

141. 763



Universidad Nacional  
Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**BOLSA PERIODONTAL**

*To Bo*  
*[Handwritten signature]*

**T E S I S**

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

**Patricia Pérez Gutiérrez**

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# I N D I C E

	PAG.
CAPITULO I	
PROTOCOLO.	1
INTRODUCCIÓN.	2
DEFINICIÓN.	6
CLASIFICACIÓN.	7
CAPITULO II	
ETIOLOGÍA.	13
CAPITULO III	
PATOGENIA DE LA - BOLSA PERIDONTAL. TEORIAS DE FORMACIÓN.	23 25
CAPITULO IV	
HISTOPATOLOGÍA.	29
CAPITULO V	
DIAGNÓSTICO. PRONÓSTICO.	37 48
CAPITULO VI	
TRATAMIENTO.	50
CAPITULO VII	
CONCLUSIONES. BIBLIOGRAFÍA.	60 61

## CAPITULO I

### PROTOCOLO

ACTUALMENTE LOS PROGRESOS EN EL CAMPO DE LA ODONTOLOGÍA, HAN CONTRIBUIDO A NUEVOS AVANCES ASÍ COMO EQUIPOS, MATERIALES, PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DE MÉTODOS CLÍNICOS, YA QUE EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA ODONTOLOGÍA ES LA CONSERVACIÓN DE LA DENTADURA NATURAL SANA, FUNCIONAL Y CÓMODA.

ADEMÁS SE ADVIERTE UN NUEVO INTERÉS DE LA PROFESIÓN DENTAL POR LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y SE ACEPTA LA PERIODONCIA COMO UNA DISCIPLINA IMPORTANTE EN LA ODONTOLOGÍA. SE HAN HECHO ESTUDIOS PARA DETERMINAR LA EXTENSIÓN, LAS POSIBLES CAUSAS Y LOS MEDIOS DE PREVENIR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. DE ESTAS INVESTIGACIONES SE HAN DECLARADO QUE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL PUEDE EVITARSE, Y SI YA EXISTE, PUEDE TRATARSE Y LOGRAR LA CONSERVACIÓN DE LOS DIENTES.

EL TIEMPO DE ESTUDIO DEDICADO EN LA PERIODONCIA EN EL PROGRAMA EDUCATIVO DENTAL HA SIDO LAMENTABLEMENTE INSUFICIENTE. CASI TODOS LOS PROBLEMAS PERIODONTALES PUEDEN TRATARSE FÁCILMENTE SI SE DESCUBREN O TRATAN A TIEMPO, ES DECIR EN LOS PRIMEROS ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD, ANTIGUAMENTE SE REQUERÍA DE TÉCNICAS TERAPÉUTICAS DIFÍCILES, SIN EMBARGO EN CASOS AVANZADOS EL DENTISTA PUEDE APLICAR UN TRATAMIENTO EFICAZ, SI HA DEDICADO EL TIEMPO Y LOS ESFUERZOS NECESARIOS PARA PREPARARSE DE MANERA ADECUADA.

## INTRODUCCION

EL PERIODONTO ES UN COMPLEJO HISTICO QUE COMPRENDE-  
LOS TEJIDOS QUE REVISTEN A LOS DIENTES Y LES SIRVE DE APOYO Y  
QUE ACTÚAN COMO UNA UNIDAD FUNCIONAL, SIENDO CUATRO TEJIDOS -  
DOS BLANDOS: ENCÍA Y LIGAMENTO PERIODONTAL Y DOS DUROS: CEMEN-  
TO Y HUESO ALVEOLAR.

### ENCIA

LA ENCÍA ES LA PARTE DE LA MEMBRANA MUCOSA BUCAL -  
QUE CUBRE LOS PROCESOS ALVEOLARES DE LOS MAXILARES Y RODEA --  
LOS CUELLOS DE LOS DIENTES. DESDE EL PUNTO DE VISTA ANATÓMI-  
CO, LA ENCÍA PUEDE DIVIDIRSE EN: ENCÍA MARGINAL, ES LA ENCÍA  
LIBRE QUE RODEA LOS DIENTES A MODO DE COLLAR. SURCO GINGIVAL-  
ES UNA HENDIDURA SOMERA AL REDEDOR DEL DIENTE LIMITADA POR LA  
SUPERFICIE DENTARIA Y EL EPITELIO QUE TAPIZA EL MARGEN LIBRE-  
DE LA ENCÍA, ES UNA DEPRESIÓN EN FORMA DE V. LA ADHERENCIA -  
EPITELIAL ES UNA BANDA A MODO DE COLLAR DE EPITELIO ESCAMOSO-  
ESTRATIFICADO, LA ADHERENCIA EPITELIAL SE UNE AL ESMALTE POR-  
UNA LÁMINA BASAL O MEMBRANA BASAL, ÉSTA LÁMINA ESTÁ COMPUESTA  
POR UNA LÁMINA Densa ADYACENTE AL ESMALTE Y UNA LÁMINA LÚCIDA  
A LA CUAL SE ADHIEREN LOS HEMIDESMOSOMAS, LA ADHERENCIA EPITE-  
LIAL AL DIENTE ESTÁ REFORZADA POR LAS FIBRAS GINGIVALES, QUE-  
ASEGURAN LA ENCÍA MARGINAL CONTRA LA SUPERFICIE DENTARIA. EN  
CÍA INSERTADA O ADHERIDA SE CONTINUA CON LA ENCÍA MARGINAL, -  
ES FIRME, RESILENTE Y ESTRECHAMENTE UNIDA AL CEMENTO Y HUESO-  
ALVEOLAR SUBYACENTE, ÉSTA ENCÍA ESTÁ LIMITADA POR LA UNIÓN MU-  
COGINGIVAL. ENCÍA INTERDENTARIA; OCUPA EL NICHU GINGIVAL, -  
QUE ES EL ESPACIO INTERPROXIMAL SITUADO DEBAJO DEL ÁREA DE --  
CONTACTO DENTARIO, CONSTA DE DOS PAPILAS: UNA VESTIBULAR, --  
UNA LINGUAL Y EL COL. EL COL ES UNA DEPRESIÓN PARECIDA A UN-  
VALLE QUE CONECTA LAS PAPILAS Y SE ADAPTAN A LA FORMA DEL Á--  
REA DE CONTACTO INTERPROXIMAL.

### LA ENCÍA PRESENTA UN GRUPO DE FIBRAS QUE SON:

- A).- GRUPO GINGIVODENTAL, SE HALLAN INCLUIDAS EN EL CEMENTO - INMEDIATAMENTE DEBAJO DEL EPITELIO, EN LA BASE DEL SURCO GINGIVAL Y SE PROYECTAN DESDE EL CEMENTO, EN FORMA DE ABANICO HACIA LA CRESTA GINGIVAL.
- B).- GRUPO CIRCULAR, RODEAN AL DIENTE EN FORMA DE ANILLO.
- C).- GRUPO TRANSEPTAL, VAN DEL CEMENTO DE UN DIENTE AL CEMENTO DEL DIENTE VECINO, SITUADAS INTERPROXIMALMENTE.

### LIGAMENTO PERIODONTAL

EL LIGAMENTO PERIODONTAL ES UNA ESTRUCTURA DE TEJIDO CONECTIVO DENSO QUE RODEA A LA RAÍZ Y LA UNE AL HUESO, LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE ESTE LIGAMENTO SON LAS FIBRAS -- COLÁGENAS DISPUESTAS EN HACES. LAS FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SON:

- A).- GRUPO TRANSEPTAL, SE EXTIENDEN INTERPROXIMALMENTE SOBRE LA CRESTA ALVEOLAR Y SE INCLUYE EN EL CEMENTO DEL DIENTE VECINO.
- B).- GRUPO CRESTA ALVEOLAR, SE EXTIENDEN OBLICUAMENTE DESDE EL CEMENTO INMEDIATAMENTE DEBAJO DE LA ADHERENCIA EPITELIAL HASTA LA CRESTA ALVEOLAR, MANTIENEN EL DIENTE DENTRO DEL ALVEOLO Y RESISTE LOS MOVIMIENTOS LATERALES DEL DIENTE.
- C).- GRUPO HORIZONTAL, SE EXTIENDEN EN ÁNGULO RECTO RESPECTO AL EJE MAYOR DEL DIENTE, DESDE EL CEMENTO HACIA EL HUESO ALVEOLAR.
- D).- GRUPO OBLICUO, EL GRUPO MÁS GRANDE DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SE EXTIENDE DESDE EL CEMENTO EN DIRECCIÓN CORONARIA EN SENTIDO OBLICUO RESPECTO AL HUESO, CONSTITUYEN EL SONTÉN PRINCIPAL DEL DIENTE CONTRA LAS FUERZAS MASTICATORIAS.

E).- GRUPO APICAL, SE IRRADIA DESDE EL CEMENTO HACIA EL HUESO EN EL FONDO DEL ALVEOLO. LOS EXTREMOS DE LAS FIBRAS PRINCIPALES, QUE SE INSERTAN EN EL CEMENTO Y HUESO, SE DENOMINAN FIBRAS DE SHARPEY. LOS ELEMENTOS CELULARES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SON LOS FIBROBLASTOS, CÉLULAS ENDOTELIALES, CEMENTOBLASTOS, OSTEOBLASTOS, OSTEOCLASTOS, MACRÓFAGOS DE LOS TEJIDOS Y CORDONES DE CÉLULAS EPITELIALES DE MALASSEZ. LAS FUNCIONES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SON: DEFENSIVA NUTRICIONAL, FORMATIVA Y SENSORIAL. EN EL TEJIDO INTERSTICIAL ENTRE LOS GRUPOS DE FIBRAS PRINCIPALES, SE HALLAN FIBRAS COLÁGENAS DISTRIBUIDAS CON MENOR REGULARIDAD QUE CONTIENEN VASOS SANGUÍNEOS, LINFÁTICOS Y NERVIOS.

## CEMENTO

EL CEMENTO ES EL TEJIDO MESENQUIMATOZO CALSIFICADO QUE FORMA LA CAPA EXTERNA DE LA RAÍZ ANATÓMICA, MORFOLÓGICAMENTE EL CEMENTO SE DIVIDE EN: ACELULAR ( PRIMARIO ) Y CELULAR ( SECUNDARIO ), LOS DOS SE COMPONEN DE UNA MATRIZ INTERFIBRILAR CALSIFICADA Y FIBRILLAS COLÁGENAS.

EL TIPO CELULAR CONTIENE CEMENTOCITOS EN ESPACIOS AISLADOS, LAGUNAS. HAY DOS TIPOS DE FIBRAS COLÁGENAS, FIBRAS DE SHARPEY, PORCIÓN INCLUIDA DE LAS FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL QUE ESTAN FORMADAS POR FIBROBLASTOS, Y UN SEGUNDO GRUPO DE FIBRAS, PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS POR CEMENTOBLASTOS QUE TAMBIEN GENERAN LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL INTERFIBRILAR GLUCOPRETEICA. LAS FIBRAS DE SHARPEY OCUPAN LA MAYOR PARTE DE LA ESTRUCTURA DEL CEMENTO ACELULAR, QUE DESEMPEÑA UN PAPEL PRINCIPAL EN EL SOSTÉN DEL DIENTE. 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.

## HUESO ALVEOLAR

EL PROCESO ALVEOLAR ES LA PORCIÓN DE HUESO DONDE ESTAN INSERTADOS LOS DIENTES, ESTA COMPUESTO DE HUESO DELGADO COMPACTO DENOMINADO HUESO ALVEOLAR ( LÁMINA CRIBIFORME ), EL HUESO DE SOSTÉN QUE CONSISTE EN TRÁBECULAS RETICULARES ( HUESO ESPONJOSO ), Y LAS TABLAS VESTIBULARES Y PALATINAS DE HUESO COMPACTO. EL HUESO ALVEOLAR SE COMPONE DE UNA MATRIZ CALSIFICADA CON OSTEOCITOS ENCERRADOS DENTRO DE PEQUEÑOS CANALES QUE SE IRRADIAN DESDE LAS LAGUNAS, LOS CANALÍCULOS FORMAN UN SISTEMA ANSTOMASADO DENTRO DE LA MATRIZ INTERCELULAR DEL HUESO QUE LLEVA OXÍGENO Y ALIMENTOS A LOS OSTEOCITOS Y ELIMINA LOS PRODUCTOS METABÓLICOS DE DESECHO. TAMBIEN DENTRO DE LA COMPOSICIÓN DEL HUESO ESTAN EL CALCIO, EL FOSFATO, JUNTO CON HIDROXILOS, CARBONATO, CITRATOS Y PEQUEÑAS CANTIDADES DE OTROS IONES COMO Na, Mg, Y F. LAS SALES MINERALES SE DEPOSITAN EN CRISTALES DE HIDROXIAPATITA DE TAMAÑO ULTRAMICROSCÓPICO. EL ESPACIO INTERCRISTALINO ESTA RELLENO DE MATRIZ ORGANICA, CON PREDOMINANCIA DE COLÁGENO, MAS AGUA, SÓLIDOS NO INCLUIDOS EN LA ESTRUCTURA CRISTALINA Y PEQUEÑAS CANTIDADES DE MUCOPOLISACÁRIDOS.

HAY DOS DEFECTOS ÓSEOS QUE OCURREN APROXIMADAMENTE EN UN 20% DE LOS DIENTES QUE SON LA FENESTRACIÓN Y LA DEHISCENCIA, LA FENESTRACIÓN SON ÁREAS AISLADAS DONDE LA RAÍZ QUEDA DENUDADA DE HUESO Y LA SUPERFICIE RADICULAR SE CUBRE SOLO DE PERIOSTIO Y ENCÍA SI EL MARGEN SE ENCUENTRA INTACTO, Y DEHISCENCIA SI LA DENUDACIÓN SE EXTIENDE HASTA EL MARGEN, OCURRE CON MAYOR FRECUENCIA EN EL HUESO VESTIBULAR QUE EN EL LINGUAL, Y SON MAS COMUNES EN LOS DIENTES ANTERIORES QUE EN LOS POSTERIORES, Y MUCHAS VECES SON BILATERALES.

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES GENERALMENTE CRÓNICA, PROGRESIVA Y DESTRUCTORA Y LOS CAMBIOS INICIALES SE DAN EN LA ENCÍA Y PAULATINAMENTE SE DESTRUYE EL HUESO ALVEOLAR, PERDIENDO ASÍ LAS PIEZAS DENTARIAS.

## DEFINICION

LA BOLSA PERIODONTAL ES LA PROFUNDIZACIÓN PATOLÓGICA DEL SURCO GINGIVAL, YA QUE EL AVANCE CONTINUO DE LA BOLSA NOS CONDUCE A LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE, AFLOJAMIENTO Y EXFOLIACIÓN DE LOS DIENTES.

EL SURCO GINGIVAL ES EL ESPACIO COMPRENDIDO ENTRE LA ENCÍA LIBRE Y EL DIENTE, LIMITADO EN UN LADO POR EL EPITELIO DEL SURCO, EN EL OTRO POR LA SUPERFICIE DEL DIENTE Y EN LA BASE POR LA ADHERENCIA EPITELIAL, ÉSTA ADHERENCIA SE UNE AL ESMALTE POR UNA MEMBRANA BASAL.

EL MECANISMO DE UNIÓN ENTRE EL EPITELIO DEL SURCO Y EL DIENTE, HA SIDO OBJETO DE MUCHA ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS, AUNQUE SE HAN HECHO MUCHOS PROGRESOS, TODAVIA PERSISTEN CIERTAS DUDAS EN LO QUE RESPECTA A LA VERDADERA NATURALEZA DE ESTA UNIÓN Y A LA MANERA COMO SE MANTIENE.

## SIGNOS Y SINTOMAS

LA PRESENCIA DE BOLSAS PERIODONTALES REFIERE LOS SIGUIENTES SIGNOS CLÍNICOS:

- A).- LA ENCÍA MARGINAL SE PRESENTA ROJO-AZULADA SEPARADA DE LA SUPERFICIE DENTARIA.
- B).- A PARTIR DEL MARGEN GINGIVAL HASTA LA ENCÍA INSERTADA Y A VECES HASTA LA MUCOSA ALVEOLAR SE PRESENTA UNA ZONA VERTICAL AZUL-ROJIZA.
- C).- ROTURA DE LA CONTINUIDAD VESTÍBULO-LINGUAL DE LA ENCÍA INTERDENTARIA.
- D).- EXISTEN CAMBIOS DE COLOR EN LA ENCÍA, ADÉMÁS SE PRESENTA BRILLANTE E HINCHADA CON LAS SUPERFICIES RADICULARES EXPUESTAS.

- E).- SANGRADO GINGIVAL, EXUDADO PURULENTO EN EL MARGEN GINGIVAL O SU APARICIÓN AL HACER PRESIÓN DIGITAL SOBRE LA SU PERFICIE LATERAL DEL MARGEN GINGIVAL.
- F).- MOVILIDAD, EXTRUSIÓN Y MIGRACIÓN DE DIENTES
- G).- APARICIÓN DE DIASTEMAS DONDE NO LOS HABIA.

POR LO GENERAL LAS BOLSAS PERIODONTALES SON INDOLORAS, PERO PUEDEN GENERAL LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: DOLOR LOCALIZADO O SENSACIÓN DE PRESIÓN DESPUES DE COMER QUE VA DISMINUYENDO GRADUALMENTE; SABOR DESAGRADABLE EN ÁREAS LOCALIZADAS; TENDENCIA A SUCCIONAR MATERIAL DE LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS DOLOR IRRADIADO EN LA PROFUNDIDAD DEL HUESO QUE EMPEORA EN -- LOS DÍAS DE LLUVIA, SENSACIÓN ROEDORA O DE PICAZÓN EN LA EN-- CÍA QUE A VECES SE DESCRIBE COMO CARCOMIDAS, LA NECESIDAD DE INTRODUCIR UN INSTRUMENTO PUNTIAGUDO EN LA ENCÍA PARA QUE SAN GRE Y SE SIENTA EL ALIVIO, QUEJAS DE QUE LOS ALIMENTOS SE -- ATASCAN ENTRE LOS DIENTES ( SE SIENTEN FLOJOS LOS DIENTES ), PREFERENCIA POR COMER DEL OTRO LADO, SENSIBILIDAD AL FRÍO Y AL CALOR, DOLOR DENTARIO EN AUSENCIA DE CRIES.

### CLASIFICACION

LAS BOLSAS PERIODONTALES SE CLASIFICAN SEGÚN LA MORFOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES, COMO SI GUE:

BOLSAS	GINGIVAL (RELATIVA)	SUPRAÓSEAS (SUPRACRESTAL)
	PERIODONTAL (ABSOLUTA)	INFRAÓSEAS (INTRAÓSEAS, - SUBCRESTAL O INTRALVEOLAR).

