

24. 744



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

Irritantes Locales que Afectan al
Periodonto.

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

Héctor Leonel Paniagua Guzmán

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.

TEMARIO

INTRODUCCION.

CAPITULO I.- Antecedentes de la Enfermedad Periodontal.

CAPITULO II.- Estructura del Parodonto.

- a).- Histología.
- b).- Fisiología.
- c).- Patología.

CAPITULO III.- Irritantes locales que afectan al Parodonto.

CAPITULO IV.- Historia Clínica y Radiografía.

CAPITULO V.- Tratamiento.

- a).- Medicamentoso.
- b).- Quirúrgico.
- c).- Instrumental.
- d).- Cuidado posoperatorio (preventivo).

CAPITULO VI.- Conclusiones.

CAPITULO VII.- Bibliografía.

DIRECTOR DE TESIS

DR. RAFAEL THEJO SERRANO

CAPITULO I

ANTECEDENTES:

La enfermedad periodontal es muy importante en la práctica de la odontología moderna. Estudios paleontológicos señalan que dicha enfermedad se presenta desde épocas prehistóricas.

La enfermedad periodontal aparece como la más común de las enfermedades que se comprueban en los cuerpos embalsamados de los egipcios de hace 400 años.

Los Sumerios 3000 años A.C. practicaban la higiene bucal; palillos de oro delicadamente elaboradas, hallados en las excavaciones de Ur, en la Mesopotamia. Los Asirios y Babilonios posteriores a la primitiva civilización Sumeria, se cree que sufrían lesión periodontal; una tableta de arcilla de ese periodo contiene menciones de un tratamiento mediante masajes gingival combinados con diversas medicaciones de hierbas. También se habrían utilizado enjuagues tóxicos medicinales, y algunas sugerencias de drogas diferentes para el tratamiento de la enfermedad de la boca, presumiblemente periodontal.

En el tratado médico Chino más antiguo que se conoce, escrito por Hwang-fi, alrededor del año 2500 A.C. la enfermedad periodontal lo divide en los tres tipos siguientes: 1) Fong ya o estado inflamatorio; 2) Ya kon o enfermedad de tejidos blandos de revestimientos de los dientes; 3) Chong ya o caries dental. Las inflamaciones gingivales, abscesos periodontales y las úlceras gingivales se describen con detallada exactitud. Los Chinos se encuentran entre los primeros pueblos que utilizaron el palo de masticación como palillo y el cepillo de dientes para la limpieza de la dentadura y masajeo de tejidos gingivales.

La importancia de la higiene bucal fue reconocida por los primitivos - Hebreos. Muchas de las afecciones patológicas de los dientes y sus estructuras se describen en los escritos Talmúdicos. Muestras de la civilización Fenicia - incluyen una férula de alambre con apariencia de haber sido construida para estabilizar dientes aflojados por la enfermedad periodontal destructura crónica.

Entre los antiguos Griegos, Hipócrates de Cos (460-335) A.C.), fue el primero en instituir un examen sistemático. Explicó la función y erupción de - los dientes, así como la etiología de la enfermedad periodontal.

Los Etruscos mucho antes del año 735 A.C. eran expertos en el arte de confeccionar dentaduras artificiales pero no hay pruebas de que conocieran la - enfermedad periodontal o su tratamiento.

Entre los Romanos, Aulo Cornelio Celso (siglo I D.C.), se refiere a - enfermedades que afectan a las partes blandas de la boca y a sus tratamientos.- Describe el aflojamiento de los dientes. Causada por el debilitamiento de sus raíces y por la flacidez de las encías. Los Romanos tenían gran interés por la higiene bucal. El uso del cepillo dental se mencionan en muchos de los escri- tos de poetas romanos. El masaje gingival era parte de la higiene bucal.

Rhazes (850-923), Arabe de la edad media recomendaba opio, aceite de rosas y miel para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Para fortalecer dientes flojos recomendaba enjuagatorios bucales astringentes y polvos dentríficos. Describió un procedimiento de escarificación de la encía y fuertes contra irritantes en el tratamiento de la enfermedad periodontal. Avicenna (980-1037), explico el desajuste de los dientes alarjados y afirmó que "con la finalidad de que los dientes flojos se afirman de nuevo, hay que evitar usarlos durante la masticación". Escribió extensamente sobre enfermedades de la boca, tales como úlceras, supuraciones, recesión y fisuras.

Albucasis (936-1013) destacó al cuidado y el tratamiento de las estructuras de soporte. Reconoció una interrelación entre el tártaro y la enfermedad de las encías. Diseñó un juego de instrumentos para raspar los dientes.

En el siglo XV, Velasco de Montepellier (1382-1417), afirmó que para tratar la enfermedad de las encías, era necesario eliminar el tártaro poco a poco con instrumentos de hierro o dentríficos. En el siglo XIV y XV también se hace mención al vino blanco, sal calcinada y sustancias aromáticas como auxiliares de la terapéutica periodontal.

En Venecia en 1563 en un libro publicado, Bartolome Eustaquio, explicó la firmeza de los dientes en los maxilares de la siguiente manera: Existe cerca un poderoso ligamento, principalmente insertado en las raíces, mediante el cual estas se conectan firmemente a los alveolos.

Al principio del siglo XVIII, la odontología acusa los primeros signos de curiosidad científica, precursores de las disciplinas de las investigaciones actuales. Pierre Fauchard (1678-1761), padre de la odontología moderna describe la enfermedad periodontal crónica destructura como una clase de escorbuto que ataca las encías, los alveolos y los dientes. Fauchard creía que los remedios internos no eran eficaces para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Recomendaba el raspado mucioso de los dientes para eliminar los depósitos de calculus e ideó muchos instrumentos con esta finalidad; dentríficos, enjuagatorios y ferulización de dientes flojos se incluían en sus procedimientos terapéuticos.

El siglo XIX trajo nuevos nombres y adelantos en el campo periodontal como Runstman, y sus medidas quirúrgicas para el tratamiento de la enfermedad -

periodontal, y Robiscek y la operación por colgajo. A John M. Riggs sus contemporáneos le acreditan la primera y original descripción de un nuevo tratamiento para la cura de la enfermedad periodontal, resorción de proceso alveolar..... salvando y restaurando de esa manera, la firmeza de los dientes aflojados. Su tratamiento consistía en el curetaje subgingival. Describió detalladamente la enfermedad periodontal de estructura crónica de los tejidos de soporte que por muchos años se conocio como enfermedad de Riggs.

Con el comienzo del siglo XX aflora un considerable grupo de clínicos y científicos interesados en el campo periodontal. Actualmente la preocupación principal esta dirigida a la prevención de la enfermedad periodontal, cosa que es posible en gran medida. Al estar ya ubicada dentro de las ramas especializadas de la odontología, puesto que se convirtió en una disciplina en que se basa toda práctica odontológica.

LA PERIODONCIA EN LA ACTUALIDAD.

En el estudio de la enfermedad periodontal es importante tener una perspectiva adecuada respecto al papel de la periodoncia en el ejercicio de la odontología. Puesto que todo procedimiento dental se realiza teniendo en cuenta sus efectos sobre el periodonto, y los tratamientos específicos en el consultorio para prevenir la enfermedad periodontal.

No es mera coincidencia que en este mismo periodo se advierta un nuevo interés de la profesión dental por la importancia de la enfermedad periodontal y se aceptara la periodoncia como una disciplina importante de la odontología. El nuevo interés por el mantenimiento de la dentición natural o comportado una mayor atención a la enfermedad periodontal como factor causante de la pérdida de los dientes. Se planearon estudios para determinar la extensión imputable -

de la enfermedad periodontal, las posibles causas de la enfermedad y los medios de prevenirla. Posteriormente a estas investigaciones la enfermedad periodontal puede evitarse o, si ya existe, puede ser tratada con éxito y lograr la conservación de los dientes.

El auge que ha tomado la periodoncia y el reconocimiento de su importancia en la consecución del principal objetivo de la odontología ha sido algo extraordinario. Algunos autores han dicho que la periodoncia constituirían el eje de la odontología clínica, pues se ha comprobado que era crucial para el mantenimiento de la salud dental y estaba estrechamente relacionada con las demás facetas de la odontología. El hecho de que actualmente exista una mayor información dedicada a la periodoncia, más que cualquier otra especialidad dental, indica el interés que ahora despiertan la periodoncia y la amplitud de las investigaciones en este campo.

No obstante, a pesar de lo mucho conseguido en los decenios pasados y de la suma de conocimientos relativos a las causas y al tratamiento de la enfermedad periodontal, no se ha reducido por ahora de manera radical la incidencia de dicha enfermedad.

CAPITULO II

ESTRUCTURA DEL PERIODONTO.

Periodonto es un término que comprende la unidad funcional de tejidos que sostienen al diente. El diente y el periodonto juntos son denominados unidad dentoperiodontal. Los tejidos comprenden Encía, Ligamento Periodontal, Cemento y hueso alveolar. Las relaciones armoniosas entre las diferentes partes del periodonto se mantiene, en condiciones normales, incluso a pesar de los cambios constantes que se producen en los tejidos periodontales durante la vida.

La Encía es aquella parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

La encía se divide en las Areas Marginal, Insertada e Interdentaria.

Encía Marginal (libre), es la encía libre que rodea 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 milímetro, forma 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.

Encía Insertada.- Se continúa con la encía marginal. Es firme, resistente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacente. Vestibular

mente 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 un milímetro a 9 mm.

Encía 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.

HISTOLOGIA DEL PARODONTO.

La encía marginal consta de un núcleo central de tejido conectivo cubierto de epitelio escamoso estratificado. El epitelio de la cresta y de la superficie externa es queratinizado, paraqueratinizado contiene prolongaciones epiteliales prominentes y se continúa con el epitelio de la encía insertada.

El tejido conectivo de la encía marginal es densamente colágeno, y contiene un sistema importante de haces de fibras colágenas. Las fibras gingivales se disponen en tres grupos; Gingivodentales, circular y transeptal.

GRUPO GINGIVODENTAL: Son fibras de la superficie vestibular, lingual e interproximal. Se hallan incluidas en el cemento inmediatamente debajo del epitelio, en la base del surco gingival. De vestibular y lingual se proyectan desde el cemento, en forma de abanico, hacia la cresta y la superficie externa de la encía marginal. También se extienden sobre la cara externa del perostio del hueso alveolar vestibular y lingual, y terminan en la encía insertada. En la zona interproximal, las fibras se extienden hacia la cresta de la encía interdientaria.

GRUPO CIRCULAR: Corren a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdentaria y rodean al diente en forma de anillo.

GRUPO TRANSEPTAL: Situadas interproximalmente, forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de dientes vecinos en los cuales se hallan incluidas. Están en el área entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdentario.

Encía Insertada se continúa con la encía marginal y se compone de epitelio escamoso estratificado y unstroma de tejido conectivo subyacente.

El epitelio gingival se asemeja a la epidermis en que presenta diferencias claras por el sexo. Las células del epitelio gingival se conectan entre sí mediante estructuras que se encuentran en la periferia de la célula, denominadas desmosomas.

FISIOLOGIA PARODONTAL.

El ligamento periodontal 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, se han dado diversos términos a este tejido; membrana periodontal, pericemento, periostio dental y membrana alveolodental. Se llama membrana a pesar de que no se parece a otras membranas fibrosas como las fascias, las cápsulas de los órganos el pericondrio, o el periostio. Tiene ciertas semejanzas estructurales y funcionales con esos tejidos pero es diferente en cuanto sirve no sólo como pericemento para el diente, y periostio para el hueso alveolar, sino también principalmente como ligamento suspensorio para el diente. Por lo tanto, es más apropiado el término de ligamento periodontal.

GRUPO CIRCULAR: Corren a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdentaria y rodean al diente en forma de anillo.

GRUPO TRANSEPTAL: Situadas interproximalmente, forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de dientes vecinos en los cuales se hallan incluidas. Estan en el área entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdentario.

Encía Insertada se continúa con la encía marginal y se compone de epitelio escamoso estratificado y un estroma de tejido conectivo subyacente.

El epitelio gingival se asemeja a la epidermis en que presenta diferencias claras por el sexo. Las células del epitelio gingival se conectan entre sí mediante estructuras que se encuentran en la periferia de la célula, denominadas desmosomas.

FISIOLOGIA PARODONTAL.

El ligamento periodontal 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, se han dado diversos términos a este tejido; membrana periodontal, pericemento, periostio dental y membrana alveolodental. Se llama membrana a pesar de que no se parece a otras membranas fibrosas como las fascias, las cápsulas de los órganos o el pericondrio, o el periostio. Tiene ciertas semejanzas estructurales y funcionales con esos tejidos pero es diferente en cuanto sirve no sólo como pericemento para el diente, y periostio para el hueso alveolar, sino también principalmente como ligamento suspensorio para el diente. Por lo tanto, es más apropiado el término de ligamento periodontal.

Las funciones del ligamento periodontal son: formativa, de soporte, protectora, sensitiva y nutritiva, 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. Al limitar los movimientos masticatorios del diente, el ligamento periodontal protege a los tejidos en los sitios de la presión lo que se efectúa mediante fibras del tejido conjuntivo que forman la mayor parte del ligamento. Las funciones de tipo sensitivo y nutritivo para el cemento y el hueso alveolar se realizan por los nervios y los vasos sanguíneos del ligamento periodontal.

DESARROLLO:

El ligamento periodontal se deriva del saco dentario que envuelve al germen dentario en desarrollo. Se pueden ver 3 zonas alrededor del germen dentario: una externa que contiene fibras en relación con el hueso, una interna de fibras contiguas al diente y una intermedia de fibras sin orientación especial, entre las otras 2 durante la formación del cemento, las fibras de la zona interna se unen a la superficie de la raíz conforme el diente se desplaza hacia la cavidad bucal, se verifica gradualmente la orientación funcional de las fibras. En lugar de las fibras levas e irregularmente ordenadas, se extienden haces de fibras desde el hueso hasta el diente, y cuando el diente ha alcanzado el plano de oclusión y la raíz está totalmente formada, la orientación funcional es completa. Sin embargo, debido a cambios en las fuerzas funcionales y movimientos eruptivos y de desplazamiento de los dientes, aparecen modificaciones en la disposición estructural del ligamento periodontal durante toda la vida.

ELEMENTOS ESTRUCTURALES.

Los elementos fibrilares esenciales del ligamento periodontal son las fibras principales, todas unidas al cemento. Los haces de fibras van desde el cemento hasta la pared alveolar, a través de la cresta del tabique intermedio hasta el cemento del diente vecino, o hasta el espesor del tejido gingival. Las fibras principales del ligamento periodontal son colágenas blancas del tejido conjuntivo y no pueden alargarse. No hay fibras elásticas en el ligamento periodontal. La aparente elasticidad del ligamento periodontal obedece a la disposición de los haces de fibras principales, que siguen una dirección ondulada desde el hueso hasta el cemento, permitiendo por lo tanto movimientos ligeros del diente durante la masticación. Cerca del hueso las fibras parecen formar haces mayores, antes de su inserción en éste. Aunque los haces corren directamente desde el hueso hasta el cemento, las fibras individuales no cubren la distancia total. Los haces se encuentran "empalmeados o trenzados" y unidos químicamente, a partir de fibras cortas, en un plexo intermedio a la mitad de la distancia entre el cemento y el hueso. El plexo intermedio es común al ligamento periodontal de todos los dientes mamíferos, porque se mueven en sentido occlusal por la erupción continua durante su período funcional. Estos movimientos requieren un reajuste continuo de adaptación del ligamento suspensorio, reconocido que no se produce por la inclusión de nuevas fibras en el hueso y en el cemento como se suponía antes, sino por la formación de nuevas cadenas químicas, muy probablemente mucopolisacáridos, entre las fibras alveolares y dentarias del plexo intermedio. Lo notable o lo poco notable de este plexo depende de la proporción de los movimientos eruptivos. En el incisivo de la rata, que tiene un ritmo eruptivo diario de un tercio de milímetro, es muy amplio y notable, y en el hombre cuyos movimientos eruptivos y de desplazamiento mesial son bastante lentos, el plexo intermedio es poco notable sin embargo durante el momento de movimiento eruptivo rápido, antes de que los dientes entren en función de

ha observado un plexo intermedio en los dientes humanos. Los ligamentos interdentarios o transeptales consisten también de fibras que son más cortas que ellos. En contraste con los ligamentos alveolodentario e interdentario, las fibras del ligamento gingival parecen extenderse directamente desde el cemento hasta el espesor de la encía.

