Ej. 625

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Gingivitis Ulcero Necrosante Aguda

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

LAURA DIANA NUÑEZ HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1982

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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

Pág.

INTRODUCCION

CAPITULO I.

1. CARACTERISTICAS CLINICAS DEL PERIODONTO 4

. Encía Marginal o Libre 6
. Encía Adherida o insertada 7
. Encía Papilar o interdentaria 9
. Fibras gingivales 10
. Mucosa alveolar 11
. Cemento 12
. Ligamento periodontal y funciones 14
. Elementos celulares 18
. Hueso alveolar 20

CAPITULO II.

2. CLASIFICACION Y CARACTERISTICAS DEL PROCESO DE LA CUNA. 22

. Etiología 23
. Histopalogía 24
. Características clínicas 26
. Signos y síntomas bucales 27

CAPITULO III. Pág.

3. DIAGNOSTICO CLINICO 30

. Historia clínica 31

Enfermedad Actual 35

. Antecedentes familiares patológicos 36
. Antecedentes personales patológicos 36
. Revisión de aparatos o sistemas 37
. Pruebas de Laboratorio 40
. Estudio Radiográfico 41
. Modelos de Estudio 41
. Diagnóstico 41

. Pronóstico 41
. Plan de tratamiento 42
. Tratamiento 43
. Evolución 43
. Observaciones 43

CAPITULO IV.

4. TRATAMIENTOS 44

. Curetaje gingival 44
. Gingivoplastía 50
. Colutorios 55
. Antibióticos 57

CONCLUSIONES 59

BIBLIOGRAFIA 61

INTRODUCCION

De entre las diferentes especialidades que estudia la Odontología se encuentra la "Parodoncia".

La Parodoncia se refiere a la ciencia y tratamiento de la enfermedad periodontal, así pues dentro de las enfermedades que estudia la Parodoncia esta la "Gingivitis Ulcero Necrosante Aguda".

Los constantes estudios que se han hecho de esta enfermedad han dado como resultado un conocimiento mas extenso al Cirujano Dentista para poder diagnosticar y dar tratamiento al paciente.

La Gingivitis Ulcero Necrosante Augda es una enfermedad inflamatoria y destructiva de la encía. Se le conoce también por otros nombres como son: Enfermedad de Vicent, Gingivitis Fuso Espiroquetal, Gingivitis Ulceromembranosa, Boca de Trinchera, etc.

Se caracteriza por una aparición repentina, frecuentemente después de una enfermedad debilitante. Clínicamente se observan lesiones crateriformes -

socavadas en la papila y encía marginal exclusivamente. Las lesiones que se - presentan son ulceras cubiertas de una pseudomembrana grisácea, separada del -- resto de la mucosa gingival por una línea eritematosa.

Las lesiones características, destruyen progresivamente la encía. El -- olor fétido, aumento de salivación y la hemorragia gingival provocada o expontánea son otros signos característicos de esta enfermedad, así como dolor contí-- nuo e irradiado que se intensif... al contacto con alimentos muy condimentados o calientes.

El tratamiento de esta enfermedad es, primeramente eliminar el dolor, -- subsecuentemente prescribiremos antibióticos, analgésicos, y en ocasiones tranquilizantes.

Posteriormente como esta enfermedad deja cicatrices se procede a realizar una cirugía gingival cuyo principal objetivo es la corrección de los principa-- les trastornos del parodonto.

Por esto la recopilación de datos para la elaboración de esta tésis ha - sido con el objeto de llevar un poco de conocimiento y mensaje de la enfermedad ya que tiene un valor inmensurable el conocimiento y práctica, ya que de esta manera ayudaremos a conservar la salud de los órganos dentarios que son de gran

importancia en nuestro organismo en general.

CAPITULO I.

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL PERIODONTO

PERIODONTO.

Es la unidad funcional de tejidos que sostienen al diente manteniendolo - fijo en el alveólo.

De acuerdo a su función se divide en:

a). Paradencio de Inserción.- Cosntituido por cemento, membrana paradontal, hueso alveolar que forma el sistema de función y fijación --- del diente.

b). Paradencio o protección.- Constituido por encía insertada en el -- diente, adherencia epiteleal, encía marginal , papila interdentaria, este va a constituir un sistema de protección al diente junto con la mucosa de revestimiento.

ENCIA.

Es la parte de la mucosa oral que cubre a los procesos alveolares y rodea

a los dientes protegiendo la articulación alveólo dentaria del trauma masticatorio.

