales y sistémica, patológicas.

Es evidente, por lo tanto, que la enfermedad parodontal es, en realidad el resultado de la compleja relación entre las influencias locales y sistémicas y no efecto de factores locales o sistémicos aislados. En los casos individuales, las características clínicas dependen de:

1. - La naturaleza de los factores locales.
2. - El estado sistémico del paciente.
3. - La etapa de desarrollo de los maxilares en los que aparecen los trastornos locales o sistémicos.

Los irritantes gingivales locales, una vez que empiezan a actuar, pueden desencadenar cambios que originan trastornos funcionales. Podríamos dar por ejemplo el impacto de los alimentos, que pueden provocar la destrucción de los tejidos en los espacios interdentarios y causar edemas, o diastemas, etc. Este movimiento engendra a su vez, una mala relación de las superficies ocluales, que pueden dar como resultado un traumatismo oclual. Esto es una simplificación del problema; sin embargo, nos revela algo de la complejidad de la etiología de la enfer-

medad paradontal y el error de buscar un solo agente causal.

**Factores etiológicos locales.** - Los factores locales que están situados en el medio inmediato al diente y sus estructuras de soporte; actúan mediante una influencia - irritante directa sobre los tejidos paradontales.

Entre los factores etiológicos locales tenemos:

1. - Placa Bacteriana
2. - Depósitos calcáreos.
3. - Materia Alba.
4. - Impactos de alimentos; marginal y proximal.
5. - Irritaciones por restauraciones defectuosas y sustancias químicas.
6. - Respiración Bucal.
7. - Higiene inadecuada de la cavidad bucal; retención de alimentos.
8. - Cepillado defectuoso.
9. - Hábitos que pueden irritar la encía.
10. - Oclusión traumática.

1. - Placa Bacteriana, =

Son películas orgánicas que pueden presentar coloraciones visibles, - pero generalmente requieren de soluciones reveladoras para ser descubiertas. La placa bacteriana consta de una sustancia blanda, mucilagenosa y adherente, que - se acumula en la porción cervical de los dientes. El material está compuesto de - mucoides, bacterias y sus productos y a veces, detritus alimenticios. Se ve fá- - cilmente al aplicar una solución descubridora a estas superficies, se puede qu- - tar fácilmente, y suele formarse cuando la saliva es viscosa.

Es importante considerar el papel de las bacterias en la iniciación y

evolución de la enfermedad paradental, así como el modo en que influyen en el proceso patológico y su importancia en relación a otros factores etiológicos.

Al nacer, la mucosa oral es estéril, pero de seis a diez horas después se establece una flora bacteriana primeramente aeróbica. La flora anaeróbica no aparece hasta después de la erupción de los dientes, posiblemente porque éstos contribuyen a la retención de comida.

Algunas de las bacterias que se encuentran en la cavidad bucal son potencialmente patológicas, pero otras aparentemente son saprófitas. La mucosa intacta y sana constituye una barrera a la infección. También la saliva tiene un papel importante en relación a la flora bucal. Sin embargo, investigaciones han demostrado que las bacterias están en la superficie y no dentro de los tejidos gingivales. Algunos investigadores creen que estas bacterias elaboran toxinas que provocan una reacción inflamatoria cuando se encuentran en los tejidos adyacentes. Algunos de los gérmenes en pacientes con gingivitis son capaces de atacar elementos estructurales de los tejidos gingivales.

La resistencia del organismo a la actividad bacteriana es variable; -- por medio de formación de anticuerpos y actividad fagocitaria y es modificada por factores como: Edad, sexo, herencia, estado nutritivo, anormalidades metabólicas y actividad funcional del sistema reculo endotelial. En la cavidad oral, las condiciones locales ejercen una importante influencia sobre la resistencia de las bacterias. El aumento del volúmen gingival crea surcos profundos donde pueden proliferarse las bacterias anaerobias.

El estasis vascular altera el estado de nutrición de los tejidos de modo que, aún con un buen estado general de nutrición puede haber una diferencia nutritiva localizada que hace los tejidos más vulnerable a los cambios degenerativos

resultantes del edema e infiltración celular de origen bacteriano y agravan el efecto lesivo de las bacterias y sus productos sobre los tejidos.

Los efectos traumáticos producen cambios degenerativos localizados en los tejidos parodontales que aumentan la susceptibilidad a las bacterias y sus productos.

La mala nutrición, así como las deficiencias vitamínicas graves, disminuyen la capacidad del organismo a la elaboración de globulinas inmunitarias en el torrente sanguíneo. Las enfermedades debilitantes también actúan en forma similar a las alteraciones metabólicas también disminuyen la resistencia del organismo.

Todos los factores están en equilibrio en un individuo normal, si uno o más varían, se produce un desequilibrio y como consecuencia se produce la enfermedad.

## 2. - Depósitos calcáreos, sarro o tártaro dental.

El sarro dentario es uno de los irritantes gingivales y tiene un papel importante en la producción de las enfermedades parodontales. Las pruebas clínicas indican que es la causa local primaria de la mayoría de las alteraciones parodontales inflamatorias.

El tártaro o sarro dentario es una masa calcificada o en calcificación que se forma en la superficie del diente. Comienza a depositarse al principio de la madurez del individuo y continúa haciéndolo toda la vida. No es común en niños, pero cuando se presenta, hay también pruebas de enfermedad parodontal. Según su posición con respecto al margen gingival se clasifica en: Tártaro supragingival, -- tártaro subgingival.

a). - El **tártaro supragingival** ( **tártaro visible**), situado coronariamente a la cresta del margen gingival y por lo tanto, visible en la cavidad oral. Es generalmente de color blanco amarillento de consistencia dura, arcillosa y fácilmente desprendible de la superficie del diente con un raspador. El color puede variar por factores como el tabaco o los pigmentos de la comida. Puede aparecer en un solo diente, grupo de dientes, o en toda la boca. La distribución del **tártaro supragingival** es generalmente irregular, apareciendo en mayor cantidad en la superficie vestibular de los molares superiores y en las superficies lingual de los dientes anteriores inferiores.

b). - El **tártaro subgingival** es el que está adherido a la superficie del diente por debajo de la encía marginal de modo que no es visible en el examen bucal. La determinación de la situación y extensión del **tártaro subgingival** debe hacerse explorando cuidadosamente la zona. Es generalmente denso y duro de color marrón oscuro o negro verdoso, de forma achatada y firmemente adherido a la superficie del diente.

El **tártaro** se acumula solamente en las superficies de los tejidos duros; probablemente ello se debe a que se necesita una superficie estática para su retención, ya que cualquier movimiento del tejido blando evitaría su formación. Una superficie lisa y limpia presenta una región más difícil para que se acumule, ya que éste tiende a formarse más rápidamente en una superficie áspera y protegida.

Pequeñas partículas o porciones de **tártaro** que se han dejado después de un tratamiento profiláctico se cubren con nuevos depósitos más rápidamente que una superficie dental altamente pulida.

La manera más eficaz de combatir esta situación es la de conservar una dentadura funcional y una higiene bucal adecuada que mantenga los dientes li-

bros de todo material adherente ( placa de mucina). Otro factor importante es la naturaleza física de la dieta, pues los alimentos detergentes y abrasivos tienden a mantener limpios los dientes.

### 3. - Materia Alba. -

Es una sustancia blanca y suave formado por detritus alimenticios, materias purulentas y una placa de mucina subyacente. Las dietas no detergentes son, sin duda alguna, un factor contribuyente, además de participar directamente en la formación de este tipo de depósito. Aunque no es soluble en agua, puede ser suprimida por el cepillado correcto.

A dichos depósitos generalmente les acompaña una inflamación ligera, si no hay otro factor de complicación. Estos depósitos también influyen en los procesos patológicos graves. Las bacterias encuentran en ellos un medio ideal para su crecimiento y de esta manera la encía puede ser invadida.

### 4. - Impacto de los alimentos; marginal y proximal. -

El impacto alimenticio hay que distinguirlo de la simple acumulación de detritus alimenticios en el cuello de los dientes. Puede definirse como el impacto - forzoso de alimentos contra la encía, que hace presión sobre el tejido, o el choque directo de materias contra el margen gingival. El primero se distingue como acuña- miento de alimentos entre dos dientes, debido a un contacto defectuoso o por la acción de una cúspide que obra como pistón sobre el diente opuesto, mientras que el segundo es el choque del alimento contra el margen gingival debido a un contorno defectuoso del diente o a la pérdida de un elemento anatómico como el cingulo. Muchas veces la inflamación gingival puede observarse en la superficie de un incisivo central superior debido a una anatomía defectuosa. Esto también es cierto de las superficies labiales planas de los incisivos inferiores. La recesión del tejido gingi-

val en la superficie palatina del primer molar con raíces extendidas también puede ser explicada por este hecho.