## BOLSA GINGIVAL (RELATIVA)

ESTA FORMADA POR EL ALARGAMIENTO GINGIVAL, SIN DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES SUBYACENTES. EL SURCO SE PROFUNDIZA A ESPENZAS DEL AUMENTO DE VOLÚMEN DE LA ENCIÓN.- (FIG. 1.A).

## BOLSA PERIODONTAL (ABSOLUTA).

ESTE ES EL TIPO DE BOLSA QUE SE PRODUCE EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. LA ENCIÓN SE ENFERMA Y EL SURCO SE PROFUNDIZA, HAY DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE ESTAS BOLSAS ABSOLUTAS SON DE DOS CLASES:

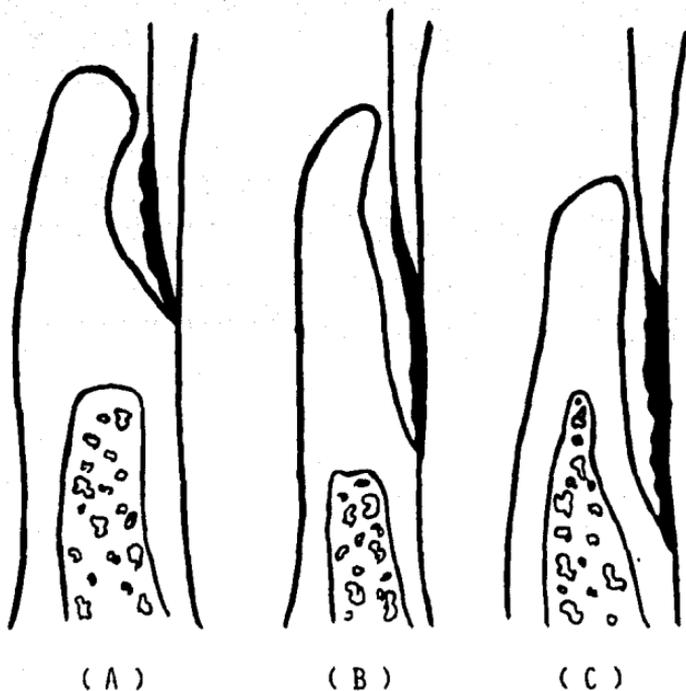
- A).- SUPRÁÓSEAS (SUPRACRESTAL), EN LA CUAL EL FONDO DE LA BOLSA ES CORONAL AL HUESO ALVEOLAR SUBYACENTE. (FIG. 1.B).
- B).- INFRAÓSEAS (INTRAÓSEA), EN LA CUAL EL FONDO DE LA BOLSA ES APICAL A NIVEL DEL HUESO ALVEOLAR SUBYACENTE. EN ESTE TIPO DE PARED LATERAL DE LA BOLSA, ESTÁ ENTRE LA SUPERFICIE DENTARIA Y EL HUESO ALVEOLAR. HAY BOLSAS DE DIFERENTES TIPOS Y PROFUNDIDADES QUE PUEDEN COEXISTIR EN DIFERENTES SUPERFICIES VECINAS DE UN MISMO ESPACIO INTERDENTARIO. (FIG. 1.C).

## CLASIFICACIÓN POR EL NÚMERO DE CARAS AFECTADAS

LA CLASIFICACIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE CARAS AFECTADAS ES LA SIGUIENTE:

- A).- SIMPLE: UNA CARA DEL DIENTE. (FIG. 2.A).
- B).- COMPUESTA: DOS CARAS DEL DIENTE O MÁS. LA BASE DE LA BOLSA ESTA EN COMUNICACIÓN DIRECTA CON EL MARGEN GINGIVAL EN CADA UNA DE LAS CARAS AFECTADAS O SUPERFICIES DEL DIENTE. (FIG. 2.B).
- C).- COMPLEJA: HAY UNA BOLSA ESPIRALADA QUE NACE EN UNA SUPER

FIG. 1.- DIFERENTES TIPOS DE BOLSAS PERIODONTALES:

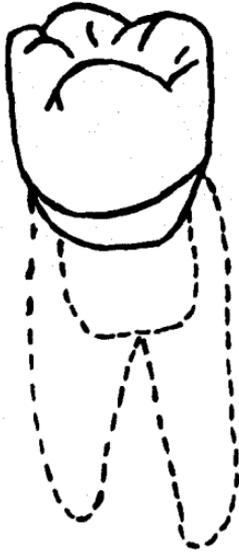


- ( A )
- ( B )
- ( C )
- A) BOLSA GINGIVAL, EN LA CUAL NO HAY DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.
- B) BOLSA SUPRAÓSEA, DONDE LA BASE DE LA BOLSA ES CORONARIA A NIVEL DE HUESO SUBYACENTE.
- C) BOLSA INFRAÓSEA, DONDE LA BASE DE LA BOLSA ES -- APICAL AL NIVEL DEL HUESO ADYACENTE.

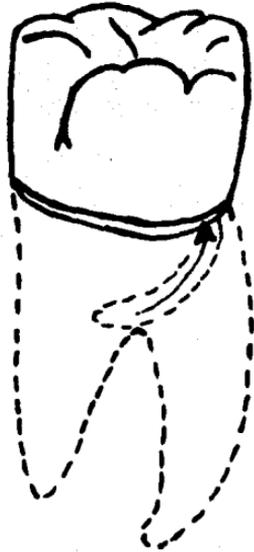
FIG. 2.- CLASIFICACIÓN DE LAS BOLSAS SEGÚN LAS SUPERFICIES DENTARIAS AFECTADAS.



( A )



( B )



( C )

A) BOLSA SIMPLE.

B) BOLSA COMPUESTA.

C) BOLSA COMPLEJA.

FICIE DENTARIA Y DA VUELTA AL REDEDOR DEL DIENTE, AFECTA UNA CARA O MÁS. LA ÚNICA COMUNICACIÓN CON EL MARGEN GINGIVAL ES EN LA CARA DONDE NACE LA BOLSA. (FIG. 2.C).

### CLASIFICACIÓN DE BOLSAS INFRAÓSEAS.

LAS BOLSAS INFRAÓSEAS SE CLASIFICAN DE DIVERSAS MANERAS, LAS CARACTERÍSTICAS UTILIZADAS CON FRECUENCIA SON EL NÚMERO DE PAREDES DEL DEFECTO Y SU PROFUNDIDAD Y ANCHO, PORQUE ESTOS SON FACTORES IMPORTANTES QUE INFLUYEN EN EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO. LOS DEFECTOS INFRAÓSEOS PUEDEN TENER UNA PARED, DOS PAREDES O TRES PAREDES. SE USA LA DENOMINACIÓN DE DEFECTOS ÓSEOS COMBINADOS CUANDO EL NÚMERO DE PAREDES EN LA PORCIÓN APICAL DEL DEFECTO ES DIFERENTE DEL NÚMERO DE LA PORCIÓN OCLUSAL.

• LAS BOLSAS INFRAÓSEAS SE CLASIFICAN SEGÚN SU PROFUNDIDAD Y SU ANCHO, DE LA SIGUIENTE MANERA:

- TIPO 1 SOMERA ANGOSTA.
- TIPO 2 SOMERA ANCHA.
- TIPO 3 PROFUNDA ANGOSTA.
- TIPO 4 PROFUNDA ANCHA.

### DIFERENCIAS ENTRE BOLSAS SUPRAÓSEAS E INFRAÓSEAS.

- 1.- EL FONDO DE LA BOLSA SUPRAÓSEA ES CORONARIO AL NIVEL DEL HUESO AVEOLAR, MIENTRAS QUE LA INFRAÓSEA ES APICAL A LA CRESTA DEL HUESO ALVEOLAR, DE MODO QUE EL HUESO ES ADYACENTE A PARTE DE LA PARED BLANDA O A TODA ELLA.
- 2.- LA DESTRUCCIÓN DE HUESO ADYACENTE ES HORIZONTAL EN LA SUPRAÓSEA Y EN LA INFRAÓSEA ES ANGULADO VERTICALMENTE O CRATERIFORME, CREANDO UNA DEFORMIDAD INVERTIDA EN EL HUESO.
- 3.- EN LA SUPRAÓSEA, EN LA ZONA INTERPROXIMAL, LAS FIBRAS ---

TRANSEPTALES SE DISPONEN HORIZONTALMENTE EN EL ESPACIO ENTRE LA BASE DE LA BOLSA Y EL HUESO ALVEOLAR, EN CAMBIO EN LAS INFRAÓSEAS ESTAS FIBRAS SON OBLICUAS.

- 4.- EN LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL, LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL DEBAJO DE LA BOLSA SIGUE SU CURSO NORMAL HORIZONTAL-OBLICUO, ENTRE EL DIENTE Y EL HUESO Y EN LA INFRAÓSEA LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SIGUEN EL PATRÓN ANGULAR DEL HUESO ADYACENTE.

## CAPITULO II

### ETIOLOGIA

AL HABLAR SOBRE ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DEBEMOS MENCIONAR QUE PUEDE AFECTAR TODO EL PARODONTO O SOLO UNA PARTE QUE PUEDE SER EN UNA O VARIAS REGIONES. LA ETIOLOGÍA ES UNA COMBINACIÓN DE VARIOS FACTORES QUE ACTÚAN - SIMULTANEAMENTE PROVOCANDO LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES PRODUCIDA POR MÚLTIPLES Y COMPLEJOS FACTORES' ESTOS FACTORES PUEDEN SER ESTRÍNSECOS O LOCALES E INTRÍNSECOS O SISTÉMICOS. LOS FACTORES LOCALES, ACTUAN DIRECTAMENTE SOBRE EL PARODONTO, UNA VEZ QUE EMPIEZA A ACTUAR PUEDE DESENCADENAR CAMBIOS QUE ORIGINAN - - TRASTORNOS FUNCIONALES, MIENTRAS QUE LOS FACTORES GENERALES MODIFICAN EL EFECTO DE LOS IRRITANTES LOCALES.

CABE MENCIONAR QUE UNAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS QUE ORIGINAN LA BOLSA PERIODONTAL SON FACTORES LOCALES, NO HAY ENFERMEDADES GENERALES QUE POR SI SOLAS GENEREN LA BOLSA PERO SE NOMBRARÁN ESTOS FACTORES QUE DE UNA FORMA U OTRA ALTERAN EL PARADONTO.

#### FACTORES LOCALES (IRRITANTES GINGIVALES).

- A) PLACA BACTERIANA.
- B) CÁLCULO.
- C) HIGIENE ORAL INADECUADA.
- D) IMPACCIÓN DE ALIMENTOS.
- E) CEPILLADO INCORRECTO.
- F) EXTENSIÓN EXESIVA E INSUFICIENTE DE LOS BORDES DE LAS RESTAURACIONES.
- G) HÁBITOS.
- H) ANATOMÍA DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

## FACTORES GENERALES

- I) ALTERACIONES ENDÓCRINAS.
- J) DIABETES.
- K) LEUCEMIAS.
- L) ANEMIAS.
- M) DEFICIENCIAS VITAMÍNICAS Y NUTRICIONALES.

### A) PLACA BACTERIANA.

LA PLACA BACTERIANA ES UNA MATRIZ PROTEÍNICAMENTE BLANCA Y SU FORMACIÓN REPRESENTA LA COLONIZACIÓN MICROBIANA DE LAS SUPERFICIES DE LAS CORONAS CLÍNICAS, SE SABE QUE DETERMINADAS BACTERIAS BUCALES SE PEGAN A LA SUPERFICIE Y ENTRE SI, POR MEDIO DE MUCOPOLISACÁRIDOS EXTRACELULARES, ESTOS DESEMPEÑAN UN PAPEL IMPORTANTE EN LA DINÁMICA DE LA PLACA.

LOS PASOS PARA LA FORMACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- PARA LA FORMACIÓN DE LA PLACA EN UN DIENTE LIMPIO, ES LA UNIÓN DE MICROORGANISMOS A LA PELÍCULA SALIVAL ADHESIVA. ESTA COLONIZACIÓN COMIENZA A PARTIR DE LOS MICROORGANISMOS DE LA SALIVA Y A PESAR DEL CEPILLADO MINUCIOSO DE LOS DIENTES, QUEDAN MICROORGANISMOS EN EL SURCO GINGIVAL Y EN LOS DEFECTOS DEL ESMALTE (DEFECTOS MICROSCÓPICOS).
- 2.- ESTE SEGUNDO PASO EMPIEZA CON LA PROLIFERACIÓN DE MICROORGANISMOS SOBRE LA SUPERFICIE DENTARIA COMBINADOS CON LOS MICROORGANISMOS DE LA SALIVA QUE YA ESTÁN ADHESIVOS. SI SE SUSPENDE EL CEPILLADO SE FORMAN PEQUEÑAS COLONIAS DE PLACA AISLADA, ENTRE UNO Y CUATRO DIAS, PRINCIPALMENTE EN EL MARGEN GINGIVAL.
- 3.- LAS COLONIAS DE PLACA SE FUSIONAN ENTRE DOS Y CINCO DIAS PARA FORMAR UN DEPÓSITO CONTÍNUO, DESPUÉS DE - -

UNOS DIEZ DÍAS SIN HIGIENE BUCAL, LA PLACA ALCANZA SU EXTENSIÓN Y GROSOR MÁXIMOS. AL AVANZAR EL PROCESO DE LA PLACA PROLIFERAN DIVERSOS MICROORGANISMOS, PRIMERO LOS AEROBIOS SOBRE LOS DIENTES POR LO TANTO HAY UNA -- TENSIÓN BAJA DE OXÍGENO, EN LA CUAL PUEDE PROLIFERAR -- LOS MICROORGANISMOS ANAEROBIOS. LA PLACA DENTARIA COM -- SISTE PRINCIPALMENTE EN MICROORGANISMOS PROLIFERANTES -- Y ALGUNAS CÉLULAS EPITELIALES, LEUCOCITOS Y MACRÓFAGOS EN UNA MATRÍZ INTERCELULAR ADHESIVA. LOS SÓLIDOS ORGÁ -- NICOS E INORGÁNICOS CONSTITUYEN AL REDEDOR DEL 20 % DE LA PLACA, EL RESTO ES AGUA. LAS BACTERIAS CONSTITUYEN APROXIMADAMENTE EL 70 % DE MATERIAL SÓLIDO Y EL RESTO -- ES MATRÍZ INTERCELULAR. EL CONTENIDO ORGÁNICO CONSIS -- TE EN UN COMPLEJO DE POLISACÁRIDOS Y PROTEÍNAS, ADEMÁS LÍPIDOS, LOS INORGÁNICOS SON EL CALCIO Y EL FÓSFORO -- CON PEQUEÑAS CANTIDADES DE MAGNESIO Y SODIO.

LA PLACA BACTERIANA ES UN SISTEMA BACTERIANO COM -- PLEJO MUY ORGANIZADO, ASÍ QUE ESTA PLACA ACTÚA COMO AGENTE -- ETIOLÓGICO EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, PORQUE CONCENTRA -- GRAN NÚMERO DE MICROORGANISMOS EN ÁREAS ESPECÍFICAS.

## B) CÁLCULO.

EL CÁLCULO DENTARIO ES UNA MASA ADHERENTE CALCIFI -- CADA QUE SE HA MINERALIZADO, ESTA PLACA SE HALLA REGULARMEN -- TE SOBRE LA SUPERFICIE DEL CÁLCULO. ESTOS DEPÓSITOS CALCIFI -- CADOS SON MASAS DURAS, FIRMEMENTE ADHERIDAS A LAS CORONAS -- CLÍNICAS DE LOS DIENTES, LA SUPERFICIE DEL CÁLCULO SIEMPRE -- ESTA CUBIERTA DE PLACA NO CALCIFICADA, ESTA CAPA SE COMPONE -- DE CÉLULAS EN SU MAYOR PARTE DE MICROORGANISMOS DE MUCHAS -- CLASES, CÉLULAS EPITELIALES DESCAMADAS Y LEUCOCITOS QUE EMI -- GRAN A TRAVÉS DEL EPITELIO DEL SURCO, TODO ELLO INCORPORADO -- DENTRO DE UNA MATRÍZ.

LA FORMACIÓN DEL CÁLCULO DENTARIO SE FORMA EN --

**TRES FASES QUE SON LAS SIGUIENTES:**

- 1.- LA UNIÓN INICIAL DEL MATERIAL ORGÁNICO A LA SUPERFICIE DURA DEL DIENTE EN LA CAVIDAD BUCAL.
- 2.- FORMACIÓN DE LA PLACA.
- 3.- MINERALIZACIÓN DE LA PLACA.

SE HAN REALIZADO INVESTIGACIONES PARA REVELAR LOS DIVERSOS MEDIOS DE UNIÓN DEL CÁLCULO A LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS QUE SON:

- 1.- LA UNIÓN DEL CÁLCULO SE HACE MEDIANTE UNA PELÍCULA ORGÁNICA O ESTRUCTURA DE ASPECTO CUTICULAR.
- 2.- EL CÁLCULO SE UNE DIRECTAMENTE A LA SUPERFICIE DENTARIA POR APOSICIÓN DE LA MATRIZ ORGÁNICA DEL CÁLCULO A LA SUPERFICIE DENTARIA.
- 3.- LA UNIÓN SE PUEDE PRODUCIR POR LA PENETRACIÓN DE LA MATRIZ DEL CÁLCULO EN LAS CARIES Y OTRAS IRREGULARIDADES DE LA SUPERFICIE.

LOS CÁLCULOS PUEDEN CLASIFICARSE SEGUN SU RELACIÓN CON EL MARGEN GINGIVAL COMO SIGUE: CÁLCULO SUPRAGINGIVAL (CÁLCULO VISIBLE), 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 AMARILLENTO DE CONSISTENCIA DURA, ARCILLOSA Y SE DESPRENDE CON FACILIDAD DE LA SUPERFICIE DENTARIA MEDIANTE UN RASPADOR. EL COLOR ES MODIFICADO POR FACTORES COMO EL TABACO O PIGMENTOS DE ALIMENTOS. SE PUEDE PRESENTAR EN UN SOLO DIENTE O EN UN GRUPO DE ELLOS, O ESTAR GENERALIZADO POR TODA LA BOCA. EL CÁLCULO SUPRAGINGIVAL APARECE CON MAYOR FRECUENCIA Y EN CANTIDAD MÁS ABUNDANTES, EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE LOS MOLARES SUPERIORES QUE ESTÁN FRENTE AL CONDUCTO DE STENON. LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES QUE ESTÁN FRENTE AL CONDUCTO 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 O CUBREN LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LOS DIENTES QUE CARECEN DE ANTAGONISTAS FUNCIONALES.