Anatómicamente esta firmemente adherida al hueso alveolar y al cemento dentario terminando en forma de collar alrededor del diente. La encía se clasifica en tres formas: encía marginal papilar, encía insertada y la mucosa alveolar está separada por la unión mucogingival, con excepción del paladar donde esta división está perseptible.

Características de la encía normal:

a). Color rosa pálido, puede variar según el grado de irrigación queratinización epitelial, pigmentación y espesor del epitelio.

b). Contorno papilar.- Debe llenar espacios interproximales hasta el punto de contacto.

c). Contorno marginal.- Debe afinarse hacia la corona, para terminar en borde delgado, en sentido mesio-distal, los margenes gingivales deben tener forma festoneada.

d). Textura.- Hay punteados de diversos grados en las superficies vesti-

bulares de la encía isertada con aspecto de cáscara de naranja.

e). Consistencia.- Deberá ser firme, en la parte insertada firmemente unida a los dientes y al hueso alveolar subyacente.

f). Surco gingival.- Es la cavidad delimitada por la encía y el diente. - Tiene dos paredes y un fondo. La pared externa del surco esta formada por la vertiente dental de la encía. La pared interna la forma la cara correspondiente del diente, el fondo está formado por la unión -- de estas dos paredes es la base de la adherencia epitelial. La profundidad normal del surco gingival varía entre .5 a 1 mm., hasta 2 mm. Se considera este surco gingival en forma de Y abierta al medio bucal, dando lugar a un lugar ideal para retener restos alimenticios, células epiteliales descamadas y bacterias que la convierten en una cavidad séptica.

ENCIA MARGINAL O LIBRE.

Es la parte que rodea al diente en forma de manguito invaginado, se continúa por su base en la encía adherida y termina en un borde libre, no adherente ya que puede separarse del diente con un instrumento.

Esta parte de la encía tiene dos caras epitelializadas, la cara invaginada o vertiente dental y la cara expuesta o vertiente libre.

La vertiente dental se extiende desde el borde, totalmente libre, hasta el fondo de la bolsa fisiológica.

Esta vertiente se encuentra constituida por un revestimiento epitelial estratificado.

La vertiente libre esta delimitada entre el borde libre y el surco marginal, con una extención de 1 ó 2 mm. Según Orban consituye la línea de demarcación entre la encía libre y la insertada. Posee epitelio grueso queratinizado, con un cordón formado de tejido conjuntivo laxo reforzado por fibras colágenas.

El borde libre de la encía, termina en forma de bisel o forma de filo de cuchillo, ya que permite el desplazamiento de los alimentos, obteniendose una autoclisis sin dañar la encía.

ENCIA ADHERIDA O INSERTADA.

Es la porción de la encía que se extiende desde el surco marginal hasta el

límite o surco gingivo-mucoso.

Esta firmemente adherida al hueso alveolar y al cemento, presenta un - aspecto clínico que es característico; la superficie punteada granular en - forma de cáscaras de naranja, cuyo grosor aumenta con la edad. Este aspecto se debe a la prominencia que causa en el apitelio los gruesos haces de fibras colágeneas que entran en el tejido conectivo papilar. También se dice que es el resultado del efecto combinado de la lámina propia que eleva al -- epitelio gingival en forma de suaves proteberancias redondeadas. Lo cierto es que este graneado es una adaptación a la función, para resistir las presiones masticatorias al roce de los alimentos durante la masticación.

En la actualidad Gottlieb demostró que la encía estaba unida al dientepor una verdadera unidad orgánica, formada por las fibras crestodentales, supra alveolares, dentogingivales y la adherencia epitelial.

Esta inserción se localiza en el tercio cervical del esmalte cuando - el diente se encuentra en el periodo inicial de oclusión conforme avanza la edad esta inserción va migrando hasta situarse en el cemento.

Otros factores podrían ser (forma y relaciones dentarias anormales, - desarmonias oclusales y hábitos), son los que contribuyen a acelerar esta situación de migración.

La fuerza mecánica de la unión de la encía al diente está dada por la - inserción de las fibras y hueso.

ENCIA PAPILAR O INTERDENTARIA.

Es la porción de la encía que ocupa el espacio interdentario hasta la relación de contacto.

En los casos de ausencia de un diente o separación de éste (diastema), la papila se convierte en puente interdentario .

