

Lej 694

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**"Irritantes Locales y Sistémicos que
Afectan al Parodonto"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

José Antonio Ocampo Avila

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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I.- ESTRUCTURA DEL PARODONTO	2
a).- Encía.	2
b).- Ligamento Parodontal.	3
c).- Cemento.	4
d).- Hueso Alveolar.	6
CAPITULO II.- CAUSAS DE ENFERMEDAD PARODONTAL	10
a).- Irritantes Locales.	10
b).- Irritantes Sistémicos.	21
CAPITULO III.- PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL	27
a).- Hábitos del paciente.	28
b).- Placa dentaria.	28
c).- Control de la placa.	29
d).- Higiene bucal.	29
e).- Objetivos.	30
f).- Valoración y educación del paciente.	31

CAPITULO IV.- TRATAMIENTO	36
a).- Medicamentoso.	36
b).- Quirúrgico.	40
c).- Postoperatorio.	46
CAPITULO V.- INSTRUMENTAL PARODONTAL	48
CONCLUSIONES.	51
BIBLIOGRAFIA.	52

INTRODUCCION.

Al estudiar las enfermedades parodontales tratamos de descubrir las causas o factores que contribuyen a que esta enfermedad se haga presente.

Siendo esto de gran interés porque conociendo las causas o factores que desencadenan esta enfermedad podremos prevenir o curar dichas alteraciones.

Por consiguiente la obligación del Cirujano Dentista, es tener presente los conocimientos adquiridos, para así saber diferenciar las características entre un tejido parodontal sano y un tejido parodontal con algún proceso patológico alterado.

Siendo esto así podremos dar un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado y eficaz, ya que los problemas parodontales están presentes en la consulta diaria y siendo este el problema de mayor importancia en la pérdida de las piezas dentarias.

Mediante este trabajo proporcionamos una información sobre su patología, diagnóstico, prevención y tratamiento.

CAPITULO I

ESTRUCTURA DEL PARODONTO

- a).- Encía.
- b).- Ligamento Parodontal.
- c).- Cemento.
- d).- Hueso Alveolar.

CAPITULO I.

ESTRUCTURA DEL PARODONTO.

Se conoce como parodonto a la unidad de tejidos que soportan a los dientes. Los dientes y el parodonto en unión se denominan unidad dentoparodontal.

El parodonto está formado por dos estructuras duras y dos blandas:

DURAS.- Cemento radicular y Hueso alveolar.

BLANDAS.- Encía y Ligamento paradontal.

Para su estudio empezaremos por la parte más externa que es la encía.

ENCIA.- Es aquella parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea a los cuellos de los dientes.

La encía se divide en: las áreas marginales, insertada e interdental.

ENCIA MARGINAL.- Es la encía libre que rodea a los dientes en forma de collar y se halla demarcada de la encía adyacente por una depresión lineal poco profunda, el surco marginal. De un ancho mayor que un mm, forma parte de la pared blanda del surco gingival.

SURCO GINGIVAL.- Es la hendidura alrededor del diente, en forma de V, limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el margen libre de la encía. La profundidad promedio ha sido registrada como de 1,8 mm.

ENCIA INSERTADA. - Se continúa con la encía marginal. Es firme, resistente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar adyacente. Vestibularmente la encía insertada se extiende hacia la mucosa alveolar relativamente laxa y movable, de la que la separa la línea mucosa gingival. El ancho de la encía insertada en el sector vestibular, en diferentes partes de la boca, varía de menos de 1 mm a 9 mm.

ENCIA INTERDENTARIA. - Ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario. Consta de dos papilas, una vestibular y una lingual y el col. Este último es una depresión -- parecida a un valle que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal.

LIGAMENTO PARODONTAL. - El ligamento parodontal es el tejido conjuntivo que rodea la raíz del diente, la une al alvéolo óseo y se encuentra en continuidad con el tejido conjuntivo de la encía.

Los elementos más importantes del ligamento parodontal son las fibras colágenas dispuestas en haces y que siguen un recorrido ondulado. Los extremos de las fibras principales que se insertan en el cemento y hueso se denominan haces de fibras de Sharpey.

Las fibras principales del parodonto se distribuyen en los siguientes grupos:

TRANCEPTAL. - Se extienden interproximalmente sobre la cresta alveo

lar y se incluyen en el cemento del diente vecino.

DE LA CRESTA ALVEOLAR. - Estas se extienden oblicuamente desde el cemento debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar.

HORIZONTALES. - Estas se extienden en ángulo recto con respecto del eje mayor del diente desde el cemento hacia el hueso alveolar.

OBLICUAS. - Estas son el grupo más grande del ligamento parodontal que va desde el cemento, dirección coronaria en sentido oblicuo respecto al hueso, éstas soportan el grueso de las fuerzas masticatorias.

APICALES. - El grupo apical se irradia desde el cemento hasta el hueso en el fondo del alvéolo, en raíces incompletas no las hay.

Las funciones del ligamento parodontal son físicas, formativas, nutricionales y sensoriales.

La función formativa es ejecutada por los cementoblastos y los osteoblastos, esenciales en la elaboración del cemento y del hueso, y por los fibroblastos que forman las fibras del ligamento. La función de soporte es la de -- mantener la relación del diente con los tejidos duros y blandos que lo rodean.

Las funciones de tipo nutritivo y sensitivo para el cemento y el hueso alveolar se realizan por los nervios y los vasos sanguíneos del ligamento parodontal.

CEMENTO.

Es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica.

Existen dos tipos de cemento: Acelular o primario y Celular secundario. Los dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas. El tipo celular contiene cementocitos en espacio aislado que se comunican entre sí mediante un sistema de canalículos anastomosados. Encontramos también que hay dos tipos de fibras colágenas: Fibras de Sharpey porción incluida de las fibras principales del ligamento parodontal que están formados por fibroblastos y un segundo grupo de fibras presumiblemente producidas por cementoblastos. La formación del cemento comienza con la mineralización - de la trama de fibrillas colágenas dispuestas irregularmente, dispersas en la - sustancia fundamental interfibrilar aumenta su espesor mediante la adición de sustancias fundamental y la mineralización progresiva de fibrillas colágenas - del ligamento parodontal.

Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de la estructura del cemento acelular que desempeña un papel principal en el sostén del diente. Su tamaño, cantidad y distribución aumenta con la función.

La distribución del cemento acelular y celular varían. La mitad coronaria de la raíz se encuentra, por lo general, cubierta por el tipo acelular y el cemento celular es más común en la mitad apical.

El depósito de cemento continúa una vez que el diente ha erupcionado hasta ponerse en contacto con sus antagonistas funcionales y durante toda la vida. Los dientes erupcionan para equilibrar la pérdida de sustancia dentaria que se produce por el desgaste oclusal e incisal mientras erupciona queda

menos raíz en el alveolo y el sostén del diente se debilita. Esto se compensa mediante el depósito contínuo de cemento sobre la superficie radicular, en mayores cantidades que en los ápices y áreas de furcaciones, además de la neoformación de hueso en la cresta del alveolo.

No se ha precisado relación neta entre la función oclusal y el depósito de cemento. Fundándose en datos de cemento bien desarrollado en las raíces de los dientes en quistes dormoides y en presencia de cemento más grueso en dientes incluidos que en piezas que poseen función, se ha deducido que no se necesita la función para la formación del cemento.

El contenido inorgánico del cemento (hidroxiapatita, $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$) asciende a 46% y es menor que el del hueso. (70.9)% esmalte -- (69.5)% o dentina (69.3)% el calcio y la relación magnesio-fósforo son más elevados en las áreas apicales que en las cervicales.

Estudios histoquímicos indican que la matriz del cemento contiene un complejo de proteínas y carbohidratos, con un componente protéico incluye arginina y tirosina. Hay mucopolisacáridos neutros y ácidos en la matriz y el citoplasma de algunos cementoblastos; el revestimiento de lagunas, líneas de crecimiento y precemento son ricos en mucopolisacáridos ácidos posiblemente condroitín sulfato B.