El impacto de alimentos guarda relación con la anatomía del diente, con los contactos interproximales, con la posición de los márgenes y los contactos con el antagonista. No es raro que en casos de sobremordida el alimento sea forzado contra la encía palatina superior por los dientes inferiores. La relación de encía a diente cambia también si éste sale de su sitio en la arcada. Entonces ocurre el impacto de alimentos, dando como resultado la inflamación gingival. Después del examen se encuentra que el lado proximal de un diente sirve como una vía de escape directo para que el alimento entre en contacto con la papila. El impacto de alimentos puede estar asociado con los siguientes factores:

- a). - Contorno labial plano de los dientes.
- b). - Cíngulos no desarrollados.
- c). - Contornos proximales planos y acercamiento de las raíces.
- d). - Contacto defectuoso de los dientes; aristas marginales irregulares, versión y sobreproyección de los dientes.
- e). - Caries que dan como resultado un contacto defectuoso.
- f). - Restauraciones incorrectas.
- g). - Extracciones con cambios en la relación de los dientes.
- h). - Uso incorrecto de la seda dental, etc.

Otro fenómeno observado es la retención de alimentos. En esta situación el alimento no está empacado, sino que es retenido en contacto con la encía debido a causas anatómicas o arquitectónicas. Esto ocurre generalmente en los --

márgenes cervicales de coronas sobrecontorneadas, inaccesibles a la acción fisiológico normal del roce de los alimentos. Otro ejemplo se observa a veces en el margen mesial de un diente inclinado mesialmente adyacente a una prótesis. Es común observar esto en un diente que no está en función. Aunque la retención de alimentos es un fenómeno más pasivo que el impacto, es, sin embargo, un factor etiológico de suma importancia.

El empaquetamiento de comida inicia la enfermedad parodontal o exagera la gravedad de cambios patológicos preexistentes.

Los siguientes signos y síntomas están relacionados con el empaquetamiento de comida: 1o. - Sensación de presión y urgencia por sacar los restos empaquetados entre los dientes. 2o. - Dolor vago irradiado profundamente en los maxilares. 3o. - Recesión gingivales. 4o. - Formación de abscesos periodontales. 5o. - Diversos grados de inflamación del ligamento parodontal con elevación del diente en su alveolo, contactos funcionales prematuros y sensibilidad a la persecusión. 6o. - Destrucción proximal del hueso alveolar. 7o. - Caries de la raíz.

5. - Irritaciones por restauraciones defectuosas y sustancias químicas.

a). - Este tipo de irritación es muchas veces la causa de la inflamación gingival y de la absorción de la cresta alveolar. Actúan igual que cualquier otro irritante -- directo de los tejidos blandos.

Como son constantes en su naturaleza ( con excepción de los aparatos removibles, ) pueden ser clasificados igual que el tártaro.

Además de la irritación mecánica, los márgenes desbordantes favorecen la acumulación de restos de comida y la multiplicación de las bacterias con sus productos metabólicos tóxicos. En esas zonas puede haber gingivitis crónica con diversos grados de pérdida ósea y bolsas. Las obturaciones con contornos de

incorrecta forma, que no reproducen en los molares el contorno de las caras vestibulares, desvían la comida hacia el margen gingival, con la inflamación consiguiente. Los contactos proximales inadecuados o incorrectamente colocados no reproducen la anatomía protectora normal de los rebordes marginales oclusales y surcos oclusales, produciendo empaquetamiento de comida. Las superficies interproximales sin los correctos nichos interproximales favorecen la acumulación de restos de comida.

Las obturaciones que no están de acuerdo con las alteraciones de la forma de los dientes producidos por el desgaste fisiológico en el resto de la boca, producen desarmonías funcionales con lesiones a los tejidos periodontales subyacentes. Deben controlarse las obturaciones en todas las excursiones funcionales de la mandíbula, eliminándose los contactos prematuros.

También los procedimientos odontológicos como el uso de clips para dique de goma, bandas de cobre, matrices y discos de modo que laceren la encía, produce, diversos grados de inflamación. Aunque por lo general estas lesiones transitorias se reparan, producen al paciente malestares innecesarios. La separación incorrecta de los dientes o la condensación excesivamente vigorosa, de oro en las orificaciones, lesionan los tejidos subyacentes, pudiendo producir síntomas agudos tales como dolor y sensibilidad a la percusión.

#### b).- Irritación Química:

Este tipo de irritación nos puede producir inflamación gingival aguda, como resultado de hipersensibilidad o de lesiones tisulares no específicas. En estados alérgicos inflamatorios, los cambios gingivales van desde un simple eritema, hasta la formación de vesículas y úlceras. A veces estos estados explican reaccio-

nes severas producidas por enjuagues dentífricos o materiales con que se hacen las dentaduras, también pueden ser producidas por comprimidos de aspirina, aplicados para calmar el dolor de piezas dentarias, así, como el uso incorrecto de drogas como el fenol, nitrato de plata, es fácil que se presenten en trabajadores de diversas industrias que usan gases, como cloro, bromo, amoníaco, así como el polvo de diversos metales son frecuentemente irritantes. Las sustancias químicas son casi siempre causa frecuente de irritación pero no siempre son causa de cambios espectaculares de los tejidos parodontales.

#### 6. - Respiración Bucal. -

El papel de la respiración bucal como causa de un trastorno parodontal ha sido muchas veces mencionado. Se cree que ejerce su acción por deshidratación de la encía con pérdida de la resistencia del tejido. También es posible que el efecto se deba a resecamiento de toda la cavidad bucal, dando como resultado pérdida de la acción protectora de la saliva o del equilibrio de la flora bacteriana.

La gingivitis se relaciona a menudo con la respiración bucal. Los cambios gingivales consisten en eritema, edema, agrandamiento, y una superficie difusa brillante de las zonas expuestas. El sitio corriente es en la región anterior superior. En muchos casos, la encía alterada se demarca claramente de la mucosa normal adyacente no expuesta. Todavía no se ha probado el modo exacto como la respiración bucal produce los cambios gingivales, su efecto perjudicial se atribuye generalmente a la irritación por la deshidratación de la superficie.

#### 7. - Higiene inadecuada de la cavidad bucal; retención de alimentos.

Dientes ausentes no reemplazados. La falta de dientes, extraídos por una mala higiene dental o por diversas causas trae como consecuencia una serie de cambios que conducen a diversos grados de enfermedad parodontal. En algunos ca-

tos, la persistencia de espacios creados por extracciones puede no estar acompañada de secuelas perjudiciales. Pero, la frecuencia con que la enfermedad paradontal proviene de la falta de reemplazo de uno o más dientes ausentes, señala la conveniencia y el valor profiláctico de las prótesis precoces.

Las derivaciones de la falta de reemplazo del primer molar son lo suficientemente frecuentes como para que esté considerada como una entidad clínica. Cuando falta el primer molar inferior, el cambio inicial es la migración mesial e inclinación del segundo y tercer molares inferiores y la extrusión del molar superior.

Las cúspides distales del segundo molar inferior se elevan, actuando como cúspides impelentes en el espacio interproximal entre el primer molar superior extruido y el segundo molar superior. Si no hay tercer molar superior, las cúspides del segundo molar, actuando como una cuña, rompen el contacto entre primer y segundo molares superiores y desvían el segundo molar superior hacia distal. Esto produce empaquetamiento de alimentos, inflamación gingival y pérdidas de hueso en las zonas interproximal entre primer y segundo molares superiores. La inclinación de los inferiores y la extrusión de los superiores altera las relaciones de contacto entre los dientes, favoreciendo así el empaquetamiento de comida. En la cara mesial del segundo molar inferior inclinado se ve frecuentemente formación de bolsa y pérdida de hueso.

La inclinación de dientes posteriores también produce reducción de la dimensión vertical y acentuación del entrecruzamiento anterior; Los dientes anteriores inferiores se deslizan hacia gingival a lo largo de las superficies palatinas de los dientes anteriores superiores, produciendo un deslizamiento distal de la mandíbula. Además hay empaquetamiento de alimento y formación de bolsas en el

sector anterior y tendencia a la migración hacia vestibular y formación de diastemas en el maxilar.

Otra complicación puede ser la migración distal del segundo premolar con empaquetamiento de comida y formación de bolsas en el espacio interproximal abierto entre los premolares. Los cambios mencionados se acompañan de alteraciones en la relación funcional de las cúspides, que producen disarmonías oclusales lesivas para el parodonto.

Estos cambios por falta de reemplazo del primer molar inferior no tienen lugar en todos los casos ni en casos de falta de reemplazo de otros dientes. Por lo general, la falta de reemplazo de dientes extraídos produce migraciones e inclinaciones de los vecinos con alteraciones de los puntos de contacto. Estos cambios son factores causales corrientes, en la etiología de la enfermedad parodontal.

### 3. - Cepillado defectuoso. -

La irritación causada por cepillado defectuoso (horizontal o rotatorio) no solamente puede dar como resultado una abrasión o recesión de la encía, sino también agravar una inflamación.

El cepillado a manera de raspado, especialmente cuando se emplea un dentífrico abrasivo, es causa de la recesión apical de la encía y de la abrasión de la superficie de los dientes. También se observan hendiduras gingivales que pueden ser consecuencia del movimiento rotatorio de un cepillado con un cepillo de cerdas duras. En la abrasión por el cepillo, la lesión es más pronunciada en las superficies bucales y labiales, ya que es difícil que el paciente utilice el cepillo con tanta libertad en las superficies linguales o palatinas. La abrasión se ve ocasionalmente en las superficies linguales; sin embargo, el cambio en la superficie del diente es patognomónico. Las abrasiones agudas de los tejidos blandos se reconocen fácilmente.