La papila interdentaria es la única zona de la encía cuya porción movible tiene dos vertientes dentales que se mueven en un solo borde, así como dos vertientes libres vestibulares y una lingual que también se une en un borde. En cambio cuando no hay contacto entre dos dientes, la papila transformada en -- puente intermedio tiene sus dos vertientes bien definidas, las dentales en -- íntima relación con los respectivos esmaltes, y las libres en un solo plano, - en superficie y unidos entre sí. Por otra parte en caso de separaciones por - ausencia de dientes el puente intermedio tiene una gran parte de su encía en - caso de separaciones y está totalmente adherida al hueso alveolar interviniendo las fijaciones con los dientes respectivos.

FIBRAS GINGIVALES

El coreon de la encía adehrida o reborde marginal y la papila interdentaria están caracterisadas por la profusión de gruesos haces colágenos que se insertan en el hueso alveolar y cemento dentario.

Estos háces se diponen a nivel del surco marginal en forma de anillo - fibroso, que fija la encía adehrente al diente y a la cresta alveolar, es el ligamiento circular de Kolliker. El esqueleto fibroso de la encía margignal y de la papila interdentaria esta formada por los siguientes grupos de firbras - según Erausquin:

Gingivodenrales.- Son las más numerosas y se insertan en la encía -- por uno de sus extremos y en el cementodentario por el otro extremo, inmediatamente por debajo de la adherencia epitelial.

La mayor parte de estas fibras se dirigen hacia las papilas de la encía adherente, otras se insertan en la vertiente libre de la encía marginal.

Gingivoalveolares.- Son las que se insertan en la cresta alveolar terminando preferentemente en el borde de la encía.

CIRCULARES.

Poco número de estas no tienen zona de inserción propiamente clasificado, sino que continúan unas con otras formando anillos que se entrecruzan con las fibras de los demás grupos.

Complementadas o Periosteodentales.- Aquí encontramos a las de caras libres, las denteodentales o transeptales de las caras proximales. Son las fibras de la encía que limitan con el paradencio de inserción.

Las transeptales son las que van de un diente a otro por encima del tabique alveolar.

MUCOSA ALVEOLAR

La mucosa alveolar, a diferencia de la encía fija está revestida por una - delgada capa de epitelio no queratinizado que descansa sobre una base de tejido conjuntivo que contiene fibras elásticas sueltas y otros elementos celulares. Por eso la mucosa alveolar no está íntimamente adherida al hueso subyacente y es fácil distinguirla y separarla del periosteo.

La mucosa alveolar, no es capaz de actuar como tejido marginal, cuando -- falta la encía fija. Además de su escasa amplitud para soportar traumas.

El hecho de que ésta esté firmemente adherida al hueso alveolar subyacente crea una serie de resistencias a la tensión sobre el borde gingival, lo cual permite que los tejidos marginales permanezcan estrechamente adaptados al diente por su raíz.

La mucosa alveolar carece de elemento fibroso gingival y por ello es menos capaz de resistir la proliferación apical del ligamento epitelial. Por -- esta razón cuando el tejido alveolar se ve obligado a actuar como tejido marginal, suele producirse la separación excesiva del epitelio de la superficie - del diente lo cual trae como consecuencia la exposición de la raíz.

La distinción entre encía adherida y mucosa alveolar es importante en el - diagnóstico de la enfermedad periodontal, y aún mas cuando se ha de planear -- la terapéutica periodontal a seguir.

CEMENTO.

Es un tejido especializado cuya consistencia es dura y con una sustancia intercelular calcificada, se dispone en capas y se encuentra cubriendo la su--

perficie anatómica de la raíz del diente hacia el ápice del mismo teniendo ma-- yor engrosamiento a nivel de la zona interradicular.

Considerando el cemento como un tejido de inserción tiene como función principal servir de amarre al extremo dental de las fibras periodontales.

La estructura del cemento se puede clasificar en dos:

- El Cemento de tipo acelular
- El Cemento de tipo celular

Cemento acelular.- Es claro y sin estructura, esta formado por cementoblastos que depositan la sustancia, pero no quedan en ella. Durante la formación del diente y su erupción mientras se forma el cemento las fibras de colágena se incorporan a él, estas se llaman fibras de Sharpey. El cemento aceluiar se encuentra en íntimo contacto con la dentina radicular extendiendose sobre casi - toda la raíz con excepción de la porción apical, en donde hay cemento celular.