HUESO ALVEOLAR.

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios, se compone de la pared interna del alveolo, del hueso delgado compac

to denominado hueso alveolar propiamente dicho (lámina cribiforme) el hueso de sostén que consiste en trabéculas reticulares (hueso esponjoso) y las tablas vestibular y palatinas de hueso compacto. El tabique interdentario consta de -- hueso de sostén encerrado en un borde compacto, el proceso alveolar es divisible desde el punto de vista anatómico, en dos áreas separadas pero funciona como unidad. Todas las partes intervienen en el sostén del diente.

Las fuerzas oclusales que se transmiten desde el ligamento parodontal hacia la parte interna del alveolo son soportadas por el trabeculado esponjoso, que a su vez es sostenido por las tablas corticales vestibular y lingual. La designación de todo el proceso alveolar guarda armonía con su unidad funcional. El hueso alveolar se compone de una matríz calcificada con osteocitos encerrados dentro de espacios denominados lagunas, los osteocitos se extienden dentro de pequeños canales que se irradian desde las lagunas. Los canalículos forman un sistema anastomosado dentro de la matríz intercelular del hueso que lleva oxígeno y alimentos a los osteocitos y elimina los productos metabólicos de deshecho.

El proceso alveolar es divisible, desde el punto de vista anatómico - en dos áreas separadas, pero funciona como unidad. Todas las partes intervienen en el sostén del diente. En condiciones normales, la forma de la cresta - alveolar depende del contorno del esmalte de dientes vecinos, de las posiciones relativas de las uniones amelo-cementarias vecinas, del grado de erupción de los dientes de la orientación vertical de los dientes y del ancho vestibulo-

oral de los dientes.

En general, el hueso que rodea a cada diente sigue el contorno de la línea cervical.

En la composición del hueso entran principalmente, el calcio, el fosfato, junto con hidróxilos, carbonatos y citrato y pequeñas cantidades de otros iones como sodio, magnesio y hierro, las sales minerales que se depositan en cristales de hidroxiapatita de tamaño ultramicroscópico. El espacio intercrystalino está relleno de matriz orgánica en predominancia de colágeno más agua, sólidos no incluidos en la estructura cristalina y pequeñas cantidades de mucopolisacáridos principalmente condroitin sulfato.

En las trabéculas la matriz se dispone en láminas separadas unas de otras, por líneas de cemento destacadas. Hay a veces sistemas aversianos regulares dentro del trabeculado esponjoso. El hueso compacto consta de láminas que se hayan muy juntas y sistemas aversianos.

La porción esponjosa del hueso alveolar tiene trabéculas que encierran espacios medulares irregulares tapizados con una capa de células endósticas aplastadas y delgadas.

Hay una amplia variación en la forma de las trabéculas del hueso esponjoso que sufre la influencia de las fuerzas oclusales. La matriz de las trabéculas del hueso esponjoso consiste en láminas de ordenamiento, la matriz irregular separada por líneas de aposición y resorción que indican la actividad ósea anterior y algunos sistemas haversianos.

La distancia promedio entre la cresta del hueso alveolar y la unión amelo-cementaria en la región anterior inferior de adultos jóvenes, varía entre 0.96 mm y 1.22 mm, con la edad esta distancia aumenta.

CAPITULO II

CAUSAS DE ENFERMEDAD PARODONTAL

- a).- Irritantes Locales.**
- b).- Irritantes Sistémicos.**

CAPITULO II.

CAUSAS DE ENFERMEDAD PARODONTAL.

a) IRRITANTES LOCALES.-

Gran parte de la enfermedad parodontal y gingival es causada por --
irritantes locales los cuales actúan directamente sobre el parodonto, produciendo inflamación, que es el proceso patológico principal en la enfermedad gingival y parodontal.

Por lo tanto daremos primeramente una explicación de lo que es la inflamación.

INFLAMACION.- La inflamación es la respuesta normal de los mecanismos de defensa de gérmenes u otros irritantes y por medio de la cual se acumulan células y exudados que tienden a proteger al cuerpo de un daño mayor.

El grado de inflamación varía dependiendo de:

- 1.- La naturaleza del agente causal.
- 2.- El carácter anatómico y funcional del tejido afectado.
- 3.- La capacidad del tejido para dar determinada respuesta al estímulo nocivo.
- 4.- Los síntomas clásicos de la inflamación son rubor, tumor, calor, dolor y trastorno funcional del tejido afectado.

El rubor se produce por aumento de eritrocitos y estasis sanguínea en el área. El tumor es debido al aumento de volumen sanguíneo y el número de células en el área afectada. El aumento de temperatura es ocasionado por una

mayor afluencia sanguínea.

El dolor se debe a la presión que hay en las terminaciones nerviosas.

El trastorno funcional es consecuencia de la alteración tisular y el dolor.

IRRITANTES LOCALES.- a) Película adquirida.

También llamada película adquirida. Es una membrana acelular delgada, carente de bacterias e incolora. Se encuentra distribuida sobre la superficie de la corona en cantidades algo mayores cerca de la encía. Está compuesta de proteínas salivales.

La película se forma sobre una superficie dentaria limpia, donde se adhiere con firmeza, se continúa con los prismas del esmalte.

Si esta placa es removida por medio del pulido dentario se vuelve a formar rápidamente.

Es un depósito blando amorfo granular que se convierte en una masa globular visible con pequeñas superficies nodulares, varía de gris a gris amarillento.

La placa es el factor etiológico principal de la caries gingivitis y enfermedad paradontal y constituye la primera etapa del cálculo dentario.

b) Placa dentaria.- Esta placa se puede formar sobre la película -- adquirida o directamente sobre la superficie del diente. Se acumula principalmente sobre el tercio gingival de los dientes y subgingivalmente sobre defectos grietas y rugosidades.

Su formación comienza por la aposición de una capa de bacterias que se encuentran firmemente unidas al diente por medio de una matriz intercelular adhesiva que se localiza interbacterialmente.

La placa puede crecer por: 1) Aposición de nuevas bacterias; 2) Multiplicación de las bacterias ya existentes; 3) Acumulación de productos bacterianos.

La placa dentaria es un depósito blando amorfo granular, que en pequeñas cantidades no es visible, a menos que sea teñida con soluciones reveladoras. Conforme se va acumulando se convierte en una masa globular visible, - cuyo color varía del gris y gris amarillento al amarillo.

Se desprende únicamente con la limpieza mecánica, pues los enjuagatorios o chorros del agua no la desprenden totalmente.

Esta placa no es un residuo de los alimentos, pero las bacterias los -- utilizan para la formación de los componentes de la matriz.

La placa aparece en sectores supragingivales, en su mayor parte so-- bre tercios gingivales de los dientes y subgingivalmente, con predilección por grietas, defectos y rugosidades, y márgenes desbordantes de restauraciones denutarias. Se forma en iguales proporciones en el maxilar superior y la mandíbula, más en los dientes posteriores que en los anteriores, más en las superficies pro-- ximales, en menor cantidad en vestibular y en menor aún en la superficie lin-- gual.

La placa dentaria consiste principalmente en microorganismos prolifera-

rantes y algunas células epiteliales, leucocitos y macrófagos en una matriz intercelular adhesiva. Los sólidos orgánicos e inorgánicos constituyen alrededor del 20% de la placa; el resto es agua.

La importancia fundamental de la placa dentaria en la etiología de la enfermedad gingival y parodontal reside en la concentración de bacterias y sus productos.

MATERIA ALBA. - Es un depósito amarillo o blanco grisáceo, blando y pegajoso, se puede formar en dientes limpios en pocas horas y en períodos - en los que no se ha ingerido ningún alimento, se ve fácilmente sin la utilización de soluciones reveladoras.

La materia alba no posee la organización estructural de la placa dentaria, sin embargo, produce sustancias que crean reacción en los tejidos gingivales y parodontales.

El efecto irritativo de la materia alba sobre la encía probablemente nace de las bacterias y sus productos.