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 EXÁMEN BU CAL. LA DETERMINACIÓN DE LA LOCALIZACIÓN Y EXTENSIÓN DE LOS CÁLCULOS SUBGINGIVALES EXIGE EL SONDEO CUIDADOSO CON UN EXPLORADOR. ES DENSO Y DURO, PARDO OSCURO O VERDE NEGRUZO, DE CONSISTENCIA PÉTREA Y UNIDO CON FIRMEZA A LA SUPERFICIE DENTARIA. POR LO GENERAL, LOS CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES Y LOS GINGIVALES SE PRESENTAN JUNTOS, PERO PUEDE ESTAR UNO SIN EL OTRO. TAMBIÉN SE HACE REFERENCIA AL CÁLCULO SUPRAGINGIVAL COMO SALIVAL Y EL CÁLCULO SUBGINGIVAL COMO SÉRICO, BASÁNDOSE EN LA SUPOSICIÓN DE QUE EL PRIMERO DERIVA DE LA SALIVA Y EL ÚLTIMO DEL SUERO SANGUÍNEO.

RESULTA DIFÍCIL SEPARAR LOS EFECTOS DEL CÁLCULO, ESTAN SIEMPRE CUBIERTOS POR UNA CAPA NO MINERALIZADA DE PLACA. EN PERSONAS JÓVENES EL ESTADO PERIODONTAL TIENE MÁS QUE VER CON LA ACUMULACIÓN DE PLACA, QUE DE CÁLCULO, PERO LA SITUACIÓN SE INVIERTE CON LA EDAD. ES EXTREMADAMENTE RARO ENCONTRAR UNA BOLSA PERIODONTAL SIN CÁLCULOS SUBGINGIVALES, AUNQUE EN CIERTOS CASOS ESTÉN EN PROPORCIONES MICROSCÓPICAS; Y LA INFLAMACIÓN MÁS INTENSA DE LA PARED DE LA BOLSA ES LA ADYACENTE AL CÁLCULO.

LA PLACA NO MINERALIZA 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 DA NIDO FIJO PARA LA ACUMULACIÓN DE PLACA SUPERFICIAL IRRITANTE Y MANTIENE LA PLACA CONTRA LA ENCÍA.

### C) HIGIENE ORAL INADECUADA

HAY POCAS DUDAS DE QUE LA HIGIENE BUCAL NEGLIGENTE O INADECUADA ES RESPONSABLE DEL PORCENTAJE MÁS ALTO DE GINGIVITIS Y PERIODONTITIS, LA PLACA BACTERIANA RETENIDA EN LOS MARGENES GINGIVALES Y EN LOS SURCOS IRRITAN LA ENCÍA Y GENERAN CAMBIOS CAMBIOS DESTRUCTIVOS.

### D) IMPACCIÓN DE ALIMENTOS

EL IMPACTO DE ALIMENTOS CONTRA LA ENCÍA QUE HACE PRESIÓN SOBRE EL TEJIDO O EL CHOQUE DIRECTO DE MATERIAL CONTRA EL MARGEN GINGIVAL ESTA PRESIÓN ES COMO UN ACUÑAMIENTO DE ALIMENTOS ENTRE LOS DIENTES DEBIDO A UN CONTACTO DEFECTUOSO, MIEN---TRAS QUE EL CHOQUE DE ALIMENTOS SE DEBE A LA PÉRDIDA DE UN ELEMENTO ANATÓMICO COMO EL CÍNGULO O UN CONTORNO DEFECTUOSO. ESTE IMPACTO DE ALIMENTOS GUARDA RELACIÓN CON LA ANATOMÍA DEL DIENTE, LAS CARAS PROXIMALES CON LA POSICIÓN DENTARIA O SU INCLINACIÓN ASÍ COMO DIENTES SUPERPUESTOS EN MAL POSICIÓN, TAMBIÉN -- LAS CÚSPIDES IMPELENTES, LA CARIES, ETC., SON FACTORES QUE FOMENTAN LA IMPACCIÓN DE ALIMENTOS.

### E) CEPILLADO INCORRECTO

EL MAL USO DEL CEPILLADO DENTAL PUEDE ACARREARNOS -- UNA RECESIÓN DE LOS MARGENES GINGIVALES Y EMPEORAR LA INFLAMACIÓN, POR ESTA RAZÓN EL DENTISTA DEBERA DARLE AL PACIENTE UNA TÉCNICA DE CEPILLADO PARA EVITAR HENDIDURAS GINGIVALES, ELIMINAR RESÍDUOS ALIMENTICIOS, QUE PUEDE SER CONSECUENCIA DE UNA -- MALA TÉCNICA DE CEPILLADO, ADEMÁS DE LA MALA ELECCIÓN DE CEPILLO DENTAL, QUE VA HA CONTRIBUIR A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

### F) EXTENSIÓN EXECIVA E INSUFICIENTE DE LOS BORDES DE LAS RESTAURACIONES.

ESTE TIPO DE IRRITACIÓN MUCHAS VECES ES CAUSADA POR-

EL TRATAMIENTO DENTAL. LOS MARGENES DESBORDANTES O DEFICIENTES DE RESTAURACIONES, PRÓTESIS MAL DISEÑADAS, PROVOCAN ENFERMEDAD PERIODONTAL POR UNA MALA ODONTOLÓGIA, LOS APARATOS DE ORTODONCIA QUE PUEDEN ENTORPECER UNA BUENA HIGIENE BUCAL Y PRODUCIR IRRITACIÓN LO CUAL SE ASOCIA CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.

### g) HÁBITOS

EL USO INCORRECTO DE LA CINTAL DENTAL, DE PALILLOS, CLAVOS, ALFILERES ETC., CAUSAN DESTRUCCIÓN GINGIVAL. LA MAYORÍA DE LAS VECES LA LESIÓN ESTÁ LOCALIZADA EN UNA REGIÓN DEFINIDA, COMO POR EJEMPLO LAS COSTURERAS QUE UTILIZAN ALFILERES QUE LOS COLOCAN ENTRE LAS CARAS PROXIMALES DE LOS DIENTES ANTERIORES Y EN LA ENCÍA PROVOCANDO ENFERMEDAD PERIODONTAL.

### h) ANATOMÍA DE LOS TEJIDOS BLANDOS

LOS FACTORES ANATÓMICOS QUE PUEDEN PREDISPONER A LA ENFERMEDAD INCLUYEN LAS ANOMALÍAS INHERENTES A LA FORMA DE LOS TEJIDOS BLANDOS O A SUS RELACIONES ESPACIALES CON LOS DIENTES. LA INSERCIÓN ALTA DE FRENILLOS Y MÚSCULOS FAVORECE LA ACUMULACIÓN DE RESIDUOS EN LOS MARGENES GINGIVALES QUE IMPIDEN EL CUIDADO DENTAL, TAMBIÉN LAS ZONAS DE ENCÍA ESTRECHAS E INADECUADAS PREDISPONEN A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

### FACTORES GENERALES

LOS TRASTORNOS GENERALES O METABÓLICOS EN RARAS OCASIONES PRODUCEN MANIFESTACIONES EN EL PARODONTO, PERO SON SIN EMBARGO CAPACES DE ELLO, CUANDO UNA LESIÓN DEL PARODONTO ES CAUSADA POR UN PROCESO PATOLÓGICO GENERAL NO ES NECESARIAMENTE IGUAL LAS LESIONES PERIODONTALES CORRIENTES.

SON MÚLTIPLES LAS ENFERMEDADES GENERALES QUE AFECTAN AL PARODONTO, PERO DEBEMOS DE TENER PRESENTE QUE LAS BOLSAS

PERIODONTALES NO SON CAUSADAS POR ENFERMEDADES GENERALES, ENUNERAREMOS ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES GENERALES:

### I) ALTERACIONES ENDÓCRINAS

DENTRO DE LAS AFECIONES ENDÓCRINAS TENEMOS EL HIPOTIROIDISMO QUE ES UNA INSUFICIENCIA DE LA ACTIVIDAD DEL TIROIDES, SE PRESENTA EN NIÑOS (CRETINISMO), DONDE HAY ALTERACIONES DE DESARROLLO (DESARROLLO INCOMPLETO), DONDE EL RITMO DE LA ERUPCIÓN DENTARIA ESTÁ RETRAZADO, ASÍ COMO EL HIPERTIROIDISMO QUE ES UNA HIPERFUNCIÓN DEL TIROIDES, HIPOPARATIROIDISMO EL CALCIO BAJA Y EL FÓSFORO AUMENTA, O EL HIPERPARATOROIDISMO DONDE EL CALCIO AUMENTA Y EL FÓSFORO BAJA LO CUAL AFECTA EL ESQUELETO, EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL E INTERVIENE EN LA CALCIFICACIÓN DE HUESOS, ASÍ QUE DE UNA U OTRA FORMA SE ALTERA EL PARODONTADO, YA QUE SE HAN HECHO EXPERIMENTOS EN ANIMALES CON ESTAS DIFERENTES ALTERACIONES Y PRESENTAN ALTERACIONES EN EL EPITELIO GINGIVAL EN EL TEJIDO CONJUNTIVO Y EN EL HUESO ALVEOLAR.

### J) DIABETES

LA DIABETES TAMBIÉN ES UNA ALTERACIÓN ENDÓCRINA QUE DEBE DE TOMAR MUY ENCUESTA EL DENTISTA, YA QUE HAY UN EXCESO DE AZÚCAR EN LA SANGRE, SE RELACIONA CON UNA FALTA ABSOLUTA O RELATIVA DE INSULINA, LAS MANIFESTACIONES EN LA BOCA POR DIABETES SON: ATROFIA DE LA MUCOSA BUCAL, LENGUA SABURRAL Y ROJA CON INDENTACIONES MARGINALES, AFLOJAMIENTO DE DIENTES, ENFERMEDAD PERIODONTAL ETC. EN LA DIABETES, LA DISTRIBUCIÓN Y CANTIDAD DE IRRITANTES LOCALES Y FUERZAS OCLUSALES AFECTAN LA INTENSIDAD DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

LA DIABETES NO CAUSA GINGIVITIS O BOLSA PERIODONTAL, PERO HAY SIGNOS DE QUE ALTERA LA RESPUESTA DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES A LOS IRRITANTES LOCALES Y LAS FUERZAS OCLUSALES QUE ACELERA LA PÉRDIDA ÓSEA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y RETARDA LA CICATRIZACIÓN POSOPERATORIA DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

## K) LEUCEMIAS

EXISTEN DIFERENTES FORMAS DE LEUCEMIAS, PERO EN TODAS LAS LEUCEMIAS LA IRRITACIÓN LOCAL ES EL FACTOR DESENCADENANTE DE LOS CAMBIOS BUCALES QUE EN ELLA SE PRESENTEN. LOS PACIENTES LEUCÉMICOS PUEDEN NO TENER CAMBIOS PERIODONTALES CLÍNICOS EN AUSENCIA DE IRRITANTES LOCALES COMO PLACA, CÁLCULO, RETENCIÓN DE ALIMENTOS, RESTAURACIONES INADECUADAS ETC.

LA GRAVEDAD DE LA LEUCEMIA AFECTA A LA AMPLITUD DE LA INFILTRACIÓN CELULAR DE LA ENCÍA Y ESTRUCTURAS PERIODONTALES DE SOPORTE, LOS IRRITANTES LOCALES Y LA INTENSIDAD DE LA INFECCIÓN APORTAN CAMBIOS CLÍNICOS MÁS SOBRESALIENTES, COMO ÚLCERAS GINGIVALES, NECROSIS Y FORMACIÓN DE SEUDOMEMBRANAS Y SANGRADO GINGIVAL, ESTOS SON CAMBIOS SECUNDARIOS SUPERPUESTOS A LOS TEJIDOS BUCALES ALTERADOS POR LA LEUCEMIA.

LAS DIFERENCIAS EN EL GRADO DE IRRITACIÓN LOCAL DETERMINAN VARIACIONES DE LOS CAMBIOS BUCALES QUE SE OBSERVAN EN DIFERENTES PACIENTES. MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DE LOS IRRITANTES LOCALES, ES POSIBLE ALIVIAR CAMBIOS BUCALES GRAVES EN LA LEUCEMIA.

## L) ANEMIAS

LA ANEMIA SE REFIERE A CUALQUIER DEFICIENCIA EN LA CANTIDAD O CALIDAD DE LA SANGRE QUE SE MANIFIESTE EN DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE GLOBULOS ROJOS Y DE LA CANTIDAD DE HEMOGLOBINA. LA ANEMIA PUEDE SER CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA DE SANGRE, FORMACIÓN, DEFECTUOSA DE LA SANGRE O MAYOR DESTRUCCIÓN SANGUÍNEA.

HAY CAMBIOS EN LA ENCÍA, EN EL RESTO DE LA MUCOSA BUCAL EN LABIOS Y LENGUA, LA MUCOSA Y ENCÍA ESTÁN PALÍDAS Y AMARILLENTAS, LA LENGUA ROJA LISA Y BRILLANTE Y SE ENCUENTRA SENSIBLE A ALIMENTOS CALIENTES O CONDIMENTADOS Y LA DEGLUCIÓN ES DOLOROSA.

## M) DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y VITAMINICAS

EL ESTADO NUTRICIONAL DEL INDIVIDUO AFECTA AL ESTADO DEL PERIODONTO, Y LOS EFECTOS LESIVOS DE LOS IRRITANTES LOCALES Y LAS FUERZAS OCLUSAS EXCESIVAS PUEDEN AGRAVARSE POR LAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES SIN EMBARGO, NINGUNA DEFICIENCIA NUTRICIONAL CAUSA POR SI MISMA GINGIVITIS O BOLSA PERIODONTAL, ES PRECISO QUE HAYA IRRITANTES LOCALES PARA QUE ESAS LESIONES SE PRODUZCAN. DESDE EL PUNTO DE VISTA TEÓRICO PUEDE HABER UNA ZONA LÍMITE, EN LA CUAL LOS IRRITANTES LOCALES DE INTENSIDAD SUFICIENTE PARA PRODUCIR ENFERMEDAD DETECTABLE CLÍNICAMENTE CAUSEN TRASTORNOS GINGIVALES Y PERIODONTALES, SI SU EFECTO EN EL PERIODONTO FUERA AGRAVADO POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES. SIN EMBARGO, LA MAGNITUD CON QUE EL ESTADO NUTRICIONAL DEBE SER AGRAVADO PARA QUE AFECTE A LOS TEJIDOS BUCALES ES UNA CUESTIÓN INDIVIDUAL, PARA LO CUAL NO HAY MEDIO.

A VECES, LAS ALTERACIONES BUCALES PROPORCIONAN LOS PRIMEROS SIGNOS DE LA EXISTENCIA DE DEFICIENCIA NUTRICIONAL - ALGUNAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES PROVOCAN CAMBIOS BUCALES - CARACTERÍSTICOS, DETERMINADOS CAMBIOS BUCALES SON COMUNES A VARIAS DEFICIENCIAS. PUEDE MANIFESTARSE DE DIVERSAS MANERAS - EN LA BOCA DE LOS PACIENTES, EL PROBLEMA DE IDENTIFICAR ALTERACIONES CON DEFICIENCIAS ESPECÍFICAS SE COMPLICAN PORQUE SE PRESENTAN VARIAS DEFICIENCIAS JUNTAS Y LOS CAMBIOS BUCALES GENERADOS POR LAS DEFICIENCIAS SE SUPERPONEN A LESIONES PRODUCIDAS POR IRRITANTES LOCALES Y FACTORES TRAUMÁTICOS. LAS DEFICIENCIAS DE VITAMINAS TALES COMO LA A, B, C, Y D, (CALCIO Y FÓSFORO), E, K, CAUSAN DIFERENTES ALTERACIONES EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES COMPLEJO, PERO PARECE SER QUE HAY ALGUNOS HECHOS BIEN ESTABLECIDOS, CUANDO SE INICIA LA FORMACIÓN DE BOLSA SIEMPRE EXISTEN FACTORES LOCALES. LA EXTENSIÓN Y LA GRAVEDAD DE LA LESIÓN DEPENDE DE LA RESISTENCIA DEL HUÉSPED Y DE LA CAPACIDAD DE LOS TEJIDOS LOCALES PARA RESISTIR EL IRRITANTE Y REPARAR LA LESIÓN.

## CAPITULO III

### PATOGENIA DE LA BOLSA PERIODONTAL

LAS BOLSAS PERIODONTALES SON ORIGINADAS POR LOS IRRITANTES LOCALES QUE DE UNA FORMA U OTRA PRODUCEN ALTERACIONES - PATOLÓGICAS EN LOS TEJIDOS Y PROFUNDIZAN EL SURCO GINGIVAL. SI SE BASA UNO EN LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA, SERÁ DIFÍCIL DIFERENCIAR ENTRE UN SURCO DE PROFUNDIDAD NORMAL Y UNA BOLSA PERIODONTAL SOMERA. EN ESTOS CASOS PARA ESTABLECER LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS DOS ESTADOS SE TOMAN EN CUENTA LOS CAMBIOS PATOLÓGICOS DE LA ENCÍA.

LA PROFUNDIZACIÓN DEL SURCO GINGIVAL PUEDE OCURRIR - POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

- 1).- EL MOVIMIENTO DEL MARGEN GINGIVAL EN DIRECCIÓN - A LA CORONA, ESTO GENERA UNA BOLSA GINGIVAL Y - NO UNA BOLSA PERIODONTAL. Y LA PROFUNDIDAD DEL - SURCO AUMENTA POR EL AUMENTO DE VOLÚMEN DE LA - ENCÍA.
- 2).- LA MIGRACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL Y SU SE - PARACIÓN DE LA SUPERFICIE DENTARIA.
- 3).- PUEDE SER LA COMBINACIÓN DE AMBOS PROCESOS QUE - ES LO QUE OCURRE GENERALMENTE.

LA FORMACIÓN DE LA BOLSA SE PUEDE COMPARAR CON EL ES - TIRAMIENTO DE UN ACORDEÓN EN QUE LA DISTANCIA AUMENTA POR MOVI - MIENTOS EN DIRECCIONES OPUESTAS.