HACES DE FIBRAS.- Los haces de fibras colágenas están ordenadas de tal modo que se pueden dividir en los ligamentos siguientes: 1) ligamento gingival; 2) ligamento interdentario; 3) ligamento alveolodentario.

Las fibras del ligamento gingival unen la encía al cemento. Los haces de fibras van hacia afuera, desde el cemento al espesor de las encías, libre y adherida. Por lo regular se deshacen en una malla de haces más pequeños y fibras individuales, entrelazándose en su porción terminal con el tejido fibroso y las fibras circulares de la encía.

Los ligamentos transeptales o interdentarios conectan los dientes contiguos. Los ligamentos de las fibras aisladas corren desde el cemento de un diente, sobre la cresta del alveolo, hasta el cemento del diente vecino.

El ligamento alveolodentario une el diente al hueso del alveolo y consiste de cinco grupos de haces.

1.- Grupo de la cresta alveolar, los haces de fibras de este grupo irradian a partir de la cresta del proceso alveolar, y se unen por sí mismo, a la región cervical del cemento.

2.- Grupo horizontal, las fibras corren a ángulos rectos en relación al eje longitudinal del diente, desde el cemento hasta el hueso.

3.- Grupo oblicuo, los haces corren oblicuamente y estan unidos en el cemento, en un sitio algo apical de su adherencia en el hueso. Estos haces de fibras son los más numerosos y constituyen la protección del diente contra las fuerzas de la masticación.

4.- Grupo ápical, los haces se encuentran irregularmente dispuestos e irradian a partir de la región ápical de la raíz hasta el hueso que lo rodea.

5.- Grupo interradicular, a partir de la cresta del tabique interradicular, los haces se extienden hasta la bifurcación de los dientes multiradiculares.

Las disposiciones de los haces en los diferentes grupos se encuentran bien adaptada para efectuar las funciones del ligamento periodontal. No importa desde que dirección se aplique una fuerza al diente, siempre se contrarresta, por algunos o por todos los grupos de fibras. Las fibras alveolares principales como conjunto pueden considerarse como un ligamento, el ligamento alveolodentario, mediante el cual el diente está unido al hueso alveolar. Su función es principalmente transformar la presión ejercida sobre el diente en tracción sobre el cemento y el hueso.

El ligamento periodontal como otros ligamentos tienen también función protectora al limitar los movimientos masticatorios del diente. En las zonas hacia las cuales se mueven las raíces, las numerosas venas se vacían por un momento durante la masticación, eliminando así cualquier presión sobre los elementos celulares. Por lo tanto, las fuerzas masticatorias normales no provocan la diferenciación de los osteoclastos en las zonas de presión. La estructura del ligamento periodontal cambia constantemente para cubrir los requerimientos de los dientes en movimientos continuos.

CEMENTO:

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

Existen dos tipos de cemento: Acelular (primario) y celular (secundario). Los dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas. El tipo celular contiene cementositos en espacio aislado, que se comunican entre sí mediante un sistema de canaliculos anastomosados. Hay dos tipos de fibras colágenas: fibras de Sharpey porción incluida de las fibras principales del ligamento periodontal 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 fundamentales y la mineralización progresiva de fibrillas colágenas de ligamento periodontal.

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 varía. 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 su vida. Los dientes erupcionan para equilibrar la pérdida de sustancia dentaria que se produce por el desgaste oclusal e incisal mientras erupcionan queda menos

raíz en el alveolo y el sostén del diente se debilita. Esto se compensa mediante el depósito continuo de cemento sobre la superficie radicular, en mayores cantidades 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 denticoides 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 de cemento.

HUESO ALVEOLAR:

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios. Se componen de la pared interna del alveolo, de hueso delgado, compacto, denominado hueso alveolar, el hueso de sostén que consiste en trabéculas reticulares, y las tablas vestibular y palatina de hueso compacto. El tabique interdentario consta de hueso de sostén encastrado 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 periodontal hacia la parte interna del alveolo son soportadas por el trabeculado esponjoso, que, a su vez, es sostenida por las tablas corticales, vestibular y lingual.

En condiciones normales, la forma de la cresta alveolar depende del contorno del esmalte de dientes vecinos, de las posiciones relativas de las uniones amelocementarias 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 cada diente sigue el contorno de la línea cervical.

El hueso alveolar propiamente dicho se adapta a las demandas funcionales de los dientes de manrea dinámica. Se forma con la finalidad expresa de sostener los dientes, y después de la extracción tiene tendencia a reducirse.

El hueso alveolar se compone de una matriz calcificada con osteocitos encerrados dentro de espacios denominados lagunas. Los osteocitos se extienden dentro de pequeños canales, que se irradian desde las lagunas. En la composición del hueso entran principalmente, el calcio y el fosfato, y otras sales minerales.

CLASIFICACION DE LOS PROCESOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Aunque se han propuesto diversas clasificaciones de las entidades morbosas periodontales, la más sencilla y la que goza de mayor predicamento se basa en el tipo de alteraciones patológicas que se producen:

I.- Enfermedad inflamatoria.

- a).- Gingivitis.
- b).- Periodontitis.

II.- Enfermedades degenerativas.

- a).- Atrofia.
- b).- Periodontosis.
- c).- Gingivosis.

De las dos categorías principales, inflamatoria y degenerativa, la primera es con mucho la más corriente, pues abarca al 95%, o tal vez más, de las enfermedades periodontales observadas. Las enfermedades degenerativas son raras, excepción hecha de las producidas por la oclusión traumática, y su tratamiento no está bien definido.

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS:

a).- GINGIVITIS.- Es la inflamación de la encía que se caracteriza clínicamente por tumefacción, enrojecimiento, alteraciones del contorno fisiológico y hemorragia. Puede adoptar la forma aguda o la crónica con remisiones y exacerbaciones. Suelen observarse bolsas gingivales supradeseas producidas por la tumefacción de los tejidos marginales. Además puede haber hiperplasia ulceración, necrosis, pseudomembranas y exudados purulentos y serosos. Las lesiones pueden ser localizadas o generalizadas.

Concomente, la gingivitis es consecuencia de factores etiológicos locales, tales como la acumulación bacteriana y la formación de cálculo, las restauraciones insuficientes o inadecuadas, que puede constituir una fuente irritativa a los tejidos periodontales, o las alteraciones anatómicas locales que afectan al parieto. Además, hay alteraciones generales como las endocrinopáticas, los trastornos nutritivos, y las discrecias sanguíneas que pueden manifestarse en forma de trastornos gingivales.

Las características de la gingiviti se determinan mediante la atenta valoración de la reacción inflamatoria. La gingivitis aguda presentará una encía roja brillante, que suele estar ulcerada, hemorrágica y posiblemente dolorosa.

La forma más común de enfermedad gingival es la inflamación crónica - que por lo general se extiende a los tejidos de soporte y genera la enfermedad periodontal. La inflamación crónica se puede presentar junto con agrandamiento del tejido. La encía puede ser más fibrosa, de color magenta y no tan hemorrágica. Por lo general indolora.

b).- PERIODONTITIS.- Es la enfermedad inflamatoria de la encía y los tejidos más profundos del periodonto. Suele aparecer como secuela de la gingivitis; no obstante, puede existir o faltar las manifestaciones clínicas de la inflamación gingival. En ambos casos se observan alteraciones más avanzadas y más profundas. El proceso inflamatorio progresa en sentido apical hasta afectar al hueso alveolar y al de apoyo. Se produce la proliferación apical del ligamento epitelial, con formación concomitante de bolsas periodontales.

Cabe admitir que la periodontitis es producida por los mismos factores etiológicos que la gingivitis; la resorción ósea es consecuencia de la duración y de la intensidad de los irritantes e influyen en ella la resistencia de los tejidos y su capacidad para la reparación.

Hay dos tipos de periodontitis: Simple en la cual la destrucción de los tejidos periodontales tienen su origen en la inflamación; y la Compuesta - en la cual la destrucción de los tejidos proviene de la inflamación combinada con trauma de la oclusión.

La característica clínica más importante de la periodontitis son la bolsa periodontal con exudado y la resorción de la cresta alveolar. La bolsa periodontal de la periodontitis no tiene su origen en el agrandamiento e hinchazón del margen gingival, sino en la invasión progresiva de la bolsa sobre el -

ligamento periodontal. Por lo general la lesión es indolora. Puede haber movilidad temprana, o puede ser un síntoma tardío; a veces es mínima, incluso después de pérdidas considerables de hueso alveolar.

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS:

a).- **ATROFIA.** Es la disminución de tamaño de un tejido u órgano o de sus elementos celulares una vez obtenido su tamaño maduro normal. La atrofia - suele ir acompañada de cambios degenerativos. La atrofia no es precisamente un proceso patológico. La reducción generalizada de la altura del hueso alveolar, junto con la recesión de la encía, sin inflamación o trauma de la oclusión se produce con el aumento de la edad y se denomina atrofia fisiológica o senil. Factores locales lesivos agregados a la atrofia subyacente causan una pérdida ósea adicional. La atrofia del periodonto que excede del ritmo fisiológico se denomina atrofia presenil o por desuso.

La atrofia presenil es la disminución prematura de la altura del periodonto, uniformemente en toda la boca y sin causa local evidente.

Atrofia por desuso se produce cuando la estimulación funcional que se demanda para el mantenimiento de los tejidos periodontales disminuye intensamente o esta ausente.

b).- **Periodontocia** Se designa a la destrucción no inflamatoria degenerativa crónica del periodonto que comienza en un tejido periodontal o más. Es una enfermedad poco frecuente del periodonto, que se caracteriza por pérdida ósea alveolar vertical rápida en torno a los primeros molares e incisivos permanentes. Hay migración y aflojamiento temprano de los dientes en presencia de inflamación gingival secundaria y formación de bolsas o sin ellas.

ligamento periodontal. Por lo general la lesión es indolora. Puede haber movilidad temprana, o puede ser un síntoma tardío; a veces es mínima, incluso después de pérdidas considerables de hueso alveolar.

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS:

a).- ATROFIA. Es la disminución de tamaño de un tejido u órgano o de sus elementos celulares una vez obtenido su tamaño maduro normal. La atrofia - suele ir acompañada de cambios degenerativos. La atrofia no es precisamente un proceso patológico. La reducción generalizada de la altura del hueso alveolar, junto con la recesión de la encía, sin inflamación o trauma de la oclusión se produce con el aumento de la edad y se denomina atrofia fisiológica o senil. Factores locales lesivos agregados a la atrofia subyacente causan una pérdida ósea adicional. La atrofia del periodonto que excede del ritmo fisiológico se denomina atrofia presenil o por desuso.

La atrofia presenil es la disminución prematura de la altura del perigonto, uniformemente en toda la boca y sin causa local evidente.

Atrofia por desuso se produce cuando la estimulación funcional que se desarrolla para el mantenimiento de los tejidos periodontales disminuye intensamente o esta ausente.

b).- Periodontosis Se designa a la destrucción no inflamatoria degenerativa crónica del periodonto que comienza en un tejido periodontal o más. Es una enfermedad poco frecuente del periodonto, que se caracteriza por pérdida ósea alveolar vertical rápida en torno a los primeros molares e incisivos permanentes. Hay migración y aflojamiento temprano de los dientes en presencia de inflamación gingival secundaria y formación de bolsas o sin ellas.

La periodontosis se presenta en tres etapas, la primera se caracteriza por degeneración y desmóllisis de las principales fibras del ligamento periodontal y la probable interrupción de formación de cemento. Hay resorción simultánea de hueso alveolar por causa de falta de estimulación funcional de los dientes, y mayor presión sobre los tejidos, cuya causa es edema y proliferación capilar. En la segunda etapa se presenta una etapa de rápida proliferación de la adherencia epitelial a lo largo de la raíz. Asimismo, es posible que haya proliferación de los restos epiteliales en el ligamento periodontal.

La tercera etapa se caracteriza por inflamación gingival progresiva - truma de la oclusión, profundización de bolsas periodontales y mayor pérdida ósea. La periodontosis es una lesión indolora. Esta es la etapa que generalmente se observa, se conoce por odontosis avanzada o síndrome periodontal.

c).- GINGIVOSIS. Gingivitis descamativa crónica es una denominación utilizada para determinar (describir) un trastorno gingival relativamente poco común. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, por lo común después de los treinta años, pero puede presentarse en cualquier edad.

La gingivitis descamativa crónica en su forma leve presenta eritema difuso de la encía marginal, interdentaria e insertada, es por lo general indolora, con cambio de color generalizado. En su forma moderada presenta manchas-rojo brillante y áreas grises que abarcan la encía marginal e insertada. La su superficie es lisa y brillante y la encía normalmente resiliente se torna blanda.- Al masajear la encía con el diente el epitelio se descama y se expone el tejido conectivo subyacente sangrante. Los pacientes se quejan de una sensación de ardor y sensibilidad a los cambios térmicos. El cepillado le produce la denudación dolorosa de la superficie gingival.

CAPITULO III

IRRITANTES LOCALES QUE AFECTAN AL PARODONTO.

La etiología de la enfermedad gingival y periodontal, se clasifica -
comunmente en factores locales y generales, pero sus efectos están relacionados
entre sí. Factores locales son los del medio que rodea al periodonto. Gran -
parte de la enfermedad gingival y periodontal es causada por factores locales,-
por lo común más de uno.

Los factores locales producen inflamación que es el proceso patológico
principal en la enfermedad gingival y periodontal. Los factores generales -
condicionan la respuesta periodontal a factores locales de tal manera que con -
frecuencia, el efecto de los irritantes locales es agravado por el estado del -
paciente. Por el contrario, los factores locales intensifican las alteraciones
periodontales generadas por afecciones generales.

PLACA DENTARIA.

La placa dentaria es un depósito blando amorfo granular que se acumula
sobre las superficies, restauraciones y cálculos dentarios. A medida que se -
acumula, se convierte en una masa globular visible con pequeñas superficies no-
culares cuyo color varía de gris y gris amarillento al amarillo.

La placa aparece en sectores supragingivales, en su mayor parte sobre-
el tercio gingival de los dientes, y subgingivalmente, con predilección por grietas,
defectos y rugosidades, y márgenes desbordantes de restauraciones denta- -
rias. Se forma en iguales proporciones en el maxilar superior y el maxilar in-
ferior, más en los dientes posteriores que en los anteriores, más en las super-

ficies proximales, en menor cantidad en vestibular y en menor aún en la superficie lingual.

La placa dentaria se deposita sobre una película acelular formada previamente, que se denomina película adquirida, pero se puede formar también directamente sobre la superficie dentaria. A medida que la placa madura, la película adquirida subyacente persiste, experimenta degradación bacteriana o se calcifica. La película adquirida es una capa delgada, lisa, incolora, translúcida difusamente distribuida sobre la corona, en cantidades algo mayores cerca de la encía.

La película se forma sobre una superficie dentaria limpia en pocos minutos, se adhiere con firmeza a la superficie del diente y se continúa con los prismas del esmalte por debajo de ella. La película adquirida es un producto de la saliva. No tiene bacterias, es ácido periódico de Schiff (PAS) positiva, y contiene glucoproteínas.