Además del aspecto de la superficie son muy dolorosas.

Los cambios gingivales debidos al trauma del cepillado pueden ser agudos o crónicos.

Los cambios agudos son de aspecto y duración variables y se presentan con superficie áspera epitelial con denudación del tejido conectivo subyacente, formando una dolorosa lastimadura gingival. La penetración de las cerdas colocadas perpendicularmente producen lesiones puntiformes. También se pueden formar en las zonas traumatizadas, dolorosas vesículas. Una secuela del cepillado exagerado puede ser el eritema difuso con denudación de la encía adherida de toda la boca. Los cambios gingivales agudos mencionados aparecen, a menudo, cuando el paciente comienza a usar un cepillo nuevo. Una cerda que pinchado la encía y es retenida en ella puede dar origen a un absceso gingival agudo.

El trauma crónico del cepillado produce recession gingival y denudación de la superficie radicular. A menudo, el margen gingival se agranda y aparece "apilado" como moldeado por los golpes del cepillo. Puede haber surcos lineales desde el margen hasta la encía adherida; en estos casos, la encía suele ser firme y rosada.

También puede producir inflamación gingival el uso incorrecto del hilo de seda dental, mondadientes y estimuladores interdentes de madera. El uso exagerado de ellos puede destruir la encía, con formación de espacios interproximales que favorecen la acumulación de restos con los cambios inflamatorios consiguientes.

9. - Hábitos que pueden irritar la encía. -

Los hábitos nocivos son muy numerosos; El uso incorrecto de los mondadientes, el uso de lápices, clavos, instrumentos y muchos otros implementos, que suelen causar destrucción gingival. La gran mayoría de las veces la lesión está loca-

lizada en una región definida, ya que los pacientes son, por lo general, conscientes de sus hábitos. Se deben hacer preguntas al paciente que pueden descubrir la causa de las lesiones, porque como ya hemos mencionado, los hábitos son factores importantes de la iniciación y progreso en las enfermedades parodontales. Frecuentemente hay tratamientos parodontales que fallan por no haberse descubierto y corregido algún hábito. Los hábitos de importancia etiológica de la enfermedad parodontal son:

- a). - NEUROSIS, como morderse los labios, o las mejillas que llevan a posiciones -- extrafuncionales de la mandíbula, el morder el palillo de dientes e introducirlo entre los mismos, el empuje lingual, el morder las uñas, lápices, y las neurisis oclusales.
- b). - HABITOS PROFESIONALES, como los zapateros, tapiceros o carpinteros que -- sostienen clavos en la boca, cortar hilo con los dientes, o la presión contra los ingtrumentos musicales de viento.
- c). - HABITOS DIVERSOS, como morder la pipa o cigarrillos, el masticar tabaco, -- métodos incorrectos de cepillado, respiración bucal, chupar el dedo, uso de palillos de dientes.

Debe hacerse especial mención del empuje lingual, que pasa frecuentemente inadvertido. Consiste en el acunamiento forzado y persistente de la lengua contra los dientes, especialmente en el sector anterior. Se dividen los pacientes con -- empuje lingual en dos grupos: 1) Aquellos en que el empuje lingual es parte de un -- síndrome que incluye paladar hiposensible y macroglosia, y 2) Aquellos en que el -- empuje lingual es un hábito adquirido en la infancia o vida adulta.

El empuje lingual produce lesiones laterales excesivas que pueden ser traumática para el Parodonto, de los dientes anteriores. Puede también producir mi-gración labial o inclinación de los dientes anteriores, creando así condiciones desfavo-rables para el parodonto. El cambio de inclinación de los dientes anteriores, supe-riores altera la dirección de las fuerzas rotativas labiolinguales.

El antagonismo entre las fuerzas que dirigen al diente hacia labial y la presión del labio hacia adentro pueden llevar a la movilidad del diente. El cambio de la inclinación de los dientes también interfiere con la normal excursión de la comida, favoreciendo la acumulación de restos en el margen gingival. La -- pérdida del contacto proximal lleva al empaquetamiento de comida. El empuje lingual es un importante factor contribuyente responsable de la migración patológica cuando los tejidos de soporte han sido destruidos por la enfermedad paradontal.

Neurosis Oclusales. -

Los hábitos incluidos en este grupo son perversiones de la función - oclusal que tienen lugar más frecuentemente de lo que se cree y puede ser causa de una considerable destrucción de los tejidos paradontales. Consisten en el rechinar o frotamiento agresivo, repetido y continuo de los dientes, hecho por el paciente durante el día, la noche o ambos, más frecuentemente por los adultos, pero también por los niños. Los pacientes generalmente, ignoran la existencia del - hábito, pero ocasionalmente se quejan de dolor o sensación de cansancio en los -- maxilares, o músculos especialmente al levantarse por las mañanas.

Normalmente, la mandíbula se encuentra en posición de descanso fisiológico quedando los contornos funcionales limitados a los períodos en que el paciente está comiendo o tragando. El efecto lesivo del impacto repetido y constante sobre el parodonto es agravado por la falta de períodos normales de descanso en que podrían repararse los tejidos dañados.

Las diversas formas en que se manifiestan estos hábitos pueden ser clasificados en:

El rechinar nocturno ( BRUXISMO) o diurno ( BRICOMANIA) son los más comunes.

El apretamiento consiste en la presión pulsátil, intermitente o continuada de los dientes anteriores o posteriores con sus antagonistas en posiciones excéntricas. Este hábito es acompañado del espasmo crónico de los músculos, los que da origen a sensaciones de dolor o de quemaduras en el cuello.

También puede producirse el castañeteo de los dientes en posiciones excéntricas. Las zonas afectadas son puntos de contacto aislados o poco frecuentes de dientes individuales o grupos de dientes o un diente móvil aislado. Las neurosis oclusales producen un desgaste excesivo de los dientes, engrosamiento del ligamento periodontal y movilidad.

El desgaste de los dientes se caracteriza por las fosetas marcadas, el ensanchamiento de las superficies oclusales y en casos graves, la reducción de la dimensión vertical. El bruxismo a menudo, produce lesión de los tejidos parodontales y movilidad, especialmente cuando hay malposiciones de los dientes o contactos prematuros. Sin embargo, los pacientes con bruxismo a menudo presentan engrosamiento del ligamento parodontal y aumento de la densidad del hueso alveolar, lo que representa una respuesta favorable al aumento de la demanda funcional. El apretamiento, el castañeteo de los dientes que se concentra en dientes aislados o un sector del arco, son más frecuentemente lesivos que el bruxismo que produce el rechinar generalizado.

La tensión emocional, las frustraciones y la agresividad profundas son consideradas las bases etiológicas de estos hábitos.

La eliminación del hábito no es fácil. A veces la corrección de una disarmonía oclusal elimina el hábito, a veces sin embargo, es necesario el tratamiento Psiquiátrico. La fijación es una eficaz medida paliativa para reducir los --

efectos lesivos de las neurosis oclusales sobre los tejidos del parodonto.

#### Uso del Tabaco. -

En los fumadores, se ha descrito una mayor frecuencia de gingivitis en general, y de la gingivitis necrosante aguda, en particular, y una mayor disposición de tártaro en los fumadores de cigarrillos. Se ha atribuido a la masticación de tabaco un tipo específico de gingivitis, denominado gingivitis tóxicas, caracterizadas por destrucción de la encía y del hueso subyacente. Se han observado en fumadores los siguientes cambios orales.

- a). - Acumulación sobre los dientes de depósitos marrones, firmes.
- b). - En los que fuman mucho, puede haber una coloración grisácea difusa en la encía, de consistencia de cuero.
- c). - Paladar de fumadores. - Caracterizados por glándulas mucosas prominentes con inflamación de los orificios y un eritema difuso y superficie arrugada.
- d). - Leucoplasia
- e). - El llevar la pipa en una posición relativamente fija puede desgastar los dientes con formación de un espacio elíptico, migración de los dientes y cambios traumáticos de los tejidos periodontales subyacentes.

El efecto deletéreo del tabaco sobre la encía resulta del calor liberado y de los productos de la combustión. La respuesta de los tejidos orales a la irritación tabaquina ha sido modificada experimentalmente por trastornos sistémicos. Originariamente el fumar no produce grandes cambios gingivales. Sin embargo, los factores mencionados son fuentes de irritación para la encía, durante la curación postratamiento.

#### 10. - Oclusión Traumática. -

Según su naturaleza, la maloclusión ejerce un variado efecto en la -

etiología de la enfermedad paradontal. El alineamiento irregular de los dientes produce la acumulación de restos de comida y empaquetamientos. Puede haber recesión gingival en relación con los dientes desplazados hacia vestibular. Las disarmonías oclusales asociadas con la maloclusión producen lesiones al Parodonto. Además las interferencias con las excursiones funcionales de la mandíbula, el excesivo entrecruzamiento anterior produce irritación gingival por los bordes iniciales de los dientes, así como empaquetamientos de comida.