RESIDUOS DE ALIMENTOS. - Los residuos de alimentos son diferentes a la placa dentaria, endureciéndose por la precipitación de sales minerales. No todas las placas dentarias se calcifican.

La calcificación comienza en la superficie interna de la placa, junto al diente, y se forma por capas, separadas por una cutícula delgada que queda incluida en él, a medida que avanza la calcificación. La superficie del cálculo siempre está cubierta de placa no calcificada. La velocidad de calcificación

ción y acumulación varían de una persona a otra en diferentes dientes y en diferentes épocas en la misma persona.

El 90% de los casos de los cálculos se forman en los dientes anteriores inferiores. Según su relación con el margen gingival pueden clasificarse desde el punto de vista clínico en: 1) Supragingivales y 2) Subgingivales.

Cálculo supragingival.- Lo encontramos sobre la superficie coronaria del diente. Son más frecuentes a la salida de los conductos salivales, - que se encuentran en la superficie bucal de los dientes anteriores inferiores (conducto de Warton) y en las superficies vestibulares de los primeros - molares superiores (conductos de Stenénón).

Es de color blanco cremoso o amarillento, salvo que esté manchado por tabaco u otros pigmentos. Su consistencia es dura, se desprende con facilidad de la superficie dentaria mediante un raspador, pero puede reaparecer rápidamente.

Su puede presentar en uno o en un grupo de dientes o puede estar - generalizado en toda la boca, los cálculos pueden formar una estructura a manera de puente a lo largo de varios dientes que carecen de antagonistas, este es más común que el subgingival.

Cálculo subgingival.- El cálculo subgingival no es visible en la cavidad bucal y su localización depende de un sondeo cuidadoso con un explorador. Se encuentra debajo de la encía marginal en las bolsas parodon-

tales. Son de color pardo oscuro a verde negrozco, están firmemente unidos al diente y sin densos y duros.

Por lo general los dos tipos de cálculos se presentan juntos, pero pueden presentarse por separado.

Se cree que el cálculo supragingival deriva de la saliva, mientras que el cálculo subgingival deriva del líquido gingival.

Existen diversos tipos de unión del cálculo a los tejidos dentarios. La facilidad para su remoción depende del tipo de unión del cálculo, estas uniones pueden ser: a) Por medio de la película adquirida, b) Por penetración en el cemento y la dentina, c) En áreas de resorción cementaria y dentaria no reparada que quedan expuestas por resección gingival, d) En espacios creados por la separación cementaria.

PIGMENTACIONES DENTARIAS. - Las pigmentaciones dentarias aparecen por la tensión de las cutículas adquiridas que generalmente son incoloras.

Estas pigmentaciones pueden ser causadas por alimentos, fármacos, bacterias cromógenas o tabaco.

Este tipo de pigmentaciones puede traer problemas estéticos, pero también puede generar irritación gingival.

Dentro de las pigmentaciones causadas por las bacterias cromógenas están:

1) Pigmentación negra. - Se presenta una línea negra y delgada en

la superficie vestibular y lingual cerca del margen gingival y manchas difusas en las superficies proximales. Es más común en mujeres y puede presentarse -- aún en bocas con una limpieza excelente. Una vez eliminada puede reaparecer.

2) Pigmentación verde.- Es una pigmentación verde o verde amarillenta muy común en niños. Se presenta en la superficie vestibular de los dientes anteriores superiores, cerca del margen gingival. Por lo general debajo de la pigmentación verde se presenta una superficie adamantina rugosa. Si no se pule bien la superficie del diente esta pigmentación puede reaparecer rápidamente. Se registró una alta frecuencia en niños con tuberculosis de los nódulos linfáticos cervicales y otras lesiones tuberculosas.

3) Pigmentación naranja.- Se puede presentar en las superficies -- vestibulares y linguales de dientes anteriores.

Es más común que la pigmentación verde, se cree que son microorganismos cromógenos los causantes.

4) Pigmentación parda.- Se localiza comunmente en las superficies vestibulares de molares superiores y la superficie lingual de incisivos inferiores se presenta en personas con mala higiene bucal.

5) Pigmentación tabáquica.- Existen depósitos pardos o negros muy adheridos. Este pigmento es el resultado de la combustión de alquitrán de -- hulla y de la penetración de estos productos a las fisuras e irregularidades del esmalte y la dentina. Las pigmentaciones no son necesariamente proporcional-

les a la cantidad de tabaco consumido, si no que dependen en gran parte de las cutículas dentarias preexistentes, que son las que unen el producto del tabaco a la superficie del diente.

6) Pigmentación metálica. - Las sales metálicas y metales se introducen en la cavidad bucal en polvo metálico inhalado por obreros industriales o por medio de drogas administradas por vía bucal. Los metales se combinan con la cutícula dentaria, produciendo una pigmentación superficial o penetran en la substancia dentaria y establecen un cambio de color permanente. El polvo de cobre produce una pigmentación de color verde, y el polvo de hierro una pigmentación parda. Otras pigmentaciones que a veces se observan son las de manganeso, mercurio, níquel, plata y plomo que nos dan un color entre verde y negro.

IMPACTACION DE ALIMENTOS. - Es una causa muy común de enfermedad gingival. Puede ser ocasionado por las irregularidades en la posición y forma dentaria. Así el impacto de alimentos puede estar asociado con los siguientes factores: dientes superpuestos, en mal posición, mesializados o distalizados, cúspides que abren como pistón en el diente opuesto.

También la presión lateral ejercida por labios, carrillos y lengua puede forzar los alimentos en los espacios interproximales, produciendo acúmulo dentro de los nichos gingivales y retención de los alimentos.

La impactación de los alimentos da como resultado los siguientes signos y síntomas:

- 1) Sensación de presión.
- 2) Dolor vago.
- 3) Inflamación gingival con sangrado y sabor desagradable en la zona afectada.
- 4) Recesión gingival.
- 5) Diversos grados de inflamación del ligamento paradental.
- 6) Destrucción del hueso alveolar.
- 7) Caries radicular por penetración del margen quedando expuesto el cemento.

RESTAURACIONES DENTALES INCORRECTAS.- Los márgenes mal ajustados de prótesis mal diseñadas y lesiones producidas durante el tratamiento protético pueden provocar o iniciar una enfermedad paradental.

La placa dentaria se acumula fácilmente en los márgenes mal ajustados, provocando irritación gingival. Las restauraciones que no reproducen perfectamente todas las áreas del diente pueden ocasionar desviación o impacción de alimentos produciendo como consecuencia una inflamación en la encía (gingivitis).

HABITOS.- El uso incorrecto de mondadientes, morder hilos, uñas, lápices, sostener clavos en la boca, fumar pipa, empuje con la lengua, mordisqueo del palillo dental, succión del pulgar, tocar determinados instrumentos musicales; contribuyen a la aparición de la gingivitis.

RESPIRADORES BUCALES.- Ejercen su acción por medio de la deshi

- 1) Sensación de presión.
- 2) Dolor vago.
- 3) Inflamación gingival con sangrado y sabor desagradable en la zona afectada.
- 4) Recesión gingival.
- 5) Diversos grados de inflamación del ligamento paradontal.
- 6) Destrucción del hueso alveolar.
- 7) Caries radicular por penetración del margen quedando expuesto el cemento.

RESTAURACIONES DENTALES INCORRECTAS.- Los márgenes mal ajustados de prótesis mal diseñadas y lesiones producidas durante el tratamiento protético pueden provocar o iniciar una enfermedad paradontal.

La placa dentaria se acumula fácilmente en los márgenes mal ajustados, provocando irritación gingival. Las restauraciones que no reproducen perfectamente todas las áreas del diente pueden ocasionar desviación o impacción de alimentos produciendo como consecuencia una inflamación en la encía (gingivitis).

HABITOS.- El uso incorrecto de mondadientes, morder hilos, uñas, lápices, sostener clavos en la boca, fumar pipa, empuje con la lengua, mordisqueo del palillo dental, succión del pulgar, tocar determinados instrumentos musicales; contribuyen a la aparición de la gingivitis.