La placa dentaria consiste principalmente en microorganismos proliferante y algunas células epiteliales, leucocitos y macrófagos en una matriz intercelular adhesiva. Los sólidos orgánicos e inorgánicos constituyen alrededor de 20 por 100 de la placa; el resto es agua.

La placa es el factor etiológico principal de la caries, gingivitis y enfermedad periodontal, y constituye la etapa primaria del cálculo dentario.

Hay muchas causas de la enfermedad gingival y periodontal, pero la higiene bucal insuficiente eclipsa a todas las demás. Hay una correlación alta entre la higiene bucal insuficiente, la presencia de placa y la frecuencia y gravedad de la enfermedad gingival y periodontal.

La importancia fundamental de la placa dentaria en la etiología de la enfermedad gingival y periodontal reside en la concentración de bacterias y sus productos. Las bacterias contenidas en la placa y en la región del surco gingival son capaces de producir daño en los tejidos y enfermedad, pero no se han establecido los mecanismos con los cuales generan enfermedad gingival y periodontal en el hombre.

MATERIA ALBA.

La materia alba es un irritante local que constituye una causa común de gingivitis. Es un depósito amarillo o blanco grisáceo blando y pegajoso, algo menos adhesivo que la placa dentaria. La materia alba se ve sin la utilización de sustancias reveladoras y se deposita sobre superficies dentarias, restauraciones, cálculos y encía. Tiende a acumularse en el tercio gingival de los dientes y sobre dientes en mal posición. Se puede formar sobre dientes previamente limpiados en pocas horas, y en períodos en que no se han ingerido alimentos.

Considerada durante mucho tiempo compuesta por residuos estancados de alimentos. Se reconoce ahora que es una concentración de microorganismos, células epiteliales descaídas, leucocitos y una mezcla de proteínas y lípidos solubles, con pocas partículas de alimentos o ninguna. Carece de una estructura interna regular como la que se observa en la placa. El efecto irritativo de la materia alba sobre la encía probablemente nace de las bacterias y sus productos.

RESIDUOS DE ALIMENTOS.

La mayor parte de los residuos de alimentos son disueltos por las enzimas bacterianas y eliminados de la cavidad bucal a los cinco minutos de haber

comido, pero quedan algunos sobre los dientes y membrana mucosa. El flujo de la saliva, la acción mecánica de la lengua, carrillos y labios, y la forma y la alineación de los dientes y maxilares afectan a la velocidad de limpieza de los alimentos, que se acelera mediante la mayor masticación y la menor viscosidad de la saliva. Aunque contenga bacterias, los residuos de alimentos son diferentes de la placa y la materia alba y son más fáciles de eliminar. La placa dentaria no deriva de los residuos de alimentos, ni estos son causa importante de gingivitis. Hay que establecer la diferencia entre los residuos de alimentos y hebras fibrosas que quedan atrapadas interproximalmente en áreas de retención de alimentos o acuñaición.

La velocidad de eliminación de la cavidad bucal varía según sea la clase de alimentos y el individuo. Los líquidos se eliminan más rápido que los sólidos. Los alimentos fríos algo más rápidamente que los calientes. Los alimentos muy cocidos actualmente (con ollas express) dejan más residuos que los alimentos duros.

CALCULOS.

El cálculo es una masa adherente, calcificada o en calcificación, que se forma sobre la superficie de dientes naturales y prótesis dentales.

Según su relación con el margen gingival se clasifica como sigue:

Cálculo Supragingival se refiere al cálculo coronario a la cresta del margen gingival y visible en la cavidad bucal. El cálculo supragingival, por lo general, es blanco o blanco amarillento, de consistencia dura, arcillosa y se desprende con facilidad de la superficie dentaria mediante un raspador. El color es modificado por factores como tabaco o pigmentaciones de alimentos.

Se puede presentar en un solo diente o en un grupo de dientes, o generalizado por toda la boca. El cálculo supragingival aparece con mayor frecuencia, en las superficies vestibulares de molares superiores que están frente al conducto de Stenon, las superficies linguales de los dientes anteriores inferiores, que están frente al conductor de Wharton, y más en incisivos centrales que en laterales. En casos extremos, los cálculos forman una estructura a modo de puente, a lo largo de todos los dientes.

Cálculo Subgingival es aquel cálculo que se encuentra debajo de la cresta de la encía marginal, por lo común en bolsas periodontales, y que no es visible durante el examen bucal. Es denso y duro, pardo oscuro o verde negro, de consistencia pétreo y unido con firmeza a la superficie dentaria. Por lo general los cálculos supragingivales y subgingivales se presentan juntos, pero puede estar uno sin el otro.

También se hace referencia al cálculo supragingival como salival y al cálculo subgingival como sérico, basándose en la suposición de que el primero deriva de la saliva y el último del suero sanguíneo. El consenso actual es que los minerales que forman el cálculo supragingival provienen de la saliva, mientras que el líquido gingival, que se asemeja al suero, es la fuente de los minerales del cálculo subgingival.

Los cálculos supragingivales y subgingivales por lo general aparecen en la adolescencia y aumentan con la edad. El tipo supragingival es más común; los cálculos subgingivales son raros en niños, y los cálculos supragingivales son poco comunes hasta los nueve años de edad.

IMPORTANCIA ETIOLOGICA RELATIVA DE LA PLACA Y EL CALCULO:

La placa es más que el cálculo en la etiología de la enfermedad gingival y periodontal. La gingivitis se produce en ausencia de cálculos y la formación de placa genera gingivitis. Hay una correlación positiva entre el cálculo y la frecuencia de la gingivitis, pero no es tan alta como la de la placa y gingivitis.

La placa no mineralizada sobre la superficie del cálculo es el irritante principal, pero la porción calcificada subyacente es un factor contribuyente significativo. No irrita directamente la encía, pero crea la acumulación de placa superficial irritante y mantiene la placa contra la encía.

Es posible que los cálculos subgingivales sean el producto, y no la causa, de las bolsas periodontales. Sin tomar en cuenta su relación primaria o secundaria en la formación de la bolsa y aunque la característica irritante principal de cálculo sea la placa superficial, el cálculo es un factor patógeno importante en la enfermedad periodontal.

PIGMENTACIONES DENTARIAS.

Los depósitos de color sobre las superficies dentarias se denominan pigmentaciones. Constituyen problemas estéticos, pero también pueden generar irritación gingival. Las pigmentaciones aparecen por la tinción de las cutículas dentales adquiridas y de desarrollo, de ordinario incoloras, por las bacterias cromógenas, alimentos y fármacos. Presentan variación de color y la composición, y en la firmeza con que se adhieren a la superficie dentaria, y una sobre dosificación de flour (flourosis).

PIGMENTACION PARCA.- Es una película delgada, translúcida, adquirida por lo general sin bacterias y pigmentada. Se presentan que no se cepillan lo suficiente o usan un dentífrico inadecuado. Por lo común se encuentra en superficies vestibulares de molares superiores y linguales de incisivos inferiores.

PIGMENTACION TABAQUICA.- El tabaco produce depósitos superficiales pardos o negros, muy adheridos, o coloración parda de la sustancia dentaria. Los pigmentos son resultado de los productos de combustión del alquitran de hulla y de la penetración de los jugos del tabaco en fisuras e irregularidades del esmalte y la dentina. Las pigmentaciones no son necesariamente proporcionales al tabaco consumido, sino que dependen en gran parte de las cutículas dentarias preexistentes, que son las que unen el producto del tabaco a la superficie del diente.

PIGMENTACION NEGRA.- Esta, por lo general, se presenta como una línea negra delgada, por vestibular y lingual, cerca del margen gingival, y como manchas difusas en las superficies proximales. Está adherida con firmeza, tiene de reaparecer una vez eliminada, es más común en mujeres y pueden producirse en bocas con higiene excelente. Las bacterias cromógenas son la causa probable.

PIGMENTACION VERDE.- Es una pigmentación verde o verde amarillenta muy común en niños. Se atribuye la coloración a bacterias fluorescentes y a hongos como *penicillium* y *aspergillus*. Las pigmentaciones se presentan en vestibular, de dientes anteriores superiores, y en la mitad gingival. Se registró una alta frecuencia en niños con tuberculosis de los nódulos linfáticos cervicales y otras lesiones tuberculosas.

PIGMENTACION ANARANJADA.- Es menos común que las pigmentaciones verde o la parda. Se puede presentar en superficies vestibulares y linguales de dien

tes anteriores se cree que son microorganismos cromógenos los causales.

PIGMENTACIONES METÁLICAS.— Las sales metálicas y metales se introducen en la cavidad bucal en el 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 sustancia dentaria y establecen un cambio de color permanente. El polvo de cobre produce una pigmentación verde, y el polvo de hierro una pigmentación parda. Los medicamentos que contienen hierro causan un depósito negro de sulfato de hierro. Otras pigmentaciones que a veces se observan son las de manganeso (negro), mercurio (verde-negro), níquel (verde) y plata (negro), plomo.

IMPACTACION DE ALIMENTOS.

La impactación de alimentos es la acuñación forzada de alimentos en el periodontio, por las fuerzas oclusales. Se produce en sectores interproximales o en superficies dentarias vestibulares y linguales. La impactación de alimentos es una causa muy común de enfermedad gingival y periodontal.

El acuñamiento forzado de los alimentos es impedido en casos normales, por la integridad y localización de los contactos proximales, por el contorno de los bordes marginales y surco de desarrollo, y por el contorno de caras vestibulares y linguales. La cercanía del punto de contacto al plano oclusal aminora la tendencia a la impactación de alimentos en los nichos proximales menores. La ausencia de contacto o la presencia de una relación proximal inadecuada conduce a la impactación de alimentos.

El contorno oclusal establecido por los bordes marginales y los surcos de desarrollo correspondientes, por lo general sirven para desviar los alimentos

tos de los espacios interproximales. Cuando las superficies dentarias atricionadas y aplanadas reemplazan las convexidades normales, el efecto de cuña de las cúspides antagonistas dentro de los espacios interproximales se exagera y se produce la impactación de alimentos. Las cúspides que acuñan forzosamente los alimentos en las zonas interproximales se conocen como cúspides impelentes o cúspides émbolo.

El entrecruzamiento anterior excesivo es una causa común de impactación de alimentos. El acuñamiento forzado de alimentos dentro de la encía y de las superficies vestibulares de los dientes anteriores inferiores y las superficies linguales de los dientes superiores produce diversos grados de lesión periodontal. Hay que señalar que la inflamación producida por impactación de alimentos puede propagarse al margen gingival vestibular continuo.

La impactación de alimentos y sus factores etiológicos:

1).- DESGASTE OCLUSAL.

- a).- Acción de acuñamiento producida por la transformación de las convexidades oclusales en facetas oblicuas.
- b).- Cúspide romamente de un diente superior que desborda la superficie distal de su antagonista funcional.
- c).- Diente inferior desgastado oblicuamente que se superpone a la superficie distal del antagonista funcional.

2).- PERDIDA DE SOPORTE PROXIMAL.

a).- Pérdida del soporte distal por extracción de un diente vecino.

b).- Pérdida de soporte mesial por extracción.

c).- Inclinación por falta de reemplazo de un diente ausente.

d).- Aberturas oclusales permanentes en los espacios interdentarios.

3).- EXTRUSION MAS ALLA DEL PLANO OCLUSAL.

a).- Extrusión de un diente, con retención de la contigüidad de los -
dientes vecinos mesial y distal.

4).- MALFORMACIONES MORFOLOGICAS CONGENITAS.

a).- Torsión en la posición de un diente.

b).- Nichos exagerados entre dientes de cuello ancho.

c).- Inclinación vestibulolingual.

d).- Posición lingual o vestibular de un diente.

5).- RESTAURACIONES CONFECCIONADAS INADECUADAMENTE.

a).- Omisión de puntos de contacto.

b).- Localización inadecuada de los puntos de contacto.

c).- Contorno oclusal inadecuado.

d).- Restauraciones o extensión inadecuada.

e).- Biseles cervicales escalonados en áreas mucosoportadas de restauraciones protéticas.

IMPACTACION LATERAL DE ALIMENTOS.- Además de la impactación de alimentos generada por fuerzas oclusales, la presión lateral proveniente de los labios y carrillos, lengua, puede forzar alimentos en los espacios interproximales. - Es más posible que ello ocurra cuando el nicho gingival se agranda por la destrucción de tejido en la enfermedad periodontal o por resección. Hay acuñamiento cuando los alimentos forzados dentro de tales nichos, durante la masticación, son retenidos, en vez de pasar al otro lado.

SECUELA DE LA IMPACTACION DE ALIMENTOS.- Los siguientes signos y síntomas se presentan juntos con la impactación de alimentos:

- 1).- Sensación de presión y urgencia por quitar el material de entre los dientes.
- 2).- Dolor vago, que irradia en la profundidad de los maxilares.
- 3).- Inflamación gingival con sangrado y gusto desagradable en la zona afectada.
- 4).- Recesión gingival.
- 5).- Formación de abscesos periodontales.

6).- Diversos grados de inflamación del ligamento periodontal, junto con la elevación del diente del alveolo, contactos prematuros y sensibilidad a la percusión.

7).- Destrucción del hueso alveolar.

8).- Caries radicular.

NO REEMPLAZO DE DIENTES AUSENTES.

El no reemplazo de dientes extraídos desencadena una serie de cambios que producen diversos grados de enfermedades periodontal. En casos aislados, los espacios creados por extracciones dentarias no generan secuelas indeseable. Sin embargo, la frecuencia con que aparece la enfermedad periodontal debido a no substituir un diente ausente o más, señala el valor profiláctico de la prótesis temprana.

Las desviaciones del no reemplazo del primer molar son suficientemente importantes para que constituyan una entidad clínica. Cuando falta el primer molar inferior, el o cambio primero es un desplazamiento mesial y la inclinación del segundo molar y tercero, y la extrusión del molar superior. Las cúspides distales del segundo molar se elevan y actúan como émbolos que acunán alimentos en el espacio interproximal entre el primer molar extraído y el segundo molar superior. Si no hay tercer molar superior, las cúspides distales del segundo molar inferior funcionan como una cuña que obstruye el contacto entre el primero y segundo molares superiores, y desvía el segundo molar superior hacia distal. Esto ocasiona la retención de alimentos inflamación gingival y pérdida ósea en el área interproximal entre el primero y segundo molares. Al haber dientes extraídos o inclinados, es común ver pérdida ósea y formación de bolsa.

La combinación de los cambios correspondientes a la falta de reemplazo del primer molar no se produce en todos los casos, ni todos los cambios se identifican con la falta de reemplazo de otros dientes del arco. Sin embargo, por lo general, el desplazamiento y la inclinación de los dientes, con alteraciones de los contactos proximales, es la consecuencia del no reemplazo de dientes extraídos. Estas alteraciones son factores comunes en la etiología de la enfermedad periodontal.

HABITOS.

Los hábitos son factores importantes en el comienzo y evolución de la enfermedad periodontal. Con frecuencia, se revela la presencia de un hábito insuspechado en casos que no respondían al tratamiento periodontal. Se clasifican como sigue los siguientes hábitos importantes en la etiología de la enfermedad periodontal:

- 1).- NEUROSIS, como el mordisqueo de labios y carrillos, lo cual conduce a posiciones extrafuncionales de la mandíbula; mordisqueo de palillo dental y acunamiento entre los dientes, empuje lingual, el morderse las uñas, morder lápices y plumas, y neurosis oclusales.
- 2).- HABITOS OCUPACIONALES, como sostener clavos en la boca, según lo hacen los zapateros, tapiceros o carpinteros, cortar hilos o la presión de un lengüeta al tocar determinados instrumentos musicales.
- 3).- VARIOS, como fumar pipa o métodos incorrectos de cepillado dental, respiración bucal y succión del pulgar.