Cemento celular.- Es el verdadero cemento de inserción ya que en el quedan incluidas las fibras principales del periodonto; recibe también el nombre de -- cemento funcional porque su formación esta en relación a la función del diente. Cuando se presentan exigencias mayores en el esfuerzo funcional se deposita --

formando espículas que tienden a reparar las reabsorciones que se producen por un trabajo excesivo no compensado.

LIGAMIENTO PARODONTAL.

También conocido con el nombre de pericemento. Es una membrana de tejido conjuntivo fibroso que rodea a la raíz dentaria,la mantiene fija al hueso -- alveolar. Tiene la forma de la superficie externa del cemento radicular y la - interna de la pared alveolar. La encontramos entre el espacio que queda entre raíz y alvcólo, por lo que evoluciona y desaparece con ellos.

El ligamiento parodontal está estructurado para resistir las fuerza incidentales, su espesor no es uniforme sino a nivel de la cresta ósea del ápice es mayor que en las crestas laterales. Por ello es que en este lugar presentan -- una zona anular mas angosta que resiste la acción de las fuerzas verticales o - laterales. Esta zona o "fulcrum" otorga a la membrana la forma de reloj de arena.

El espesor de la membrana puede ser considerado desde dos aspectos:

- Aspecto biológico cuando el diente no ha hecho erupción y no está en función.
- Espesor fisiológico, será mayor cuanto mas activo sea el trabajo del diente.

Otros factores que van a intervenir en el espesor son la edad y el tipo del diente.

Elementos estructurales, vamos a considerar a las fibras y a los elementos celulares (vasos y nervios).

Fibras.- Denominaremos a las fibras principales a las colágenas, las cuales se encuentran dispuestas en háces de recorrido ondulado que atraviezan todo el espesor del periodonto en forma irradiada y entrecruzadas entre sí. Forman una verdadera red fibrosa de donde se desprende la denominación de membrana periodontal.

Las ondulaciones de las fibras son las que al estirarse bajo la acción de una fuerza y volver a su posición primitiva confieren al periodonto una aparente elasticidad y otorgan al diente "in situ" una imperseptible movilidad.

Clasifición de las fibras:

Fibras cresto alveolares.- Van en dirección oblicua, van desde la cresta alveolar abriendose en abanico hacia el cemento donde se insertan en las franjas de este tejido que se extiende desde la terminación de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar. La función de estas fibras es de frenar el movimiento

de ascenso del diente cuando se libera la presión de la fuerza que lo undió en -- el alveolo.

Fibras horizontales.- Constituyen un grupo numeroso,están situadas inmediatamente debajo de las crestas alveolares y se extienden en dirección horizontal del hueso al cemento. Controlan el movimiento vestíbulo lingual cuando actuan fuerzas laterales.

Fibras oblicuas.- Constituyen el grupo mas numeroso,tienen una dirección -- bolicua de 45 grados siendo la inserción ósea más alta que la del cemento; es decir, que se dirigen de afuera adentro y de arriba abajo.

Debido a que el hueso no esta preparado para recibir presiones la acción - primoridial es la de transformar estas fuerzas de presión en fuerzas de tensión, que son las que estimulan la formación de nuevo hueso, además contribuyen a controlar las fuerzas horizontales.

Fibras apicales.- Situadas al rededor del ápice se disponen en dos grupos, uno horizontal y otro oblicuo. Se disponen en forma radial del diente al hueso - dejando un espacio libre para permitir el paso del paquete vasculo nervioso. Su función es análoga a las horizontales, controlan el movimiento horizontal del tercio apical.

Las funciones del ligamento parodontal son muy importantes estas se dividen en cuatro y son:

. Función mecánica o de soporte
. Función de formación
. Función sensorial
. Función nutritiva.

La función mecánica envuelve cinco aspectos en la función de soporte según Glikman:

- Transmisión delas fuerzas masticatorias del hueso.
- Unión del diente al hueso
- Mantenimiento de lostejidos gingivales en su correcta relación con los -- dientes.
- Disminución del impacto de las fuerzas externas a la absorción de golpes.
- Protección de los vasos y nervios con tejidos blandos para evitar que -- sean interferidos por las fuerzas mecánicas.

Las funciones de soporte están relacionadas con la actividad de las fibras principales, así cuandoun diente recibe una fuerza vertical, todas las fibras del periodonto están en tensión, excepto las apicales que quedan comprimidas mientras

dure el esfuerzo. En cambio si la fuerza es de acción lateral, el diente tiende a rotar alrededor de un eje cuya situación varia según el diente.