La oclusión abierta produce cambios paradontales desfavorables por la falta o disminución de la función, su efecto se produce sobre el aparato de inserción y por lo tanto, puede definirse como el grupo de lesiones destructivas del aparato de inserción ocasionadas por la mala función a que se ha sometido al diente. Estos trastornos pueden encontrarse alrededor de un solo diente, de varios o de toda la dentadura; pero en estos casos la gravedad de las lesiones será diferente. Es necesario el contacto oclusal de los dientes inferiores con los superiores, aunque el traumatismo puede ser causado por la presión de la lengua o de una prótesis dental.

Las lesiones causadas por traumatismo oclusal consisten en resorción de las superficies radiculares, arrancamientos del cemento, alteraciones del ligamento paradontal (trombosis de los vasos sanguíneos, necrosis, degeneración hialina, hemorragia y en algunos casos formación de cartilago) y resorción de hueso. No solamente se reabsorbe el hueso alveolar, sino también el hueso de soporte adyacente (lámina dura). Al primero se le llama "resorción frontal" y al segundo "resorción posterior."

Estas lesiones pueden verse radiográficamente cuando ocurren en las superficies interproximales de los dientes, pues la lámina bucal y lingual están ocultas en la placa por la superficie de la raíz. Sin embargo, suelen notarse las irregularidades de la superficie radicular y los arrancamientos del cemento. Se observa

fácilmente el agrandamiento del espacio del ligamento parodontal y el desgaste de la lámina dura, así como las zonas translúcidas adyacentes.

Conviene subrayar que el tejido gingival no es afectado por el traumatismo oclusal. Muchos investigadores han demostrado que a pesar de las lesiones en el aparato de inserción, la encía permanece intacta, sin ningún cambio en la inserción epitelial o de las fibras gingivales. Como los trastornos gingivales son tan frecuentes, pueden coexistir con las lesiones del aparato de inserción. A excepción de los casos con bolsas infraóseas, los dos procesos permanecen distintos, y así la lesión marginal afectada por el traumatismo, se puede desarrollar fácilmente una bolsa infraósea.

Tres de los signos más importantes del traumatismo oclusal son las facetas de desgaste, la movilidad y la migración de los dientes. La primera es el resultado de los contactos entre los dientes y la última es sintomática de las lesiones que afectan el aparato de inserción. El tipo de movilidad depende la extensión de la superficie radicular afectada. La pérdida en pequeña escala de la inserción no afecta la estabilidad del diente; pero si gran parte de la superficie pierde su inserción, la movilidad se hace manifiesta. También es probable que el grado de contenido líquido del ligamento parodontal desempeña un papel importante.

Hay varias causas básicas del traumatismo oclusal, pero todas dependen del contacto entre los dientes opositores. Pueden citarse las siguientes: interferencias cusideas, contactos de amarre, desgaste desigual, restauraciones defectuosas, desgaste excesivo, disarmonías en movimientos mandibulares en relación con los maxilares superiores estáticos y hábitos compulsivos. La bricomanía y el rechinar de los dientes suele descubrirse durante el interrogatorio. Claramente, después de la pérdida del tejido marginal en la enfermedad periodontal, los cambios en la relación corona clínica a raíz clínica son factores que contribuyen a la gene-

## relación del traumatismo.

El traumatismo oclusal también causa sobrecarga del aparato de inserción a través del diente. Aunque el diente puede soportar una fuerza bastante grande en dirección axial, ya que más de dos tercios de las fibras principales del ligamento parodontal son del grupo oblicuo, puede no obstante, llegarse al exceso, en especial durante el rechinar. Esto puede ocurrir hasta con una articulación perfecta. A veces se pueden observar casos en los cuales todos los dientes ocluyen uniformemente en la oclusión, en el movimiento hacia adelante, protrusión y lateralmente en el movimiento de trabajo. Sin embargo, debido a un hábito extrínseco que origina un contacto superior a la tolerancia fisiológica, se desarrolla movilidad generalizada. Si un diente, absorbe toda la fuerza aplicada y soporta así una sobrecarga individual, cúspide, está más alto que los demás dientes.

Por otro lado, se requiere mucho menos fuerza para causar daño al aparato de inserción cuando la fuerza se aplica horizontal y oblicuamente, ya que la región de la inserción parodontal que debe soportarla es muy pequeña. Esto se llama sobrecarga oblicua. En este caso hay zonas de compresión y de tensión en ambos lados del punto de palanca. Un ejemplo de esto es el contacto de amarre que mueva al diente en dirección bucolingual.

En el desarrollo de la dentadura hay muchos casos en que los dientes anteriores guardan tal relación que interfiere cuando la mandíbula hace todas sus excursiones. A esto se le llama interferencia anterior. Además todos los dientes anteriores deben deslizarse suavemente en contacto simultáneo en todas las excursiones. A veces un solo diente soporta toda la fuerza del movimiento, ya que es el único que hace contacto y los demás no ocluyen. Si la persona utiliza ese contacto prematuro, puede resultar un traumatismo; también deben reconocerse los numerosos cambios

que ocurren después del desarrollo. La pérdida de la anatomía dental por caries, por accidentes, o por restauraciones, los movimientos de los dientes por pérdida de otros miembros de la dentadura, etc. pueden dar como resultado una relación desigual.

Asimismo, en el desarrollo de la dentadura o adquirido después, -- puede haber disarmonía en la oclusión céntrica.

La relación entre la mandíbula y maxilar en la oclusión quizá no permite el contacto simultáneo de los dientes individuales. Se pueden observar contactos prematuros. También puede haber interferencia en la oclusión y la mandíbula tiene que deslizarse para cerrar por completo. A esto se le llama corrimiento, y puede ser protrusivo, lateral o retrusivo. Esta tensión puede ser similar al impacto, provoca traumatismo. En algunos casos el golpe se produce al final del corrimiento sobre un diente que está lejos del contacto prematuro.

Tiene gran importancia saber que si no se hace reparación, se producirá rápida destrucción del aparato de inserción hasta perderse todos los dientes. Cualquier trastorno del proceso de reparación haría, naturalmente, que las lesiones se agraven rápidamente. Al examinar a los enfermos se encuentra que el traumatismo oclusal es de naturaleza crónica. Pueden pasar muchos años sin la pérdida de los dientes afectados. En otras palabras, aún cuando las causas sean operantes y las lesiones son manifiestas, se conservan los dientes gracias al proceso de reparación.

Por otro lado, mientras operen los factores excitantes, no puede efectuarse una reparación completa; desde luego, si la intensidad y frecuencia del agente etiológico son grandes, la reparación no puede compensarla y ocurre una lesión destructiva y rápida. Esto se ve en los casos en que el paciente presiona el diente constantemente hasta que se hace tan doloroso que no puede ocluir. Entonces ocurre

una pericementitis que es una lesión aguda.

**Factores etiológicos generales o sistémicos.** - Aunque es probable que los trastornos generales o metabólicos rara vez producen manifestaciones en el parodonto, son, sin embargo, capaces de ello. No obstante se tiene que admitir, que una lesión del parodonto causado por un proceso patológico general no es necesariamente igual a las lesiones parodontales corrientes.

Así, el hiperparatiroidismo o enfermedad de Paget tiene manifestaciones de esta manera, de esta naturaleza. Entonces hay que hacerse una pregunta: " Una lesión marginal, Causa la enfermedad general o bien una lesión del aparato de inserción asume la forma de la lesión parodontal común? La respuesta tiene que ser sí, ya que se encuentran muchos ejemplos de esta naturaleza. Una enfermedad de sangre puede causar alteraciones de la encía o del aparato de inserción a esclerodema. Muchas de las enfermedades generales que afectan al parodonto y entre ellas las más importantes son la diabetes, carencias nutricionales, trastornos gastrointestinales ( puede estar complicados con trastornos nutricionales) y alergia. La administración de ciertos fármacos pueden causar trastornos en los tejidos parodontales, un ejemplo de esto es la dilantina sódica, que provoca una hiperplasia fibrosa característica.

Por otro lado, las enfermedades parodontales que tienen una causa local pueden ser complicadas o influidas por un padecimiento general. De igual modo las perturbaciones en la salud general de una persona pueden producir cambios en el tono y la resistencia vital de los tejidos parodontales haciéndolos más susceptibles a irritantes menores, así una enfermedad de ordinario subclínica se puede manifestar en forma neta.

Tiene interés la relación entre los factores Psicosomáticos y las manifestaciones parodontales. La ansiedad y los problemas emocionales de una persona

on que se producen modificaciones en la saliva, dan fé de estas influencias. Todos los dentistas han notado que muchos hábitos se desarrollan durante los estados de tensión emocional.

Enumeraremos tres grandes categorías de relaciones psicósomáticas:

1. - Enfermedades parodontales que causan alteraciones psíquicas.
2. - Factores psicógenos que causan o agravan la enfermedad parodontal.
3. - Efectos prolongados en ambas direcciones. Esta es la que se observa en la mayoría de los casos, salvo en sus comienzos.