EMPUJE LINGUAL.— Hay que hacer especial mención del empuje lingual porque muchas veces se pasa por alto. Expone la presión persistente forzada de

la lengua contra los dientes, en particular en la región anterior. En lugar de colocar el dorso de la lengua contra el paladar y la punta detrás de los dientes superiores durante la deglución, la lengua se empuja hacia adelante, contra los dientes anteriores inferiores, los cuales se inclinan o se desplazan en sentido lateral.

Los pacientes con empuje lingual se dividen en dos grupos; 1) aquellos en quienes el síndrome lingual es parte de un síndrome que incluye dipsosibilidad del paladar y macroglosia, y 2) aquellos en quienes el empuje lingual es un hábito adquirido en la niñez o en edad adulta. Por lo general, el empuje lingual es concomitante con hábitos anormales de deglución (deglución inversa). Estos hábitos se suelen establecer en la infancia, y algunos suponen que nacen de la alimentación con tiberón de pezón de diseño inadecuado. Asimismo, se han considerado las enfermedades nasofaríngeas y alérgicas como causas posibles del empuje lingual.

El empuje lingual ejerce una presión lateral excesiva, que puede ser traumatizante para el periodonto. Asimismo, produce separación e inclinación de los dientes anteriores con oclusión abierta en el sector anterior, posterior o zona de premolares.

Del empuje lingual emergen numerosas secuelas secundarias. La inclinación alterada de los dientes anteriores superiores genera un cambio en la dirección de las fuerzas funcionales, de manera que aumenta la presión lateral sobre las coronas. Esto agrava el desplazamiento vestibular y las fuerzas de rotación vestibulolinguales poco favorables. El antagonismo que entre las fuerzas que llevan el diente hacia vestibular y la presión que ejercen hacia dentro los labios pueden conducir a la movilidad dentaria. El empuje lingual es un importante factor que contribuye a la migración patológica.

BRUXISMO.— El bruxismo es el apretamiento o rechinar agresivo, - repetido o continuo de los dientes durante el día o la noche, es más frecuente en adultos, pero también en niños. El apretamiento es el cierre continuo o - intermitente de los maxilares bajo presión y el golpeteo son contactos dentales repetidos que se realizan sobre superficies dentarias aisladas o restauraciones dentarias.

La etiología del bruxismo y hábitos oclusales relacionados de desconocida, pero por lo general se le atribuye a anomalías oclusales, tensión emocional, o a unas y otra.

El bruxismo produce atrición dentaria excesiva que se caracteriza por facetas en superficies dentarias que por lo general no son alcanzadas por los - movimientos funcionales, y por facetas exageradas en áreas funcionales normales, ensanchamiento de las superficies oclusales, y en casos avanzados reducción de la dimensión vertical. El periodonto suele responder favorablemente al aumento de función mediante el ensanchamiento del ligamento periodontal y la mayor densidad del hueso alveolar.

Sin embargo, el impacto repetido creado por el bruxismo y el apretamiento puede lesionar el periodonto al privarlo de períodos funcionales que necesita para la reparación normal. Al traumatizar el periodonto los hábitos oclusales agravan la enfermedad periodontal existente y llevan a la movilidad dentaria. La lesión periodontal es más intensa alrededor de dientes en contacto prematuro. Los hábitos de golpeteo sobre un diente aislado o sectores del arco son más propensos a producir lesiones que los generalizados de bruxismo y apretamiento.

TABACO.- Por lo común, el fumar no origina cambios notables en la encía. El calor y los productos de la combustión acumulados son irritantes locales particularmente indeseables en períodos posteriores al tratamiento. En los fumadores pueden aparecer los siguientes cambios bucales:

1).- Depósitos parduzcos y cambios de color de la superficie dentaria.

2).- Coloración grisáceas difusa y leucoplasia gingival.

3).- Paladar de fumador.

4).- El mantenimiento de la pipa en un lugar fijo, produce la intrusión de los dientes y alteraciones traumáticas en los tejidos periodontales de soporte.

En fumadores se registró una mayor frecuencia de gingivitis crónica y ulceronecrotizante aguda, al igual que una mayor frecuencia y gravedad de enfermedad periodontal; además la acumulación de placa aumenta en los fumadores, con mayor cantidad de cálculos en fumadores de pipa que en los de cigarrillos.

Un tipo específico de gingivitis, denominado gingivitis tóxica, que se caracteriza por destrucción de la encía y del hueso subyacente, fue atribuida al mascar tabaco.

Las células queratinizadas aumentan en los fumadores, pero en la mucosa bucal no es posible detectar otro cambio que no sea la alteración del consumo de oxígeno.

RESPIRACION BUCAL.

Es frecuente ver gingivitis asociada con respiración bucal. Las alteraciones gingivales incluyen eritema, edema, agrandamiento y un brillo superficial difuso en las áreas expuestas. La región anterior superior es el lugar más común de esta lesión. En muchos casos, la encía alterada se demarca nítidamente de la mucosa normal adyacente no expuestas. No se demostró la forma exacta en que la respiración bucal afecta a los cambios gingivales. Su efecto deletéreo es atribuido a la irritación por deshidratación de la superficie.

TRAUMATISMO DEL CEPILLADO DENTARIO.

Como consecuencia del enérgico cepillado horizontal o rotatorio aparecen en la encía alteraciones y abrucciones en los dientes. El efecto de letéreo del cepillado abusivo se acentúa cuando se usan dentífricos excesivamente abrasivos.

Los cambios gingivales pueden ser agudos o crónicos. Los cambios agudos son de aspecto y duración variable, e incluyen adelgazamiento de la superficie epitelial y denudación del tejido conectivo subyacente, para formar una hinchazón gingival dolorosa. Se producen lesiones puntiformes por penetración de las cerdas perpendiculares en la encía. También se ve formación de vesículas dolorosas en las áreas traumatizadas. Eritema difuso y denudación de la encía insertada de toda la boca es la secuela más destacada del cepillado exagerado.

El traumatismo crónico del cepillado tiene por consecuencia recesión gingival con denudación de la superficie radicular. Es frecuente que el margen gingival se agrunde y se presente apilado como si estuviera moldeado con los golpes del cepillo. Puede haber turques lineales que se extienden desde el margen hasta la encía insertada. La encía de tales zonas es rosada y firme.

El uso incorrecto del hilo dental, palillos o estimuladores dentales de madera pueden generar inflamación gingival. La creación de espacios interproximales por destrucción de la encía a causa de cepillado exagerado favorece la acumulación de residuos y alteraciones inflamatorias.

IRRITACION QUIMICA.

La inflamación gingival aguda puede originarse en la irritación química, o como consecuencia de sensibilidad a lesiones inespecíficas de los tejidos. En estados inflamatorios alérgicos, los cambios gingivales varían desde un simple eritema hasta formación de vesículas y úlceras. Sobre esta base se explican reacciones intensas a enjuagatorios bucales ordinariamente inocuos o dentífricos o materiales de prótesis.

La inflamación aguda con ulceraciones puede ser producida por el efecto lesivo inespecífico de los productos químicos sobre los tejidos gingivales. El uso indiscriminado de enjuagatorios bucales fuertes, la aplicación de tabletas de aspirina para aliviar el dolor dentario, el uso imprudente de drogas escaróticas y el contacto accidental con drogas como fenol o nitrato de plata son ejemplos del modo en que por lo común se produce la irritación química de la encía.

Irritación gingival se observa también en obreros de diversas industrias donde se emplean productos químicos. Los elementos lesivos más comunes son gases como amoníaco, cloro, bromo, humos ácidos y polvo metálico. La irritación química por tales ocupaciones por lo general es de larga duración y no produce necesariamente cambios gingivales espectaculares. Sin embargo, en pacientes con enfermedad gingival persistente refractaria al tratamiento, los antecedentes de ocupación han de ser explotados siempre.

MALOCCLUSION.

Según su naturaleza, la maloclusión ejerce un efecto diferente en la etiología de la gingivitis y la enfermedad periodontal. La alineación irregular de los dientes lleva a la acumulación de residuos de alimentos irritantes y a la retención de alimentos. Hay recesión gingival en dientes desplazados hacia vestibular. Las disarmonías oclusales originadas por la maloclusión lesionan el periodonto. Por lo general los bordes incisales de los dientes anteriores irritan la encía del maxilar antagonista en pacientes con entrecruzamiento (overbite) pronunciado. Las relaciones de oclusión abierta conducen a cambios periodontales desfavorables causados por la acumulación de placa y ausencia de función o su disminución. La frecuencia y gravedad de la enfermedad periodontal aumenta en niños con biprotrusión de los maxilares.

RESTAURACIONES DENTARIAS INADECUADAS.

Las restauraciones dentales inadecuadas y las prótesis son causa comunes de gingivitis y enfermedad periodontal. Los márgenes desbordantes proporcionan localizaciones ideales para la acumulación de placa y la multiplicación de bacterias, que generan enzimas y otras sustancias lesivas. La acumulación de placa en restauraciones de porcelana parcialmente disueltas, cerca del margen gingival, es una fuente común de irritación de la encía. Las restauraciones que no reproducen el contorno de las superficies vestibulares de los molares desvían los alimentos hacia el margen gingival y producen inflamación. Contactos proximales inadecuado o localizados incorrectamente, y el no reproducir la anatomía protectora de los rebordes marginales oclusales y curvas de desarrollo llevan a la retención de alimentos. El hecho de no restablecer adecuadamente los nichos interproximales favorece la acumulación de irritantes. Las restauraciones que no se adaptan a los patrones de atrición oclusal causan desarro

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

nias oclusales que pueden ser lesivas para los tejidos periodontales de soporte.

PROCEDIMIENTOS DENTALES.

El uso de clamps para goma dique, bandas de cobre, bandas y discos matrices de tal manera que laceren la encía origina diversos grados de inflamación. Aunque la mayor parte de estas lesiones pasajeras se reparen, son fuentes innecesarias de incomodidad para el paciente. La separación imprudente de dientes y la condensación excesivamente vigorosa del oro en las restauraciones son fuente de lesiones del tejido de soporte del periodonto, en el cual pueden aparecer síntomas agudos como dolor y sensibilidad a la percusión.

Las lesiones térmicas artificialmente inducidas através de conductos radiculares escarificados produjeron necrosis en el periodonto circundante.

PROBLEMAS DENTALES ASOCIADOS A INSTRUMENTOS MUSICALES DE VIENTO.

Los instrumentos de vientos generan fuerzas sobre dientes los, las cuales pueden afectar al periodonto y generar aflojamiento y migración patológica. Con clarinete o el saxofón, la boquilla se coloca entre los dientes, produciendo presión excesiva y atrición contra los incisivos superiores e inferiores y su desplazamiento. Asimismo, lesionan el labio inferior al presionarlo contra los bordes incisales de los dientes inferiores. Los instrumentos de latón, que tienen una boquilla extra bucal, ejercen presiones orientadas hacia lingual, através del labio sobre los incisivos superiores e inferiores.

Las medidas de prevención y corrección incluyen férulas removibles deacrílico o metal sobre la superficie vestibular y el borde invisal de los dien-

tes inferiores anteriores, incluso los premolares, farulización fija y eliminación de bordes dentarios filosos.

RADIACIONES.

Ulceras gingivales, hemorragias y supuración, periodontitis, desnuda- - ción de raíces y huesos y aflojamiento de los dientes fue lo observado despues- - de tratamientos con radiación y interna y externa, en pacientes con tumores ma- - lignos de la cavidad bucal y regiones adyacentes. La enfermedad periodontal es - una posible puerta de entrada para la infección.

MICROORGANISMOS.

La salud periodontal se mantiene gracias a un equilibrio simbiótico - entre los microorganismos bucales y entre los microorganismos y el huésped. Los - microorganismos viven en un estado de parasitismo con el huésped humano y de - ordinario no producen cambios patológicos, pero poseen potencial de producir - enfermedad.

La enfermedad es consecuencia de una alteración del equilibrio: 1) en- - tre bacterias, o 2) entre las bacterias y el huésped, o de los dos estados. - La alteración del equilibrio simbiótico de los microorganismos conduce a la en- - fermedad de la mucosa si produce un crecimiento exagerado de un microorganismo- - patológico.

El equilibrio entre los microorganismos y el huésped es alterado por - un aumento de la cantidad y la virulencia de las bacterias o un descenso de la - resistencia del huésped. La placa dentaria concentra bacterias y sus productos - en el área marginal y desplaza el equilibrio en favor de los microorganismos.

Los mecanismos mediante los cuales los microorganismos pueden producir enfermedad gingival y periodontal son los siguientes:

INVACION BACTERIANA.- Las bacterias están presentes en la encía, en la gingivitis ulceronecrotizante aguda, pero aunque las opiniones difieren es del consenso que no penetran los tejidos en la gingivitis crónica. Los productos bacterianos son más importantes que las bacterias propiamente dichas en la generación de la inflamación.

ENZIMAS.- Las bacterias de la placa y del área del surco gingival producen muchas enzimas que son potencialmente destructoras o pueden actuar como factores de propagación de agentes lesivos e infecciosos. Muchos componentes de la encía son substratos de estas enzimas, pero no se demostró que el comienzo de la enfermedad periodontal sea por la interacción de las enzimas bacterianas con el sustrato gingival.

ENDOTOXINAS.- Las endotoxinas son complejos de lipopolisacárido y proteínas de las paredes celulares de numerosas cepas de bacterias gram positivas de la boca, que son liberadas al destruirse tales bacterias. Las endotoxinas lesionan los tejidos periodontales y causan inflamación, posiblemente mediante la activación de una reacción inmunológica local.

Las endotoxinas están presentes en la saliva y en bacterias del surco gingival y placa. La actividad de las endotoxinas de la saliva y residuos gingivales y el nivel de anticuerpos contra endotoxinas bucales son más altos en la enfermedad periodontal que en la salud periodontal. El contenido de endotoxinas del surco gingival se encuentra relacionado con la inflamación gingival. Las endotoxinas de las bacterias de la boca penetran en el epitelio dañado o ulcerado y no en superficies intactas, indicando un papel secundario y no primario

rio en la enfermedad gingival.

TOXINAS.- Se afirmó que la gingivitis es causada por toxinas que generan las bacterias y por degeneración de las células epiteliales superficiales.- Sin embargo, en la cavidad bucal no se comprobó la existencia de exotoxinas alguna, con excepción de las correspondientes a enfermedades infecciosas como la difteria.

Las bacterias bucales asimismo producen amoniaco, irritante potencial- que ha sido asociado a la enfermedad periodontal.

REACCION DE INMUNIDAD LOCAL.- Los componentes de las bacterias buca- les y sus productos pueden actuar como antígenos que desencadenan una reacción- de inmunidad local en la encía. La finalidad de esta reacción de inmunidad lo- cal es principalmente protectora, pero puesto que además es capaz de desencade- nar una respuesta inflamatoria local, puede ser un factor en el desarrollo - de la gingivitis. La inflamación se une a la resistencia local, pero también - produce daño en el periodonto. El estasis vascular de la inflamación gingival- entorpece la nutrición de los tejidos y eleva la susceptibilidad a la infección. El líquido inflamatorio y el exudado celular degeneran el epitelio gingival y - el tejido conectivo, y la prolongación de la inflamación conduce a la periodon- titis con formación de bolsas y resorción ósea.

TRAUMA DE LA OCLUSION.

Para comprender el papel del trauma de la oclusión en la enfermedad - periodontal es preciso entender la relación de la oclusión con la salud perio- dontal. Comienza con el desarrollo del diente. Cuando la corona del diente - queda completada, está contenida dentro de una cripta ósea del maxilar protegi-

da de los factores del medio externo. A medida que el diente erupciona en la cavidad bucal, se enfrenta a un mundo totalmente nuevo. La presión de los labios y la lengua, los carrillos, los dedos del niño, el chupete y los alimentos ejercen un empuje sobre ellas. Para que la corona pueda soportar esas fuerzas, se va formando la raíz a medida que el diente erupciona, y se forma periodonto alrededor de la raíz para sujetarla al maxilar. El periodonto está especialmente hecho para soportar las demandas funcionales del diente; el soporte del diente es la única razón de su existencia.