En los dientes unirradiculares, el eje o "fulcrum" está situado en la unión del tercio medio con el tercio apical, en cambio en los multirradiculares está - situado en el septun radicular. Luego por la acción de una fuerza lateral, las - fibras se comportarán de diferente manera de acuerdo al sitio de aplicación de -- la fuerza, habrá tensión en las fibras situadas en dirección cervical al diente - en su eje, frente al sitio de aplicación de la fuerza, en cambio habrá compresión de las fibras colocadas en sentido apical del eje de rotación de ese mismo lado.

En el lado opuesto la situación se torna inversa habiendo compresión en la porción cervical y tensión en la porción apical.

ELEMENTOS CELULARES.

La membrana periodontal esta compuesta por hâces de fibras colágenas blan-- das de tejido conjuntivo que se extienden desde el cemento hasta el hueso alveolar.

El examen microscópico a gran aumento revela que algunas fibras colágenas salen -

salen del cemento. Los elementos celulares de la membrana son : Fibrolastos fusiformes largos, delgados y con núcleos ovalados y son paralelos a las fibras colágenas (osteoblastos, cementoblasto y macrófagos).

Los vasos sanguíneos provienen de tres fuentes, que son en orden de -- importancia: Transalveolares o interalveolares, que abarcan el periodonto a -- través de orificios de la pared alveolar; los vasos apicales que son colaterales de los que nutren el diente y emiten sus ramas antes de entrar por el fo-- rámen apical; por último los vasos gingivales que se anastomosan con los del - ligamento periodontal. Los vasos linfáticos se observan próximos a la pared - ósea. En cuanto a los filetes nerviosos son nuemrosos y de distribución irregular. Provienen de dos fuerzas, una apical y otra transalveolar. La arteria interdental nace de la alveolar de esta manera llegan y podremos ver si extienden hasta la cresta a través del septum interdental, da numerosas ramas que -- perfora el hueso alveolar y que entran en la membrana periodontal, la rama in-- terradicular es similar a la arteria interdental.

Cada diente tiene una arteria interdental entre el conducto pulpar y -- nacen ramas que llegan a la membrana periodontal.

HUESO ALVEOLAR.

Es la parte del maxilar superior y mandíbula que forma y sostiene a -- los dientes.

Como resultado de la adaptación funcional se pueden distinguir en el - proceso alveolar dos partes: la cortical alveolar y el hueso de soporte o esponjoso alveolar.

La cortical alveolar o lámina dura, llamada así porque radiograficamente aparece como una línea blanca radiopaca y lisa por ambos lados sin solución de continuidad, se extiende desde el tercer molar de un lado hacia el - tercer molar expuesto. Histológicamente está formado por dos partes una calcificada por el periodonto, llamada cortical periodóntica y la otra calcificada por la médula ósea "cortical medular".

La cortical periodóntica, hueso fasciculado calcificado por el periodonto para la inserción de sus fibras, es el verdadero hueso de inserción. Sólo en ella se insertan las fibras principales del periodonto o de Sharpey.

La cortical medular es el hueso laminado que deposita la médula ósea - en zonas donde la cortical periodóntica se adelgaza para reforzar ahí la estructura.

El espesor de la cortical varía con la función y capacidad de formación de osteoblastos.

CAPITULO II.

CARACTERISTICAS DEL PROCESO DE LA G.U.N.A.

La gingivitis ulcero necrosante aguda también es conocida con otros nombres como infección de Vincent, gingivitis ulceromembranosa aguda, boca de trinchera, boca dolorosa pútrida, estomatitis espiroquetal y otros nombres.

Es una enfermedad inflamatoria de la encía que presenta signos y síntomas - caracterísiticos, fue reconocida hace siglos por Jenofonte quién comentó que los soldados griegos se hallaban afectados de "dolor de boca", y aliento fétido. -- Después en 1778 Hunter describe los hallazgos clínicos diferenciandola de otras enfermedades. Así siguieron las investigaciones hasta que en 1890 Plaut y Vicent describen la enfermedad y la atribuyen a las baterias fusiformes y espiroqueta.