## CAPITULO III

### CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Una clasificación no es algo permanente, debe adaptarse a las nuevas experiencias. Hasta la fecha no hay una clasificación mundialmente conocida; en ésta se distinguen tres tipos de enfermedades:

INFLAMATORIAS

DEGENERATIVAS

NEOPLASICAS

#### INFLAMATORIAS

Gingivitis - Dentro de este grupo tenemos a la gingivitis que se caracteriza por un aumento del volumen en la encía, como una reacción a los irritantes locales y factores sistémicos

La intensidad de la reacción inflamatoria, depende de la constitución orgánica y hereditaria del paciente, así como de la duración e intensidad de la irritación local. La reacción inflamatoria puede estar localizada o generalizada.

La gingivitis, desde el punto de vista clínico, puede identificarse con cierta precisión: Se presentan cambios en el contorno de la encía, en su consistencia, pérdida del puntilleo e inflamación. También se producen cambios en la coloración de la encía. La gingivitis varía según el tiempo y aparece tanto en el estado agudo como en estado crónico. Existen diferentes tipos de gingivitis, según su etiología, ya sea por trastornos locales o sistémicos generales.

**Parodontitis.** - Es un padecimiento de tipo inflamatorio. Se caracteriza por la inflamación y destrucción de los tejidos parodontales, como consecuencia de irritantes locales o por enfermedades debilitantes. La diferencia entre ésta y la gingivitis es que en esta última, puede o no haber formación de bolsas parodontales y en la parodontitis siempre las hay, y la encía pierde su adherencia epitelial que migra -- hacia apical.

#### DEGENERATIVAS

**Gingivosis.** - Es un estado morboso observado en niños hambrientos.

**Parodontosis.** - Se ha afirmado que la periodontosis es una enfermedad degenerativa que se inicia en las estructuras de sostén parodontales. Los síntomas clínicos clásicos son el aflojamiento y migración de los dientes.

Para algunos la parodontosis es cualquier forma de enfermedad sin cáculos. Otros clasifican la enfermedad parodontal como periodontosis si coincide con alguna enfermedad general que complice el cuadro, como la diabetes. La designación más amplia de la parodontosis es la que clasifica como tal cualquier enfermedad parodontal que muestre signos de absorción vertical del hueso. De hecho existen pocos datos objetivos que permiten sostener que esta enfermedad, que ha gozado de tanta publicidad, es realmente una entidad morbosa.

#### NEOPLASICAS

Dentro de la clasificación de la enfermedad parodontal de tipo neoplásico, se mencionarán los de tipo benigno.

Las neoplasias se caracterizan por la neoformación de tejido dando lugar a verdaderos tumores. En esta clasificación incluiremos también los agrandamientos gingivales hiperplásicos no inflamatorios. Por definición, hiperplasia es el aumen-

...to del tamaño de un tejido u órgano por aumento del número de las células que la componen.

La hiperplasia gingival es un tipo de agrandamiento gingival no inflamatorio que generalmente se presenta por el uso de Dilitin sódico. Hiperplasia -- tiene una lesión primaria que consiste en un agrandamiento gingival en las superficies interproximales de los dientes, vestibulo-linguales y palatinas, circunscribiendo a cuellos de los fñismos con superficie lobulada y sin tendencia a sangrar espontáneamente. En fases más avanzadas esta hiperplasia gingival puede ser difusa, -- agrandándose toda la mucosa gingival hasta el surco vestibular. El efecto general es una apariencia de distorsión en él y del contorno mandibular y maxilar. La encía libre llega a cubrir en algunas ocasiones casi toda la corona de los dientes.

Dentro del agrandamiento gingival neoplásico, se encuentran los siguientes tumores:

Fibromas. - Los fibromas de la encía provienen del tejido conectivo gingival o del ligamento parodontal. Son tumores esféricos de crecimiento lento que tienden a ser definidos, firmes y nodulares, aunque pueden ser blandos y vasculares. Los fibromas son generalmente pediculados y frecuentemente se encuentran en ellos formación de huesos dentro del tumor. Su origen se encuentra en los irritantes locales y puede proliferar a la malignización.

Nevus. - Es un tumor que aparece comunmente en la piel. Han sido descritos pocos nevus gingivales. Es una lesión benigna de crecimiento lento, de un color variable entre gris pálido y marrón. Puede estar achatado o ligeramente levantado de la superficie gingival, sésil o nodular.

Epulis o Mieloblastoma. - Tiene forma nodular, consistencia blanda; los irritantes mecánicos, son las principales causas y es de poco tamaño. Está formado principal-

mente por tejidos epitelial.

**Hemangioma.** - Es un tumor vascular benigno, aparece ocasionalmente en la encía.

Puede ser de tipo capilar o cavernoso, siendo más común el primero. Son blandos, sésiles o pediculados e indoloros. El contorno puede ser liso o irregular y bulboso.

El color varía de un rojo profundo a un púrpura, blanqueándose al presionar. Aparece generalmente a la papila interdientaria. Su etiología son los irritantes locales.

**Papiloma de la encía.** - Aparece como una protuberancia dura de aspecto de verruga en la superficie gingival con una proliferación e hiperqueratosis del epitelio.

**Granuloma reparativo periférico de células gigantes.** - Puede salir de la papila interdientaria o del margen gingival, es más frecuente en la superficie labial y puede ser sésil o pediculado. Su aspecto varía de una masa irregular y lisa, hasta una protuberancia multilobulada. Ocasionalmente presenta ulceración marginal.

Las lesiones son de tamaño variable, pueden llegar a cubrir varios dientes. Su consistencia puede ser firme o esponjosa y su color varía del rosa, -- hasta el rojo profundo o azul púrpura. Debe recordarse que no hay características clínicas patognomónicas que diferencien a ésta lesión de otros agrandamientos gingivales, por lo que el diagnóstico exige el examen microscópico. Estas lesiones son respuesta a injurias locales, pudiendo llegar a destruir el hueso subyacente.

**Granuloma reparativo central de la células gigantes.** - Aparece en el hueso alveolar. Crece a expensas del hueso, dando como resultado una cavidad o destrucción central del margen alveolar. En ocasiones puede deformar el contorno del maxilar, apareciendo como un agrandamiento de la encía.

**Leucoplasia.** - El aspecto de la leucoplasia de la encía varía desde una lesión escamosa blanco-grisácea achatada, hasta una placa queratínosa gruesa e irregular. Microscópicamente presenta un espesamiento del epitelio con hiperqueratosis, acantosis

y algún grado de disqueratosis. Frecuentemente se encuentra inflamación del tejido conectivo y subyacente.

**Carcinoma.** - Es el tipo más común de tumor maligno de la encía. Se presenta con mayor frecuencia en la encía mandibular. Aparece en la zona molar a menudo en relación con una leucoplasia preexistente, presentándose en varias formas.

a). - **Exofítico.** - De forma de coliflor, rara vez confinado en la encía, puede sufrir hemorragia y necrosis.

b). - **Ulcerativo.** - Tiende a invadir la mandíbula, exponiendo al hueso alveolar.

c). - **Verrugoso.** - Lesión de crecimiento lento superficial granular que puede extenderse a tejidos vecinos.

Los carcinomas de la encía se comportan igual que el de cualquier otra parte del organismo, es decir, que provoca metástasis, así como invade localmente.

**Melanoma maligno.** - Es un tumor bucal raro. Cuando aparece, tiende a hacerlo en la encía del sector anterior superior. Es un tumor nodular chato, frecuentemente pigmentado, caracterizado por un rápido crecimiento y sus tempranas metástasis. Surge de los melanoblastos de la encía, de la mejilla o paladar, infiltra frecuentemente hacia el hueso subyacente y da metástasis a los nodulos linfáticos cervicales y axiales.

La metástasis de tumores a la encía no es común.

## CAPITULO IV.

### DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Diagnóstico es el proceso mediante el cual se reconoce la naturaleza de una enfermedad. Requiere de un conocimiento de la anatomía normal y sus variaciones al igual que su fisiología. El diagnóstico descansa en la valoración de los datos obtenidos durante el examen y la elaboración de una buena historia clínica. Los datos obtenidos de la historia clínica, los exámenes clínicos y radiográficos, -- así como todo procedimiento necesario de laboratorio, son evaluados e interpretados para proporcionarnos un diagnóstico. El proceso involucrado y la identificación de los factores etiológicos, constituyen el diagnóstico.

La Historia Clínica en Parodontia, puede dividirse en dos secciones:

1. - Antecedentes patológicos del paciente.
2. - Datos obtenidos a través del estudio clínico.

1. - En los antecedentes patológicos del paciente, debemos tener en cuenta los siguientes puntos de vista:

Apreciación general del paciente. - Desde la primera visita el operador debe tratar de hacer una apreciación general del paciente.

Esta comprende la consideración del estado mental y emocional, su temperamento, actitud y edad fisiológica, hábitos orgánicos, alteraciones en la marcha, postura, respiración, etc.

Consideraciones del malestar principal. - Aquí tomaremos en cuenta todos los síntomas que nos relata el paciente sobre sus molestias o trastornos principales. Si una

región determinada preocupa al paciente porque le duele, está tumefacta o sangra, debe examinarse en primer lugar. Hay que tomar en consideración el autodiagnóstico del paciente, valorarlo con sentido crítico. De ser posible se debe quitar esta - molestia principal desde la primera sesión.