De igual modo que el diente depende de los tejidos periodontales para permanecer en el maxilar, los tejidos periodontales dependen de la actividad funcional del diente para conservar su salud. Cuando la estimulación funcional es insuficiente, los tejidos periodontales se atrofian, y cuando las fuerzas oclusales exceden de la capacidad de adaptación de los tejidos, estos se lesionan. La lesión se denomina trauma de la oclusión.

El trauma de la oclusión es la lesión del tejido, con la fuerza oclusal. Las fuerzas oclusales excesivas también pueden perturbar la función de los músculos de la masticación y causar espasmos dolorosos, dañar la articulación temporomandibular o producir la atrición excesiva de los dientes, pero el término trauma de la oclusión por lo general se utiliza en relación con las lesiones del periodonto.

El trauma de la oclusión puede ser agudo o crónico. El trauma agudo de la oclusión es la consecuencia de un cambio brusco con la fuerza oclusal, tal como el generado por una restauración o aparato de prótesis que interfiera en la oclusión o altera la dirección de las fuerzas oclusales sobre los dientes. Los restauradores con dolor, sensibilidad a la percusión y aumento de la movilidad

dad dentaria. Si la fuerza desaparece por modificación de la posición del diente o por desgaste o corrección de la restauración, la lesión cura y los síntomas remiten.

El trauma crónico de la oclusión es más común que la forma aguda y de mayor importancia clínica. Con frecuencia nace de cambios graduales en la oclusión, producidos por la atrición dentaria, desplazamiento y extrusión de los dientes, combinados con hábitos parafuncionales como bruxismo y apretamiento, y no como secuelas del trauma periodontal agudo.

El trauma de la oclusión se produce en tres etapas. La primera es la lesión, la segunda es la reparación y la tercera es un cambio en la morfología del periodonto. La lesión del tejido tiene su origen en las fuerzas oclusales excesivas. La naturaleza trata de reparar la lesión y restaurar el periodonto. Ello puede ocurrir si disminuye la fuerza o si el diente se aleja de ella. Sin embargo si la fuerza agresiva es crónica del periodonto no remodela para neutralizar su impacto. El ligamento se ensancha a expensas del hueso, aparecen defectos óseos verticales sin bolsas periodontales y el diente se afloja.

El papel del trauma de la oclusión en la gingivitis y la periodontitis de comprenden mejor si se considera que el periodonto se componen de dos zonas: la zona de irritación y la zona de codestrucción.

La zona de irritación se compone de encía marginal e interdentaria con sus límites formados por las fibras gingivales. Aquí es donde comienza la gingivitis y las bolsas periodontales.

Mientras la inflamación se limite a la encía, no será afectado por las fuerzas oclusales. Cuando se extiende desde la encía hacia los tejidos periodontales de soporte, la inflamación entra a la zona de codestrucción.

La zona de codestrucción comienza en las fibras transeptales por interproximal y las fibras de la cresta alveolar por vestibular y lingual. Se compone de tejidos periodontales de soporte, el ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento. Cuando la inflamación alcanza y los tejidos periodontales de soporte, sus vías y la destrucción que produce están bajo la influencia de la oclusión.

A veces, el trauma se describe como factor primario o secundario en la etiología de la destrucción periodontal. Con tal frecuencia la inflamación periodontal y el trauma de la oclusión se presentan juntos que resulta difícil determinar cual aparece primero.

El trauma de la oclusión se considera factor etiológico primario en la destrucción periodontal si la única alteración local a la que está sujeto el diente es la oclusal. Son ejemplos la lesión periodontal producida alrededor de los dientes con un periodonto anteriormente sano: 1) después de la colocación de una restauración alta; 2) una vez instalado un aparato de prótesis que crea fuerzas excesivas sobre pilares y dientes antagonistas; 3) después de la migración o extrusión de dientes hacia los espacios originados por el no remplazo de dientes ausentes, y 4) después del movimiento ortodóntico de los dientes hacia posiciones funcionalmente inaceptables.

El trauma de la oclusión es considerado causa secundaria de destrucción periodontal cuando la capacidad del periodonto para soportar las fuerzas oclusales está deteriorada. El periodonto se torna vulnerable a la lesión y las fuerzas oclusales antes fisiológicas se convierten en traumáticas.

El trauma de la oclusión es una parte integral del proceso destructivo de la enfermedad periodontal. No genera gingivitis o bolsas periodontales, pero influye en el avance y severidad de las bolsas periodontales iniciadas por la irritación local.

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA Y RADIOGRAFIA.

Para determinar el plan de tratamiento completo, es preciso hacer un examen minucioso. Además de reconocer las características clínicas y radiográficas de las diferentes enfermedades.

El empleo habitual de buenos diagnósticos (métodos) aumenta al respecto del profesionista hacia el paciente considerado como entidad biológica. Se llega a interesar más en un paciente que sufre determinada enfermedad, que en la enfermedad misma: averigua sus reacciones frente a la enfermedad, no solo físicas sino además emocionales y psicológicas. Por ello el diagnóstico ha de incluir una valoración general del paciente, así como una consideración de la cavidad bucal. Además de suministrar a su paciente un servicio de salud de mayor calidad, es preciso que se conozcan las enfermedades generales susceptibles de modificar o impedir determinadas maniobras del tratamiento odontológico, aunque en estos casos no se observen ningún cambio en la cavidad bucal.

El dentista debe conocer además las manifestaciones bucales y la sintomatología de las enfermedades contagiosas más graves. Un pronto diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades disminuye el peligro de contagio a otras personas, incluyendo el propio profesionista.

Todas estas obligaciones del dentista forman parte de una atención de salud pública a la que tiene derecho todo paciente. La responsabilidad diagnóstica del profesionista tiene también una faceta legal bien conocida en los tribunales. El profesionista tiene la obligación legal de establecer el diagnóstico completo por escrito, recurriendo a métodos diagnósticos habituales, antes de iniciar un tratamiento.

Tanto el paciente como el dentista se benefician del tiempo que dedican a un diagnóstico completo. Los métodos de diagnóstico, bien aplicados, significan información para el dentista y mejor conocimiento para el paciente.

La confección de una ficha como una manera de documentar, ayuda a la elaboración de un diagnóstico espesado y al plan de tratamiento. El diagnóstico debe ser sistemático y organizado con una finalidad específica. Sobre la base de observaciones medidas; los hallazgos del examen, el diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento, los cuales se relacionan directamente uno con el otro, se determinan con mayor exactitud.

El primer paso del examen es la entrevista con el paciente. La entrevista brinda la odontólogo la oportunidad de establecer una relación comenzar la educación del paciente, y familiarizarlo con el estilo con que se realiza la práctica. Durante la entrevista se obtiene información referente a la molestia principal, la historia médica y la historia dental. Al mismo tiempo, se observa al paciente con la finalidad de hacer una valoración preliminar del individuo. Puesto que la observación nos permite saber que tipo de persona ha venido a consulta. Es más nos permite saber si hay alguna relación entre la salud general del paciente, su salud mental y su enfermedad dental.

HISTORIA COMPLETA

FICHA DE IDENTIFICACION: Incluye el nombre del paciente, domicilio, edad, sexo, ocupación, ado. civil, teléfono. Esto proporciona información sobre el paciente y sus posibles antecedentes. Asimismo, puede apreciar el grado de cooperación del paciente.

ENFERMEDAD ACTUAL.- Una buena práctica psicológica consiste en pedir al paciente que relate su estado actual con sus propias palabras. Desde cuándo observó por primera vez la lesión, su desarrollo, los síntomas experimentados, y los tratamientos previos.

ANTECEDENTES MEDICOS: Aun cuando los antecedentes médicos no ayuden al diagnóstico exacto de la enfermedad principal, suministran al clínico cierta información acerca del estado físico del paciente, su posible reacción a la infección, y sus reacciones emocionales.

Los antecedentes médicos contienen información acerca de cualquier enfermedad grave o importante que se haya sufrido en el pasado. ***

- 1.- Enfermedades graves o importantes.
- 2.- Hospitalizaciones.
- 3.- Transfusiones de sangre.
- 4.- Alergias.
- 5.- Tratamientos medicamentosos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

- a).- Alcoholismo.
- b).- Tabaquismo.
- c).- Alimentación.
- d).- Vacunación.
- e).- Habitación.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Estos permiten tener información acerca de las enfermedades transmisibles.

- a).- Diatesicos.
- b).- Lueticos.
- c).- Fimicos.
- d).- Hemorragicos.
- e).- Alergicos.

APARATOS Y SISTEMAS:

- a).- Gastrointestinal.
- b).- Cardiovascular.
- c).- Respiratorio.
- d).- Genitourinario.
- e).- Endocrino.
- f).- Nervioso.
- g).- Hematopoyetico.

SIGNOS VITALES:

- a).- Presión arterial.
- b).- Número de respiraciones por minuto.
- c).- Peso.
- d).- Pulso.
- e).- Estatura.

- f).- Marcha.
- g).- Constitución.
- h).- Conformación.

HISTORIA DENTAL:

- a).- Motivo de la consulta.
- b).- Radiografía intrabucal.
- c).- Radiografía panorámica.
- d).- Modelos.
- e).- Fotografía clínica.
- f).- Edo. nutricional.

EXAMEN CLINICO

1.- APRECIACION GENERAL DEL PACIENTE: Postura, lenguaje, porte, hábitos orgánicos, estatura.....

2.- EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO:

a).- Tamaño y forma de la cabeza.

b).- Facies.

c).- Piel y pelo.

d).- Oídos.

e).- Ojos.

f).- Nariz.

g).- Cuello.

3.- EXAMEN BUCAL:

HIGIENE BUCAL.- La limpieza de la cavidad bucal se aprecia en términos de la magnitud de residuos de alimentos, placa, materia alba y pigmentaciones de la superficie dentaria acumulados. Es necesario utilizar la solución reveladora para detectar placa.

OLORES BUCALES.- La halitosis es el mal olor u olor ofensivo que emana de la cavidad bucal. Los olores pueden ser locales; cuando hay retención de partículas odoríferas de alimentos, sobre los dientes o entre ellos, lengua-saburral, deshidratación, caries, aliento de fumador, heridas quirúrgicas o de extracción en cicatrización.

O bien que puede ser halitosis extrabucal o remota, esto puede incluir estructura vecinas asociadas con rinitis, sinusitis o amigdalitis; enfermedades pulmonares o bronquiales.

SALIVA.- La secreción salival excesiva o el ptialismo se presenta en una serie de estados, como el uso de determinadas drogas (fosforo, Mg, bromuros, yoduros,...) gingivitis ulcerante necrosante aguda, diversas formas de estomatitis, angina de vincent, irritación tabáquica y estimulación psíquica.

La disminución de la secreción salival se observa en las enfermedades febriles y enfermedades crónicas. La xerostomía es consecuencia de la disminución salival y presenta diversas características clínicas, como sequedad generalizada y eritema con fisuras en casos extremos, y diversos grados de malestar causados por una sensación quemante.

LABIOS.- En el diagnóstico diferencial las lesiones de labio es menester considerar neoplasias, chancro, queilosis angular, irritación por hábitos de mordisqueo, indentaciones por la oclusión y quistes mucosos.

MUCOSA BUCAL.- La observación general del color y la textura superficial de la mucosa bucal indicara si hay pigmentaciones patológicas, eritema difuso correspondiente a infección aguda, coloración rojo azulada asociada con deficiencias del complejo vitamínico B, atrofia lisa y brillante confisuras en la gingivostomatitis menopáusica o senil, zonas grisáceas y descamación asociada con gingivitis descamativa crónica, eritema multiforme o penfíolide benigno de membrana mucosa.

El mordisqueo de carrillos, enjuagatorios irritantes, comidas calientes y drogas de aplicación tópica y dentaduras mal adaptadas y retenedoras son cau-

sas comunes de úlceras dolorosas. Entre otros cambios mucosos encontramos la leucoplasia, líquen plano, muchas de koplik y agrandamientos inflamatorios del conducto de Stensen.

PISO DE BOCA.— Se caracteriza por ser fuente frecuente de dolor, como la rínula, los neoplasmas y las aftas.

LENQUA.— Se examinará para detectar alteraciones de color, tamaño y na turaleza de las papilas, leucoplasias, líquen, plano anemia perniciosa sifilis, tuberculosis son estados sistemáticos en los cuales se pueda ver afectada la lengua. Otros cambios incluyen lengua geográfica, moniliasis, lengua fisurada-congénita, glositis romboidea media y neoplasias. Los cambios de la lengua pueden ser indoloros o presentar diversos grados de dolor y ardor. Se deberá encontrar las fuentes de irritación local antes de buscar explicaciones remotas de los problemas de lengua.

PALADAR.— Es frecuente observar paladar de fumador, leucoplasia, con orificación destacados de las glándulas mucosas, neoplasmas y exostosis.

REGION LUCOFARINGEA.— Sitio donde se forma la pseudomembrana de la angina de Vincent y de la difteria. En presencia de amigalitis suelen haber dolores irradiados.

DIENTES.— Se examinan para registrar su tamaño, el grado de susceptibilidad a la caries, hay que valorar el tipo y cantidad de restauraciones. Además se observan caries nuevas y erosiones. Hay que estudiar las superficies oclusales para ver si hay desgastes excesivo; cuando esto es evidente se pregunta al paciente si rechina los dientes o mastica de un solo lado. Se toma nota de diastemas, y los contactos proximales, puesto que hay tendencia natural a la

migración mesial de los dientes. Se registran abrasiones por cepillado, movilidad dentaria que cuando sobrepasa los límites fisiológicos aumenta como resultado de la pérdida de tejidos de soporte. Se verá la malposición dentaria, esmalte hipoplástico, dientes supernumerarios, sin vitalidad y sensibilidad dentaria. Respecto a la sensibilidad, se hacen preguntas concernientes a los efectos de temperatura extremas estimulaciones táctiles y dulces. Se hace la percusión de los dientes, siendo la sensibilidad una característica de la inflamación aguda del ligamento. La percusión suave del diente a diferentes ángulos ayuda a localizar el sitio de la lesión inflamatoria. Asimismo la percusión sirve para detectar dientes con soporte periodontal disminuido.

OCLUSION.- El examen de la dentadura con los dientes en oclusión no es tan revelador con el examen de maxilares en función. Dientes alineados irregularmente, dientes extruídos, y zonas de retención de alimentos, y contactos interproximales incorrectos con fuentes de irritación gingival.

El entrecruzamiento es una característica normal de la dentadura, sin embargo, el entrecruzamiento excesivo, común en la región anterior, puede permitir que los dientes se apoyen en la encía y que haya implantación de alimentos. En la oclusión abierta existen espacios verticales anormales entre los dientes superiores e inferiores. Común en la región anterior aunque a veces hay oclusión abierta posterior.

En la oclusión cruzada, la relación normal de los dientes superiores e inferiores se encuentra invertida y los dientes superiores están en por lingual de los dientes inferiores. Esta puede ser bilateral, unilateral o afectar solo a un par de antagonistas.

El examen de las relaciones oclusales funcionales es una parte fundamental del procedimiento diagnóstico. Dentaduras que parecen normales cuando los dientes están en oclusión pueden presentar anomalías funcionales marcadas.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.- Se le preguntará al paciente sobre síntomas de la ATM: dolor, subluxación, chasquido, ruidos secos. La articulación se palpa en las excursiones protrusivas y lateral. Además hay que observar la trayectoria del punto mentoniano durante los movimientos mandibulares. La desviación de una trayectoria de apertura natural y suave indica que existe una disfunción muscular o articular.