ETIOLOGIA

Tiene una etiología multifacética ya que no se ha podido establecer una --

específica, es producida por una mezcla de microorganismos considerando a las espiroquetas Borelia Vincenti y al Bacilos fusiforme las principales causantes ya que se encuentran en alto porcentaje junto con otras bacterias las cuales -- también comprenden la flora bacteriana de la cavidad bucal.

Las bacterias y sus productos participan en la destrucción del tejido subyacente lo cual facilita la actividad patógena de las mismas.

El factor etiológico principal parece ser la tensión emocional, otro factor que predispone a la enfermedad podría ser el tabiquismo, alcoholismo, malposiciones dentarias, etc.

Deficiencia Nutricionales (dificiencia de vitamina C), enfermedades debilitantes generales.

HISTOPATOLOGIA.

Al hacer un estudio al microscopio de una papila infectada encontramos que la gingivitis ulceronecrosante aguda es una inflamación inespecífica aguda necrotizante, en el margen gingival, que abarca el epitelio escamoso estratificado y el tejido conectivo subyacente.

El epitelio de la superficie se destruye y es reemplazado por una trama - pseudomembranosa de fibrina, células epiteliales necróticas, leucocitos polimorfonucleares y varias clases de microorganismos. Esto clínicamente aparece como la seudomembrana superficial.

En el tejido conectivo subyacente se encuentra una hipermia intensa , un - gran número de capilares atestados y un infiltrado denso de leucocitos polimorfonucleares. La zona hiperemica de inflamación aguda es la que se observa clínicamente como la línea eritomatosa por debajo de las seudomembrana superficial.

Tanto el epitelio como el tejido conectivo subyacente presentan alteraciones de su aspecto a medida que aumenta la distancia desde el margen gingival - necrótico. Hay una mezcla gradual desde la encía sana hasta la lesión necrótica en el epitelio. En el borde inmediato de la seudomembrana necrótica, el -- epitelio esta edematizado y las células presentan diferentes grados de degeneración hidrópica. Hay infiltrado de leucocitos polimorfonucleares en los es-- pacios intercelulares.

La inflamación en el tejido conectivo disminuye a medida que aumenta la distancia a la lesión necrótica hasta que su aspecto se identifica con el es-- troma del tejido conectivo sano de la mucosa gingival normal.

El exudado de la superficie dela lesión necrótica contiene cocos, basilos fusiformes y espiroquetas, la franja entre el tejido necrótico y el tejido vivo contiene grandes cantidades de bacilos fusiformes, espiroquetas además de - leucocitos y fibrina.

Cuando este estudio se hace en el microscopio electrónico la encía se divide en cuatro zonas:

- Zona bacteriana, es la más superficial, consiste en una masa de diver-- sas bacterias, incluyendo espiroquetas de tamaño pequeño, mediano y grande.

- Zona rica en neutrófilos, contiene numerosos leucocitos, con predominio bastante marcado de neutrófilos, incluyen muchas espiroquetas de dife-- rentes clases entre los leucocitos.

- Zona necrótica, contiene células desintegradas, material fibrilar, restos de fibras colágenas, numerosas espiroquetas de tamaño intermedio, - grande y otros microorganismos.

- Zona de infiltración de espiroquetas, en esta se observa tejido sano -- infiltrado con espiroquetas intermedias y grandes.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La gingivitis ulceronecrosante aguda, se caracteríza por una necrosis, -- iniciandose en los vértices de las papilas interdentales.

Su aparación es repentina, va destruyendo las pailas originando en el -- encía cráteres de tejido blando entre los dientes. Sobre el margen gingival - se forma una pseudomembrana de tejido necrótico que se elimina facilmente dejando expuesta una superficie inflamada sangrante.

Cuanto mas avanza la enfermedad la encía marginal va aumentando de espesor y se va retrayendo por la pérdida de las inserciones interproximales.

En la mayoría de las ocasiones que se presenta esta enfermedad encontra-- mos hemorragias espontáneas, dolor, escosor, anorexia y aumento de temperatura aunque esto es raras ocasiones.

Siempre presenta un olor fétido el cual se puede percibir antes de hacer - un examen clínico.

Una vez deformadas las papilas siempre se encontraran depósitos de residuos alimenticios en las caras interproximales de los dientes que se encuentran

en la zona afectada, así como debajo del borde gingival esto conduce a la -- destrucción del periodonto entre las exacerbaciones de la enfermedad.

Las remisiones y exacerbaciones son la regla pero no existe una fase -- crónica de la gingivitis ulcerativa necrótica.