LA FORMACIÓN DE LA BOLSA COMIENZA CON LAS SIGUIENTES ALTERACIONES: LA IRRITACIÓN LOCAL QUE PERSISTE EN LA CAVIDAD BU - CAL, TRAE COMO CONSECUENCIA UN CAMBIO INFLAMATORIO EN LA PARED - DEL TEJIDO CONECTIVO DEL SURCO GINGIVAL, LO QUE GENERA EL - - -

EXUDADO INFLAMATORIO CELULAR Y LÍQUIDO PROVOCANDO DEGENERACIÓN EN EL TEJIDO CONECTIVO CIRCUNDANTE JUNTO CON LAS FIBRAS GINGIVALES, JUNTO CON LA INFLAMACIÓN, LA ADHERENCIA EPITELIAL PROLIFERA A LO LARGO DE LA RAÍZ PROYECTÁNDOSE A LA MANERA DE UN DEDO, DE DOS O TRES CÉLULAS DE ESPESOR. A MEDIDA QUE LA PORCIÓN-CORONARIA DE LA ADHERENCIA EPITELIAL SE DESPRENDE DE LA RAÍZ.

A MEDIDA QUE LA INFLAMACIÓN CONTINÚA LA ENCÍA AUMENTA DE TAMAÑO, Y LA CRESTA DEL MARGEN GINGIVAL SE EXTIENDE HACIA LA CORONA. LA ADHERENCIA EPITELIAL CONTINÚA SU EMIGRACIÓN-A LO LARGO DE LA RAÍZ Y SE SEPARA DE ELLA. EL EPITELIO DE LA PARED LATERAL DE LA BOLSA PROLIFERA Y FORMA EXTENSIONES BULBOSAS Y ACORDONADAS ( SE ULCÉRA ), EN EL TEJIDO CONECTIVO INFLAMADO. TANTO LOS LEUCOCITOS COMO EL EDEMA DEL TEJIDO CONECTIVO-INFLAMADO, INFILTRAN EL EPITELIO QUE TAPIZA LA BOLSA, CUYA CONSECUENCIA ES LA APARICIÓN DE DIVERSOS GRADOS DE DEGENERACIÓN Y NECROSIS.

ASÍ QUE PARA CONOCER UNA BOLSA PERIODONTAL DEBERÁN ESTAR PRESENTES LAS SIGUIENTES ALTERACIONES:

- 1).- INFLAMACIÓN GINGIVAL QUE TRAE COMO CONSECUENCIA CAMBIOS DE COLORACIÓN EN LA ENCÍA.
- 2).- PÉRDIDA DE PUNTILLO DEBIDO A LA PRESENCIA DE EDEMA.
- 3).- MIGRACIÓN APICAL DE LA INSERCIÓN EPITELIAL A LO LARGO DE LA RAÍZ.
- 4).- PRESENCIA DE EXUDADO.

ESTO DEPENDE DEL MOMENTO EN QUE SE EXAMINE LA BOLSA- Y EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.

## TEORIAS DE FORMACION

LAS TEORÍAS QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN CON -- RESPECTO AL DESARROLLO DE LAS BOLSAS PERIODONTALES HAN PROVENIDO PRINCIPALMENTE DE ESTUDIOS BASADOS EN LOS CAMBIOS HISTOLÓGICOS QUE SUFRE EL PARODONTO Y SE PRESENTAN COMO INFORMACIÓN DE BASE ÚTIL PARA LA INTERPRETACIÓN DE CONCEPTOS ACTUALES Y FUTUROS.

### DESTRUCCION DE FIBRAS GINGIVALES

LA PROLIFERACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL A LO LARGO DE LA RAÍZ SOLO PUEDE PRODUCIRSE SI LAS FIBRAS GINGIVALES SUBYACENTES SE DESTRUYEN. LAS FIBRAS MÁS SUPERIORES SON DISUELTAS Y ABSORVIDAS, EL EPITELIO PROLIFERA A LO LARGO DE LA RAÍZ HASTA ALCANZAR LAS FIBRAS SANAS, TODO ESTO ES DEBIDO A LA INFLAMACIÓN GINGIVAL O A LA ACCIÓN DE ENZIMAS BACTERIANAS COMO LA HIALURONIDAZA, POR ESTA RAZÓN LAS FIBRAS SE DEGERAN Y NECROSAN.

GOTTLIEB Y ORBAN RECHAZAN ESTE CONCEPTO, PIENSAN EN UNA RESORCIÓN DENTARIA, DEBAJO DE LA ADHERENCIA EPITELIAL, Y OBSERVAN QUE LA RESORCIÓN DEL DIENTE FOMENTABA EL DESPRENDIMIENTO DE LAS FIBRAS GINGIVALES, LA REPARACIÓN NO HUBIERA SIDO POSIBLE SI EL EPITELIO HUBIERA PROLIFERADO, SIMPLEMENTE -- PORQUE LAS FIBRAS HABÍAN SIDO DESTRUIDAS.

### CAMBIO EN EL CEMENTO

GOTTLIEB PIENSA QUE LA MIGRACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL ES UN FENÓMENO FISIOLÓGICO, QUE ES PARTE DEL PROCESO DE ERUPCIÓN DEL DIENTE, Y QUE MIENTRAS EL DEPÓSITO CONTINUO DE CEMENTO SIGA, NO HAY MIGRACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL PERO SI SE ALTERA ESTE DEPÓSITO DE CEMENTO, SE PRODUCE LA MIGRACIÓN, POR LO TANTO SE CONVIERTE EN BOLSA PERIODONTAL.

ADEMÁS SOSTIENE QUE LAS FIBRAS DE SHARPEY SOLO PIERDEN SU IN-  
SERCIÓN EN EL CEMENTO DEBIDO A LA PRESENCIA DE LA INFLAMACIÓN  
HACIENDO QUE LA INSERCIÓN EPITELIAL MIGRE HASTA ENCONTRAR CE-  
MENTO Y FIBRAS INTACTAS DE TEJIDO CONECTIVO Y CEMENTO.

### ESTIMULACION DE LA ADHERENCIA EPITELIAL POR LA INFLAMACION

EL EPITELIO MIGRA A LO LARGO DE LA RAÍZ SIN DES-  
TRUCCIÓN PREVIA DE LAS FIBRAS GINGIVALES, ESTIMULADA POR LA -  
INFLAMACIÓN. EN ESTOS CASOS LAS CÉLULAS EPITELIALES PASAN POR  
ENTRE LAS FIBRAS GINGIVALES INTACTAS Y SE ADHIEREN MÁS APICAL  
MENTE AL CEMENTO EN ÁREAS SIN FASCÍCULOS. LA ADHERENCIA EPITE-  
LIAL PUEDE MOVERSE ENTRE FIBRAS CONECTIVAS SANAS, ENREDADAS-  
EN UNA MALLA EPITELIAL Y PRODUCIR LA DEGENERACIÓN SECUNDARIA-  
DE LAS FIBRAS.

### DESTRUCCION PATOLOGICA DE LA ADHERENCIA EPITELIAL POR INFECC- CION.

SKILLEN DICE QUE LA ADHERENCIA EPITELIAL TIENE PO-  
CAS CUALIDADES PROTECTORAS PARA SALVAGUARDAR EL TEJIDO CONEC-  
TIVO SUBYACENTE CONTRA LA PROPAGACIÓN DE LA INFECCIÓN, Y QUE-  
ÉSTA ADHERENCIA ESTÁ SUJETA A INFECCIONES.

### INVACION DE BACTERIAS EN LA BASE DEL SURCO

BOX DICE QUE DEBIDO A LA DELGADEZ DEL EPITELIO, LA  
BASE DEL SURCO OFRECE POCA DEFENSA CONTRA LAS BACTERIAS, ÉSTA  
INVASIÓN DE BACTERIAS PROVOCA: INFLAMACIÓN DEL TEJIDO CONECTI-  
VO SUBYACENTE, ULCERACIÓN EN LA BASE DEL SURCO, DESPRENDIMIENT-  
O DEL EPITELIO Y PÉRDIDA DE UNIÓN AL CEMENTO, PÉRDIDA PROGRE-  
SIVA DE TEJIDO CONECTIVO Y PENETRACIÓN DE LA BOLSA EN TEJIDOS  
MÁS PROFUNDOS.

## DEFECTOS DE LA PARED DEL SURCO.

BECKS, NOS DICE QUE PARA EL MANTENIMIENTO Y FORMACIÓN NORMAL DEL SURCO DE 1 MM. DE PROFUNDIDAD ES EL RESULTADO DE LA COORDINACIÓN DE LA DEGENERACIÓN DEL EPITELIO DEL ESMALTE, LA PROLIFERACIÓN DEL EPITELIO BUCAL Y LA ATROFIA DE LAS PAPILAS GINGIVALES, Y QUE LA PERTURBACIÓN DE ESTOS, YA SEA POR INFLAMACIÓN O POR UNA LESIÓN CONDUCE A LA FORMACIÓN DE LA BOLSA. SI LA DEGENERACIÓN DEL EPITELIO BUCAL QUEDA UN DEFECTO EN LA PARED LATERAL DEL SURCO, ESTE DEFECTO CONSTITUYE UNA PUERTA DE ENTRADA PARA BACTERIAS, CON LA CONSIGUIENTE INFLAMACIÓN.

### PROLIFERACION DEL EPITELIO DE LA PARED LATERAL.

WILKINSON ASEGURA QUE EL PRIMER CAMBIO EN LA FORMA DE LA BOLSA ES UN ENGROSAMIENTO DEL EPITELIO DEL SURCO, LAS CÉLULAS INTERNAS DEL SURCO CARECEN DE NUTRICIÓN POR LO TANTO DEGENERAN Y MUEREN, ESTAS CÉLULAS DEGENERADAS Y NECRÓTICAS SE CALCIFICAN, Y LA SEPARACIÓN DE LAS MASAS CALCIFICADAS DEL EPITELIO NORMAL ADYACENTES PRODUCEN UNA BOLSA U ORIFICIO TRAYENDO COMO CONSECUENCIA DESPRENDIMIENTO CORONAL DE LA INSERCIÓN, ALTERACIONES DEL CEMENTO Y MIGRACIÓN APICAL POR PÉRDIDA DE FIBRAS DE SHARPEY. ÉSTA TEORÍA NOS SOSTIENE QUE LOS PRIMEROS CAMBIOS SON EPITELIALES SEGUIDOS POSTERIORMENTE POR LOS INFLAMATORIOS.

### JAMES Y COUNSELL.

PIENSAN QUE LA BOLSA SE FORMA POR DOS ESTADIOS, EL PRIMER ESTADIO ES LA PROLIFERACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL Y EL SEGUNDO ESTADIO ES LA PÉRDIDA DE CAPAS SUPERFICIALES DEL EPITELIO PROLIFERADO LO QUE PRODUCE UN ESPACIO O BOLSA. EL RITMO DE PROLIFERACIÓN DEL EPITELIO EN LA BASE, ES TAL QUE PROCEDE A LA DESTRUCCIÓN DEL EPITELIO SUPERFICIAL Y POR ELLO LA BOLSA SIEMPRE ESTÁ TAPIZADA DE EPITELIO.

## INFLAMACION

LA PRIMERA REACCIÓN ES UN CAMBIO VASCULAR EN EL TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE. LA INFLAMACIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO ESTIMULA LOS SIGUIENTES CAMBIOS EN EL TAPIZ EPITELIAL DEL SURCO Y EN LA ADHERENCIA EPITELIAL: HAY MAYOR MITÓSIS EN LA CAPA BASAL DEL EPITELIO, AUMENTO DE PRODUCCIÓN DE QUERATINA Y DESCAMACIÓN. LA DESCAMACIÓN CELULAR CERCANA A LA SUPERFICIE DEL DIENTE TIENDE A PROFUNDIZAR LA BOLSA. LAS CÉLULAS EPITELIALES DE LA CAPA BASAL PROLIFERAN DENTRO DEL TEJIDO SUBYACENTE Y ROMPEN LAS FIBRAS GINGIVALES. EL TEJIDO DE GRANULACIÓN LLENA EL DEFECTO CREADO POR LA LESIÓN ABIERTA Y EL EPITELIO PROLIFERA HACIA ADENTRO.

AL FORMARSE LA BOLSA, EL EPITELIO NO PROLIFERA A LO LARGO DE LA RAÍZ, EN LUGAR DE ELLO PROLIFERA A PARTIR DE LA SUPERFICIE GINGIVAL PARA CUBRIR LA LESIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO CREADA POR LA INFLAMACIÓN, FORMANDO ASÍ EL TAPIZ DE LA BOLSA.

## CAMBIOS DEGENERATIVOS

LA PERIODONTOSIS SE DESCRIBIÓ UNA LESIÓN QUE SE CARACTERIZA POR DEGENERACIÓN NO INFLAMATORIA GENERALIZADA DE LAS FIBRAS COLÁGENAS INCLUIDAS EN EL CEMENTO. LAS FIBRAS GINGIVALES PROPORCIONAN UNA BARRERA QUE EN ESTAS CONDICIONES SE DEBILITA, ESTO FACILITA LA MIGRACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL A LO LARGO DE LA RAÍZ Y LA FORMACIÓN DE LA BOLSA, EN PRESENCIA DE IRRITACIÓN LOCAL.

## CAPITULO IV

### HISTOPATOLOGIA

YA FORMADA LA BOLSA PERIODONTAL QUE ES UNA LESIÓN - INFLAMATORIA CRÓNICA COMPLICADA POR CAMBIOS PROLIFERATIVOS Y DEGENERATIVOS, PRESENTA LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS, EMPEZAREMOS POR EL TEJIDO EPITELIAL.

#### TEJIDO EPITELIAL

ES INDUDABLE QUE LA PROLIFERACIÓN DE LA ADHERENCIA-EPITELIAL LLEVA EL MECANISMO DEL MOVIMIENTO DE LA BASE DE LA BOLSA A LO LARGO DE LA RAÍZ DEL DIENTE, LOS CAMBIOS DE ESTA - INSERCIÓN NO SON SEVEROS, COMPARADOS CON LOS QUE TIENE EL EPI TELIO DE LA PARED LATERAL, YA QUE HAY DEGENERACIÓN EN LA BASE DE LA BOLSA.

LA ADHERENCIA EPITELIAL DE LA BASE DE LA BOLSA VARIA EN LONGITUD, EN ANCHO Y EN ESTADO DE LAS CÉLULAS EPITELIALES, LAS VARIACIONES OSCILAN ENTRE UNA BANDA ANGOSTA Y LARGA Y UN CÚMULO CORTO Y ANCHO DE CÉLULAS, LAS CÉLULAS PUEDEN ESTAR BIEN FORMADAS Y EN BUEN ESTADO O PRESENTAR UNA LEVE DEGENERACIÓN, LA EXTENCIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL A LO LARGO DE LA RAÍZ DEMANDA LA PRESENCIA DE CÉLULAS EPITELIALES SANAS. LA DEGENERACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL RETARDARÍA LA FORMACIÓN DE LA BOLSA Y NO LA ACELERARÍA, SE OBSERVAN ALTERACIONES DEGENERATIVAS EN LA BASE DE LA BOLSA PERIODONTAL, PERO -- ELLAS SON MENOS SEVERAS QUE LAS DEL EPITELIO DE LA PARED LATERAL DE LA BOLSA.

## EPITELIO DE LA PARED LATERAL

EN ESTE EPITELIO ES DONDE LOS CAMBIOS DEGENERATIVOS SON MÁS INTENSOS, LOS BROTES EPITELIALES O RED DE CORDONES EN TRELAZADOS DE CÉLULAS EPITELIALES SE PROYECTAN DESDE LA PARED LATERAL HACIA EL TEJIDO CONECTIVO ADYACENTE INFLAMADO Y CON FRECUENCIA SE EXTIENDE MÁS APICALMENTE QUE LA ADHERENCIA EPITELIAL. ESTOS CAMBIOS RESULTAN DE INFILTRACIÓN DE LEUCOCITOS Y EDEMA DEL TEJIDO CONECTIVO INFLAMADO.

DEBIDO A LA DEGENERACIÓN Y A LA DESTRUCCIÓN PROGRESIVA DE LAS CÉLULAS EPITELIALES, LOS PUENTES INTERCELULARES SE VEN ATACADOS POR EL EDEMA Y LAS CÉLULAS AUMENTAN DE TAMAÑO POR LO QUE VIENE SU RUPTURA FORMANDO VESÍCULAS.

LA ULCERACIÓN DE LA PARED LATERAL CONDUCE A LA DEGENERACIÓN Y NECROSIS PROGRESIVA DEL EPITELIO POR LO QUE EXISTE UNA EXPOSICIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE QUE SE ENCUENTRA INFLAMADO Y CON SUPURACIÓN, QUE ES UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PRESENCIA DE LA BOLSA PERIODONTAL.

A PESAR DE TODOS LOS CAMBIOS QUE SUFRE ESTE EPITELIO, SU RELACIÓN CON LA PROFUNDIDAD QUE PRESENTAN, ES RELATIVO, YA QUE EXISTEN BOLSAS RELATIVAMENTE PEQUEÑAS QUE PRESENTAN ULCERACIÓN DE LA PARED LATERAL.

EL EPITELIO DE LA CRESTA DE LA BOLSA PERIODONTAL, POR LO GENERAL ESTÁ INTACTA Y ENGROSADO CON BROTES EPITELIALES PROMINENTES, CUANDO LA INFLAMACIÓN AGUDA SE PRODUCE SOBRE LA SUPERFICIE DE LA BOLSA PERIODONTAL, LA CRESTA DE LA ENCIÓN DEGENEREA Y SE NECROSA.

EL ESTADO DE LA PARED BLANDA LATERAL DE LA BOLSA PERIODONTAL ES CONSECUENCIA DE UN EQUILIBRIO ENTRE CAMBIOS

DESTRUCTIVOS COMO EXUDADO INFLAMATORIO CÉLULAR Y LÍQUIDO, Y -  
 LOS CAMBIOS DEGENERATIVOS CONCOMITANTES ESTIMULADOS POR LA --  
 IRRITACIÓN LOCAL, ESTE ÚLTIMO CAMBIO CONSISTE EN LA FORMACIÓN  
 DE CÉLULAS CONECTIVAS, FIBRAS COLÁGENAS Y VASOS SANGUÍNEOS --  
 QUE ES UN ESFUERZO POR REPARAR LOS DAÑOS A LOS TEJIDOS POR LA  
 INFLAMACIÓN. MIENTRAS LOS IRRITANTES LOCALES ESTÉN PRESENTES-  
 LA CICATRIZACIÓN NO SE REALIZA, YA QUE ESTOS IRRITANTES ESTI-  
 MULAN EL EXUDADO LÍQUIDO Y CÉLULAR QUE ES LO QUE PROVOCA LA -  
 DEGENERACIÓN DE ELEMENTOS TISULARES, LOS CAMBIOS DE COLOR, --  
 CONSISTENCIA Y TEXTURA DE LA PARED DE LA BOLSA ESTÁN DADOS --  
 POR CAMBIOS EXUDATIVOS POR LA FORMACIÓN DE CÉLULAS CONECTIVAS  
 FIBRAS COLÁGENAS Y VASOS SANGUÍNEOS, ASÍ QUE SI EL LÍQUIDO IN-  
 FLAMATORIO Y EL EXUDADO CÉLULAR PREDOMINAN EXISTE UN CAMBIO -  
 DE COLORACIÓN EN LA PARED DE LA BOLSA.