Se puede observar trismus o espasmos de los músculos masticatorios cuando hay infección después de la extracción de molar mandibular permanente. También durante la erupción de un molar inferior permanente o puede observarse después de pericoronitis.

EXAMEN DEL PERIODONTO.- El examen ha de comenzar sistemáticamente en una zona molar del maxilar superior o el inferior y seguir con todo el arco.

PLACA Y CALCULOS.- Existen variados métodos para determinar la acumulación de placa y cálculos. Para la detección de cálculos subgingivales, se examina cuidadosamente cada superficie dentaria hasta la inserción gingival. Se utiliza aire tibio para separar la encía y facilitar la visión de los cálculos. La cantidad de cálculos supragingivales se miden con una sonda periodontal calibrada.

ENCIA.- Antes de hacer observaciones es preciso secar la encía, puesto que el reflejo de la luz sobre la encía húmeda puede esconder detalles. Además-

de estas observaciones, hay que hacer la palpación delicada para descubrir la resiliencia de la encía, localizar zonas de formación de púos.

Se deben considerar las siguientes características: color, tamaño, contorno, consistencia, textura, posición, sangrado, y dolor. Hay que observar la distribución de la enfermedad gingival y su calidad de aguda o crónica.

BOLSAS PERIODONTALES.— Dentro del examen de las bolsas se toma en consideración: 1) presencia y distribución en cada superficie del diente; 2) tipo de bolsas; supraoseas o infraoseas, simple, compuesta o compleja; 3) profundidad de la bolsa y 4) nivel de la inserción en la raíz.

El método más apropiado para detectar y valorar las bolsas periodontales es la exploración cuidadosa con una sonda calibrada en milímetros. La sonda se introduce en dirección paralela al eje vertical del diente hasta que el extremo romo haga contacto con el fondo de la bolsa. La sonda no debe ser forzada dentro de los tejidos subyacentes. Se utilizan pinzas calibradas marcadoras de bolsas para localizar el fondo de la bolsa y marcarla sobre la superficie de la encía.

La profundidad de la bolsa es simplemente la distancia entre la base de la bolsa y el margen gingival. El nivel de la inserción de la base de la bolsa es de mayor importancia diagnóstica que la profundidad de la bolsa. Bolsas someras insertadas a nivel del tercio apical de las raíces conotan una descripción mayor que bolsas profundas insertadas en el tercio coronario. El nivel de la inserción de la base de una bolsa periodontal puede variar entre las diferentes superficies de un mismo diente e incluso entre diferentes áreas de una misma superficie.

Para determinar la supuración en una bolsa periodontal, se aplica la yema del dedo índice sobre el sector lateral de la encía marginal y se ejerce presión con un movimiento circular hacia la corona. Puesto que el exudado purulento se forma en la pared interna de la bolsa, el aspecto externo de ella puede no ofrecer manifestaciones de su presencia. No en todas las bolsas periodontales hay pus, pero con frecuencia la presión digital la descubre donde no se la sospechaba.

La palpación de la mucosa bucal en las zonas lateral y apical de la raíz es útil para localizar el origen del dolor irradiado que no le es posible localizar al paciente. Asimismo detectan infecciones en la profundidad de los tejidos periodontales y etapas incipientes de abscesos periodontales.

La formación de fístula puede ser originada por la infección periapical de un diente temporal; originarse de un absceso periodontal o de lesión periapical en dientes permanentes. El orificio puede ser bien definido y estar drenado o puede encontrarse cerrado y presentarse como una masa nodular roja.

RADIOGRAFIA:

La radiografía es de bastante ayuda en el diagnóstico de la enfermedad periodontal, de determinación del pronóstico y la evaluación del resultado del tratamiento. Es un complemento del examen clínico.

La radiografía revelan alteraciones en los tejidos calcificados; no revelan el estado real de la actividad celular, sino que muestran los defectos de la experiencia celular sobre el hueso y las raíces.

Las radiografías proporcionan la siguiente información:

1).- Altura ósea interdientaria y presencia de cortical.

2).- Patrones trabeculares.

3).- Zonas radiolúcidas que indican destrucción ósea y que pueden -
confirmar mediante sondeo.

4).- Pérdida ósea en las furcaciones.

5).- Ancho del espacio del ligamento periodontal.

6).- Relación entre corona y raíz.

7).- Forma y longitud de raíz.

8).- Caries, Calidad General de las restauraciones y depósitos grandes
de cálculos.

9).- Localización del seno maxilar respecto a la cresta alveolar.

10).- Dientes ausentes, dientes supernumerarios y retenidos.

Las radiografías es muy útil como elemento diagnóstico cuando se le -
correlaciona con el examen bucal visual, sondeo clínico y anotación de las bol-
sas.

Antes de proceder a un examen sistemático, al clínico estudiara las radiografías en forma ordenada para detectar patología macroscópica (quistes, granulomas, cementomas, cuerpos extraños, dientes retenidos, no erupcionados, supernumerarios y neoplasias). A continuación debe observar el trabeculado óseo. La pérdida de trabeculado causada por atrofia por desuso se observará fácilmente en torno a dientes alargados y alrededor de zona de extracción. Hay puntos de contacto abiertos que los relacionan con la pérdida ósea.

La radiografía es un método indirecto para determinar la cantidad de pérdida ósea que hay en la enfermedad periodontal. La pérdida ósea puede ser localizada o generalizada. Los patrones de pérdida son horizontal y vertical. Se pueden distinguir caracteres óseos o espacios.

La valoración radiográfica de los cambios óseos en la enfermedad periodontal se basa en el aspecto del tabique interdentario. Normalmente este presenta un límite radiopaco delgado, junto al ligamento periodontal y en la cresta se lo denomina cortical alveolar. Puesto que la cortical o lámina dura representa la superficie ósea que reviste al alveolo dentario y la posición de las raíces y los cambios en la angulación del haz de rayos X producen considerables variaciones en su aspecto.

En la enfermedad periodontal el tabique interdentario sufre cambios que afectan a la cortical alveolar, la radiolucidez de la cresta, el tamaño y la forma de los espacios medulares, la altura y el contorno del hueso.

Las radiografías revelan información sobre la oclusión. Pueden haber manifestaciones de traumatismo oclusal. Las raíces pueden ser largas o cortas y crónicas. Las raíces pueden estar reabsorbidas y la relación entre corona y raíz puede ser muy baja. Los dientes pueden estar estruñidos, mal alineados o intruñidos.

Los trastornos esqueléticos que se manifiestan en los maxilares pueden afectar la interpretación radiográfica puesto que ocasionan cambios en los maxilares. Dentro de las enfermedades que pueden ocasionar destrucción del hueso de soporte dentario, se encuentran las siguientes: La osteitis fibrosa quística, la enfermedad de Paget, displasia fibrosa, enfermedad de Hand-Schüller-Cristian, enfermedad de Gaucher, el granuloma eosinófilo, osteopetrosis, escleroderma.

DIAGNOSTICO

Las observaciones documentadas en la ficha permiten al clínico hacer el diagnóstico. Esto representa la información recogida de observaciones detalladas y sistemáticas. Se planea en tratamiento y se proyecta el pronóstico a partir de la observación y el diagnóstico.

Es preciso establecer el diagnóstico de la afección del paciente. Hay que enumerar los hallazgos salientes que conducen a ese diagnóstico. Además hay que resumir los factores etiológicos primarios y contribuyentes.

PRONOSTICO

Es la predicción de la duración, evolución y conclusión de una enfermedad y la posible respuesta al tratamiento.

En la determinación del pronóstico del paciente con enfermedad periodontal hay dos facetas: el pronóstico total y el pronóstico de dientes individuales.

Al determinar el pronóstico total se toman en consideración los siguientes factores: establecimiento de la respuesta ósea pasada, altura del hueso remanente, edad del paciente, número de dientes remanentes, antecedentes generales del paciente, inflamación gingival, bolsas periodontales, maloclusión, morfología dentaria, pronóstico de periodontosis, pronóstico de dientes individuales, movilidad, dientes adyacentes a zonas desdentadas, relación con dientes adyacentes, lesiones de furcación, caries, dientes no vitales y reparación dentaria.

PLAN DE TRATAMIENTO

El plan de tratamiento es la guía para el manejo del caso. Incluye - todos los procedimientos que se requieren para el establecimiento y mantenimiento de la salud bucal, como decidir y conservar los dientes o extraerlos, si para la eliminación de la bolsa se ha de utilizar la técnica de raspaje y curetaje o las quirúrgicas.

La meta del plan de tratamiento es el tratamiento total, es decir, la coordinación de todos los procedimientos terapéuticos con la finalidad de crear una dentadura que funcione bien en un medio ambiente periodontal sano.

CAPITULO V

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO.

En la enfermedad periodontal 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 raspaje y curetaje o a procedimientos quirúrgicos.

ANALGESICOS Y NARCOTICOS: Son drogas de gran empleo que se utilizan para aliviar el dolor. El ácido acetilsalicílico en dosis de dos tabletas de 300 mg. cada una tres horas, en adultos es muy eficaz. Aparto no produce trastornos gástricos que aveces genera en ácido acetilsalicílico.

El Darvon compuesto 65 es un analgésico no narcótico para dolores intensos. La dosis es una cápsula cada tres o cuatro horas. El clorhidrato de pentazocina (talwin) también es un analgésico no narcótico eficaz. La dosis es 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, preparadas con ácido acetilsalicílico, fenacetina y cafeína. Dos tabletas cada tres horas es una dosis eficaz en casos 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. El hábito se adquiere rápidamente. 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 dos a - cuatro veces al día, y clorhidrato de hidroxizina, 25 u 100 mg de tres a cuatro veces al día.

SULFCNAMIDAS.- 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 cuatro a cinco 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, dosis es de 25 a 50 mg. El fenobarbital, sedante e hipnótico. Dosis es de 50 mg.

RELAJANTES.- Son drogas utilizadas en alteraciones dolorosas de articulación temporomandibular o espasmos dolorosos musculares. Tales como el Tolserol o Tolseram en una dosis de 2 a 3 mg, veinte minutos 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.— La selección del antibiótico ha de basarse en la especificidad de la droga para las necesidades del paciente. Los siguientes antibióticos son de fundamental interés en periodoncia: Penicilina G potásica, penicilina G sódica, y ampicilina. Eritromicina, clorhidrato de lincomicina y cefalosporinas, cefalotina y cefaloridina. Las tetraciclinas que no son recomendables en la etapa de formación de los dientes porque provocan manchas. La estreptomicina no se recomienda para uso dental, porque puede producir vértigo permanente o pérdida de la audición, y es algo nefrotóxica; la canamicina, la vancomicina, la colistina y la gentamicina pueden producir resultados similares.

La penicilina G procaína es la droga de elección entre los antibióticos para la mayoría de las necesidades periodontales. Es esencialmente atóxica, es absorbido con bastante rapidez, es menos susceptible a la inactivación por parte de los ácidos. La dosis corriente para la administración por vía bucal es en tabletas de 250 mg o cápsulas cuatro veces al día, o también por vía intramuscular, 300 000 unidades cada 24 horas.

La penicilina causa mayor número de reacciones alérgicas causadas por sensibilidad. La más común es la urticaria. Otras reacciones alérgicas son dermatitis exfoliativa, edema angioneurótico y síndromes como fiebres, dolores articulares y agrandamientos de nódulos linfáticos.

En pacientes con sensibilidad conocida, hay que alterar drogas como eritromicina o lincomicina en tabletas de 250 mg o cápsulas cada cuatro horas, que son eficaces contra los mismos microorganismos. Se usan otros antibióticos para infecciones de microorganismos penicilino-resistente.

Si se administran antibióticos como protector para prevenir la infección, es preciso que se comience su ingestión la noche anterior al tratamiento.

y se continué por espacio de 48 horas después del procedimiento operatorio.

DROGAS DE USO LOCAL EN EL TRATAMIENTO PERIODONTAL:

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 alérgicas secundarias en otras zonas del organismo.

CORTICOSTEROIDES.- Se utilizan glucocorticoides 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 por 100). El Oro-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.- Estos son sustancias que 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, debe ser activo en presencia de materia purulenta, no debe actuar como irritante y debe actuar contra un espectro bacteriano amplio. En la práctica periodontal los más usados son:

PEROXIDOS - Peroxido de Hidrógeno (agua oxigenada) al 3%.

Mercurios - Mercuriato, Metafeno, Merbromin, y Mercuroin son antisépticos no irritantes útiles en la limpieza preoperatoria y posoperatoria del campo de operación.

Tinturas - Las más comunes son: Acriflavina (al 1 por 100). Violeta - de genciana (al 1 por 100); Verde brillante (al 1 por 100).

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

Hay muchos anestésicos, en forma de líquido, gel, y rocío (Topanol, - Butyn, Cetacaína, Xilocaína).

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.

HEMOSTÁTICOS Y VASOCONSTRICTORES.- Los hemostáticos son drogas que detienen la hemorragia que mana de capilares y arteriolas laceradas 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 recurrir a la sutura o compresión.

De los usados comunmente son: El polvo de subsulfato férrico, tranti-na, la celulosa oxidada y la esponjosa de gelatina absorbible, y adrenalina.

APOSITOS PERIODONTALES.- Se usan en el cuidado posoperatorio de intervenciones quirúrgicas periodontales. Se utilizan dos tipos principales, con eugenol y sin eugenol. Cada uno de los apósitos anteriores tiene sus componentes, pero su elección es cuestión de preferencias personales. Algunos afirman que los apósitos sin eugenol producen menor inflamación cuando se colocan sobre hueso expuesto, pero otros no encuentran tales diferencias. No se observó diferencia alguna en los tejidos alrededor de implantes con eugenol y sin eugenol.

Se producen alteraciones degenerativas en el epitelio en cicatrización debajo de apósitos con eugenol y sin eugenol, y no producen secuelas posoperatorias diferentes después del raspaje y curetaje o gingivectomía. Se registró una cicatrización comparable después de gingivectomías con apósito o sin él. La comparación de los efectos con eugenol, sin eugenol y N-butil cianoacrilato sobre el hueso desnudo, colgajos mucopariéticos no revelan diferencias de cicatrización pero las zonas cubiertas con cianoacrilato tiene mejor aspecto clínico.

Otros tipos de apósitos con los utilizados con antibióticos, en los cuales se obtuvo una mejor cicatrización y comodidad del paciente con menor olor y sabor, al incluirse bacitracina de zinc al apósito. También se ha probado otros antibióticos, como terramicina, neomicina y nitrofurazona, pero todos producen reacciones de hipersensibilidad.

DENTRIFICOS.- Estos son complementos para la limpieza y pulido de las superficies dentarias y se los puede usar en forma de pasta polvo o líquido. Los polvos y las pastas contienen abrasivos como carbonato de calcio, sulfato de calcio bicarbonato de sodio y cloruro de sodio, jabones sintéticos y agentes mejoradores del gusto, humectantes, agua, espesantes y un agente espumante.

Existe considerable interés por mejorar los dentífricos mediante productos químicos con potencial de inhibir la placa y los cálculos.

ENJUAGATORIOS.— Los enjuagatorios son sustancias de sabor agradable, aromáticas, que limpian residuos sueltos pero no constituyen un sustituto de la limpieza que se consigue mediante el cepillado y los otros auxiliares de la higiene bucal. Muchos enjuagatorios producen una disminución transitoria de las bacterias bucales, pero no hay pruebas de que esto sea beneficioso. Algunos enjuagatorios populares disminuyen el depósito de placa, su efecto puede ser leve.

Cuando se desea una acción de enjuague, se diluye algún enjuagatorio popular en una proporción de una parte en tres de agua tibia. Las siguientes son recetas de enjuagatorios: Solución isotónica de cloruro de sodio, Solución hipotónica de cloruro de sodio, Bicarbonato de sodio, Cloruro de sodio 2 g.

Con frecuencia los enjuagatorios se usan como vehículos para el uso tópico de productos químicos en la cavidad bucal.