RESPIRADORES BUCALES.- Ejercen su acción por medio de la deshi

dratación de la mucosa de la encía con pérdida de la resistencia del tejido - ocasionando procesos inflamatorios en la gingiva.

CEPILLADO INCORRECTO.- Un cepillado enérgico, ya sea vertical o rotatorio da como consecuencia resección gingival, abrasión en los dientes o puede agravar una inflamación ya existente.

Los cambios gingivales por un cepillado dental incorrecto pueden ser agudos o crónicos:

1) Agudos.- Hay adelgazamiento de la superficie epitelial, inflamación gingival dolorosa, lesiones puntiformes por la penetración de las cerdas perpendiculares en la encía, formación de vesículas doloras en el área traumatizada, eritema difuso y denudación de la encía insertada.

2) Crónicos.- Da como consecuencia resección gingival con denudación de la superficie radicular.

RADIACIONES.- El tratamiento con radiación interna y externa, en pacientes con tumores malignos de la cavidad bucal y regiones adyacentes - tran como consecuencia, úlceras gingivales, hemorragia, supuración y aflojamiento de los dientes por la denudación de raíces y hueso.

ERUPCION DE LA PRIMERA DENTICION.- Durante esta erupción, como los niños la mayoría de las veces sufren, pues puede haber irritabilidad si hay presión ejercida por el diente que emerge, junto al tejido subyacente, provocando inflamación. Rara vez el diente parcialmente erupcionado, origina infección en su gingiva.

Todos los factores antes enunciados son los que alteran y desencadenan las reacciones patológicas de la gingiva y el parodonto.

b) IRRITANTES SISTEMICOS.-

- a) Insuficiencias vitamínicas.
- b) Trastornos hormonales.
- c) Discrasias sanguíneas.
- d) Alergias.

INSUFICIENCIAS VITAMINAS.- La vitamina A, su insuficiencia de ésta, causa agrandamiento gingival con proliferación de los elementos histológicos de la encía.

Vitamina B, la falta de ella o su insuficiencia produce estados de hipersensibilidad y de neuritis considerándose como una causante directa de la estomatitis herpética. Los tejidos gingivales pierden su coloración normal descrito como color rosa viejo, puede haber parodontitis dolorosa, con pérdida del diente por estar afectado el parodonto, y sensación de quemadura leve en lengua y mucosa bucal.

Vitamina C, la carencia de esta vitamina produce una enfermedad llamada escorbuto, caracterizada principalmente por las hemorragias espontáneas que produce, ya que la carencia de esta vitamina afecta las estructuras histológicas de los endoteles vasculares, así mismo esta vitamina tiene influencia directa sobre la formación y estructura normal del tejido colágeno, considerándose su carencia como factor causal directo de trastornos del tejido conjuntivo o colágeno. Está íntimamente ligada a la enfermedad parodontal.

Vitamina D, esta vitamina regula el metabolismo del calcio y del fósforo, se forma a nivel de los tegumentos debido a la acción del hueso, así mismo está en relación con el metabolismo de las sales de calcio y fósforo.

TRASTORNOS HORMONALES. - Se tienen pocos datos sobre la acción de las glándulas endocrinas sobre el parodonto. Las hormonas son sustancias orgánicas producidas por las glándulas endocrinas. Son secretadas directamente hacia el torrente sanguíneo y ejercen una influencia fisiológica importante en las funciones de determinadas células y sistemas.

Hipertiroidismo. - El hiperfuncionamiento de la glándula paratiroides, ocasiona cavidades quísticas multiloculadas en el hueso y es frecuente encontrar este tipo de cavidades relacionadas con las raíces dentarias, lo que produce movilidad de la pieza por destrucción del hueso de soporte. El hueso alveolar se presenta con cierta rarefacción y parcialmente descalcificado. -- Los lactantes presentan un mayor crecimiento y desarrollo, con erupción adelantada de los dientes; los dientes y los maxilares están bien formados y no presentan irregularidades poco comunes.

Hipotiroidismo. - Es el estado patológico caracterizado por una disminución progresiva de todas las actividades por deficiencia de hormona tiroidea. A menudo hay resorción alveolar y hay predisposición a la enfermedad periodontal. Se ha señalado hipertrofia gingival extensa.

Gonadas. - Probablemente son las glándulas que mayor relación tienen, con respecto a la mucosa bucal y el tejido de soporte. A la mucosa -

bucal, algunos autores la comparan con el endometrio uterino, ya que la falta de hormonas femeninas, progesterona y foliculina, provoca trastornos bucales que se pueden describir como una estomatitis descamativa crónica. Durante el embarazo se puede observar una gingivitis clásica en el 30 al 40% de las mujeres embarazadas, que se denomina gingivitis del embarazo, dicha gingivitis aparece durante el 2o. trimestre de la gestación.

Menstruación.- Es un hecho conocido clínicamente que el tejido gingival puede presentar un agrandamiento temporal durante los días que dura la menstruación. Así mismo se ha comprobado clínicamente que existen ciertas tendencias a la hemorragia durante esos días, por lo que se recomienda, no intervenir en una operación cruenta.

La pubertad.- Es la etapa en la que aparecen en el torrente circulatorio las hormonas estragénicas, lo que determina en un cuadro clínico de alteraciones tisulares temporales que afectan a los tejidos gingivales principalmente.

Menopausa.- Es la cesación en la sangre de las hormonas estragénicas, puede causar una gingivitis descamativa y sensaciones de sequedad y quemadura en toda la mucosa bucal.

Diabetes.- Es una de las enfermedades que se discute si es o no el factor causal directo de la enfermedad paradontal. Existe una gran discrepancia entre diferentes autores al considerar a la diabetes como factor causal primario de algunas parodontopatias. En la diabetes juvenil, se observa rese

quedad y abrillantamiento de las superficies gingivales, extendiendo agrandamiento gingival y cambios en la textura de la encía. El colágeno no se ve -- afectado y observamos zonas con pérdida de hueso. En los capilares también se observa estenosis por calcificación de su pared interna. El ligamento parodontal tiene zonas hemorrágicas y necrosadas, el individuo que padece diabetes tiene disminuidas sus defensas por lo que fácilmente contrae infecciones.

La enfermedad paradontal no sigue patrones fijos en pacientes diabéticos. Es frecuente que haya inflamación gingival de intensidad poco común, bolsas paradontales profusas y abscesos del mismo tipo en pacientes con mala higiene bucal y acumulación de cálculos.

DISCRACIAS SANGUINEAS. - Las enfermedades de la sangre son -- procesos patológicos no muy frecuentes pero sí interesantes desde el punto de vista odontológico, ya que es frecuente consultar al dentista con respecto al tratamiento de hemorragias gingivales, hipertrofia de las encías, o lesiones ulcerativas de las mismas.

Anemia. - Es una reducción por debajo de lo normal de la cantidad -- de la hemoglobina, sus manifestaciones en la cavidad bucal son:

- a) Hemorragia espontánea de la encía.
- b) Petequias.
- c) Palidez de la mucosa bucal.
- d) Antecedentes de sangrado al cepillado.
- e) Ulceraciones intensas de la boca, acompañadas de fiebre.

f) Infecciones de la mucosa bucal que no responden al tratamiento.

Leucemia.— Es un padecimiento caracterizado por el aumento de leucocitos en la sangre y en los tejidos. La leucemia puede ser clasificada en -- linfoide, mieloide o monocítica según el tipo de leucocitos afectados.

Los principales signos que presenta son: Aumento de volumen e hipertrofia de la encía, hemorragias frecuentes sin causa aparente, ulceraciones, movilidad dentaria, odontalgias y muchas veces necrosis de la encía y mucosa bucal.