## TEJIDO CONJUNTIVO

LA REACCIÓN INFLAMATORIA DE ESTE TEJIDO, SE EXPLICA  
 RA BREVEMENTE; VA A EXISTIR ALTERACIONES CIRCULATORIAS, EL TE  
 JIDO CONJUNTIVO VASCULAR ES EL PRIMEBO EN REACCIONAR ANTE EL-  
 ESTÍMULO INFLAMATORIO, PRINCIPALMENTE DE VÍAS CIRCULATORIAS -  
 FORMADAS POR LAS ARTERIOLAS, LOS CAPILARES Y LAS VÉNULAS.

PODRIAMOS DECIR QUE EL PRIMER GRADO DE IRRITACIÓN -  
 LAS ARTERIOLAS, VÉNULAS Y CAPILARES SE DILATAN, HACIENDO QUE-  
 LA CIRCULACIÓN SEA MÁS ACELERADA, POR LO TANTO HAY MAYOR CAN-  
 TIDAD DE SANGRE, CONOCIDO COMO HIPEREMIA. CUANDO LA IRRITA---  
 CIÓN ES MÁS INTENSA, DESPUÉS DE LA DILATACIÓN VIENE UNA CON--  
 TRACCIÓN QUE TRAE COMO CONSECUENCIA ISQUEMIA TISULAR, SI SI--  
 GUE AUMENTANDO EL DAÑO INICIAL PUEDE HABER ZONAS DE NECROSIS.  
 UN GRADO MÁS AVANZADO DE IRRITACIÓN VA UNIDO A UNA CIRCULA--  
 CIÓN LENTA EN LAS VÍAS TERMINALES ES DECIR QUE ES UNA DILATA--  
 CIÓN ESPASMÓDICAMENTE POR LO TANTO TAMBIÉN SE CONTRAEN LAS AR-  
 TERIOLAS QUE SE ENCUENTRAN LEJOS DEL SITIO DE LA IRRITACIÓN.

TANTO LA HIPEREMIA COMO LA INHIBICIÓN TISULAR SON - EL RESULTADO DE LAS REACCIONES VASCULARES, DEBIDAS A UNA ALTE RACIÓN CAPILAR QUE ES EL RESULTADO DE EL EXUDADO. DURANTE LA- INFLAMACIÓN LOS POROS QUE EXISTEN EN LA BARRERA ENDOTELIAL- - ( BARRERA DE LA SANGRE A LOS TEJIDOS ), AUMENTA DE TAMAÑO Y - EMPIEZAN A PASAR PEQUEÑAS MOLÉCULAS DE PROTEÍNAS, SI LA ALTE- RACIÓN ES DE GRAN INTENSIDAD EL PLASMA PASA COMPLETO A LOS TE JIDOS FORMANDOSE A NIVEL DE LA SUPERFICIE UNAS SEUDOMEMBRANAS DE COLOR BLANCO-GRISÁCEO. CUALQUIER INFLAMACIÓN DE TEJIDO CON JUNTIVO CASI SIEMPRE DA COMO MANIFESTACIÓN EL EXUDADO.

TAMBIÉN DENTRO DEL TEJIDO CONJUNTIVO EXISTE UNA IN- FILTRACIÓN CÉLULAR QUE ES UNA MIGRACIÓN DE LOS LEUCOCITOS -- POLIMORFONUCLEARES, LINFOCITOS, MONOCITOS ETC, QUE SE VAN A - LA ZONA LESIONADA. TODO ESTO ES UNA BREVE EXPLICACIÓN SOBRE - LAS ALTERACIONES QUE SUFRE ESTE TEJIDO DURANTE LA PROFUNDIZA- CIÓN DE UNA BOLSA PERIODONTAL Y COMO REACCIONA ANTE EL AGENTE INFLAMATORIO, ESTE ES UNO DE LOS TEJIDOS QUE PRESENTA MÁS CAM BIOS HISTOLÓGICOS CON LO QUE RESPECTA A BOLSA PERIODONTAL.

### LIGAMENTO PARODONTAL

EL LIGAMENTO TAMBIÉN SUFRE ALTERACIONES DURANTE LA- PROFUNDIZACIÓN DE LA BOLSA, YA QUE ES UNA ESTRUCTURA DE TEJI- DO CONECTIVO DENSO QUE RODEA A LA RAÍZ DEL DIENTE Y LA UNE AL HUESO, LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES SON LAS FIBRAS COLÁGENAS

DENTRO DE LAS ALTERACIONES QUE SUFRE ESTE LIGAMENTO ESTÁ UNA LIGERA REACCIÓN INFLAMATORIA EN EL ÁREA AFECTADA, -- DESPUÉS UN ENSANCHAMIENTO DEL LIGAMENTO COMO RESULTADO DE LA- REABSORCIÓN DE LA PARED ALVEOLAR, A MEDIDA QUE AVANZA ÉSTA -- REABSORCIÓN DA LUGAR A LA MOVILIDAD DENTARIA. ESTE LIGAMENTO- SE HALLA MÁS AFECTADO EN SU PORCIÓN APICAL Y EN LA PARTE CER- CANA A LA CRESTA ALVEOLAR. FENÓMENOS CARACTERÍSTICOS, SON LA- DILATACIÓN DE SUS VASOS SANGUÍNEOS Y LA PROLIFERACIÓN DE LOS- CAPILARES, ÉSTA SITUACIÓN SE VE AGRAVADA POR LA PRESENCIA DE- FACTORES TANTO LOCALES COMO GENERALES.

## CEMENTO

EN EL CASO DE BOLSA PERIODONTAL LAS REABSORCIONES CEMENTARIAS SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA Y AMPLITUD, ESTAS REABSORCIONES MICROSCÓPICAS SE OBSERVAN ZONAS DE DEPRESIÓN DENTRO DE LA SUPERFICIE APARENTEMENTE LISA DEL CEMENTO, ALREDEDOR DE DICHA ZONA SE PUEDE APRECIAR CÉLULAS MULTINUCLEADAS DE GRAN TAMAÑO Y MACRÓFAGOS MONONUCLEARES.

LAS ALTERACIONES CEMENTARIAS SUELEN PRESENTARSE EN FORMA AISLADA, PERO A MEDIDA QUE EL PADECIMIENTO AVANZA VA LOGRÁNDOSE UNA UNIÓN ENTRE LAS DEPRESIONES QUE SE VAN FORMANDO PARA CONSTITUIR VERDADEROS ISLOTES, EL CEMENTO CON ALTERACIONES PARODONTALES SE CARACTERIZA COMO UN CEMENTO GRANULOSO.

NO TODO EL CEMENTO ES REABSORVIDO YA QUE EN CASO -- QUE EXISTAN CONDICIONES NORMALES DE DEFENSA, TIENDE A REPARAR SE POR MEDIO DE APOSICIÓN DE NUEVAS CAPAS DE CEMENTO, FAVORECIENDO LA REORGANIZACIÓN DE LAS FIBRAS PARADONTALES RESTABLECIÉNDOSE SUS INSERCIONES NORMALES. CUANDO LA NECROSIS LLEGA A PRESENTARSE, LAS PORCIONES DE CEMENTO MUERTAS SE DESPRENDEN Y MIGRAN HACIA LA PARED CORONAL DE LA BOLSA, EN DONDE PUEDEN -- SER RODEADAS POR EPITELIO QUE LOS ENGLOBA O ELIMINA A NO SER QUE QUEDEN FIJOS MECANICAMENTE CONSTITUYENDO SEQUESTROS.

AL IGUAL QUE EL CEMENTO, EL HUESO ALVEOLAR ESTA SUJETO A CONSTANTES APOSICIONES Y REABSORCIONES TANTO EN SU -- SUPERFICIE COMO EN SUS CAVIDADES MEDULARES Y TRAVÉCULAS PEROCUANDO EL EQUILIBRIO SE VE ALTERADO POR LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL LA REACCIÓN ÓSEA ES UNA MAYOR REABSORCIÓN QUE PUEDE DAR COMO RESULTADO FINAL LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES. LA PÉRDIDA ÓSEA PUEDE ESTAR CORRELACIONADA CON LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA, PERO NO SIEMPRE, PUEDE SER QUE HAYA PÉRDIDA ÓSEA EXTENSA CON BOLSAS SOMERAS Y POCAS PÉRDIDA CON BOLSAS PROFUNDAS, LA DESTRUCCIÓN DEL HUESO ALVEOLAR PUEDE OCURRIR EN AUSENCIA DE BOLSAS PERIODONTALES EN EL TRAUMA OCUSAL Y LA PERIODONTOSIS.

LA SUPERFICIE RADICULAR DE LAS BOLSAS PERIODONTALES EXPERIMENTAN CAMBIOS QUE SON IMPORTANTES QUE PUEDEN GENERAR DOLOR Y COMPLICAR EL TRATAMIENTO PERIODONTAL. EL ASPECTO DE LOS DIENTES CON BOLSAS PERIODONTALES PUEDEN PRODUCIR LOS CAMBIOS QUE SIGUEN.

## DESCALCIFICACION Y REMINERALIZACION DEL CEMENTO

EL CEMENTO SE DESCALCIFICA, Y EN ALGUNOS CASOS SE PRODUCE REMOCIÓN DE LA MATRIZ COLÁGENA Y PÉRDIDA DE CEMENTO, A MEDIDA QUE SE VA PROFUNDIZANDO LA BOLSA Y TAMBIÉN VA DESTRUYENDO LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL. AL QUEDAR EL CEMENTO EXPUESTO A LA CAVIDAD BUCAL, PUEDE HABER UN INTERCAMBIO DE COMPONENTES ORGÁNICOS E INORGÁNICOS EN LA INTERFACE CEMENTO - SALIVA, LO CUAL PRODUCE UNA SUPERFICIE HIPERMINERALIZADA DE CEMENTO. LA PERMEABILIDAD DE LA PARED CEMENTARIA DE LA BOLSA ESTÁ ALTERADA, AUMENTA EL CONTENIDO DEL CALCIO, MAGNESIO Y FÓSFORO AUMENTA O DISMINUYE, APARECEN GRÁNULOS PATOLÓGICOS EN EL CEMENTO Y LA DENTINA Y PUEDE HABER DESINTEGRACIÓN DEL CEMENTO EN LA UNIÓN AMELOCEMENTARIA.

## CARIES RADICULAR

LA LESIÓN DEL CEMENTO VA SEGUIDA DE LA PENETRACIÓN DE BACTERIAS EN LOS TÚBULOS DENTINARIOS, CON LA CONSIGUIENTE DESTRUCCIÓN DE LA DENTINA. EN CASOS AVANZADOS, GRANDES TROZOS DE CEMENTO NECRÓTICO SE DESPRENDEN DEL DIENTE Y SE SEPARAN DE ÉL POR MASAS DE BACTERIAS. LA EXPLORACIÓN DE LA SUPERFICIE RADICULAR INDICA LA PRESENCIA DE UN DEFECTO, LA PENETRACIÓN EN EL ÁREA CON UN EXPLORADOR DESENCADENA DOLOR.

LA CARIES RADICULAR CONDUCE A LA PULPITIS, SENSIBILIDAD A LOS CAMBIOS TÉRMICOS Y DULCES, O DOLOROS INTENSOS. SE DEBE TENER PRESENTE QUE LA CARIES RADICULAR PUEDE SER LA CAUSA DEL DOLOR DENTARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL Y SIN MANIFESTACIÓN DE LESIÓN CORONARIA.

LA CARIES DE CEMENTO EXIGE ESPECIAL ATENCIÓN CUANDO SE TRATA DE BOLSA PERIODONTAL. DURANTE EL RASPADO Y PULIDO DE LA RAÍZ SE DEBE REMOVER EL CEMENTO NECRÓTICO HASTA ALCANZAR SUPERFICIE DENTARIA FIRME.

## RECESION GINGIVAL Y PROFUNDIDAD DE BOLSA

LA BOLSA PRODUCE LA RECESIÓN DE LA ENCÍA Y LA DENUDACIÓN DE LA SUPERFICIE RADICULAR. EL GRADO DE RECESIÓN DEPENDE DE LA LOCALIZACIÓN DE LA BASE DE LA BOLSA SOBRE LA SUPERFICIE RADICULAR, MIENTRAS LA PROFUNDIDAD ES LA DISTANCIA ENTRE LA BASE DE LA BOLSA Y LA CRESTA DE LA ENCÍA, BOLSAS DE IGUAL PROFUNDIDAD, PUEDEN TENER DIFERENTES GRADOS DE RESECCIÓN Y BOLSAS DE DIFERENTES PROFUNDIDADES DE LA MISMA RECESIÓN.

## RESORCIÓN CELULAR

ES COMÚN LAS ÁREAS DE RESORCIÓN CELULAR DE CEMENTO Y DENTINA EN RAICES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL, SI LAS RAICES QUEDAN EXPUESTAS POR EL AVANCE PROGRESIVO DE LA BOLSA APARECEN COMO CAVIDADES AISLADAS QUE PENETRAN EN LA DENTINA, MIENTRAS LA RAÍZ ESTÉ CUBIERTA POR EL LIGAMENTO PERIODONTAL HAY REPARACIÓN, AUNQUE SON ZONAS OSCURAS, PUEDEN DIFERENCIARSE DE LAS CARIES POR SUS LÍMITES PRECISOS Y SU ALREDEDOR COMPLETAMENTE ENDURECIDO, PUEDE SER FUENTE DE DOLOR CUANDO QUEDA EXPUESTA A LA CAVIDAD BUCAL, ASÍ QUE SERÁ PRECISO RESTAURARLAS.

## CAMBIOS PULPARES

EXISTEN CAMBIOS PATOLÓGICOS PULPARES ATRIBUIDOS A LA PROPAGACIÓN DE LA INFECCIÓN DE LA BOLSA, ESTO SE PRODUCE A TRAVÉS DEL FORAMEN APICAL O LOS CANALES LATERALES DE LA RAÍZ, LO CUAL CONSTITUYE UNA VÍA DE ACCESO PARA LAS BACTERIAS, UNA VEZ QUE SE HA EXTENDIDO DESDE LA BOLSA A TRAVÉS DEL LIGAMENTO PARODONTAL. LA ATROFIA O HIPERTROFIA DE LA CAPA ODONTOBLÁSTICA, INFILTRACIÓN LEUCOCITARIA, CALCIFICACIÓN INTERSTICIAL, HIPEREMIA Y FIBROSIS SON LOS CAMBIOS PULPARES QUE SE PRODUCEN

EN ESOS CASOS.

LA BOLSA PERIODONTAL CONTIENE RESIDUOS QUE SON -  
PRINCIPALMENTE MICROORGANISMOS Y SUS PRODUCTOS (ENZIMAS, ENDO  
TOXINAS ETC. ), PLACA BACTERIANA, LÍQUIDO GINGIVAL, RESTOS DE  
ALIMENTOS, MUCINA, SALIVA, CÉLULAS EPITELIALES DESCAMADAS Y -  
LEUCOCITOS. POR LO GENERAL LOS CÁLCULOS CUBIERTOS DE PLACA SE  
PROYECTAN DESDE LA SUPERFICIE DENTARIA, SI HAY EXUDADO PURU--  
LENTO, CONSISTENTE EN LEUCOCITOS VIVOS, DEGENERADOS Y NECRÓ -  
TICOS (PREDOMINAN LOS POLIMORFONUCLEARES), BACTERIAS VIVAS Y -  
MUERTAS, SUERO Y UNA CANTIDAD ESCASA DE FIBRINA.

## CAPITULO V

### DIAGNOSTICO

EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL ES FRUTO DE UNA COMBINACIÓN DE MÉTODOS QUE COMPRENDEN LA HISTORIA CLÍNICA Y DENTAL COMPLETA, DONDE SE OBSERVARÁ EL ESTADO DE LA LENGUA, MUCOSA BUCAL, PISO DE LA BOCA, PALADAR, FRENILLOS Y GARGANTA; UN EXÁMEN PERIODONTAL (FICHA PERIODONTAL) Y UN ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN PARA ASÍ OMITIR LA POSIBILIDAD DE NO TOMAR EN CUENTA CUALQUIER DETALLE QUE DIERA UN DIAGNÓSTICO EQUIVOCADO.

EL DENTISTA DEBE INSPECCIONAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL PERIODONTO PARA DESCUBRIR LAS ANOMALÍAS, EL EXÁMEN CLÍNICO PERIODONTAL SE REALIZA MEDIANTE LA VISIÓN Y LA PALPACIÓN DIRECTA, VALIÉNDOSE DE UNA SONDA PERIODONTAL, UN ESPEJO BUCAL Y OTROS ELEMENTOS AUXILIARES COMO EXPLORADOR Y CUCHARILLAS. EL SONDEO ES UNA TÉCNICA QUE PERMITE AL DENTISTA AVERIGUAR EL ESTADO DE SALUD Y DE INTEGRIDAD DEL PARODONTO, LA SONDA PERIODONTAL, ES UN INSTRUMENTO SENCILLO QUE SE CONSIDERA COMO UN UTENSILIO DE DIAGNÓSTICO MÁS IMPORTANTE INCLUSO QUE LA RADIOGRAFÍA. EL OBJETIVO DEL SONDEO ES DETERMINAR LA PROFUNDIDAD DEL SURCO O DE LA BOLSA PERIODONTAL, LA SONDA SE PASA POR DEBAJO DE LA ENCÍA EN TODA LA CIRCUNFERENCIA DEL DIENTE A MODO DE BARRIDO TRANSVERSAL, PARA NO PASAR POR ALTO UNA ENTRADA ANGOSTA DE UNA BOLSA, LAS MEDICIONES SE HACEN POR TRES PUNTOS POR VESTIBULAR Y TRES PUNTOS POR LINGUAL DE CADA DIENTE, SE PUEDE ENTORPECER LA ENTRADA DE LA SONDA ASÍ QUE SE ORIENTARÁ EN VARIAS DIRECCIONES, PARA NO SER OBSTRUIDA POR LOS DEPÓSITOS DE CÁLCULOS PARA LO CUAL LA ELIMINACIÓN DEL CÁLCULO ES IMPORTANTE ANTES DE LA INSPECCIÓN.