SOLUCIONES REVELANTES.— Estas son soluciones y pastillas que se usan para revelar la placa dentaria antes de la profilaxia bucal y después de ella. Las sustancias más usadas son: Fucsina básica y Yoduro de potasio.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

ELIMINACION DE LA BOLSA.

La eliminación de la bolsa es sumamente importante en el tratamiento de la enfermedad periodontal. Esto consiste en reducir la profundidad de las bolsas periodontales a la del surco fisiológico y restaurar la salud gingival.- Asimismo la eliminación de la estructura cariada es esencial antes de restaurar los dientes.

1) TECNICA DE RASPAJE Y CURATAJE.- Esta técnica consiste en el raspaje para eliminar cálculos, placa y otros depósitos, el alisado de la raíz para emparejarla y eliminar la substancia dentaria necrótica, y el curataje de la superficie interna de la pared gingival de la bolsa periodontal para desprender el tejido enfermo.

RASPAJE.- Por medio del raspaje se eliminan los factores que provocan la inflamación. Se debe apreciar la extensión de los cálculos subgingivales antes de tratar de retirarlos. Por medio de un instrumento se desliza a lo largo de los cálculos, en dirección de los ápices, hasta que se sienta la terminación del cálculo sobre la raíz. Se debe tratar de ver toda la masa de cálculos insuflando aire tibio entre el diente y el margen gingival, o separando la encía con una torunda de algodón pequeña. El color del cálculo subgingival es pardo o de color chocolate, o puede ser casi del color del diente.

Durante el procedimiento de raspaje, hay que controlar bastante bien la lisura de la raíz con un raspador fino., tomando en cuenta que con frecuencia existe un surco vertical pequeño en la superficie radicular proximal de los dientes posteriores. Los cálculos alojados en estos surcos dan un contorno li-

so a la raíz y transmiten la impresión equivocada de que el cálculo ha sido eliminado por completo.

No es suficiente la eliminación de los cálculos; también se debe alisar la raíz hasta que quede suave.

La técnica de raspaje y curetaje consiste en un movimiento de tracción, excepto en las superficies proximales de dientes anteriores muy juntos, donde se usan cinceles delgados con un movimiento de empuje. En el movimiento de tracción el instrumento toma el borde apical del cálculo y lo desprende con un movimiento firme en dirección de la corona.

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

CURETAJE.— El curetaje consiste en la remoción del tejido degenerado y necrótico que tapiza la pared gingival de las bolsas periodontales. El curetaje acelera la cicatrización mediante la reducción de la tarea de las enzimas orgánicas y fagocitos, quienes de ordinario eliminan los residuos tisulares durante la cicatrización. Además, al eliminar el revestimiento epitelial de la bolsa periodontal, el curetaje suprime una barrera a la reincorporación del ligamento periodontal en la superficie radicular. Al hacer raspaje y curetaje, es inevitable que se produzca cierto grado de irritación y traumatismo en la encía. Los efectos nocivos son de proporciones microscópicas, y por lo general no afecta a la cicatrización. En casos en que se exagera en el raspaje y curetaje causa dolor posoperatorio y retarda la cicatrización.

En la eliminación de la bolsa por raspaje y curetaje, es bastante importante tener un plan de tratamiento antes de comenzar la operación. Las hol-

Las periodontales para su tratamiento se puede dividir en tres zonas fundamentales:

a).- Pared blanda de la bolsa y adherencia apitelial. La pared blanda de la bolsa está inflamada con diversos grados de degeneración y ulceración. En esta zona se determinará: Si la pared de la bolsa se extiende en línea recta desde el margen gingival o si sigue un trayecto tortuoso alrededor del diente. La cantidad de superficie dentaria que abarca la bolsa. Localización del fondo de la bolsa sobre la superficie dentaria, y la profundidad. La relación de la pared de la bolsa con el hueso alveolar (infraósea o supraósea)

b).- Superficie dentaria. Adherido a los dientes hay cálculos y otros depósitos de la superficie dentaria, en cantidad y textura variable. Por lo general, el cálculo superficial es de consistencia arcillosa, visible y se desprende fácilmente mediante una instrumentación bien hecha. Sin embargo, en la profundidad de la bolsa, el cálculo es duro, pétreo y muy adherido a la superficie. En el raspaje se debe tomar en cuenta el reborde formado en la unión amalo cementaria. La superficie del cemento puede estar ablandada por caries, puede estar deformada por cementículos adheridos.

Las bolsas propiamente dichas contienen bacterias, productos bacterianos, productos de la descomposición de alimentos y cálculos, todo ello bañado por un moco mucoso viscoso. Puede haber pus o no.

c).- Tejido conectivo entre la pared de la bolsa y el hueso. En esta zona debe determinarse si el tejido conectivo es blando y friable, o firme y unido al hueso. Es una consideración importante en el tratamiento de bolsas infraóseas.

GINGIVECTOMIA.- Término que significa excisión de la encía. En realidad, es una operación en dos tiempos que consiste en la eliminación de la encía enferma y el raspaje y alisado de las superficies radiculares.

La gingivectomía es un procedimiento definitivo para la eliminación de bolsas supraóseas profundas, bolsas supraóseas con paredes fibrosas cualquiera que sea su profundidad, agrandamientos gingivales, lesiones de furcación, abscesos periodontales, capuchones pericoronarios y determinados criterios gingivales interdentarios, y determinadas bolsas infraóseas.

El uso más común de la gingivectomía es la eliminación de bolsas supraóseas profundas; aunque también se usa para la eliminación de todas las bolsas supraóseas, haciendo caso omiso de su profundidad, si la pared es fibrosa y firme.

PREPARACION PREVIA A LA CIRUGIA PERIODONTAL.

La preparación previa consiste en procedimientos preliminares con la finalidad de preparar la boca para el tratamiento total que se va a comenzar. Por lo general ocupa tres o cuatro sesiones, según sea el estado del paciente. La preparación previa incluye el raspaje y alisado de las raíces, y la eliminación de factores ambientales locales desfavorables, como restauraciones desbordantes y zonas de impacción de alimentos. Se corrigen oclusiones occlusales groseras y, si fuera preciso, se confeccionan férulas temporales y protectores nocturnos para controlar la movilidad dentaria excesiva, disminuir las fuerzas oclusales excesivas y aliviar hábitos oclusales parafuncionales como el bruxismo. Asimismo, se investigan estados sistémicos que puedan perturbar la cicatrización. Se enseña al paciente el régimen de control de placa que ayude a mejorar el estado periodontal.

PASOS PARA REALIZAR LA GINGIVECTOMIA:

Premedicación del paciente aprensivo. El paciente se premedica con -
Nembutal (100 mg) o con otros sedantes.

ANESTESIA.

La gingivectomía es una operación indolora. Hay que asegurar esto al paciente y es preciso anestesiarlo bien, con inyecciones regionales o infiltrativas. En ocasiones se usa la inyección directa a la papila.

FORMA DE TRATAMIENTO.

Cuando las bolsas están generalizadas en toda la boca, el tratamiento se realiza por cuadrantes a intervalos semanales. Es aconsejable adoptar un orden para tratar los cuadrantes en todos los pacientes, modificándolo si hay prioridades urgentes en una zona determinada. Se tratan todas las lesiones periodontales del cuadrante, frecuentemente mediante la combinación de la gingivectomía y otros procedimientos quirúrgicos.

MARCAR BOLSAS.

Se procede a explorar por medio de una sonda periodontal las bolsas de cada superficie y se marcan con una pinza marcadora. Las bolsas se marcan sistemáticamente, comenzando por la superficie distal del último diente, siguiendo por la superficie vestibular, yendo hacia la línea media. Este procedimiento se repite en la superficie lingual. Cada bolsa se marca en varias partes, para dibujar su curso sobre cada superficie.

CORTE DE ENCIA.

La encía se puede cortar con bisturíes periodontales, escalpelo o tijeras. La remoción de encía enferma es una parte importante de la gingivectomía.

Se pueden usar las incisiones continua y discontinua, según se prefiera. La incisión 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 através de la encía interdientaria hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. La otra incisión se comienza allí donde la anterior cruza el espacio interdentario, y se lleva hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. Las incisiones individuales se repiten hasta alcanzar la línea media.

La incisión continua se comienza en la superficie vestibular del último diente y se lleva hacia el sector anterior sin interrupción, siguiendo el curso de la bolsa, hasta la línea media.

Una vez hechas las incisiones en la superficie vestibular, el proceso se repite en la superficie lingual. Para evitar los vasos y nervios del conducto incisivo y asimismo para establecer un mejor contorno gingival posoperatorio, las incisiones se harán a los lados de la papila incisiva.

Una vez concluidas las incisiones vestibulares y linguales, se las une mediante una incisión en la superficie distal del último diente erupcionado. La incisión distal se hace con un bisturí periodontal colocado debajo del fondo de la bolsa y bicelado de modo que coincida con las incisiones vestibular y lingual. La incisión se hace por apical a los puntos que marcan el curso de las bolsas entre la base de la bolsa y la cresta del hueso. Debe estar lo más cer-

ca posible del hueso sin exponerlo, para eliminar el tejido blando coronario - al hueso. La eliminación del tejido blando que esta entre el fondo de la bolsa y en el hueso es importante porque brinda la mayor posibilidad de eliminar la - totalidad de la adherencia epitelial, asegura la exposición de todos los depósi- tos radiculares del fondo de la bolsa y elimina el tejido fibroso excesivo que- interfiere la consecución del contorno fisiológico cuando la encía cicatriza.

La incisión se bicelará aproximadamente en 45 grados con la superficie dentaria. Esto es muy importante donde las paredes de las bolsas están agranda- das y son fibrosas, como sucede en las superficies palatinas de la zona molar.

En la medida de lo posible, la incisión debe recrear la forma festonea- da de la encía normal. La bolsa enferma se eliminará por completo, incluso si- esto demanda apartarse de la forma normal de la encía. La incisión debe traspasar completamente los tejidos blandos, en dirección al diente.

ELIMINACION DE ENCIA MARGINAL E INTERDENTARIA.

Comenzando en la superficie distal del último diente erupcionado, se - desprende el margen gingival por la línea de incisión, con una azada quirúrgica y raspadores superficiales. El instrumento se coloca profundamente en la inci- sión, en contacto con la superficie del diente y se lo mueve en dirección coro- naria con un movimiento lento y firme.

ELIMINESE EL TEJIDO DE GRANULACION.

El tejido de granulación se elimina antes de comenzar el raspaje munici- cioso, para que la hemorragia que proviene del tejido no entorpezca la opera- ción del raspado.

Con este propósito se utilizan curetas. La cureta se introduce en la superficie dentaria y por debajo del tejido de granulación, para separarlo del tejido subyacente.

ELIMINACION DEL CALCULO Y SUBSTANCIA RADICULAR NECRÓTICA.

Por medio de raspadores radiculares superficiales y profundos y curetas, se elimina el cálculo y el cemento necrótico y se alisa la superficie radicular.

El éxito de la gingivectomia depende en gran medida de la minuciosidad con que se respie y alise la raíz. Esto deberá hacerse inmediatamente después de que se retiró el tejido de granulación, y no se postergará para secciones futuras porque las raíces son más visibles y accesibles, porque la encía no cicatrizará adecuadamente si se dejan depósitos sobre las raíces.

MANEJO DEL MARGEN ÓSEO ALVEOLAR.

En el tratamiento de determinadas clases de bolsas inframucosas el hueso se remodela, pero en el tratamiento de bolsas supraóseas no hay que tocar el hueso. El hueso que está debajo de las bolsas periodontales es tejido vivo, no está infectado ni necrótico. El limado y alisado del hueso para crear un margen redondeado, parejo, es innecesario y perjudicial, retarda la cicatrización y reduce la altura cooperativo del hueso. Los defectos marginales son limados y el margen óseo redondeado por el proceso de cicatrización natural.

Las trabéculas que forman el margen óseo rugoso debajo de la bolsa proporcionan un andamiaje sobre el que se deposita hueso nuevo y donde se incluyen nuevas fibras para mayor sostén del diente. El limado de la superficie ósea

lesiona las células osteógenas que cubren las trabéculas óseas y espacios endosteales, que forman hueso nuevo durante la cicatrización.

El limado del hueso desprende fragmentos que se necrosan y actúan como irritantes que prolongan la fase exudativa de la inflamación y retardan la cicatrización.

HIGIENE PREVIA A LA COLOCACION DEL APOSITO.

Antes de colar el apósito periodontal, se observa cada superficie de cada diente para detectar restos de cálculos o tejido blando, después de lo cual la zona se lava varias veces con agua tibia y se cubre con un trozo de gaza. Se indica al paciente que ocluya sobre la gaza, la cual se deja puesta hasta que cese la hemorragia. Antes de colocar el apósito, la superficie cortada debe estar cubierta por el coágulo. El coágulo protege la herida y proporciona un andamio para los nuevos vasos sanguíneos y células del tejido conectivo que se forman durante la cicatrización. El coágulo no debe ser muy voluminoso. El exceso de coágulo entorpece la retención del apósito periodontal.

APOSITO PERIODONTAL.

Hasta entonces se prefiere el cemento de Kirkland-Kaiser para la gingivectomía. Es de fácil aplicación y manipulación, suficientemente fuerte para soportar la masticación, bien tolerado por los tejidos y fácil de retirar.

El apósito consiste en un polvo y un líquido que se mezclan hasta que se forman una pasta consistente. Se amasa con más polvo hasta que no esta pegajosa.

El apósito se modela en dos cilindros de la longitud aproximada del cuadrante tratado. El extremo de un cilindro se dobla en forma de gancho y se adapta alrededor de la superficie distal del último diente, desde la superficie vestibular. El resto del cilindro se lleva hacia adelante, sobre la superficie vestibular, hacia la línea media, presionándolo suavemente en posición, a lo largo del margen gingival incidido e interproximalmente. El segundo cilindro de cemento se aplica desde la superficie lingual. Se une al apósito de la superficie distal del último diente, y después se lleva hacia adelante a lo largo del margen gingival cortando, hacia la línea media. Los cilindros se unen en las zonas interproximales mediante la aplicación de presión suave sobre las superficies vestibular y lingual del apósito.

Cuando hay diente aislados separados por espacios desdentados, el apósito será continuo, de diente a diente, cubriendo la zona desdentada. Si el espacio desdentado es largo, se pueden cubrir los dientes aislados por separado, para disminuir la posibilidad de un desplazamiento.

El apósito debe cubrir completamente la superficie cortada de la encía, pero se evitará la sobre-extensión hacia la mucosa no afectada. El exceso de apósito irrita el pliegue mucovestibular y el piso de la boca, y dificulta los movimientos de la lengua. El apósito que interfiera la oclusión se recortará antes de despedir al paciente.

El valor del apósito periodontal es indirecto. Ayuda a la curación al proteger el tejido y no soportar factores cicatrizantes. El apósito controla la hemorragia posoperatoria, minimiza la posibilidad de infección, proporciona cierta ferulización de piezas móviles y facilita la cicatrización al prevenir el traumatismo superficial durante la masticación y la irritación proveniente de la placa y residuos de alimentos.

GINGIVOPLASTIA.

La enfermedad gingival y periodontal con frecuencia produce deformaciones en la encía que entorpece la excursión normal de los alimentos, colecciona placa irritante y residuos de alimentos y prolonga y agrava el proceso patológico. La remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos se denomina gingivoplastia. Por lo general, se realiza como segunda operación sobre la encía cicatrizada en la que persistieron anomalías después del tratamiento anterior.