La lengua, como la mucosa alveolar, algunas ocasiones pueden presentar úlceras pero esto no se da en todos los casos, en los que se encuentra pre-- sente la gingivitis ulcero necrósante aguda, esta solamente se halla limita- da a la encía.

Prevalece especialmente en adolescentes y adultos jovenes y en ocasiones en personas de edad ya avanzada que presentan cuadros característicos de defi ciencia de higiene oral.

La gingivitis ulcerativa necrótica es una infección endógena más bien -- que contagiosa.

SIGNOS Y SINTOMAS BUCALES.

Las lesiones que la caractirizan son depresiones crateriformes socavadas en la cresta de la encía que abarcan la papila interdentaria, encía marginal

o las dos a la vez.

La superficie de los cráteres está cubierta por una sudomembrana gris -- separada de la mucosa gingival por una línea eritematosa definida, cuando - se expone el margen gingival es rojo brillante y hemorrágico.

Las lesiones caracterísiticas destruyen prontamente la encía y los teji-- dos periodontales subyacentes;

Otros signos son: olor fétido, aumento de salivación y hemorragia gin-- gival espontánea o hemorragia abundante ante estímulos leves.

La lesión puede limitarse a un solo diente o a un grupo así como abarcar toda la boca; puede presentarse en bocas desdentadas en el paladar blando.

Las zonas lesionadas son mucho muy sensibles el tacto y el paciente se - quejará de constante dolor, irradiado, satírico que aumenta al contacto con alimentos muy condimentados o calientes y con la masticación.

Hay un sabor metálico desagradable y una cantidad excesiva de saliva -- la cual el paciente la confiere como pastosa, y los dientes los siente como "estacas de madera".

En repetidas ocasiones podremos ver que la lesión es acompañada de -- insomnio, estreñimiento, alteraciones gastrointestinales dolores de cabeza y depresión mental.

CAPITULO III.

DIAGNOSTICO CLINICO

El rásgo clínico principal de la Gingivitis Ulcero Necrosante Aguda, - es la necrosis del epitelio y del tejido conjuntivo en las áreas interdentales. Sobre el área necrótica hay una capa de lo que se ha descrito como --- "sudomembrana gris", compuesta de fibrina, células epiteliales descamadas, -- leucocitos y cierto número de bacterias.

También pueden estar afectadas las encías marginales; pueden estar tumefactadas y rojas y presentar áreas de hemorragia espontánea.

Otra de las caracteristicas importantes en el diagnóstico es el dolor; el paciente refiere constantes molestias, siendo el área sensible al tacto y - al sondeo. Como la afección es tan dolorosa, el paciente descuida las medidas de higiene oral lo que trae como consecuencia la placa bacteriana en toda la boca aumentando así aún más el problema de la afección.

Se comunican otros síntomas, que no siempre estan presentes en esta en

fermedad, así como malestar general y aumento de temperatura.

La lesión en sí tiene un aspecto muy típico cuya característica principal es la necrósis de las papilas interdentales, que pueden quedar destruidas en su totalidad.

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un requisito indispensable para realizar cualquier tipo de tratamiento, ayudandonos a una realización satisfactoria, en la protección orgánica vital del paciente, que acude al consultorio en busca de alivio del dolor que padece o como medio de prevención para evitar un problema más grave, y en la labor profesional que desempeñamos.

La realización de la historia clínica tiene dos razones muy importantes:

- Por medio de ella se logra conocer el estado de salud o enfermedad del paciente, de los aparatos y sistemas que integran su organismo, para evitar situaciones desagradables que pongan en peligro la vida del paciente.

- De ésta dependerá en muchas ocaciones el éxito o fracaso del trata-- miento que en este paciente se vaya a llevar a cabo, pues al haber hecho correctamente una historia clínica podremos indicar el tratamiento adecuado y - prescribir los farmacos (antibióticos, anestésicos, etc.), en caso de ser necesarios.

Se debe acostubrar el realizar la historia clínica siguiendo un plan definido y de ser posible llevarse a cabo en privado.

Los dos aspectos de la historia clínica son:

- Aspecto administrativo
  Ficha de identificación.
- Aspecto clínico
  Padecimiento actual
  Ficha de exploración
  Diagnóstico
  Pronóstico
  Plan de tratamiento
  Tratamiento
  Observaciones
  Evolución

. Ficha de identificación:

Esta parte de la historia nos servirá para localizar rápidamente en el archivo y recordar las secuelas del tratamiento del mismo.