## HISTORIA CLINICA

A CONTINUACIÓN DESCRIBIREMOS UNA HISTORIA CLÍNICA QUE NOS AYUDARÁ A RECOPILAR DATOS QUE NOS AYUDARÁN A LOGRAR UN DIAGNÓSTICO MÁS CORRECTO, ADEMÁS DE LA FICHA PARODONTAL.

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE, EDAD, SEXO, OCUPACIÓN, ESTADO CIVIL, ORIGEN, DIRECCIÓN Y TELÉFONO. TODOS ESTOS DATOS NOS SIRVEN PARA ORIENTAR EL DIAGNÓSTICO, POR EJEMPLO: LA OCUPACIÓN, UNA PERSONA QUE TRABAJA EN LAS MINAS CON CRISTALES DE SÍLICE PRESENTA SILICOSIS, LA ENCÍA SE INFLAMA, ASÍ QUE CADA DATO ES DE SUMA-IMPORTANCIA Y NOS PUEDE AYUDAR A DESCUBRIR CUALQUIER ALTERACIÓN QUE ESTE PRESENTE.

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

EN ESTE PUNTO SE LE PREGUNTARÁ AL PACIENTE SI ALGÚN FAMILIAR PADECE: DIABETES MELLITUS, YA QUE ES UNA ENFERMEDAD HEREDITARIA QUE SE ACOMPAÑA DE LESIONES BUCALES Y DENTARIAS, ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS COMO LA HEMOFILIA, YA QUE CORREN EL RIESGO DE SANGRADO QUE PRESENTAN ESTOS PACIENTES. OBESIDAD QUE TRAE COMO CONSECUENCIA DEFICIENCIAS HORMONALES, ES PROPENSO A LA DIABETES, ETC. TRASTORNOS CARDIOVASCULARES, SON LOS PADECIMIENTOS QUE MÁS INTERESAN PORQUE TIENEN UN CARACTER HEREDITARIO BIEN DEMOSTRADO O LOS QUE TRADUCEN UNA TENDENCIA FAMILIAR DEFINIDA A UN CIERTO TIPO DE PATOLOGÍA.

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

AQUÍ SE ENUMERAN LAS ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO EN LA INFANCIA COMO ES EL SARAPIÓN, RUBIOLA, PAPERAS, ETC., SI HA SIDO HOSPITALIZADO PARA ALGUNA OPERACIÓN, MEDICAMENTOS QUE HA TOMADO Y SENSIBILIDAD A LOS ALIMENTOS.

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

HÁBITOS NUTRICIONALES SI ESTA BIEN BALANCEADA O NO SU DIETA, SI LA INGESTA ES SUFICIENTE O INSUFICIENTE. HIGIENE PERSONAL Y DE LA VIVIENDA, ALCOHOLISMO Y SI EL PACIENTE ES FEMENINO SE LA HARÁ UNA HISTORIA OBSTÉTRICA, COMO POR EJEMPLO CUANTOS ABORTOS HA TENIDO, PRINCIPIO DE LA MENSTRUACIÓN, ETC. LOS ANTECEDENTES TANTO FAMILIARES COMO PERSONALES SON LA MEJOR BIOGRAFÍA PATOLÓGICA DEL INDIVIDUO QUE FACILITAN EL DIAGNÓSTICO. ESTOS ANTECEDENTES NOS PROPORCIONAN UNA EXPLICACIÓN FIEL DEL ESTADO REAL DEL ENFERMO.

## PADECIMIENTO ACTUAL

SI EL PACIENTE PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD COMO CARDIOPATIAS, DIABETES O UNA INFECCIÓN CRÓNICA, ETC, SE LE INTERROGARÁ SOBRE SU ENFERMEDAD Y LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE.

## APARATOS Y SISTEMAS.

### A) APARATO DIGESTIVO.

SE PREGUNTARÁ SI LA DEGLUCIÓN ES SATISFACTORIA (ESÓFAGO), SI EXISTE DOLOR EPIGÁSTRICO, NÁUSEAS, VÓMITOS, -- SENSACIÓN DE DISTENSIÓN (ESTÓMAGO), SI TIENE O HA TENIDO ICTERICIA, CRECIMIENTO ABDOMINAL, SANGRADO ANORMAL, ANOREXIA, FATIGABILIDAD, DOLOR O PESADEZ EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO (HÍGADO), SI ES NORMAL EL TRÁNSITO INTESTINAL, EXISTENCIA DE DIARREAS, ESTREÑIMIENTO, SANGRADO EN HACES (INTESTINO), MOLESTIAS RECTALES, DOLOR ABDOMINAL BAJO. SI PADECE ALGUNA O ALGUNAS DE ESTAS ALTERACIONES SE PREGUNTARÁ CUANDO APARECIO, SE INTERROGARÁN SUS CARACTERÍSTICAS, FENÓMENOS ACOMPAÑANTES Y MEDIDAS QUE LO MODIFICAN.

## B) APARATO CARDIOVASCULAR.

SE PREGUNTARÁ LA EXISTENCIA DE DISNEA, DECÚBITO O DE ESFUERZO, EDEMA, DOLOR PRECORDIAL, PALPITACIÓN, CIANOSIS, CEFALES, VÉRTIGO CON LOS CAMBIOS BRUSCOS DE POSICIÓN EPISTAXIS (HIPERTENSIÓN) ARTERIAL, DOLOR DE LAS EXTREMIDADES CON EL EJERCICIO.

## C) APARATO RESPIRATORIO.

SE PREGUNTARÁ SI HAY TOS, CON O SIN EXPECTORACIÓN, POR ACCESOS O TOSEDURAS CON O SIN DOLOR TORAXICO. SI LA EXPECTORACIÓN ES ABUNDANTE O ESCASA, PURULENTO, SANGUINOLIENTO, LA EXISTENCIA DE DISNEA DE ESFUERZO, CIANOSIS. SI SE ACOMPAÑAN ESTOS DATOS DE SÍNTOMAS GENERALES, FIEBRE, PÉRDIDA DE PESO, ETC.

## D) APARATO GENITOURINARIO.

SE PREGUNTARÁ SI ES NORMAL LA MENSTRUACIÓN, SU CANTIDAD, RITMO, DURACIÓN, HAY FLUJO CON QUE CARACTERÍSTICAS SI ES SATISFACTORIA LA MICCIÓN, QUE RITMO TIENE LA DIURESIS, SI SON NORMALES LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA.

## E) SISTEMA ENDÓCRINO.

SE INTERROGARÁ SI EXISTEN DATOS DE DIABETES COMO POLIURIA, POLIDIPSIA, POLIFAGIA, PÉRDIDA DE PESO, DATOS DE HIPERTIROIDISMO COMO DIARREAS, TEMBLOR DIGITAL, TEMPERAMENTO MÁS EXCITADO, INTOLERANCIA AL CALOR, SI EL CORAZÓN LATE MÁS APRISA, SI LE SUDAN MUCHO LAS MANOS.

## F) SISTEMA HEMATOPOYÉTICO.

SE INVESTIGARÁ SI EXISTE ANEMIA, PALIDEZ, PALPITACIONES, SANGRADO ANORMAL, EPISTAXIS, GINGIVORRAGIAS, SAN-

GRADO PROLONGADO DE HERIDAS; CON ESTAS PREGUNTAS SE PUEDE IDENTIFICAR LAS ANEMIAS Y LAS ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS PARA EL DENTISTA.

#### g) SISTEMA NERVIOSO.

SE PREGUNTARA SI SON FRECUENTES LAS CEFALÉAS, QUE REGIONES AFECTAN, SE COMPAÑAN DE VÓMITOS O DE OTROS SÍNTOMAS, SON ANORMALES LA VISIÓN, EL OLFATO, EL GUSTO, LA AUDICIÓN, EL TACTO, SI HAY TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD O DE LA MOTILIDAD, EXISTEN DISMINUCIONES DE LA MEMORIA, DE LA ORIENTACIÓN O DE LA COORDINACIÓN, SE PREGUNTA SI SE CONSIDERA UNA PERSONA NERVIOSA, SE OBSERVARÁN LOS MÚSCULOS MASETEROS, SI ESTAN EN TENSIÓN Y SI APRIETA LOS DIENTES, ESTO INDICA QUE ES UNA PERSONA NERVIOSA. ESTAS PREGUNTAS NO CONSTITUYEN UN INTERROGATORIO COMPLETO DEL SISTEMA NERVIOSO, PERO ABARCA LOS TRASTORNOS MÁS CARACTERÍSTICOS.

#### ESTUDIO PSICOLÓGICO.

SE PREGUNTARÁ DIRECTAMENTE SI EXISTEN CONFLICTOS FAMILIARES, MATRIMONIALES, OCUPACIONALES, ECONÓMICOS O AMBIENTALES Y COMPLETAR LA IMPRESIÓN CON UNA APRECIACIÓN SUBJETIVA DE LA CONDUCTA DEL ENFERMO DURANTE LA CONSULTA YA QUE EL TRATAMIENTO TENDRÁ QUE ADAPTARSE AL ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE.

#### EXPLORACIONES FÍSICAS.

PARA EL DENTISTA ESTA EXPLORACIÓN CONSTA SIMPLEMENTE DE LA INSPECCIÓN GENERAL Y EL REGISTRO DEL PESO, DEL PULSO Y DE LA TENSIÓN ARTERIAL.

#### EXAMEN BUCAL.

a) CON LA BOCA CERRADA, SE EXAMINAN LOS LABIOS EN POSICIÓN -

DE DESCANSO, COLOR, TEXTURA Y ANORMALIDADES.

- B) CON SUAVIDAD SE TOMAN LOS LABIOS Y SE SEPARAN PARA EXAMINAR EL COLOR TEXTURA Y CONTORNOS DE SU SUPERFICIE INTERNA. SE VE EL COLOR TEXTURA DE LAS ENCÍAS Y LA POSICIÓN DEL MARGÉN GINGIVAL EN RELACIÓN CON LOS DIENTES, LA PROFUNDIDAD DEL VESTÍBULO, LAS INSERCIÓNES DE LOS FRENILLOS, LA RELACIÓN DE LAS ARCADAS ENTRE SI, LOS DIENTES FALTANTES Y LA CARA BUCAL DE LOS QUE ESTÁN PRESENTES.
- C) SE EXAMINARÁ LA MUCOSA DE LOS CARRILLOS, LOS ORIFICIOS DE LOS CONDUCTOS DE STENON Y WHARTON.
- D) CON LA BOCA ABIERTA AL MÁXIMO, SE PODRÁN VER LA ÚVULA, EL PALADAR DURO, EL PALADAR BLANDO, EL COLOR, TEXTURA DE LA ENCÍA SUPERIOR Y LA POSICIÓN DEL MARGEN GINGIVAL EN RELACIÓN CON LOS DIENTES. DE ESTOS SE EXAMINAN LAS SUPERFICIES MASTICATORIAS Y LA PALATINA.
- E) DESPUÉS SE LEVANTA O SE SEPARA LA LENGUA DE CADA LADO DE LA ARCADA PARA EXAMINAR SU SUPERFICIE INTERIOR, EL PISO DE LA BOCA, EL COLOR Y TEXTURA DE LA ENCÍA, LA POSICIÓN DEL MARGEN GINGIVAL EN LA RELACIÓN CON LOS DIENTES, INMEDIATAMENTE DESPUÉS SE VEN LAS SUPERFICIES MASTICATORIAS Y LA CARA LINGUAL DE LOS DIENTES.
- F) FINALMENTE EL PACIENTE SACA LA LENGUA, ESTUDIAMOS LA PUNTA Y LA SUPERFICIE DORSAL, LUEGO LA TOMAMOS CON AYUDA DE UNA GASA Y LA MANIPULAMOS PARA EXAMINAR EL RESTO DE LA SUPERFICIE DORSAL Y SUS BORDES.

TODO ESTE EXÁMEN ES VISUAL, SI SE CREE NECESARIO SE PALPÁN LOS LABIOS, LA MUCOSA DE LOS CARRILLOS Y LA ENCÍA, PARA PALPAR EL PISO DE LA BOCA, SE COLOCA EL DEDO ÍNDICE DE LA OTRA MANO FUERA, ASÍ SE PODRÁN BUSCAR LOS NÓDULOS LINFÁTICOS SUBMAXILARES Y SUBLINGUALES, CON LA PALPACIÓN OBTENDREMOS TAMAÑO DUREZA Y LA SENSIBILIDAD DE ESTOS NÓDULOS, ESTOS SE AGRANDAN Y SE ENDURECEN AL EXISTIR ALGUNA -

INFECCIÓN CRÓNICA EN LA BOCA, ALGUNAS VECES EXISTE SENSIBILIDAD O DOLOR FRANCO.

SE REvisa EL DORSO DE LA LENGUA, LO NORMAL ES QUE LAS DOS TERCERAS PARTES ANTERIORES TENGA LA SUPERFICIE LIMPIA, -- BRILLANTE, DE COLOR ROSA PÁLIDO Y ATERCIOPELADA, CON LAS PAPILAS FILIFORMES Y LAS FUNGIFORMES DISTRIBUIDAS EN FORMA DE V. SI LA LENGUA ESTA PÁLIDA, LISA Y BRILLANTE, PUEDE INDICAR UNA ANEMIA. LA LENGUA ESCROTAL ES HEREDITARIA Y TIENE MUCHAS FISURAS, NO ES PATOLÓGICA PERO AYUDA A ALMACENAR GRAN CANTIDAD DE BACTERIAS Y HONGOS COMO CANDIDA-ALBICANS.

- g) SE EXAMINARÁ LA OCLUSIÓN CON LOS DIENTES DE LAS DOS ARCADAS EN CONTACTO VEMOS LA RELACIÓN DE LOS CUATRO PRIMEROS-MOLARES (LO NORMAL ES QUE LA CÚSPIDE MESIO BUCAL DEL PRIMER MOLAR INFERIOR OCLUYA EN LA FOSETA CENTRAL DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR), LOS INCISIVOS INFERIORES DEBEN DE ESTAR-COLOCADOS EN RELACIÓN LINGUAL A LOS SUPERIORES Y SUS MARGENES INCISALES LLEGAN AL CÍNGULO DE LOS SUPERIORES, DEBEN SOBRESALIR BUCALMENTE DE LOS INFERIORES. DESPUÉS HAY QUE OBSERVAR LA RELACIÓN DE LOS ANTERIORES, SI ESTÁN EN POSICIÓN NORMAL, RETRUSIVA O EN PROTRUSIVA, TAMBIÉN PUEDE EXISTIR APIÑONAMIENTO, ESPECIALMENTE DE LOS INFERIORES, LA SOBRE OCLUSIÓN VERTICAL ES LA EXCESIVA PROYECCIÓN EN SENTIDO LABIAL DE LOS ANTERIORES INFERIORES EN RELACIÓN CON LOS SUPERIORES, GENERALMENTE SE OBSERVAN EN LOS PRÓGNATAS. TAMBIEN PUEDE EXISTIR LA OCLUSIÓN CRUZADA, QUE COMO SU NOMBRE LO INDICA, LA RELACIÓN OCLUSAL ES CORRECTA DE UN LADO Y LA INVERSIÓN DE ESTA RELACIÓN EN EL LADO OPUESTO PRESENTA LA FORMA DE CRUZ.
- h) PARA SABER SI EXISTEN PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO, SE UTILIZA CERA CALIBRADA O INDICADOR OCLUSAL, SE COLOCA SOBRE LOS DIENTES Y EL PACIENTE DEBE CERRAR LA BOCA VARIAS-VECES, SE PERFORA LA CERA EN DONDE EXISTAN PUNTOS DE CONTACTO PREMATUROS, SE MARCA CON UN LÁPIZ TINTA Y SE DESGASA

TA DONDE SE MARCÓ. LAS EXCURSIONES MANDIBULARES LATERALES DEBEN DE OCLUIR ÚNICAMENTE LOS CANINOS, NINGÚN OTRO DIENTE DE LA ARCADA DEBE TOCAR A LOS DE LA ARCADA OPUESTA, AL LLEVAR A CABO ESTE MOVIMIENTO EN PROTUCIÓN SOLAMENTE DEBEN DE OCLUIR LOS OCHO INCISIVOS.

- i) SE PALPARA LA ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR, AL ABRIR - LA BOCA, LA MANDIBULA DEBE MOVERSE EN LÍNEA RECTA, NUNCA - DESCRIBIENDO CURVATURAS, ADEMÁS NO DEBEN EXISTIR CHASQUIDOS AL VERIFICAR ESTE MOVIMIENTO. ESTE RUIDO PUEDE LLEGAR A OIRSE A DISTANCIA PONIENDO LAS YEMAS DE LOS DEDOS - TOCANDO LA REGIÓN PRE-AURICULAR PUEDE SENTIRSE ESTE RUIDO EL MOVIMIENTO DEBE SER INDOLORO, CUANDO EXISTE DOLOR CON O SIN LA PRESIÓN DE LOS DEDOS, HAY ALGÚN ESTADO PATOLÓGICO DE LA ARTICULACIÓN, EL CHASQUIDO Y EL DOLOR DA LA POSIBILIDAD DE QUE ESTÉ LUXADA LA A.T.M..
- j) SE REVISA LA ENCÍA, LA CUAL DEBE VERSE DE COLOR ROSA CORRAL, PERO DEPENDIENDO DE LA PIGMENTACIÓN DE LA PIEL DE LA PERSONA, PUEDE SER MÁS OSCURA Y PRESENTAR MANCHAS CAFÉS O NEGRAS, ESTAS SON PIGMENTACIONES MELÁNICAS Y NO TIENEN SIGNIFICADO PATOLÓGICO. AL EXISTIR INFLAMACIÓN LA ENCÍA PRESENTA COLORACIÓN ROJA QUE PUEDE LLEGAR A SER AZULOSA O VIOLACIA. LA SUPERFICIE GINGIVAL NORMAL TIENE PUNTEADO - QUE VARIA ASEMEJANDO TERCIOPELO HASTA CÁSCARA DE NARANJA. EN LA GINGIVITIS Y PERIODONTITIS SE PIERDE ESTE PUNTEADO - VIÉNDOSE LA ENCÍA LISA Y BRILLANTE. EL MARGEN GINGIVAL - DEBE ESTAR A NIVEL DE LA UNIÓN CORONA RAÍZ, CUALQUIER ALTERACIÓN UNA VEZ QUE EL DIENTE HA HECHO ERUPCIÓN COMPLETA ES ANORMAL, ESTE MARGEN DEBE ESTAR FUERTEMENTE ADOSADO AL DIENTE, TERMINANDO EN FORMA DE FILO DE CUCHILLO Y EL EXPLORADOR NO DEBE PENETRAR ENTRE LA ENCÍA Y EL DIENTE MÁS DE 2 MM. SI EL MARGEN SE SEPARA FÁCILMENTE DEL DIENTE AL APLICAR EL AIRE DE LA UNIDAD O LA PRESIÓN CON EL EXPLORADOR.

k) LA FICHA PERIODONTAL NOS AYUDARÁ A LOGRAR UN DIAGNÓSTICO-CORRECTO EN LA CUAL SE UTILIZAN DIFERENTES SIGNOS PARA DE SIGNAR LAS DIFERENTES ANOMALÍAS QUE PRESENTA CADA PIEZA -- DENTARIA. POR EJEMPLO CUANDO HAY UN PRONÓSTICO DUDOSO SE MARCA EN LA CORONA DEL DIENTE ESTE SIGNO (?), TAMBIÉN SE-MARCARÁN DEPRESIONES MUY MARCADAS, CARTES, AUSENCIA DE --PIEZAS, DIENTES INCLUIDOS, DIASTEMAS, RETENCIÓN DE ALIMEN-TOS, DIENTES CON GIROVERSIÓN, EL GRADO DE MOVILIDAD, OBTU-RACIONES Y TAMBIÉN SE REGISTRARÁ LA PROFUNDIDAD DE LA BOL-SA PERIODONTAL, ETC.