Agranulocitos.— La describió Shultz por primera vez en 1922, como un síndrome caracterizado por lesiones ulcerosas de la mucosa bucal y faríngea, acompañadas a menudo por malestar, fiebre y esplenomegalía. El número de granulocitos en la sangre está siempre muy disminuído. Las lesiones iniciales suelen encontrarse casi siempre en la boca, por lo que el paciente se dirige al dentista en busca de tratamiento. La exodoncia, en casos de -- neutropia maligna puede ser mortal. Es importante para el odontólogo, diferenciar claramente las lesiones agranulocíticas, de las ocasionadas por la infección fusoparaquetósicas antes de instituir el tratamiento adecuado.

Las lesiones bucales típicas están constituídas por zonas necróticas de forma irregular, a veces contiguas a los tejidos gingivales. Se ha atribuído la aparición temprana de lesiones gingivales a la ausencia de granulocitos fagocitarios en estos tejidos. Puede afectar el ligamento parodontal e -- incluso el hueso alveolar.

ALERGIAS.— La alergia es una alteración específica producida por -- exposición previa de un agente que se manifiesta por una respuesta inmediata o tardía. En la clínica diaria se puede tener ocasión de apreciar todo tipo de respuesta alérgica. La etiología de las alergias es muy variada, la pueden -- producir alimentos, hongos, productos químicos, medicamentos, animales domésticos, cierto tipo de ropa, metales, tabaco, etc.

Las reacciones alérgicas más importantes son: Queilitis venenata, --- glositis venenata y estomatitis venenata, sus manifestaciones clínicas bucales son del tipo de quemadura, vesícula en los labios y lengua, dolor, prurito e inflamación.

CAPITULO III

PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL

- a).- Hábitos del paciente.
- b).- Placa dentaria.
- c).- Control de la placa.
- d).- Higiene bucal.
- e).- Objetivos.
- f).- Valoración y educación del paciente.

CAPITULO III.

PREVENCION DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL.

El creciente conocimiento de la gran frecuencia de la enfermedad parodontal y la pérdida de dientes que causa, más la existencia de un cúmulo de enfermedades sin tratar que aumentan con mayor velocidad que nuestra capacidad de curarlas hace ineludible que el interés de la parodoncia se desplace del tratamiento a la prevención. La prevención comienza con la salud y busca preservarla utilizando los métodos de aplicación universal más simples. La parodoncia preventiva es un programa de cooperación entre el odontólogo, su personal auxiliar y el paciente, para la preservación de la dentadura natural previniendo el comienzo, el avance y la repetición de la enfermedad parodontal.

El tratamiento parodontal comienza con la enfermedad y busca restaurar y conservar la salud parodontal incluso se requiere técnicas muy complicadas.

Gran parte de la enfermedad parodontal y la pérdida de dientes que esto causa, pueden ser prevenidas pues tienen su origen en factores locales - accesibles, corregibles y controlables.

Se desconoce la etiología de algunas formas de enfermedad parodontal, pero tales casos representan un sector extremadamente pequeño de los pro

blemas parodontales teniendo en cuenta que hoy en día se puede devolver la función normal del parodonto.

a) HABITOS DEL PACIENTE.

Se puede culpar a la negligencia de la mayoría si no es que a todas, las enfermedades parodontales: La negligencia respecto de la boca sana permite que se produzca la enfermedad, el descuido de la enfermedad incipiente hace que destruya los tejidos de soporte y el descuido de la boca tratada hace que la enfermedad se repita. La mala higiene bucal que permite la acumulación de placa, cálculos y materia alba enmascara todos los otros factores locales causales de la enfermedad parodontal. El estado de higiene bucal individual determinará la frecuencia y gravedad de la parodontitis.

La mayoría de los pacientes acuden en busca de tratamiento parodontal en momentos de peligro a causa del dolor o por que temen perder sus dientes cuando se requiere un tratamiento muy largo complicado y muchas veces costoso. Una mayor atención en la prevención de la enfermedad y su tratamiento en sus períodos tempranos ocasiona menos problemas que el tratamiento a partir de lesiones avanzadas y agudas.

b) PLACA DENTARIA.

La placa dentaria es la causa más importante de la enfermedad parodontal. Es el principal factor etiológico de la gingivitis y la caries dental. Los productos de las bacterias de la placa penetran en la encía y generan --

gingivitis, la cual al no ser tratada, nos lleva a la parodontitis y la pérdida dentaria. El componente ácido de la placa inicia la caries.

La placa también es importante porque constituye la etapa inicial de la formación del cálculo dentario. Una vez formado el cálculo es el depósito continuo de la nueva placa sobre la superficie, más aún que la porción interna calcificada, la causa de perpetuación de la inflamación gingival.

c) CONTROL DE LA PLACA.

El control de la placa es la prevención de la acumulación de la placa dentaria y otros depósitos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes. Es la manera más eficaz de prevenir la gingivitis y, en consecuencia una parte crítica de los muchos procedimientos que intervienen en la prevención de la enfermedad parodontal. El control de la placa así mismo es la manera más eficaz de prevenir la formación de cálculos.

d) HIGIENE BUCAL.

La higiene bucal y el masaje gingival son procedimientos que realiza el paciente para eliminar la placa, los depósitos blandos y residuos de los dientes para que la encía sea firme y aumente la cornificación del epitelio.

La higiene bucal adecuada es necesaria para ayudar a curar la enfermedad parodontal inflamatoria y para mantener el estado de salud. Esto se consigue principalmente mediante la eliminación regular de la placa la cual

se considera causa principal de inflamación gingival. Por ello la higiene bucal es terapéutica y profiláctica.

Además, el cuidado eficaz es importante para tratar problemas de re-
sección gingival y agrandamiento gingival.

OBJETIVOS:

Los objetivos inmediatos de la higiene bucal casera son los siguientes:

- 1.- Reducir la cantidad de microorganismos sobre los dientes. Se eliminará toda la placa del margen gingival y superficies dentarias proximales. Al hacerlo el dentista elimina los factores etiológicos que producen irritación e inflamación.
- 2.- Favorece la circulación.
- 3.- Favorece la cornificación del epitelio y hace que los tejidos gingivales sean más resistentes a la irritación mecánica.

La misión del paciente es la participación activa en el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento de la salud parodontal. El éxito o el fracso del tratamiento puede radicar en la capacidad del paciente para comprender y cooperar en la realización de la higiene bucal. Para destacar la importancia de la higiene bucal se aplicarán técnicas con propósitos claros definidos de educación del paciente.

Los requisitos del cuidado varían de paciente a paciente e incluso en diferentes zonas de una misma boca.

El examen clínico permitirá que el odontólogo valore las necesidades

del paciente. Esta valoración incluye la apreciación de la anatomía y alineación de los dientes, relación de los dientes con la encía y tipo y cantidad de depósitos presentes.

Se preguntará al paciente sobre sus hábitos actuales de higiene bucal. Durante la conversación, el dentista ha de tomar en cuenta las respuestas del paciente a preguntas sobre higiene bucal y sugerencias referentes al programa de cuidado dental casero, algunos pacientes pueden no tener enfermedad gingival por ser resistentes a ella. Estas personas plantearán pocos problemas de higiene bucal. Parece que la dieta no tiene un papel importante en la eliminación de la placa de los dientes. Investigaciones recientes hablan del poco efecto de los llamados alimentos detergentes en la eliminación de la placa de las superficies dentarias.

Sin embargo, en algunos pacientes, determinadas partes de los dientes no tienen placa, incluso en ausencia de cepillado.

Puede ser la función que los labios, carrillos y lengua sobre las superficies dentarias eliminen parte de la placa.

El paso de los alimentos sobre los dientes puede ejercer ciertos efectos de limpieza ya que los astronautas alimentados por sondas formaron mayor cantidad de placa que sus compañeros que masticaban los alimentos a pesar de las medidas de higiene bucal indicadas.

VALORACION Y EDUCACION DEL PACIENTE:

Observaremos la calidad de su higiene bucal y trataremos de determi--

nar su actitud hacia el cuidado dental casero. Averiguaremos su horario diario, su trabajo por si viaja. Los obreros de la construcción tienen a su disposición - instalaciones para la higiene bucal que difieren de las de los abogados o via-- jantes de comercio, y tienen diferentes actitudes sociales respecto a la higiene bucal.