La gingivoplastia se hace como procedimiento complementario cuando el remodelado no se incluye en el tratamiento inicial o cuando la cicatrización inesperadamente provoca anomalías gingivales. La gingivoplastia se puede hacer con un bisturí periodontal, escalpelo, piedras rotatorias de diamante, de grano grueso o electrocirugía. Se compone de procedimientos que se asemejan a los realizados en el festoneado de las dentaduras artificiales a saber, afinamiento del margen gingival creación de un contorno marginal festoneado, adelgazamiento de la encía insertada y creación de surcos interdentes verticales, y remodelado de la papila interdental para proporcionar vías de escape a los alimentos.

TRATAMIENTO DE BOLSAS INFRAOSEAS.

Las metas del tratamiento son la eliminación de la bolsa, la reinsertación del ligamento periodontal a la superficie radicular y el relleno del defecto óseo.

La bolsa periodontal y el defecto óseo están interrelacionados; el tratamiento venturoso demanda que se eliminen ambos. El tratamiento consiste en:

1) la eliminación de la inflamación y de los irritantes locales y condiciones - que conduzcan a su acumulación, y 2) la corrección de factores que comparten con la inflamación la responsabilidad de la formación de bolsas infraóseas, a - saber, el trauma de la oclusión y, en algunos casos, la impactación de alimen- - tos.

Hay cuatro zonas fundamentales comunes a todas las técnicas de trata- - miento de bolsas infraóseas y sus defectos óseos asociados:

1.- Tratamiento de la pared blanda de la bolsa.- En el tratamiento de - la pared blanda de la bolsa, hay que eliminar las estructuras epiteliales para - que sea posible que las nuevas fibras del tejido conectivo se reinserten en la - superficie dentaria. Si se deja la adherencia epitelial, se unirá con el epite - lio que prolifera a partir de la encía adyacente y formará una barrera epitelial - entre el tejido conectivo en cicatrización y el diente. Esto volverá a formar - la bolsa impidiendo que el tejido conectivo llegue hasta la raíz o impedirá el re - lleno del defecto óseo.

2.- Tratamiento de la superficie radicular.- Será minuciosamente raspa - da y aislada para eliminar todo depósito, estructura dentaria ablandada y rema - nentes adheridos de la adherencia epitelial. Se preparará la superficie radicu - lar para el depósito de cemento nuevo y la inclusión de nuevas fibras del liga - mento periodontal.

3.- Tratamiento de las fibras periodontales que cubren la superficie - del hueso. En las bolsas infraóseas, las fibras del ligamento periodontal se ex - tienden en un curso angular sobre las superficies de los defectos óseos. Uno - de los efectos de las fuerzas oclusales normales en el periodonto es alterar la

disposición de las fibras transeptales y las fibras de la cresta alveolar. Cuando se forman las bolsas infraóseas, las paredes de los defectos óseos angulares están cubiertas por estas fibras, y tanto la superficie ósea como las fibras se orientan perpendicularmente a las fuerzas lesivas.

Hay que eliminar las fibras para permitir que la sangre y las células-osteógenas afluyan al defecto óseo.

4.- Tratamiento de las paredes de los defectos óseos.- Se curetean las paredes de los defectos óseos para dejar una superficie limpia con pequeños puntos sangrantes múltiples. Si fuera necesario, se pueden hacer perforaciones en la superficie ósea con una fresa redonda pequeña para facilitar el paso de sangre y células osteógenas desde el hueso hasta el defecto óseo.

TRATAMIENTO DE LOS DEFECTOS ÓSEOS.

Los defectos óseos por lo general están asociados a bolsas infraóseas, pero también pueden estarlo a bolsas supraóseas. Hay dos maneras de corregir los defectos: 1) por la reparación del defecto, es decir mediante el relleno con hueso nuevo y la re inserción de nuevas fibras periodontales en la raíz, o 2) por remodelación del defecto, es decir, recortando las paredes del defecto para eliminarlo o hacerlo mas apto para la reparación ósea. La posibilidad de obtener el relleno óseo depende en gran medida de la arquitectura y de la cantidad de paredes óseas del defecto. Los defectos anchos y someros es menos probable que sean llenados con hueso que los defectos angostos y profundos, excepto cuando el espacio entre diente y hueso sea demasiado reducido para permitir la instrumentación necesaria).

El pronóstico es mejor en los defectos óseos de tres paredes y de dos y media paredes también se reparan satisfactoriamente, pero con menor regularidad. Los defectos óseos de una pared tienden a persistir después del tratamiento. Puede haber una leve reducción de la altura de la pared ósea y aumento de la radiopacidad de la superficie interna, pero por lo general, la bolsa recidiva.

Con excepción de los defectos de una pared, las bolsas infraóseas se tratan con la finalidad de obtener la óptima reparación mediante los procesos de cicatrización natural.

TECNICA.

Dianóstico.- El primer paso es la determinación de la profundidad y curso de la bolsa, la morfología y dimensiones del defecto óseo y la movilidad dentaria. Cada superficie del diente se sondea cuidadosamente para determinar a que nivel se inserta la bolsa. La radiografía resulta útil para estimar la magnitud de la destrucción ósea.

El diagnóstico incluye la valoración de los factores etiológicos posibles. La operación por colgajo es el tratamiento, pero también se usan las técnicas de raspaje y curetaje y gingivectomía. Con frecuencia, se obtienen mejores resultados al combinar las técnicas.

OPERACION POR COLGAJO.

a).- Aíslese la zona.- Se localiza la zona y se procede a anestesiar, se aísla con trozos de gasa, se seca y se pinta con solución antiséptica.

b).- Sondaje.- Se sondea el curso de la bolsa y el defecto óseo. El curso de la bolsa se explora con una sonda para determinar donde comenzar las incisiones. Las dimensiones aproximadas del defecto se pueden estimar pasando un instrumento a través de la encía, hacia la superficie ósea subyacente.

c).- Las incisiones verticales se hacen a cada lado de la zona afectada en la superficie vestibular o superficie lingual, o ambas según sea la necesidad de obtener acceso. Las incisiones deben extenderse desde el margen gingival hacia la mucosa alveolar y deben encontrarse suficientemente alejadas para exponer la totalidad del defecto óseo sin estimar los tejidos, y deben ser suficientemente profundas para permitir el rechazo de un colgajo mucoperiódstico.

d).- Eliminación de la pared de la bolsa y tejido de granulación. Una vez hechas las incisiones verticales, y antes de rechazar el colgajo, se hace una incisión interna a lo largo del margen gingival para separar del colgajo la pared blanda de la bolsa. Recházese un colgajo mucoperiódstico; después curetéese la pared adherida de la bolsa y quítese de la superficie dentaria. El defecto óseo estará parcialmente relleno de tejido de granulación, el cual se elimina con una cureta. Esto expondrá los depósitos de la raíz y facilitará la exploración a fondo de las dimensiones y morfología del defecto. Elimínese todos los depósitos, alíse la substancia radicular y lenguetas adheridas de tejido, y alíse la superficie radicular.

r).- Elimínese las fibras de la superficie ósea. Hay que eliminar por cureteado las fibras que cubren el hueso para permitir la hemorragia irrestricta dentro del defecto. Si fuere preciso, porforee la superficie ósea para facilitar la hemorragia.

f).- Colocación del colgajo. Una vez formado el coágulo, vuelvase el colgajo a su posición, sutúrese firmemente sobre el hueso y raíces y cubrase con apósitos periodontal. Retírese el apósito y suturas después de una semana.

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE.

Se le indicará que la operación que se ha realizado en sus encías ayudará a conservar sus dientes. Cuando la anestesia desaparezca puede sentir una leve molestia. Dos tabletas de aspirina de 30 mg la harán sentirse bien. Puede repetir cada tres hora si fuera necesario.

Hemos colocado un apósito periodontal sobre sus encías para protegerlas de la irritación y usted puede realizar sus actividades usuales cómodamente. Para beneficio suyo, el apósito debe estar colocado el mayor tiempo posible.

En las tres primeras horas después de la operación, evite alimentos calientes para permitir que el apósito endurezca. Después coma todo lo que pueda manejar sin romper el apósito. No fume, el calor y el humo irritarán sus encías y demorarán la cicatrización. Los enjuagatorios no son parte del tratamiento, pero ayudarán a que sienta su boca fresca. No se enjuague hoy. Comience mañana. Puede enjuagarse con uno de los enjuagatorios populares de sabor agradable. Dilúyalo en agua tibia.

Limpie 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. Esto perfectamente normal en periodo inicial de la cicatrización y remitirá gradualmente. Desarrolle sus actividades corrientes, pero evite el ejercicio excesivo de cualquier tipo.

Puede sentir cierta sensación de debilidad o estremecimiento durante -
las primeras 24 horas. La hinchazón no es rara, en particular en zonas que -
demandaron procedimientos quirúrgicos extensos. La hinchazón por lo general, -
pasa a los tres o cuatro días. Si la hinchazón es dolorosa o empeora, debe re-
portarse con su médico.

INSTRUMENTAL PERIODONTAL.

Los instrumentos periodontales están diseñados, según la finalidad que cumplan, como sigue:

SONDAS PERIODONTALES Y PINZAS MARCADORAS DE BOLSA, para la localización y marcado de bolsas y determinación de su curso sobre superficies dentarias individuales.

EXPLORADORES.- Para la localización de depósitos sobre los dientes.

RASPADORES SUPERFICIALES.- Para la remoción de cálculos supragingivales.

RASPADORES PROFUNDOS.- Para la remoción de cálculos subgingivales.

AZADAS.- Para la eliminación de cálculos subgingivales u alisamiento de superficies radiculares.

CURETAS.- Para la remoción de la superficie interna de la pared de la bolsa y la adherencia epitelial, y para alisar superficies radiculares.

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

Hay puntas ultrasónicas de diferentes formas para raspaje y curetaje, alisado de raíces y cirugía gingival. Todas las puntas están hechas para operar en un campo mojado y tienen incorporadas salidas de agua. El roce está dirigido hacia la punta, para disipar el calor generado por vibraciones ultrasónicas.

Los instrumentos se usan con toques leves y una cantidad limitada de toques por unidad de superficie. Las puntas trabajan mejor sobre superficies duras, pero también se pueden usar en el tejido gingival. Hay que mantener el instrumento lejos del hueso, para evitar la posibilidad de necrosis y formación de sequestron. No debe ser usado en tejidos jóvenes en crecimiento, y no se recomienda en el tratamiento de niños.

ELECTROCIRUGIA.— Se refiere al uso de corrientes eléctricas de alta frecuencia para cortar tejido o destruirlo. Hay dos tipos de instrumentos electroquirúrgicos. Uno consiste en un generador con mecanismos de chispa, que produce una corriente caracterizada por picos 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. También para cortar tejidos sin coagulación.

Desecación, es la deshidratación celular de penetración profunda de los tejidos, producida por un electrodo único colocado dentro del tejido, usando corriente alterna de alta frecuencia amortiguada.

Electrocoagulación, es la deshidratación y coagulación del tejido y hemostasia, usando corriente alterna de alta frecuencia, moderadamente amortiguada o muy amortiguada.

Fulguración es la deshidratación superficial y carbonización del tejido producidas por la colocación de un electrodo único, inmediatamente encima de la superficie del tejido, no en contacto con ella. La corriente es altamente amortiguada, del tipo alterado de alta frecuencia, sin placa conductora. La fulguración se usa para destruir orificios fistulosos, eliminar lunquetas de tejido y para hacer hemostasia.

Electrosección es la resección de tejido con corriente biterminal de - alta frecuencia no amortiguada totalmente rectificada.

Hay muchos usos de la electrocirugía. En odontología restauradora, - es uno de los métodos de retracción gingival para exponer márgenes de los tallados. Asimismo, la electrocirugía se usa para eliminar el tejido gingival que - cubre los márgenes de lesiones de caries y molesta durante el tallado de cavidades.

En periodoncia, la electrocirugía es útil para varias aplicaciones: La eliminación de agrandamientos gingivales y la gingivoplastia, en el tratamiento de abcesos periodontales agudos, la inserción de frenillos y músculos, para - casos de pericoronitis.

CRIOCIROUGIA. - Se han eliminado bolsas periodontales mediante dos aplicaciones congelantes (-35 grados C, -70 grados C) con un criostilete, sin necesidad de anestesia. La cicatrización es completa después de dos semanas.

INSTRUMENTOS QUIRURGICOS.

- a) Azadas quirúrgicas.
- b) Bisturíes periodontales.
- c) En Interdent.
- d) Instrumentos quirúrgicos de Kirkland.
- e) Elevador periférico.
- f) Tijeras.
- g) Aspiradores.

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

CUIDADO POSOPERATORIO (preventivo)

La preservación de la salud periodontal del paciente tratado demanda un programa tan positivo como la eliminación de la enfermedad periodontal. Al concluir el tratamiento periodontal, se vuelve a examinar y valorar al paciente. Esto se hace antes de seguir el tratamiento o de dar de alta al paciente. Este examen final incluye la confección de una nueva ficha periodontal para registrar la profundidad de la bolsa, movilidad dentaria, anotación de color, textura y forma de los tejidos, hipersensibilidad dentaria y apreciación de la capacidad del paciente para realizar adecuadamente los procedimientos de higiene bucal. Asimismo, se incluyen radiografías y pruebas pulpares. La comparación del fichado preoperatorio y posoperatorio permitirá medir la eficacia del tratamiento. Una vez completado el tratamiento, se programa para el paciente una serie de visitas de control para el cuidado de mantenimiento, con el fin de prevenir la recidiva de la enfermedad.

La transferencia del paciente del tratamiento activo a un programa de mantenimiento es un paso definitivo de la atención total del paciente. Es preciso que el paciente comprenda la finalidad del programa de mantenimiento, insistiendo en el hecho de que del depende la conservación de los dientes.

Las visitas periódicas de control constituyen la base de un programa adecuado a largo plazo. Al principio se establece un intervalo de tres meses entre las visitas, pero esto puede variar según las necesidades del paciente.

Además de las consideraciones periodontales, las visitas de control incluyen el examen de la caries y de las lesiones de la mucosa bucal. Cada 2 años se toma una serie radiográfica completa y se compara con la serie anterior para la preservación de la altura ósea, la reparación de los defectos óseos, -

la detección de trauma de la oclusión, patología perinipical y caries.

El cuidado periodontal en cada visita de control consiste en dos fases: Una consierente a la salud gingival, en la que el control de placa se revisará y corregirá hasta que el paciente demuestre que posee la eficiencia suficiente, incluso si esto demanda secciones adicionales de enseñanza, y la otra, a la oclusión, puesto que la oclusión cambia a medida que la dentadura natural y las restauraciones se desgastan. Hay que examinar a los pacientes para detectar los signos incipientes de trauma de la oclusión y la oclusión se ajusta cuando sea preciso. La valoración periódica de la oclusión es de especial importancia en aquellos pacientes cuyo tratamiento periodontal incluye la corrección de la oclusión mediante restauraciones extensas o ajuste oclusal.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Existe una gran variedad de factores con influencia etiológica en el desarrollo de la enfermedad periodontal.

Los factores irritantes locales son en la mayoría de los casos los responsables directos de la presencia de la enfermedad periodontal, y el cuadro clínico se puede agravar según sea el estado general del paciente.

La enfermedad periodontal es una de las causas principales de la pérdida de los dientes, por no tener una atención a tiempo.

La mayoría de los tratamientos que se realizan se deben hacer tomando en cuenta los pronósticos favorables.

La eliminación de los factores irritantes locales y el control del paciente en su estado general, es básico para obtener resultados positivos.

BIBLIOGRAFIA

- Propedeutica Fundamental
Séptima edición. Manuel Ortega Cardona.
- Histología y Embriología. Orban.
- Periodoncia de Orban Daniel A. Grant.
Teoría y práctica. Irving G. Stern.
Frank G. Everett.
- Periodontología Clínica. Irving Glickman.
- Medicina Bucal. Dr. Lester W. Burket.
Diagnóstico y Tratamiento.
- Especialidades Odontológicas en Harry M. Bohannon.
la práctica general. Alvin L. Morris.