EN LA FIG. 3 SE MUESTRA UNA FICHA PERIODONTAL EN LA CUAL-SE PRESENTAN: BOLSAS PERIODONTALES PROFUNDAS EN LOS MOLA-RES PRIMERO Y SEGUNDO SUPERIOR DERECHO, EN LAS SEIS CARAS DEL DIENTE. EL TERCER MOLAR INFERIOR NECESITA EXTRACCIÓN, ENTRE EL PRIMERO Y SEGUNDO MOLAR INFERIOR DERECHO HAY RE-TENCIÓN DE ALIMENTOS. EN EL SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR IZ-QUIERDO LA RAÍZ ESTA SENSIBLE, EN LOS CENTRALES SUPERIO--RES EXISTE DIASTEMA. ES ASÍ COMO SE VA ANOTANDO EN LA FI-CHA PERIODONTAL LOS PROBLEMAS QUE PRESENTA CADA PIEZA DEN-TARIA.

ADEMÁS SE TOMARÁN EN CUENTA SIGNOS Y SÍNTOMAS DE --LAS BOLSAS PERIODONTALES QUE NOS AYUDARÁN A LOGRAR UN DIAGNÓ-S-TICO CORRECTO, TOMANDO EN CUENTA EL ESTADO DE LOS TEJIDOS PE--RIODONTALES.

#### ALTERACIONES DE COLOR

ESTOS CAMBIOS DE COLOR QUE GENERA LA ENCÍA, SE DE--BEN A LAS ALTERACIONES SANGUÍNEAS, INICIADA LA INFLAMACIÓN, LA ENCÍA VA ADQUIRIENDO DIFERENTES TONALIDADES QUE VAN DESDE ROSA CORAL A ROSA AZULADO. ADEMÁS EXISTE UN ADELGAZAMIENTO DEL EPI-TELIO, POR LO CUAL HAY UNA TRANSPARENCIA MAYOR DEL TEJIDO CON-JUNTIVO.

FIG. 3.- FICHA PERIODONTAL

65	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
BUCAL																				
LINGUAL																				
64	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
LINGUAL																				
BUCAL																				
63	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

DIAGNÓSTICO..... GINGIVITIS.....  
 FECHA DE REEVALORIZACION.....

## ALTERACION DE FORMA Y POSICIÓN DE LA ENCÍA.

LOS CAMBIOS DE POSICIÓN Y FORMA DE LA ENCÍA SON: EDEMA CON CUALQUIER PRESIÓN, EXISTEN ZONAS DE HUNDIMIENTO, PÉRDIDA DE LA CONSISTENCIA FIRME QUE CAMBIA A ENCÍA BLANDA, QUE ES FACILMENTE DESPLAZADA.

### PERDIDA DEL PUNTEADO.

LA TEXTURA NORMAL DE LA ENCÍA SE PIERDE PARA DAR PASO A UNA SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE (DEBIDO A LA INFLAMACIÓN) ATROFIA DEL EPITELIO Y EDEMA.

### PRESENCIA DE EXUDADO.

LA BOLSA PERIODONTAL ES COMO UN RECEPTOR DE BACTERIAS, RESTOS ALIMENTICIOS, ETC., MAS LA REACCIÓN EXUDATIVA DE LA INFLAMACIÓN, ASÍ TENDREMOS LA RESPUESTA DE EL PORQUE DEL EXUDADO ES UNA CARACTERÍSTICA CLÍNICA MUY IMPORTANTE PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS BOLSAS PERIODONTALES.

### SANGRADO GINGIVAL.

EN EL CASO DE BOLSA PERIODONTAL, LA PRESENCIA DE LA HEMORRAGIA GINGIVAL PUEDE O NO SER FRECUENTE, CUANDO SE PRESENTA SEGUIDO, ES DEBIDO A LAS ALTERACIONES CIRCULATORIAS QUE TIENE LUGAR EL EPITELIO Y EN EL TEJIDO CONJUNTIVO.

### DOLOR.

LAS BOLSAS PUEDEN GENERAR DOLOR, QUE ES PROVOCADO POR LOS IRRITANTES DE LA DIETA, ES LOCALIZADO Y PUEDE CEDER CUANDO DESAPARECE EL IRRITANTE, ADEMÁS POR LA ULCERACIÓN DE LA PARED.

### MOVILIDAD.

LA MOVILIDAD ES DEBIDO POR ALTERACIONES DE PÉRDIDA-

DE HUESO Y A UN ATAQUE A LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL. LA PÉRDIDA DE HUESO SE DETERMINA POR EXPLORACIÓN CLÍNICA Y RADIOGRÁFICA, ESTO SE HACE POR MEDIO DE UNA SONDA MILIMETRADA, - QUE JUNTO CON LA RADIOGRAFÍA PODEMOS ESTABLECER LA RELACIÓN DE HUESO PRESENTE EN EL MOMENTO DE LA EXPLORACIÓN Y EL QUE SE SUPONE NORMAL (VARÍA SEGÚN LA EDAD), EL HUESO DESAPARECE EN LAS ZONAS DONDE SE ENCUENTRA LA BOLSA.

### PRONOSTICO

EL PRONÓSTICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PARODONCIA, ES LA PREDICCIÓN DE LA DURACIÓN Y EL CURSO DE LA ENFERMEDAD, ASÍ COMO RESPUESTA AL TRATAMIENTO. LOS DATOS QUE A CONTINUACIÓN MENCIONAREMOS NOS SERÁN ÚTILES PARA LA DETERMINACIÓN DEL PRONÓSTICO:

- A) GRADO QUE PRESENTA LA LESIÓN.
- B) FACTORES ETIOLÓGICOS LOCALES COMO GENERALES.
- C) EDAD DEL PACIENTE.
- D) COOPERACIÓN DEL PACIENTE.

PARA OBTENER EL PRONÓSTICO DE LAS BOLSAS PERIODONTALES DEBEMOS DE TOMAR EN CUENTA EL ESTADO DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES, TAMBIÉN SE DEBE DETERMINAR EL TIPO DE BOLSA PERIODONTAL, SU EXTENSIÓN, LOCALIZACIÓN Y PROFUNDIDAD, DEBIDO A QUE EN LAS BOLSAS INFRAÓSEAS HAY PÉRDIDA DE HUESO POR LO TANTO EL PRONÓSTICO ES MÁS DESFAVORABLE QUE EN UNA BOLSA SUPRAÓSEA, EN LA QUE NO EXISTE PÉRDIDA DE HUESO. ADEMÁS DEBEMOS CONOCER EL GRADO DE MOVILIDAD DENTARIA, DE LA CUAL EXISTEN TRES GRADOS DE MOVILIDAD:

- GRADO I      MOVIMIENTO APENAS PERCEPTIBLE.
- GRADO II     MOVIMIENTO MÁS CLARO DESPLAZA  
MÁS DE 2 MM.
- GRADO III    MOVIMIENTO QUE DESPLAZA MÁS DE  
3 MM.

CUANDO SE RECONOCE FÁCILMENTE A LOS FACTORES ETIO-  
LÓGICOS, COMO LA MALA HIGIENE BUCAL, O PRESENCIA DE CÁLCULOS,  
LA CORRECCIÓN SE HARÁ CON MAYOR RAPIDEZ, PERO CUANDO LA HIGIE-  
NE BUCAL SE TORNA DIFÍCIL (PERO NO IMPOSIBLE), PORQUE SE EN-  
CUENTRAN LOS DIENTES INCLUIDOS O APIÑONADOS Y EL PACIENTE NO -  
COOPERA PARA ELIMINAR ESTA MALA HIGIENE BUCAL, EL PRONÓSTICO -  
SERÁ MÁS DESFAVORABLE, PERO DE NINGUNA MANERA NOS INDICA QUE -  
NO SE PUEDE ELIMINAR LA BOLSA PERIODONTAL.

TAMBIÉN PARA LLEGAR A OBTENER EL PRONÓSTICO, ADEMÁS  
DE OBSERVAR LO ANTERIOR, DEBEMOS DE TOMAR EN CUENTA EL ESTADO-  
REAL DE TODOS Y CADA UNO DE LOS DIENTES, YA QUE LAS BOLSAS PE-  
RIODONTALES VARIAN EN CADA UNO DE LOS DIENTES. OBTENIDOS ES-  
TOS DATOS PODEMOS AVENTURARNOS A DAR UN PRONÓSTICO.

## CAPÍTULO VI

### TRATAMIENTO

LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA CONSISTE EN REDUCIR LA PROFUNDIDAD DE LAS BOLSAS PERIODONTALES A LA DEL SURCO FISIOLÓGICO Y RESTAURAR LA SALUD GINGIVAL. LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA PERIODONTAL ES LA CLAVE DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL TOTAL, ES UN FACTOR DECISIVO EN LA RESTAURACIÓN DE LA SALUD PERIODONTAL Y LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

POR MEDIO DE UN RASPAGE Y AISLADO RADICULAR, ALGUNOS CURETAJES Y UNA BUENA HIGIENE BUCAL REALIZANDOLO A INTERVALOS REGULARES, SE PUEDE MANTENER LA BOLSA DURANTE AÑOS, PARECIENDO UN ESTADO SANO, CON UNA REDUCCIÓN PARCIAL DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA, PERO MANTENER LAS BOLSAS PERIODONTALES NO ES NUESTRA FINALIDAD, YA QUE EL PACIENTE CORRE EL RIESGO DE PERDER LOS DIENTES, SE TRATA DE LA ELIMINACIÓN TOTAL, YA QUE LA PROPAGACIÓN DE LA INFLAMACIÓN CONDUCE A LA PÉRDIDA ÓSEA, ÉSTA NO AVANZA A UN RITMO REGULAR, ASÍ QUE NO SE PUEDE PREDECIR EL MOMENTO DE DESTRUCCIÓN ÓSEA, PERO ESTE RIESGO AUMENTA CON LA DURACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODONTALES, POR ESO LA ELIMINACIÓN EN LAS BOLSAS PERIODONTALES, ES LA MANERA MÁS EFICAZ DE DETENER LA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL CAUSADA POR LA PROPAGACIÓN DE LA INFLAMACIÓN.

LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA ES UN PROCEDIMIENTO TÉCNICO QUE DEBE SER APRENDIDO JUNTO CON OTRAS TÉCNICAS DE LA ODONTOLOGÍA GENERAL, ESTOS MÉTODOS SE CLASIFICAN EN DOS GRUPOS:



MACIÓN (PLACA BACTERIANA, CÁLCULO Y PIGMENTACIONES). HABRÁ -  
 QUE APRECIAR LA EXTENCIÓN DE LOS CÁLCULOS ANTES DE TRATAR DE  
 RETIRARLOS, SE DESLIZA UN INSTRUMENTO COMO EL EXPLORADOR O -  
 RASPADOR FINO A LO LARGO DE LOS CÁLCULOS EN DIRECCIÓN DEL Á-  
 PICE HASTA SENTIR LA TERMINACIÓN DE LOS CÁLCULOS SOBRE LA RA-  
 ÍZ. CON UN CHORRO DE AIRE TIBIO ENTRE EL DIENTE Y MARGEN -  
 GINGIVAL, O CON UNA SONDA EL DENTISTA DEBE TRATAR DE VER TO-  
 DA LA MASA DE CÁLCULOS, POR LO COMÚN LOS CÁLCULOS SUBGINGIVA-  
 LES SON DE COLOR CHOCOLATE O SE DEBERÁ CONTROLAR LA LISURA -  
 DE LA RAÍZ CON UN RASPADOR FINO O UN EXPLORADOR AGUDO Y SE -  
 DEBERÁ DESARROLLAR UN SENTIDO DEL TACTO MUY DELICADO.

EL AISLADO RADICULAR ES UN MÉTODO QUE SE EMPLEA PA-  
 RA ELIMINAR LOS CÁLCULOS, ALISANDO LA RAÍZ HASTA QUE QUEDE -  
 SUAVE, ELIMINADOS COMPLETAMENTE LOS CÁLCULOS, PUEDE HABER ZO-  
 NAS EN QUE LA RAÍZ SE SIENTA ALGO BLANDA Y ES DONDE EL CEMEN-  
 TO TUBO CAMBIOS NECRÓTICOS Y SERÁ ELIMINADO HASTA QUE SE LLE-  
 GUE A SUSTANCIA DENTARIA FIRME. ÉSTO LLEGA A EXPONER LA DEN-  
 TINA PERO A VECES ES IMPOSIBLE EVITARLO.

EL RASPAJE Y CURETAJE, SE REALIZA CON UN MOVIMIEN-  
 TO DE TRACCIÓN EXCEPTO EN LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE DIENTES  
 ANTERIORES MUY JUNTOS DONDE SE USARÁN CINCELES DELGADOS-  
 CON MOVIMIENTOS DE EMPUJE O IMPULSIÓN. EN EL MOVIMIENTO DE-  
 TRACCIÓN EL INSTRUMENTO TOMA EL BORDE APICAL DEL CÁLCULO Y -  
 LO DESPRENDE CON UN MOVIMIENTO FIRME EN DIRECCIÓN DE LA CORO-  
 NA. EL ARRASTRE BRUSCO SOBRE EL DIENTE DEJA MUESCAS EN LA -  
 SUPERFICIE RADICULAR QUE ORIGINA SENSIBILIDAD POST-OPERATO-  
 RIA. EL RASPAJE SE LIMITA A UNA PEQUEÑA ZONA DEL DIENTE A -  
 LOS DOS LADOS DE LA UNIÓN AMELOCEMENTARIA, DONDE SE LOCALI-  
 ZAN LOS CÁLCULOS Y OTROS DEPÓSITOS.

#### CURETAJE.

EL CURETAJE CONSISTE EN LA REMOCIÓN DEL TEJIDO DE-  
 GENERADO Y NECRÓTICO QUE TAPIZA LA PARED GINGIVAL DE LAS BOL-  
 SAS PERIODONTALES. EL CURETAJE ACELERA LA CICATRIZACIÓN ME-  
 DIANTE LA REDUCCIÓN DE LA TAREA DE LAS ENZIMAS ORGÁNICAS Y -

FAGOCITOS, QUIENES ELIMINAN LOS RESIDUOS TISULARES DURANTE LA CICATRIZACIÓN. EL CURETAJE ADEMÁS DE ELIMINAR EL REVESTIMIENTO EPITELIAL DE LA BOLSA, SUPRIME UNA BARRERA A LA REINSECCIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL EN LA SUPERFICIE RADICULAR ES INDUDABLE QUE AL HACER EL RASPAGE Y CURETAJE SE PRODUCE CIERTO GRADO DE IRRITACIÓN Y TRAUMATISMO DE LA ENCÍA Y SI ES EXAGERADO, CAUSA DOLOR POST-OPERATORIO Y RETARDA LA CICATRIZACIÓN.

PARA REALIZAR LA ELIMINACIÓN, SE REALIZA UN PLAN DE PROCEDIMIENTOS COMO GUÍA PARA EL TRATAMIENTO, LA CUAL SE DIVIDE EN TRES ZONAS:

- ZONA 1 PARED BLANDE DE LA BOLSA Y ADHERENCIA EPITELIAL.
- ZONA 2 SUPERFICIE DENTARIA.
- ZONA 3 TEJIDO CONECTIVO ENTRE LA PARED DE LA BOLSA Y EL HUESO.

#### ELIMINACION DE BOLSAS SUPRAOSEAS POR RASPAGE Y CURETAJE.

LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA DEBE COMENZAR EN UNA ZONA Y SEGUIR UN ORDEN HASTA TRATAR TODA LA BOCA, POR LO GENERAL, EL TRATAMIENTO COMIENZA EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR DERECHA, SALVO QUE SE PRECISE CON URGENCIA EN OTRO SECTOR. LOS PASOS A SEGUIR SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- AISLADO Y ANESTECIA DE LA ZONA A TRATAR.
- 2.- SE ELIMINAN LOS CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES Y DESPUÉS LOS SUBGINGIVALES CON RASPADORES ESPECÍFICOS PARA CADA CASO.
- 3.- SE ANALIZA LA SUPERFICIE DENTARIA CON AZADAS Y CON CURETAS PARA EL ALIZADO FINAL.
- 4.- SE CURETEA LA PARED BLANDA PARA ELIMINAR EL REVESTIMIENTO INTERNO ENFERMO EN LA -

PARED DE LA BOLSA E INCLUSO LA ADHERENCIA EPITELIAL.

- 5.- PULIR LA SUPERFICIE DENTARIA CON TAZAS PULIDORAS DE GOMA CON ZIRCATE MEJORADO O UNA PASTA DE PIEDRA PÓMEZ FINA CON AGUA.
- 6.- SE LIMPIA EL CAMPO CON AGUA TIBIA Y SE EJERCE PRESIÓN SUAVE PARA ADAPTAR LA ENCIÓN AL DIENTE. CON ESTO EL ASPECTO DE LA ENCIÓN VUELVE A SU ESTADO NORMAL SIEMPRE Y CUANDO EL PACIENTE LLEVE A CABO LA FISIOTERAPIA ADECUADA.