Ello no significa que no sea factible modificar tales actitudes; significa que el odontólogo puede captar una base a partir de la cual orientar sus esfuer-- zos educacionales.

SOLUCIONES REVELADORAS E INDICE DE PLACA:

Muéstrese al paciente la placa en su boca. Use un explorador u otro instrumento para recoger una pequeña cantidad de este material. Pida al pa-- ciente que se enjuague con solución reveladora o que mastique tabletas revela-- doras. Con un espejo de mano y buena luz, mostraremos al paciente las zonas coloreadas sobre sus dientes y le diremos que estas pigmentaciones representan la placa y que debe quitar toda la placa de todas las superficies dentarias.

En bocas cepilladas se hallará placa en las superficies interdentarias y en los márgenes gingivales muéstrese al paciente como quitar la placa. Puesto que raras veces las zonas interdentarias se limpian tan bien como otras zonas y esto hace que las bolsas parodontales sean más profundas.

AUXILIARES DEL CUIDADO DENTAL:

Los auxiliares del cuidado dental se dividen en dos: para limpieza y - para masaje.

Auxiliares de Limpieza:

- a).- Cepillo dental.
- b).- Hilo dental.
- c).- Soluciones o tabletas reveladoras.
- d).- Cordón de algodón.
- e).- Cepillo unipenacho.
- f).- Tiras de gasa.
- g).- Aparatos de irrigación con agua.
- h).- Dentífrico.
- i).- Enjuagatorios.
- j).- Cepillos interdentarios.

Auxiliares de Masaje:

- a).- Cuñas de madera.
- b).- Estimulador interdentario.
- c).- Estimulador gingival.
- d).- Masaje gingival.

Hay que inculcar al paciente la necesidad de cepillarse una vez al día o dos, para eliminar la placa y los residuos y para estimular los tejidos circundantes.

Le explicaremos al paciente la localización de los residuos y la consecuencia de su presencia en la encía y estructuras de soporte. Las recomenda--

ciones respecto al cepillo nos debemos basar en las necesidades individuales de cada paciente, insistiendo en el hecho de que se usarán dos cepillos diarios uno por cepillado y uno por masaje.

La frecuencia del cepillado y la limpieza se regularán con la finalidad de prevenir la enfermedad gingival y las caries.

Sobre la base de estudios recientes, puede precisarse la limpieza diaria o en días alternos, para prevenir la gingivitis. Sin embargo, los requisitos para controlar la caries o la supresión de los olores de aliento son más exigentes.

Una vez enterado el paciente de las razones de cepillado, empieza la enseñanza de la técnica. Los medios visuales ayudan a transmitir el mensaje. La demostración de la técnica del cepillado la haremos sobre un tipodónto para que así el paciente se de mejor cuenta.

CEPILLOS:

Al recomendar un cepillo tomaremos en cuenta lo siguiente:

a).- Tipo.- Decídase que tipo o tipos de cepillos se utilizarán. Hay cepillos manuales y eléctricos. La mayoría de los casos se preferirá el cepillo manual.

b).- Tamaño.- El mango del cepillo manual ha de tener una forma tal que permita una presión firme y cómoda. La parte activa será lo suficientemente pequeña para que permita una fácil introducción en todas las zonas de la boca, pero lo suficientemente grande para abarcar varios

dientes a la vez.

c).- Cerdas.- Las cerdas deben ser de igual longitud. Si son blandas deberán hallarse muy cerca una de otra dispuesta en dos o más hileras. Si son duras deberán estar más espaciadas en dos o tres hileras, pueden ser cerdas naturales o de fibras sintéticas.

SECUENCIA DEL CEPILLADO:

Enseñe al paciente a cepillarse sistemáticamente comenzando de -- atrás y avanzando hacia la región posterior en el lado opuesto del mismo - arco.

El tiempo que demande la limpieza de la boca variará con cada pa-
ciente y dependerá en parte de la frecuencia del cepillado. Indique el --
tiempo determinado, pero señale que el comienzo requerirá mayor tiempo
(de 10 a 15 min.) hasta que el paciente adquiera destreza en la limpieza.
Luego será suficiente con tres o cinco minutos.

El cepillado se hará delante de un espejo con buena luz para que -
el paciente vea la colocación del cepillo y las cerdas.

El paciente se debe cepillar por la noche antes de irse a dormir, de
esta manera durante las horas de sueño la boca estará lo más limpia posible
y no se dejará la placa insitu doce horas o más.

Observaremos la eficacia de la higiene durante el tratamiento.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO

- a).- Medicamentoso.**
- b).- Quirúrgico.**
- c).- Postoperatorio.**

CAPITULO IV.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO.

En la enfermedad paradontal el tratamiento medicamentoso es utilizado con el fin de prevenir y tratar complicaciones generales de las infecciones bucales agudas, y como medida profiláctica preoperatoria contra infecciones o bacteremia que sigue al curetaje o procedimientos quirúrgicos.

ANALGESICOS Y NARCOTICOS. - Son drogas de gran empleo que se utilizan para aliviar el dolor. Acido acetil-salicílico en dosis de dos tabletas de 300 mg. cada tres horas en adultos es muy eficaz. No produce trastornos gástricos que a veces genera el ácido acetil-salicílico.

El Darvón compuesto 65 es un analgésico no narcótico para dolores intensos. La dosis es una cápsula cada tres o cuatro horas. El clorhidrato de pentazocaína (talwin) también es un analgésico no narcótico eficaz. La dosis es de 50 mg. cada cuatro horas. Hay reservas respecto a su uso en niños menores de 12 años y durante el embarazo.

El uso de narcóticos con efectos analgésicos, hipnóticos y sedantes como la codeína por lo general se administran en tabletas, preparados con ácido acetil-salicílico, fenacetina y cafeína. Dos tabletas cada tres horas es una dosis eficaz en caso de dolor intenso.

El Demerol, clorhidrato de meperidina es un narcótico para dolores intensos y el insomnio que los dolores producen. Se administra por vía bucal

en tabletas de 50 mg. cada cuatro horas o por vía intramuscular.

La morfina analgésico sumamente eficaz en dolores persistentes. Este analgésico debemos de tener cuidado en administrarlo porque causa farmacodependencia. Por lo general la morfina se receta con sulfato de morfina, de 8 a 10 mg. cada cuatro a seis horas, por vía bucal, subcutánea o intramuscular.

TRANQUILIZANTES.— Estas drogas son útiles para el alivio de la ansiedad, la tensión y el temor. Entre los tranquilizantes que se usan más comúnmente se hallan el clordiazepóxido, dosis de 5 a 10 mg. tres o cuatro veces al día; meprobamato de 200 a 400 mg. tres veces al día; diazepam, de 2 a 10 mg. de dos a cuatro veces al día, clorhidrato de hidroxizina, 25 a 100 mg. de tres a cuatro veces al día.

SULFONAMIDAS.— Se utilizan como agentes quimioterapéuticos en pacientes sensibles a los antibióticos. Son sumamente tóxicas, son insolubles y tienden a precipitarse en los riñones. Dosis inicial de 4 a 5 tabletas de 0.5 g seguida de una tableta cada cuatro o cinco horas.

HIPNOTICOS.— Los barbitúricos son hipnóticos eficaces que se utilizan en pacientes aprensivos. Tales como el pentobarbital de acción corta, que con una cápsula de 100 mg. aproximadamente una media hora antes del procedimiento operatorio. El secenal, que se puede utilizar de igual manera. El clorhidrato de prometazina sedante e histamínico, su dosis es de 25 a 50 mg. El fenobarbital sedante e hipnótico su dosis es de 50 mg.