**Examen preliminar de la cavidad bucal.** - El examen preliminar de la cavidad bucal y estructuras vecinas, se hace para explorar el origen de la queja principal y determinar la necesidad de tomar medidas de emergencia.

**Historia sistémica.** - La historia sistémica debe incluir referencias sobre lo siguiente:

- a). - Si está el paciente en tratamiento médico. En caso afirmativo, ver cual es la naturaleza y duración de la enfermedad.
- b). - Historia de fiebre reumática, enfermedad cardíaca congénita o reumática, hipertensión arterial, enfermedad hepática, asma bronquial, alergias, diabetes, desvanecimientos, etc.
- c). - Tendencias hemorrágicas anormales tales como epistaxis, hemorragias prolongadas por heridas leves, equimosis espontáneas, hemorragias menstruales excesivas.
- d). - Enfermedades infecciosas contagiosas.
- e). - Idiosincrasia a drogas tales como la aspirina, codeína, barbitúricos, sulfamidas, antibióticos, anestésicos, etc.
- f). - Trastornos menstruales.

**Determinación del estado nutricional del paciente.** - Aquí se debe tomar en cuenta si hay nutrición excesiva, normal o pobre.

**Historia Bucal.** - La historia oral debe incluir referencias sobre lo siguiente:

- a). - Visitas al Dentista: frecuencia, fecha de la última visita y tipo de tratamiento.
- b). - Cepillado, frecuencia y método de cepillado.
- c). - Tratamiento ortodóntico, duración y fecha aproximada de terminación.

- d). - Dolor en los dientes y en las encías, modo en que se provocan, naturaleza, duración y modo de alivio.
- e). - Hemorragia gingival espontánea o provocada por el cepillado, o al comer.
- f). - Halitosis o mal sabor de la boca.
- g). - Movilidad dentaria.
- h). - Hábitos, bruxismo, bricomafia, chuparse el dedo o introducir objetos extraños en la boca.

Obtención de modelos de yeso: estos se toman con el fin de estudiar la posición de los dientes, los contactos proximales, zonas de resección o empaquetamiento de alimentos, mal oclusión y el plano de las prótesis. Son útiles también para explicar y enseñar al paciente las alteraciones que tiene y para comparaciones pre y post operatorios.

2. - La segunda parte de la historia clínica está basada en la intervención directa del operador y consiste en los siguientes puntos:

INSPECCION

PALPACION

PERCUSION

PRUEBAS DE LABORATORIO

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Inspección. - Consiste en hacer un examen de la cavidad bucal ayudado por instrumentos que van a facilitar este punto de la historia clínica. Se empieza por ver el estado de limpieza de la cavidad, si hay o no sarro dentario, detritus' alimenticios, materia alba, lesiones cariosas, etc.

Se debe analizar la saliva en su densidad y en su cantidad (sialorrea o xerostomía.)

**Examen general de la mucosa bucal, color y textura superficial, presencia de pigmentaciones, etc.**

En el piso de la boca se debe observar si existen ranulas, neoplasias o aftas que pueden producir dolor.

Se debe estudiar tamaño y color de la lengua y tipos de papilas, etc.

Se hace un examen de los dientes en el que se buscan lesiones cariosas, defectos de desarrollo, anomalías de forma, desgaste, hipersensibilidad dentaria y puntos de contacto anormales.

En las encías el examen consiste en observar las siguientes características clínicas: tamaño, color, contorno, textura superficial, consistencia, posición, propensión hemorrágica y dolor.

No se debe pasar por alto ninguna norma. Debe anotarse la distribución y agudez o cronicidad de la enfermedad gingival. Debe ponerse especial atención en la posición de la encía, en cuanto al margen gingival y la inserción epitelial. Para esto, tenemos que medir el intersticio gingival por medio del parodontómetro y ver si la inserción ha migrado hacia apical, formando una bolsa paradental. Esta última puede ser supraósea y en casos avanzados infraósea.

Las observaciones clínicas de la encía, deben representarse gráficamente en la historia clínica por medio del parodontograma.

Palpación. - La palpación se realiza por medio de los dedos del operador y en ocasiones de algún instrumento. Por medio de este método analizaremos la consistencia de labios y carrillos, mucosa oral y encía. También por medio de la palpación podemos determinar, una posible alteración en la articulación temporomandibular y determinar también el grado de movilidad dentaria. La movilidad dentaria se gradúa de la siguiente manera:

Movilidad normal.

**Movilidad grado I. Ligera movilidad.**

**Movilidad grado II. Moderada movilidad.**

**Movilidad grado III. Acentuada movilidad en todas direcciones.**

**Percusión.** - La percusión se lleva a cabo, dando golpes de poca intensidad con el mango de un instrumento delgado sobre los dientes. Aquí se busca si existe sensibilidad. Cuando la percusión se hace en la misma dirección que el eje longitudinal del diente, se dice que existe un problema pulpar. Cuando la percusión se hace perpendicular a la corona del diente y hay sensibilidad, se dice que el problema es parodontal.

**Pruebas de laboratorio.** - Las pruebas de laboratorio son un coadyudante en el diagnóstico de las enfermedades, aunque no se debe abusar de ellas, emitiendo diagnósticos solamente con pruebas de laboratorio. Estas pruebas consisten en hacer frotis de cultivos bacteriológicos y en el caso de neoplasias se tomarán biopsias que consisten en obtener una parte de tejido de una lesión, para su estudio microscópico y establecer o confirmar un diagnóstico.

**Estudio Radiográfico.** - Los rayos X, son una ayuda indispensable para el diagnóstico, pronóstico y evaluación de los resultados de un tratamiento.

Los datos radiográficos más importantes en que debemos poner más atención son:

- a). - Relación corona raíz.
- b). - Posición y forma de la raíz
- c). - Hiperementosis
- d). - Grado de calcificación del hueso
- e) Resorción ósea
- f). - Engrosamiento de ligamento parodontal.

En la apreciación de estos puntos, debe tomarse en cuenta la edad

del paciente ya que pueden estar alterados sin que exista enfermedad parodontal.

En el estudio radiográfico deberán tomarse como mínimo catorce radiografías, sin olvidar que la radiografía es sólo una ayuda en el diagnóstico del estado parodontal del paciente. No debe intentarse un diagnóstico basándose solo en este método.

Una vez obtenidos y confirmados todos los datos anotados en la historia clínica, podemos ya dar a nuestro paciente un diagnóstico preciso de su enfermedad parodontal.

## CAPITULO V

### TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

En términos generales, la finalidad del tratamiento es la eliminación de la enfermedad, la restauración y mantenimiento de la salud de los tejidos parodontales. La efectividad o el fracaso del tratamiento parodontal depende de la eliminación de todos los irritantes locales y del control de los factores sistémicos si es que los hay. Por esta razón el tratamiento parodontal se divide en dos fases que son:

1o. - Tratamiento de los factores locales.

2o. - Tratamiento de los factores sistémicos.

**Tratamiento de los factores locales.** - Consiste en la eliminación de los irritantes locales capaces de provocar la enfermedad parodontal, y en la creación de condiciones locales favorables para el mantenimiento de la salud parodontal por medios quirúrgicos.

El tratamiento de los irritantes locales no solo está encaminado a la eliminación de los mismos, sino que también cuenta con pasos sistemáticos para devolver la anatomía y fisiología normales del parodonto. Para esto cuenta con diferentes métodos y técnicas que van desde una Odontoxesis, hasta métodos quirúrgicos complicados. Todo está basado en un buen plan de tratamiento.

**Odontoxesis.** - Para todo tratamiento parodontal es necesario empezar con una buena odontoxesis que consiste en remover todo el sarro de los dientes y después pasar al raspado radicular y curetaje si es necesario.

**Raspado radicular y curetaje.** - Por medio de estas maniobras vamos a eliminar los elementos de irritación local y a disminuir la lesión inflamatoria del tejido gingival.

**Gingivectomía.** - Son los pasos encaminados a la eliminación de la encía enferma, al mismo tiempo que se eliminan las bolsas parodontales, hasta donde se encuentra normal la adherencia epitelial.

**Gingivoplastia.** - Es el procedimiento por medio del cual se devuelve a la encía su forma y contornos fisiológicos que impidan la acumulación de restos alimenticios.

**Osteotomía y Osteoplastia.** - La osteotomía es la extirpación ósea que recupera la forma fisiológica del hueso. La osteoplastia consiste en modelar el margen de la apofisis alveolar que ha sido absorbida.

Existen otros pasos con fines terapéuticos que ayuda a eliminar posibles causas de recidiva, que se aplican según las necesidades del caso.

Para obtener el máximo de efectividad en estos métodos de tratamiento, se debe hacer una secuencia lógica, para lograr un plan de tratamiento ordenado.

Los fármacos son gran ayuda para el tratamiento quirúrgico. Entre estos se encuentran los antibióticos, analgésicos, anestésicos, tranquilizantes, etc.

**Tratamientos de los factores sistémicos.** - A diferencia del tratamiento de los factores locales que es esencialmente quirúrgico, el tratamiento de los factores sistémicos es generalmente de tipo médico, que consiste en el control y eliminación de las enfermedades sistémicas que directamente provocan la enfermedad parodontal.