PUEDEN APARECER DIVERSOS TIPOS DE COMPLICACIONES CON ESTA TÉCNICA COMO POR EJEMPLO: SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN, HEMORRAGIA, SENSIBILIDAD A CAMBIOS TÉRMICOS Y LA ESTIMULACIÓN TÁCTIL. CUANDO HAY SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN SE ADMINISTRA ANTIBIÓTICO POR VÍA GENERAL Y SE DESGASTA EL DIENTE AFECTADO PARA SACARLO DE OCLUSIÓN Y SE SONDEA SUAVEMENTE EL MARGEN GINGIVAL PARA ESTIMULAR LA HEMORRAGIA, SE DEBERAN HACER ENJUAGES DE AGUA TIBIA CON UNA CUCHARADITA DE SAL, SE CONTINUA EL TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS OTRAS 24 HORAS, Y LOS BUCHES SE DISMINUYEN. CUANDO EL PACIENTE SE PRESENTA CON UNA ZONA CUBIERTA POR UN CÓAGULO DE ASPECTO GRANULAR, SE RETIRA EL CÓAGULO CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN EMPAPADO EN AGUA OXIGENADA AL 3 % Y SE LOCALIZA EL PUNTO SANGRANTE, SE CURETEA SUAVEMENTE Y SE ELIMINAN IRRITANTES, SE HACE PRESIÓN CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN ACUÑADA INTERPROXIMALMENTE DURANTE 20 MINUTOS.

EL PACIENTE SE PUEDE QUEJAR DE SENTIR SENSIBILIDAD AL FRÍO Y LA ESTIMULACIÓN TÁCTIL, ESTA SENSIBILIDAD RADICULAR SE TRATA CON PASTA DESENSIBILIZANTE DE FLORURO DE SODIO U OTROS DESENSIBILIZANTES.

## TECNICAS QUIRURGICAS.

### GINGIVECTOMÍA.

LA GINGIVECTOMÍA ES EL PROCEDIMIENTO QUE SE UTILIZA MÁS COMUNMENTE PARA LA ELIMINACIÓN DE BOLSAS SUPRAÓSEAS PROFUNDAS EN LAS CUALES NO ES POSIBLE VER LOS CÁLCULOS CON UN CHORRO DE AIRE TIBIO O UNA SONDA, EN OCACIONES POR MEDIO DE RASPADORES U OTROS INSTRUMENTOS NO ES POSIBLE ELIMINAR COMPLETAMENTE LOS CÁLCULOS ASÍ QUE SE PROCEDE A HACER GINGIVECTOMÍA SI LA PARED DE LA BOLSA ES FIBROSA Y FIRME.

SI HAY ALGUNA DUDA DE QUE LA BOLSA PUEDE SER ELIMINADA MEDIANTE RASPAJE Y CURETAJE, LA DUDA INDICA LA NECESIDAD DE LA GINGIVECTOMÍA Y CUANDO HAY QUE USAR CADA UNA DE ellas, EN ESTOS CASOS CUANDO EXISTE DUDA, ESTA DECISIÓN DEPENDERÁ DEL CRITERIO Y LA HABILIDAD DEL OPERADOR YA QUE ESTE DEBE ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO PRECISO PARA DECIDIR ANTES DE COMENZAR EL TRATAMIENTO PARA NO SOMETER AL PACIENTE A DOS OPERACIONES. EL INSTRUMENTAL QUE SE UTILIZA PARA LA GINGIVECTOMÍA SON LAS HOCES, AZADONES, LIMAS, CURETAS, EXPLORADOR DE BOLSAS, CINCEL, PINZAS HEMOSTÁTICAS Y PINZAS PARA TEJIDOS.

SE UTILIZARÁ ANESTESIA LOCAL, INFILTRATIVA O TRONCULAR SEGÚN LA REGIÓN A OPERAR; SE MARCARÁN LAS BOLSAS CON PINZAS MARCADORAS DE BOLSAS, PRODUCIENDO PUNTOS SANGRANTES EN LA SUPERFICIE EXTERNA HASTA LA BASE DE LA BOLSA, SE UNIRÁN ESTOS PUNTOS SANGRANTES CON UN BISTURÍ PERIODONTAL, ESCAPELO O TIJERAS. EL CORTE SE HACE ENÉRGICO Y PROFUNDO DE UNA SOLA INTENCIÓN, ESTA INCISIÓN SE ONDULA IMITANDO LA FORMA FESTONEADA IDEAL, SE INTRODUCE UN BISTURÍ FINO EN LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES PARA UNIR LAS INCISIONES DONDE SE PRECISE, SE RETIRA EL COLGAJO QUE SE DESPRENDERÁ POR LA LÍNEA DE INCISIÓN SIEMPRE Y CUANDO EL COLGAJO SE HALLA EFECTUADO BIEN SE ELIMINA TODO EL TEJIDO DE GRANULACIÓN, EL CÁLCULO Y LA SUBSTANCIA RADICULAR NECRÓTICA, DESPUÉS SE PROCEDERÁ A BICE-

LAR O FESTONEAR LA ENCÍA CON UN BISTURÍ ARRIBONADO CON MOVIMIENTOS DE RASPADO PARA RETOCAR LOS BÍCELES TAMBIÉN SE PUEDE USAR EL ELECTROCAUTERIO YA QUE ELIMINA LENGUETAS DE TEJIDOS Y CORRIGE INCISIONES IRREGULARES, SE LAVARÁ LA SUPERFICIE DE LA HERIDA CON SOLUCIÓN SALINA ESTÉRIL O AGUA EMPAQUETANDO GASAS SOBRE LA ZONA. SI ESTO NO PRODUCE LA HEMOSTASIA SE COLOCA EN LAS ZONAS INTERPROXIMALES TAPONES EMPAPADOS EN SOLUCIÓN DE ADRENALINA NO MAYOR DE 1/1000, SE COLOCARÁ EL APÓSITO QUIRÚRGICO PARA QUE TENGA MAYOR COMODIDAD EL PACIENTE, ADemás DE QUE PROTEGE A LA HERIDA DE LA IRRITACIÓN DE LOS ALIMENTOS. ESTE APÓSITO SE COLOCA A LO LARGO DEL CUELLO DE LOS DIENTES SIN CUBRIR LAS SUPERFICIES OCLUSALES, SE COLOCA MEDIANTE PRESIÓN DIGITAL O CON INSTRUMENTOS. SE LE RECOMENDARÁ AL PACIENTE QUE NO COMA Y BEBA UNA HORA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA HASTA QUE FRAGUE BIEN EL APÓSITO, SE EVITARÁN ALIMENTOS ÁCIDOS O CONDIMENTADOS, EL CEPILLADO SE HARÁ ÚNICAMENTE EN LAS SUPERFICIES INCISALES Y OCLUSALES, LA POSMEDICACIÓN SE REALIZARÁ CUANDO ESTE INDICADO. SE LE INDICARÁ AL PACIENTE QUE VUELVA PARA EL CAMBIO DEL APÓSITO A LOS 3 O 5 DÍAS O ANTES EN CASO DE QUE SE MUEVA EL APÓSITO. EN CASOS SENCILLOS SE RETIRARÁ EL APÓSITO EN ESE MOMENTO, OTROS REQUERIRÁN UN CAMBIO O DOS, EN CADA CAMBIO SE DEBE INSPECCIONAR Y LIMPIAR CUIDADOSAMENTE LA SUPERFICIE DE LA HERIDA, DESPUÉS DE RETIRAR EL APÓSITO SE USARÁN CEPILLOS ESPECIALES MUY BLANDOS DURANTE UNA O DOS SEMANAS Y LA HIGIENE BUCAL POST-OPERATORIA DEBE SER ADECUADA.

#### TÉCNICA POR COLGAJO PERIODONTAL.

EL COLGAJO PERIODONTAL ES UNA PARTE DE LA ENCÍA O MUCOSA O AMBAS, SEPARADA QUIRÚRGICAMENTE DE LOS TEJIDOS SUBYACENTES PARA PROPORCIONAR LA VISIBILIDAD Y LA ACCESIBILIDAD NECESARIA PARA EL TRATAMIENTO. EXISTEN VARIAS TÉCNICAS Y DISEÑOS DE LOS COLGAJOS, PERO NOMBRAREMOS DOS TIPOS BÁSICOS Y QUE SON: COLGAJO SIMPLE (COLGAJO NO DESPLAZADO), QUE SE VUELVE A COLOCAR EN LA POSICIÓN PREQUIRÚRGICA, AL FINAL DE LA OPERACIÓN; Y EL COLGAJO DESPLAZADO (REPOSICIONADO), QUE SE CO

LOCA EN UNA NUEVA POSICIÓN AL FINAL DE LA OPERACIÓN.

LOS COLGAJOS QUE ORIGINALMENTE SE UTILIZARÓN EN PERIODONCIA ERAN DEL TIPO SIMPLE Y SU FINALIDAD ERA ELIMINAR LAS BOLSAS PERIODONTALES. EN LOS ÚLTIMOS AÑOS LOS OBJETIVOS DE LOS COLGAJOS HAN IDO MÁS ALLÁ DE LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA PARA INCLUIR LA CORRECCIÓN DE DEFECTOS MUCOGINGIVALES Y LA RESTAURACIÓN DE TEJIDOS DESTRUIDOS POR ENFERMEDAD, LOS COLGAJOS DESPLAZADOS SE USAN CON ESTE PROPÓSITO.

#### OPERACIÓN POR COLGAJO SIMPLE.

HAY MUCHAS VARIANTES DE LA OPERACIÓN POR COLGAJO SIMPLE PARA ELIMINAR LAS BOLSAS PERIODONTALES. LAS TÉCNICAS DE NEUMANN Y WIDMAN, UTILIZARON LA MAYORÍA DE LOS PROCEDIMIENTOS REPRESENTATIVOS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN:

- 1.- INCISIÓN INTERNA PARA ELIMINAR EL SECTOR INTERNO DE LA PARED INTERNA DE LA BOLSA.
- 2.- SEPARACIÓN DEL COLGAJO QUE CONSTA DE ENCIAMUCOSA Y PERIOSTIO ALVEOLAR, EXPONIENDO EL HUESO DESDE EL MARGEN GINGIVAL HASTA LOS APICES DENTARIOS.
- 3.- ELIMINACIÓN DEL TEJIDO DE GRANULACION Y CÁLCULOS Y PULIDO DE LAS SUPERFICIES RADICULARES.
- 4.- RECORTE DEL MARGEN DE HUESO ALVEOLAR.
- 5.- SUTURA DEL COLGAJO EN SU POSICIÓN ORIGINAL.

EN CIERTA ÉPOCA, LA OPERACIÓN POR COLGAJO SIMPLE FUÉ MUY POPULAR, PERO NO GOZÓ DE FAVOR COMO TÉCNICA PARA ELIMINAR BOLSAS SUPRAÓSEAS, HABÍA UNA PROPORCIÓN ALTA DE RECIDIVAS. EL MARGEN DEL COLGAJO CICATRIZADO NO SE REINSERTABA AL DIENTE Y FORMABA CONTORNOS ABULTADOS QUE RETENÍAN RESIDUOS IRRITANTES. SIGUE SIENDO UNO DE LOS MÉTODOS PREFERIDOS PARA EL TRATAMIENTO DE BOLSAS INFRAÓSEAS, PORQUE PROPORCIONA VISI

**BILIDAD Y ACCESO EXCELENTES A LOS DEFECTOS ÓSEOS.**

### **OPERACIÓN POR COLGAJO DESPLAZADO.**

**ESTA OPERACIÓN ES PARA ELIMINAR BOLSAS, CORREGIR-DEFECTOS MUCOGINGIVALES Y RESTAURAR TEJIDOS DESTRUIDOS POR-LA ENFERMEDAD.**

**LOS COLGAJOS DESPLAZADOS PUEDEN SER COLOCADOS DE-NUEVO EN TRES DIRECCIONES: APICAL, LATERAL O CORONARIO. UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL (MUCOPERIÓSTICO), CONSTA DE EPITELIO DE LA SUPERFICIE Y TEJIDO CONECTIVO MAS EL PERIOSTIO -- DEL HUESO SUBYACENTE; UN COLGAJO DE ESPESOR PARCIAL (ESPE--SOR DIVIDIDO O MUCOSO), CONSTA DE EPITELIO Y UNA CAPA FINA-DE TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE.**

### **TECNICA DE APOSITO.**

**BOX REALIZÓ UNA VARIANTE DE LA TÉCNICA DE RASPaje Y CURETAJE QUE INCLUYE EL USO DE APOSITOS PERIODONTALES. -- ESTOS APOSITOS ESTAN COMPUESTOS DE ÁCIDO BÓRICO, ACEITE DE-MENTA, OXÍGENO Y OTROS MEDICAMENTOS INCORPORADOS A UNA BASE DE PARAFINA A LA CUAL SE DA FORMA DE BARRA. LA PARAFINA SE CALIENTA Y SE INTRODUCE EN LAS BOLSAS POR PRESIÓN DIGITAL O CON UNA JERINGA DISEÑADA A PROPÓSITO, QUEDANDO ALLÍ DE 24-A 48 HORAS. CUANDO SE RETIRAN LOS CÁLCULOS EXPUESTOS POR - LA RETRACCIÓN DE LA ENCÍA SE QUITAN POR RASPaje, DESPUÉS SE HACE UNA SEGUNDA APLICACIÓN Y SE REPITE HASTA ELIMINAR LA - ENFERMEDAD GINGIVAL. EL PERIODO DE TRATAMIENTO ES DE DOS O TRES MESES, SI SE LAVAN LAS BOLSAS CON UNA MEZCLA ESPECIAL-DE GLICERINA AYUDA AL TRATAMIENTO. LAS VENTAJAS DE ESTA -- TÉCNICA SON: FAVORECER LA REPARACIÓN AL CUBRIR LA ENCÍA IN-FLAMADA CON UNA CAPA BLANDA Y SEPARARLA DEL DIENTE; EL APO-SITO TAMBIÉN ACTUA COMO CIERRE PROTECTOR QUE PREVIENE LA -- REINFECCIÓN DURANTE LA CICATRIZACIÓN. LA PRESIÓN MECÁNICA-ORIGINA ATROFIA DEL MARGEN GINGIVAL Y DILATACIÓN DE LA BOL-SA, LO CUAL FACILITA EL RASPaje CON UN MÍNIMO DE TRAUMATIS-**

MO DE LA ENCÍA.

ESTA TÉCNICA SE UTILIZÓ PERO YA NO EN LA ACTUALIDAD, SE CITO SOLO COMO UN ANTECEDENTE HISTORICO.

### TECNICA QUIRURGICA CONSERVADORA.

BARKANN DESCRIBE UNA MODIFICACION DE LA TÉCNICA DE RASPAJE DE LA ENCÍA QUE INCLUYE LA EXCISIÓN DE LA PARED INTERNA DE LA BOLSA Y UNA MEZCLA COAGULANTE DE FENOL ALCANFOR. SE UTILIZÁ ANESTESIA TÓPICA Y DESPUÉS SE PINCELA LA BOLSA -- CON UN ANTISÉPTICO, SE EMPAQUETA CON UN HILO DE ALGODÓN IMPREGNADO CON UNA SOLUCIÓN DE 25 % DE FENOL Y 75 % DE ALCANFOR, EL HILO SE DEJA UN INSTANTE EN LA BOLSA, SE RETIRA Y SE EMPIEZA EL CURETAJE, ESTE PROCESO DE EMPAQUETADO DE HILOS Y CURETAJE SE REPITE, AGRANDANDO LA ABERTURA DE LA BOLSA, SE ELIMINA LO MAS POSIBLE DEL CONTENIDO DE LAS BOLSAS CON UN BISTURÍ CURVO, SE CORTA LA PAPILA CON UNA INCISIÓN SEMILUNAR Y UN BICEL INTERNO CON LA HOJA AFILADA SE RASPAN LAS PARTES INTERNAS DE LAS PAREDES BLANDAS DE LAS BOLSAS PARA CREAR SUPERFICIES SANGRANTES. HAY QUE TENER CUIDADO EN CONSERVAR LAS PAREDES VESTIBULARES Y LINGUALES DE LAS BOLSAS, LAS CUALES FORMAN UN HUECO PARA LA RETENCIÓN DEL COÁGULO, MEDIANTE EL CUAL TENDRÁ LUGAR LA REGENERACIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO. UNA VEZ ELIMINADAS TODAS LAS SUBSTANCIAS EXTRAÑAS Y QUE LA PARED INTERNA SANGRA LIBREMENTE, LA BOLSA SE EMPAQUETA CON UN APÓSITO DE GASA HUMEDECIDO CON AGUA ESTERILIZADA A LA CUAL SE LE INCORPORA LA MEZCLA COAGULANTE DE FENOL-ALCANFOR. AL DÍA SIGUIENTE SE RETIRA LA GASA Y SE IRRIGA LA ZONA CON SOLUCIÓN SALINA NORMAL Y SE PINCELA CON UN ANTISÉPTICO; EN CUANTO LAS CONDICIONES LO PERMITAN, SE COMIENZA EL CONTROL DE LA PLACA.

ESTA TÉCNICA AL IGUAL QUE LA DESCRITA ANTERIORMENTE, SE CITO UNICAMENTE COMO UN ANTECEDENTE HISTÓRICO.

## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES

EL ESTUDIO REALIZADO NOS LLEVA A LA CONCLUSIÓN DE-  
QUE MIENTRAS LA PROFUNDIZACIÓN DEL SURCO GINGIVAL CONTINUE,-  
SE PRODUCE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL HASTA LLEGAR A LA PÉRDIDA  
DE LOS DIENTES, ADEMÁS UN EXÁMEN CUIDADOSO DE LOS TEJIDOS  
DE LA CAVIDAD ORAL NOS REVELA LA PRESENCIA O LA INEXISTENCIA  
DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

SABEMOS QUE LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODON-  
TAL ES PRODUCIDA POR FACTORES DE TIPO LOCAL, LOS CUALES AL -  
TRANSTORNAR EL EQUILIBRIO HUÉSPED-PARÁSITO PRODUCEN LA ENFER-  
MEDAD CITADA.

PARA EVITAR ESTE DESEQUILIBRIO EN EL PARODONTO DE-  
BEMOS INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE LA NECESIDAD DE LA FISIOTE-  
RÁPIA CORRECTA COMO COMPLEMENTO DE SU TRATAMIENTO.

BIBLIOGRAFIA

ALVIN L. NORRIS,  
HARRY M. BOHANNAN.

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL.  
EDITORIAL LABOR.

GOLDMAN HENRY MAURICE

PERIODONCIA.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
( 1960 )

IRVING GLICKMAN

PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
( CUARTA EDICIÓN )

PRICHARD, JOHN F.

ENFERMEDADES PERIODONTALES.  
EDITORIAL BARCELONA LABOR  
( 1971 )

URBAN, BALINT JOSEPH.

PERIODONCIA DE URBAN  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
( CUARTA EDICIÓN 1975 )