RELAJANTES.- Son drogas utilizadas en alteraciones dolorosas de la articulación temporomandibular o espasmos dolorosos musculares. Tales como el Tolserol o Tolseram en una dosis de 2 a 3 mg., 20 min. antes de ver al paciente. El Robaxin a base de Metacarbamol es bastante eficaz de 1.5 a 2 g cuatro veces al día durante dos o tres días.

ANTIBIOTICOS.- Se consigue alivio pasajero de los síntomas de infecciones bucales con antibióticos en pastillas o tabletas. Sin embargo, debido a efectos colaterales como edema de la mucosa bucal glositis dolorosa, -- aparición de moniliasis bucal aguda y posibilidades de sensibilizar al paciente y causar reacciones alérgica secundarias en otras zonas del organismo.

La selección del antibiótico se basará en la especificidad de la droga para las necesidades del paciente. Si se administran antibióticos como -- protector para prevenir la infección, es preciso que se comience su ingestión la noche anterior al tratamiento y se continúe dos días más después del procedimiento operatorio.

CORTICOESTEROIDES.- Se utiliza glucocorticoide sintético potente que se usa en forma tópica para el tratamiento de determinadas lesiones -- mucosas agudas y crónicas (kenalog acetónico de triamcinolona al 0.1%). -- El ora-base es un vehículo atóxico adhesivo y mantiene el contacto de la -- droga con la mucosa bucal. Se aplica tópicamente sobre las lesiones cuatro veces al día, después de las comidas y antes de dormir.

AGENTES ANTIINFECCIOSOS LOCALES.- Estas son sustancias que

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

actúan como desinfectantes, que destruyen las bacterias en el lugar de la aplicación, o antisépticos, como prevención de la proliferación de las bacterias en el lugar de aplicación en tanto esté presente la droga. Un antiséptico ideal debe tener gran eficacia y baja toxicidad, deber ser activo en presencia de materia purulenta, no debe actuar como irritante y tener un gran amplio espectro. En la práctica parodontal los más usados son: peróxido de hidrógeno al 3%, -- mercurios.- mertilolato, metafero, merbromin y mercrecin son antisépticos no irritantes útiles en la limpieza preoperatoria y postoperatoria del campo de -- operación.

Tinturas.- Las más comunes son, acriflavina al 1%, violeta de genciana al 1%, verde brillante al 1%.

ANESTESICOS.- Se usan en inyecciones locales para prevenir el dolor durante los procedimientos quirúrgicos o al raspaje o curetaje subgingivales. Los que corrientemente se administran por inyección son el clorhidrato de procaína, el clorhidrato de lidocaína, clorhidrato de butetamina y el clorhidrato de mivacaína (carbocaína).

ASTRINGENTES.- Estas son drogas que temporariamente reducen o condensan la superficie de zonas de mucosa u otros tejidos con inflamación y edemas moderados, reduciendo la posibilidad de invasión bacteriana. Los astringentes más usados son el ácido tánico, la tintura de mirra, el cloruro férrico y el sulfato férrico en polvo.

HEMOSTATICOS Y VASOCONSTRICTORES.- Los hemostáticos son

dragos que detienen la hemorragia que mana de capilares y arteriolas lacera-
das al producir la coagulación rápida de la sangre alrededor de los vasos. No
surten efectos en casos de hemorragias intensas, en cuyos casos hay que recu-
rrir a la sutura o compresión.

De los más usados son: El polvo de subsulfato férrico, trombina, la ce-
lulosa oxidada y la esponjosa de gelatina absorbible y adrenalina.

ENJUAGATORIOS.- Son soluciones de sabor agradable, aromáticas,
que eliminan residuos sueltos de alimentos, pero no son sustitutos de la limpie-
za. Muchos enjuagatorios producen una disminución transitoria de las bacte-
rias bucales, algunas disminuyen el depósito de placa aunque su efecto puede
ser leve.

APOSITOS.- Se utilizan para el cuidado postoperatorio de interven-
ciones quirúrgicas parodontales. Los hay con eugenol como el de kirkland--
Kaiser, y sin eugenol como el CoeTak que tienen acción antimicrobiana.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

RASPADO Y CURETAJE.- El raspado es la técnica por medio de la --
cual se eliminan los irritantes que se encuentran adheridos a los tejidos duros
o sea cemento y esmalte. El curetaje es la eliminación del tejido degenerado
y necrótico que se localiza en la pared del intersticio gingival patológico de-
nominado bolsa parodontal.

Indicaciones:

1.- Eliminación de bolsas supraóseas en las cuales la profundidad es tal que los cálculos están sobre la raíz se pueden examinar por completo, mediante la separación de la pared de la bolsa, con un chorro de agua tibia o -- una sonda. La pared de la bolsa deber ser edematosa y no fibrosa.

2.- Para el tratamiento de la mayoría de las gingivitis excepto el -- agrandamiento gingival.

3.- Se puede usar también en el tratamiento de algunas bolsas intra óseas.

Técnica:

1.- Se aísla el campo con rollos de algodón o gasa, se aplica un antiséptico suave como el mertiolate. Se aplica la anestesia ya sea tópica o -- por infiltración.

2.- Se eliminan los cálculos y residuos visibles con raspadores superficiales, obteniendo como resultado la retracción de la encía.

3.- Se introduce un raspador profundo hasta el fondo de la bolsa debajo del borde inferior del cálculo y se desprende. El cincel se usa para superficies proximales que están tan juntas que no permiten la entrada de otra clase de separadores.

4.- Se usan azadas para asegurar la eliminación de depósitos profundos de cemento necrótico y aislamiento de las superficies radiculares. El aliado final se hará con curetas.

5.- Se curetea la pared blanda, para esta finalidad se usan curetas -

con bordes cortantes en los dos lados de la hoja para que en la misma operación se alise la raíz.

Se introduce la cureta de modo que tome el tapíz interno de la pared de la bolsa y se desliza por el tejido blando hacia la cresta gingival. Se hace presión digital sobre la pared blanda de la bolsa en la superficie extrema. Se coloca la cureta por debajo del borde cortado de la adherencia epitelial y se separa con un movimiento de pala hacia la superficie del diente. Con esto -- eliminamos el tejido degenerado, brotes epiteliales con proliferación y el tejido de granulación.

6.- Las superficies rediculares y coronarias adyacentes se pulen con -- tasa de goma y piedra pómez fina con agua.

GINGIVECTOMIA. - La gingivectomía es un procedimiento quirúrgico por medio del cual se eliminará la encía enferma y a la vez permitirá hacer el raspaje y alisado de la superficie redicular, acompañado por un remodelado adecuado de la encía.

Indicaciones:

- 1.- Eliminación de bolsas profundas supraóseas.
- 2.- Eliminación de bolsas supraóseas con pared fibrosa.
- 3.- Eliminación de agrandamientos gingivales.
- 4.- Abscesos periodontales.
- 5.- Capuchones pericoronarios.

Técnica:

1.- En pacientes aprensivos se premedica con sedantes como puede -- ser el nembutal de 100 mg.

2.- Se aplica anestesia por infiltración.

3.- Se marca la profundidad de la bolsa con pinzas marcadoras. Se introduce el extremo recto de la pinza hasta la base de la bolsa y se unen los dos extremos de las pinzas, esto nos produce un punto sangrante en la superficie externa de la bolsa. Cada bolsa se marca en varias partes, para dibujar -- su curso sobre la superficie.

4.- Se hace la incisión, ésta se puede hacer con bisturís periodontales, escalpelos o tijeras. Existen dos clases de incisión, la continua y la discontinua:

a) CONTINUA.- Se comienza con la superficie vestibular del último diente y se lleva hasta el sector anterior sin interrupción, siguiendo el curso -- de las bolsas hasta la línea media.

b) DISCONTINUA.- Se comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector anterior, siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose la incisión hasta el ángulo disto-vestibular del diente siguiente. La otra incisión comienza donde la anterior cruza el espacio interdentario. Estas incisiones se repiten hasta llegar a la línea media.

Una vez hechas las incisiones vestibulares se hacen las linguales y se -- les une por medio de una incisión en la superficie distal del último diente erup -- cionado.