Generalmente para cualquier tratamiento quirúrgico se debe poner al paciente en buenas condiciones fisiológicas para que se tenga éxito. Para esto tenemos que controlar las enfermedades sistémicas.

Para el tratamiento de la enfermedad parodontal, se cuenta también con tratamientos mecánicos, que junto con las demás técnicas hacen posible una -

perfecta armonía entre los elementos parodontales y el diente del mismo. Entre estos aparatos tenemos los siguientes:

**Férulas Temporales.** - La férula es un aparato que nos sirve para inmovilizar y ligar dientes móviles con padecimientos parodontales, valiéndose de dientes firmes, - mediante una estructura rígida. Estas férulas pueden estar construídas por medio de prótesis, ligaduras de alambre y acrílico, etc.

**Aparatos Intraorales.** - Estos ayuda a eliminar hábitos. Pantalla oral que evita la respiración bucal, placas que sirven para evitar la deglución anormal, etc.

**Aparatos ortodóncicos.** - Ayudan a corregir la mal posición dentaria.

**Aparatos protésicos.** - Que eliminan el trauma de la oclusión, etc.

## CAPITULO VI

### TECNICAS QUIRURGICAS

Como ya se dijo en el capítulo anterior, estas técnicas consisten en la eliminación de los irritantes locales y establecer la armonía anato-funcional del parodonto. Analizaremos cada una de las técnicas, describiendo de cada una de ellas, los procedimientos más empleados y que proporcionan mejores resultados.

**RASPADO RADICULAR Y CURETAJE.** - Tiene como objetivos principales:

1. - Eliminación de los efectos irritantes que se encuentran alrededor del diente, en el intersticio gingival y en el fondo de la bolsa paradontal.
2. - Eliminar el tejido epitelial ulcerado y el tejido conectivo expuesto al medio bucal en la pared lateral del intersticio gingival.

Desde el punto de vista práctico, en la zona de la pared lateral donde existe una bolsa, el flujo sanguíneo es mayor. Al efectuar el curetaje se provoca ruptura de capilares que provocan una hemorragia que disminuirá el volumen de la encía.

Al estimular la inserción epitelial, se elimina tejido epitelial, dejando tejido conjuntivo, que al sangrar, forma un coágulo en la zona de raspado, con el cual se efectuará la regeneración de dicha inserción. Este proceso se efectuará a expensas de las defensas del organismo, obteniéndose una reducción de la bolsa paradontal. No se debe caer en el error de pensar que el haber eliminado las bolsas paradontales con este método, la enfermedad está completamente eliminada, ya que sólo se han eliminado los elementos capaces de producir enfermedad, para establecer posteriormente otro método terapéutico.

### Para eliminar los irritantes locales y el tejido epitelial ulcerado

del intersticio gingival enfermo, se cuenta con una gran variedad de instrumentos de los cuales unos están diseñados para la parte anterior de la boca y otros para la parte posterior que son:

**Cinceles parodontales.** - Son instrumentos que sirven para eliminar grandes masas de sarro supragingival. No deben emplearse para trabajar dentro del intersticio gingival. Deben usarse con movimientos vestibulo-linguales.

**Azadones.** - Son instrumentos cuyo filo, actúa en un solo sentido y por lo tanto, eliminan únicamente los depósitos calcificados sobre los tejidos duros. Para el uso de estos instrumentos y todos los demás, debe el odontólogo proporcionarse un apoyo digital y así lograr una mayor efectividad en cada movimiento.

**Hoces.** - Son instrumentos, que como los anteriores, sirven para la eliminación simultánea de los irritantes del intersticio gingival y del tejido enfermo de la pared lateral de la bolsa parodontal, su punta de trabajo es triangular encontrándose su filo en los ángulos del triángulo.

**Limas.** - Pueden considerarse como una subsección de azadones. Sólo pueden ser empleados por un solo lado y sirven para alisar las superficies radiculares, una vez que los depósitos calcificados han sido eliminados.

**Curetaje.** - Son los instrumentos más frecuentemente empleados para la eliminación simultánea de los depósitos calcificados que se encuentran en relación con los dientes y el tejido enfermo de la pared lateral de la encía. Estos instrumentos tienen doble filo por lo tanto, su acción es simultánea.

Una vez efectuado el raspado radicular y curetaje, se procede a proteger el coágulo con un apósito formado con cemento quirúrgico alrededor del cuello de las piezas dentarias y parte de la encía libre.

El raspado radicular y curetaje, se debe efectuar por cuadrantes y una vez obtenidos los resultados esperados, se procede al siguiente paso de la terapéutica parodontal.

**GINGIVECTOMIA.** - La Gingivectomía consiste en una serie de procedimientos quirúrgicos encaminados a la eliminación total de la bolsa parodontal, mediante el corte de las paredes que la forman.

**Indicaciones de la Gingivectomía:**

1. - Bolsas gingivales en las cuales la pared de la bolsa está formada por tejido fibroso denso.
2. - Hiperplasia medicamentosa.
3. - Cráteres interdentarios.
4. - Furcaciones.
5. - Pericoronitis.
6. - Erupción.
7. - Erupción activa alterada.
8. - Falta de armonía del margen gingival.

**Contradicciones:**

1. - Alteraciones de la salud general del paciente que hacen peligroso cualquier tipo de intervención quirúrgica.
2. - Bolsas muy profundas que ponen de manifiesto gran destrucción de hueso alveolar.
3. - Bolsas infraóseas.
4. - Absceso parodontal.

Los instrumentos de elección para llevar a cabo esta técnica son:

Parodontómetro. - Se usa para la medición de las bolsas parodontales.

Pinzas marcadoras. - Sirven para marcar la profundidad de la bolsa en la cara exter-

na de la encía y así poder limitar nuestro corte.

Bisturí. - Debe ser de forma adecuada para hacer los cortes correctos y al mismo tiempo que tenga acceso a todas las zonas de la encía por cortar.

Tijeras. - Sirven para complementar los cortes del bisturí.

Curcúas y azadones. - Se emplean para la remoción de tejido y pequeñas partículas de sarro que pudieran haber quedado.

Pinzas, espejo y explorador.

La cavidad bucal se dividirá en cuadrantes, que se operan individualmente una por cada sesión.

Primer paso. - Anestesia por infiltración loco-regional.

Segundo paso. - Una vez medida la bolsa paradontal se procede al marcado de las - bolsas mediante las pinzas marcadoras que determinan el nivel de la profundidad - de la bolsa.

Esta deja un punto sangrante como marca en cada una de las bolsas sirviendo de - guía para la incisión.

Tercer paso. - Se hace la incisión esta debe ser profunda llegando a las estructuras duras del diente. La incisión debe seguir el contorno del cuello de los dientes y - de una sola intención.

Se debe comenzar desde el diente más distal del cuadrante que se vaya a intervenir

Cuarto paso. - Se procede a remover la encía incluída por medio de cortes secundarios en las caras interproximales y lograr un fácil desprendimiento. Estos cortes - se hacen tanto en vestibular como en palatino y lingual.

Si al desprender el colgajo, se descubren aún partículas de sarro, inmediatamente se eliminan.

**Quinto paso.** - Una vez limpia la superficie radicular del diente y libre de pequeños fragmentos de tejido, se lava con una solución de suero fisiológico.

Ya controlado el sangrado, se procede a colocar el apósito de cemento quirúrgico con el fin de proteger el coágulo.

El apósito quirúrgico tiene las siguientes propiedades:

1. - Controla la hemorragia y disminuye las posibilidades de infección post-operatoria.
2. - Actúa como sedante en la región intervenida.
3. - Estimula la formación de tejido de granulación ayudando a la cicatrización.

Se debe prescribir al paciente algún analgésico y una dieta blanda durante los 2 o 3 primeros días después de la intervención. A los 8 días ya estamos en condición de remover el apósito quirúrgico y se lavaba la zona con agua tibia para eliminar algunos restos de cemento que persistan.

Durante el tiempo que persista el apósito quirúrgico en la boca, el paciente debe practicar su higiene dental a base de colutorios y cepillado poco vigoroso en la zona del apósito.

Si los resultados obtenidos son los esperados se procede a intervenir al cuadrante antagonista y después los de lado opuesto.

**GINGIVOPLASTIA.** - Es un medio terapéutico por medio del cual se restablece la forma fisiológica y arquitectura normal de la encía normal e insertada.

Está indicada en las lesiones siguientes:

1. - Encía marginal cicatrizada con bordes gruesos y fibrosos posterior a una gingivectomía.
2. - Cráteres gingivales que afectan generalmente como secuela de una gingivitis.

La técnica de la gingivoplastia se considera como una fase o tiempo de la gingivectomía.

Los instrumentos a elegir son los mismos que se utilizan en la gingivectomía.

El método es el siguiente:

1. - Anestesia por infiltración en todo el campo operatorio, aquí se emplea preferentemente la inyección de las papilas interproximales ya que brindan anestesia inmediata, rigidez del tejido y además una vasoconstricción periférica que disminuye el sangrado.
2. - La incisión que debe ser con bisel largo hacia oclusal para reducir el margen engrosado con menos traumatismo. Después de la incisión quedan todavía por atender los detalles del contorno de los que depende la operación.
3. - Se reforma cuidadosamente el margen gingival, empleando un bisturí para gingivectomía. También se puede usar una piedra de diamante en el torno dental. El tejido debe de estar firme para que pueda ser desgastado rápidamente a la forma deseada.