5.- Se desprende el margen gingival comenzando en la superficie distal del último diente, esto se hace con una azada quirúrgica y raspadores superficiales.

6.- Se elimina el tejido de granulación, antes de proceder al raspaje, con curetas introduciéndose en la superficie dentaria por debajo del tejido de granulación.

7.- Se elimina el cálculo y el cemento necrótico y se aísla la superficie radicular con raspadores superficiales y profundos y curetas.

8.- Se lava con suero fisiológico y una vez que se ha formado el coágulo se pondrá un apósito quirúrgico.

El apósito debe cubrir totalmente la superficie cortada de la encía, pero debe evitarse una sobreextensión sobre la mucosa no afectada. Los labios carrillos y lengua modelarán el apósito mientras esté blando. El apósito se deja aproximadamente una semana después de la gingivectomía, pero puede quedarse hasta dos semanas.

GINGIVOPLASTIA.- Es el método por medio del cual se restablece la forma y arquitectura normal de la encía marginal e insertada.

INDICACIONES:

1.- Cuando el remodelamiento no se incluye en el tratamiento deseado.

2.- Cuando la cicatrización produce anomalías gingivales.

TECNICA.- La gingivoplastia se puede hacer con bisturí periodontal, escalpelo, piedra rotatorias de diamante de grano grueso o electrocirugía.

COLGAJO SIMPLE.- Es uno de los métodos preferidos para el tratamiento de bolsas infraóseas, pues proporciona visibilidad y acceso excelente a los defectos óseos.

Técnica.- La técnica de Newman y Widman es la que se usa con más frecuencia:

- 1.- Incisión interna para eliminar el sector interior de la pared interna de la bolsa.
- 2.- Separación del colgajo que consta de encía, mucosa y periostio alveolar. Quedando expuesto el hueso desde el margen gingival hasta el ápice.
- 3.- Eliminación del tejido de granulación y cálculos y pulido de las superficies radiculares.
- 4.- Recorte del margen de hueso alveolar.
- 5.- Sutura del colgajo en posición original.
- 6.- Colocación del apósito quirúrgico.

CUIDADO POSTOPERATORIO.

Se le indicará al paciente que la operación que se ha realizado en -- sus encías ayudará a conservar sus dientes. Cuando la anestesia desaparezca va a sentir una leve molestia. Dos tabletas de aspirina le harán sentirse bien. Puede repetir esta dosis cada tres horas si fuera necesario. Le diremos tam-- bién que el apósito que hemos colocado es para protegerlo de la irritación -- constante y que puede realizar sus actividades normales sin ningún problema y que el apósito debe estar colocado el mayor tiempo posible.

En las tres primeras horas después de la operación evite alimentos ca-- lientes para que el apósito endurezca, después podrá comer todo lo que quie-- ra sin romper el apósito que no fume porque el calor y el humo irritarán sus encías y demorarán la cicatrización que no se enjuague el primer día de la -- operación, puede enjuagarse al otro día diluyéndolo en agua tibia, que lim-- pie las partes de su boca que fueron tratadas en semanas anteriores con los -- métodos que se le han enseñado. Las encías sangrarán más que antes de la -- operación y esto es perfectamente normal en el período de la cicatrización y esto irá desapareciendo gradualmente, que evite el ejercicio excesivo de -- cualquier tipo para evitar una hemorragia.

Puede sentir cierta sensación de debilidad o estremecimiento durante las primeras 24 horas. La inflamación no será rara, en particular en zonas -- que demandaron procedimientos quirúrgicos extensos. La inflamación por lo

general pasará a los tres o cuatro días. Si la inflamación es dolorosa o empera deberá reportármolo.

CAPITULO V

INSTRUMENTAL PARODONTAL

CAPITULO V.

INSTRUMENTAL PARODONTAL.

Los instrumentos parodontales están diseñados para la finalidad que -
cumplan.

SONDAS PARODONTALES Y PINZAS MARCADORAS DE BOLSAS.-

Estas son para la localización o marcado de bolsas y determinación de su curso sobre superficies dentarias individuales.

EXPLORADORES.- Son para la localización de depósitos sobre los -
dientes.

RASPADORES SUPERFICIALES.- Son para la remoción de cálculos -
supragingivales

RASPADORES PROFUNDOS.- Son para la remoción de cálculos sub -
gingivales.

AZADAS.- Son para la eliminación de cálculos subgingivales o ais -
lamiento de superficies radiculares.

CURETAS.- Son para la remoción de las superficies internas de la pa -
red de la bolsa y la adherencia epitelial y para aislar superficies radiculares.

INSTRUMENTOS ULTRASONICOS.- Las vibraciones ultrasónicas se
pueden usar para hacer raspaje, curetaje y remoción de pigmentaciones.

Todas las puntas están hechas para operar en un campo mojado ya que
tienen incorporadas unas salidas de agua, esto es para disipar el calor genera -

do por las vibraciones ultrasónicas.

ELECTROCIRUGIA.- Se refiere al uso de corrientes eléctricas de alta frecuencia para cortar tejido o destruirlo. Hay dos tipos de instrumentos -- electriquirúrgicos. Uno consiste en un generador con mecanismos de chispa, que produce una corriente caracterizada por pucos ondulantes con intervalos de energía muy reducida o amortiguada; el otro, el más usado, emplea circuitos electrónicos para convertir corriente eléctrica alterna en corriente de alta frecuencia.

Esta clase de corriente se usa para coagulación, desecación y fulguración.

En paradoncia, la electrocirugía es útil para varias aplicaciones: La eliminación de agrandamientos gingivales, gingiviplástias, tratamiento de abscesos periodontales agudos, la inserción de frenillos y músculos, para casos de pericoronitis.

INSTRUMENTOS QUIRURGICOS.

- a).- Azadas quirúrgicas.
- b).- Bisturís periodontales.
- c).- El Interdent.
- d).- Instrumentos quirúrgicos de Kirkland.
- e).- Elevador perióstico.
- f).- Tijera.
- g).- Aspiradores.

INSTRUMENTOS PARA LIMPIEZA Y PULIDO.- Tazas de goma, cepillo de cerdas, portapulidores y tiras de papel para limpiar y pulir las superficies dentarias.

CONCLUSIONES.

Es indispensable el estudio del tejido parodontal para así poder distinguir alteraciones patológicas.

Para poder mantener sano al parodonto es necesario que el Cirujano - Dentista preste también atención y motivación para usar todos los medios preventivos que estén a su alcance para conservar el tejido parodontal en buen estado.

Los tratamientos que se realicen en enfermedad parodontal los haremos tomando en cuenta un pronóstico positivo.

La enfermedad parodontal puede ceder al tratar los factores que son - causa de esta enfermedad.

Siendo de gran importancia que la enfermedad parodontal tiene su origen en irritantes locales y padecimientos sistémicos, el tratamiento se debe - de enfocar a la prevención, siendo así menor el problema, que un tratamiento a partir de alteraciones más avanzadas.

El cirujano dentista debe tener presente que después de una intervención parodontal que con un chequeo periódico y ayuda del paciente podemos mantener una buena salud parodontal.

BIBLIOGRAFIA:

- | | |
|---|--|
| - PERIODONTOLOGIA CLINICA | IRVING GLIKMAN |
| - PATOLOGICA BUCAL | FERNANDO QUIROZ |
| - PERIODONCIA DE ORBAN | DANIEL A. GRANT
IRVING B. STERN
FRANK G. EVERETT |
| - MEDICINA BUCAL | BURCKET LESTER W. |
| - DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL | ZEGARELLI EDWARD V. |
| - ANATOMIA Y PATOLOGIA BUCAL | TOMAS VELAZQUEZ |
| - ENFERMEDADES ORALES | JOSEP L. BERNIER |
| - PATOLOGIA ANATOMIA Y FISIOLOGIA
BUCODENTAL | ALCALAYA |
| - PROPEDEUTICA MEDICA | MORGAN Y ENGEL |
| - HISTOLOGIA | HAM |