El tejido móvil y flojo no puede ser tratado con estas piedras diamantadas. Se lavan frecuentemente con un chorro de agua destilada o suero fisiológico para evitar la deshidratación del tejido.

4. - Al darle forma descrita a la encía, en las superficies cortadas se debe colocar un apósito quirúrgico por 8 días y se indica al paciente los mismos cuidados preoperatorios que en la gingivectomía.

Inmediatamente después de quitar el cemento puede masticar de ese lado y el cepillado se debe llevar a cabo con suavidad, junto con la estimulación -

**interdental.** Esto hace la curación completa y la queratinización de los tejidos.

El resultado final de la gingivoplastia debe ser un margen gingival - como filo de cuchillo, papilas interdetales anatómicamente correctas y una inserción epitelial normal.

La gingivoplastia también puede llevarse a cabo por medio de la - - Electrocirugía. Consiste en un bisturí electrónico de onda corta. El electrodo - se debe utilizar a manera de oncel teniendo cuidado de no tocar tejido óseo, ya - que traería como consecuencia un dolor intenso y necrosis de hueso.

Con ésta técnica se retrasa la cicatrización pero en cambio brinda - un campo operatorio limpio porque disminuye el sangrado.

**OSTEOPLASTIA Y OSTEOTOMIA.** - La osteoplastia consiste en reformar el mar-- gen de la apófisis alveolar absorbida a consecuencia de la extensión de la inflama-- ción desde la encía. Esta modificación se lleva a cabo en el hueso cortical del - lado periostial de la apófisis alveolar, de manera que se asemeje al margen del - hueso sano de un parodonto no dañado.

La osteotomía consiste en la reforma y extirpación ósea para recu-- perar la fisiología del hueso. Esto se realiza junto con la osteoplastia.

El margen normal del hueso se parece al margen gingival normal. - Es decir, ambos deben tener los mismos márgenes a manera de filo de cuchillo - pero en otro nivel.

Las alteraciones de la forma que ocurren en la enfermedad parodon-- tal son las siguientes:

1. - Márgenes óseos gruesos, debido a la absorción marginal, pues la apófisis se-- hace más ancha en la región apical.

2. - Cráteres óseos interdentes.
3. - Lesiones infraóseas.
4. - Complicaciones interradiculares, bifurcación y trifurcación.
5. - Niveles irregulares del hueso marginal.

El objeto de los procedimientos plásticos es el restablecimiento del contorno fisiológico de la encía. Para obtenerlo hay que operar hueso.

Tanto en la encía como en el hueso tienen que observar márgenes -- delgados y pirámides interproximales para eliminar las bolsas y evitar que la enfermedad empiece de nuevo.

El método para llevar a cabo la osteoplastia debe seguir un orden -- que es como sigue:

Se da anestesia local por infiltración. Se procede a la técnica del colgajo (que se describe posteriormente) o una gingivectomía en el campo operatorio.

Cuando se hace la osteoplastia por medio de una gingivectomía, una vez cortado el tejido gingival, se examina la topografía o sea, después, por medio de una piedra de diamante, se le da forma al tejido gingival atravesándolo para llegar hasta el hueso y contornearlo en la forma que sea necesario. Las márgenes gruesas pueden ser reducidas de esta manera.

Cuando hay un cráter óseo o una lesión infraósea, se tiene que levantar un colgajo para exponer la región ósea. El colgajo debe tener tamaño suficiente para poder llegar con facilidad a la región enferma y tener además una buena visibilidad. Una vez expuesto el hueso, el operador puede llevar a cabo la osteoplastia por medio de una fresa de diamante o un osteotomo y lima. Se procede a rebajar el hueso en las zonas necesarias dándole la forma correcta. Después de esta --



gingivectomía, osteoplastia, osteotomía y gingivoplastia.

La anestesia empleada es por infiltración local.

En la superficie labial de la mucosa gingival se hace incisión vertical

en el contorno externo del hueso subyacente. Debe extenderse desde el margen gingival hasta el fondo del vestibulo y lateralmente al sitio de la región enferma.

Se utiliza una legra para levantar el colgajo mucoperiostico. Debe ser retraído lo suficiente para lograr acceso y visibilidad completa.

Una vez levantado el colgajo, la región enferma se trata con los métodos indicados. Las inserciones musculares altas pueden crear tensiones al colgajo después que éste ha sido adosado y saturado, pero la frenectomía y la extensión del vestibulo pueden eliminar este problema.

Después de terminada la terapéutica parodontal se adapta el colgajo a la superficie del tejido subyacente y se sutura teniendo cuidado de adaptarlo correctamente.

Se coloca cemento en el margen gingival de la región operada. Después de una semana se quita el cemento y las suturas y la segunda semana se aplica una fisioterapia habitual.

La parodencia cuenta con otras técnicas quirúrgicas complementarias al tratamiento parodontal, algunas de ellas son:

#### TECNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO PARODONTAL.

El tratamiento del absceso parodontal es la debridación inmediata haciendo una incisión vertical donde el surco mucogingival atravesando la lesión hasta el borde marginal de la encía, haciendo disección roma y curetaje en la pared interna de la en-

enca, para que drene la masa purulenta por medio de una canalización.

**CIRUGIA MUCOGINGIVAL.** - La cirugía mucogingival consiste en el cambio de posición de la mucosa gingival para obtener una relación correcta entre enca insertada, la mucosa alveolar y el vestíbulo.

**EXTENSION DE LA ENCIA INSERTADA.** - Este procedimiento se utiliza para extender o crear una nueva zona de enca insertada, cuando ésta ha sido destruida por la recesión o cuando es eliminada por la cirugía al quitar las bolsas profundas.

**EXTENSION DE VESTIBULO.** - Esta operación consiste en profundizar el vestíbulo - cuando la cirugía parodontal o la recesión gingival da por resultado un margen gingival próximo o apical a la base del vestíbulo.

**FRENECTOMIA.** - Es uno de los procedimientos más comunes en cirugía mucogingival, pues son éstos muchas veces el factor etiológico en la exaservación parodontal. La frenectomía consiste en la incisión y reposición del frenillo produciendo una barrera de tejido cicatrizal que evite su reinsertión.

La fisioterapia oral es un complemento importante para cualquier tratamiento parodontal. Se puede afirmar que un magnífico tratamiento parodontal puede irse al fracaso por falta de una técnica de cepillado correcto.

## CONCLUSIONES .

Considero importante para el Cirujano Dentista que trabaja en el campo de las enfermedades parodontales debe tener presente los siguientes conceptos:

La enfermedad parodontal constituye un verdadero problema, por lo que es necesario que el odontólogo aborde el estudio de la Parodoncia en todos sus aspectos, así como las demás ramas de la Odontología.

El estado general del paciente es un factor muy importante para la implantación de la enfermedad y de su tratamiento.

Los malos hábitos orales deben tener un cuidado especial, ya que si persisten después del tratamiento hay reincidencia.

Para lograr un diagnóstico acertado de la enfermedad parodontal, es necesario conocer perfectamente la morfología, Histología y Fisiología del parodonto - en condiciones normales.

Nunca se debe establecer un diagnóstico únicamente con el estudio radiográfico, puesto que este es sólo una ayuda para dicho diagnóstico.

El tratamiento oportuno de la enfermedad parodontal evita que haya pérdida de los dientes por falta de soporte.

Desde el punto de vista terapéutico, un buen plan de tratamiento decide el éxito del mismo.

Para que las técnicas quirúrgicas den un resultado positivo en el tratamiento se debe contar con la colaboración total del paciente antes y después del tratamiento.

Es de suma importancia enseñar al paciente una buena técnica de cepillado para mantener en buenas condiciones al parodonto, más aún después de que se le

ha devuelto la salud por medio de las técnicas del tratamiento ya descritas.

El instrumental que se usa en Parodontia es sumamente especializado y por el trabajo que efectúan se debe elegir el adecuado y conservarlos bien afilados.

— BIBLIOGRAFIA —

1. - GOLDMAN, SHUGER, FOX, COHEN.  
" PERIODONCIA"  
Editorial: Interamericana 1a. Edición Argentina.
2. - ORBAN, WENT, EVERET, GRANT.  
" PERIODONCIA"  
Editorial: Interamericana, 4a. Edición.
3. - IRVING GLICKMAN.  
" PERIODONTOLOGIA CLINICA"  
Editorial: Interamericana, 4a. Edición.
4. - R.J. GORLIN, H.M. GOLMAN.  
" THOMA PATOLOGIA ORAL"  
Editorial: Salvat, S.A., 1a. Edición
5. - LEGORRETA R. LUIS  
" CLINICA DE PARODONCIA."
6. - KATZ, Mc'DONALD STOOKEY.  
" ODONTOLOGIA PREVENTIVA." EN ACCION.
7. - RICHARD F. JOHN.  
" ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA."  
Editorial: Labor, S.A. 1a. Edición.
8. - DR. GUTIERREZ S. CARLOS  
" APUNTES INEDITOS DE PARODONCIA."