Esta ficha se compone de: nombre, sexo, edad, fecha y lugar de nacimiento, estado civil, ocupación, dirección y telefono. Así como la fecha de realización de la historia.

. Ficha de exploración:

Aspecto físico del paciente.- Colocamos este punto en primer lugar -- pues a los pacientes los vamos a empezar a explorar, desde que llegan al consultorio, a saber estatura, peso aproximado, color de ojos, color de piel, - signos de ansiedad, cráneo, implantación de pelo, frente, cejas, nariz, la-- bios, orejas, nerviosismo, despresión, signos de dificultad al respirar ya - que pueden estar relacionados con algún otro tipo de enfermedad por la cual sugerimos remitir al paciente con un especialista.

Motivo de la consulta o padecimiento actual.- Una vez que se inicia la plática con el paciente debemos indagar acerca del padecimiento que lo aqueja es decir el síntoma que le motivo la consulta.

Debemos brindarle una mayor atención a este punto, pues es la causa por la cual el paciente visitó al cirujano dentista, buscando en el un aliciente a su padecimiento.

Exploración de la cavidad oral.- Para tener éxito en nuestra inspección debemos llevarla a cabo en forma ordenada y total:

- Labios.- inspeccionaremos y palparemos anotando; forma, contorno, color, presencia o no de lesiones con boca abierta o cerrada.
- Mucosa labial.- se inspeccionará volteando los labios en su sentido - se situación.
- Mucosa bucal.- se inspecciona y se palpa para determinar el contorno, configuración, color, así como ausencia o presencia de lesiones.
- Pliegues mucobucales.- palpación y observación de los pliegues conocidos como fondo de saco.
- Paladar.- inspección del paladar blando y duro, la úvula y los tejidos faríngeos inferiores.
- Lengua.- se explora en posición noral, hacia afuera, de un lado, de - otro, sus movimientos y se palpa determinando sus características --- anatómicas, se observan las lesiones si es que existen.

- Piso de boca.- inspección visual con la lengua en sus diferentes posiciones, y regiones anatómicas de la misma. Hay que verificar la buena función de los conductos salivales que se encuentran en esta zona.
- Encías.- determinar color, forma y configuración, se deben buscar anomalías y lesiones de la misma.
- Dientes.- exploración con instrumental y sin él, para hacer pruebas de vitalidad térmica, movilidad, percusión, caries, hiperplasias, restauraciones, presencia de placa bacteriana, tártaro dentario y superficie que abarca este.
- Cóndilos.- observación de estos con la boca abierta y cerrada por medio de la palpación.

ENFERMEDAD ACTUAL.

Hay que hacer un interrogatorio en el que se incluya el tipo de padecimiento que se encontró a través de lo ya realizado, si existe dolor de que características (agudo, irradiado zona de irradiación, localización), tiempo, signos.

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS.

Estos datos van encauzados a los familiares: abuelos, padres, esposa, - hermanos e hijos. Hay que saber edad, alimentación y estado de salud en que se encuentran los mismos.

Se incluirá lista de padecimientos o enfermedades de gran capacidad de contagio, (tuberculosis, hepatitis, sífilis, gonorrea), o enfermedades de predisposición familiar, (artritis, diabetes), que puedan desencadenar mecanis-- mo de acción en la descendencia familiar por vía sanguínea o genética, la cual traería problemas de contagio al paciente o al operado.

No hay que olvidarse de preguntar si han existido dentro de la familia defunciones y de que tipo o causa se descencadenó.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Se interrogará acerca de los padecimientos sufridos por el paciente en su infancia, tales como, sarampión, viruela, escarlatina, etc.

Se interrogará al paciente si a presentado alergias de tipo medicamen--

toso o alimenticias.

Se anotará un record de intervenciones quirúrgicas, el origen de estas y si han sido con carácter de urgencia.

Se anotarán hábitos de tipo oral (bruxomanía, succión de dedos o introducción de cuerpos extraños a la cavidad oral), y vicios tales como tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, investigando si al presente todavía se manifiesta alguno de estos hábitos, buscando la causa o motivos aparentes.

REVISION DE APARATOS O SISTEMAS.

En esta parte interrogaremos y observaremos todo sobre los aparatos y sistemas para poder así localizar alguna alteración orgánica que el paciente quizá desconozca hasta el momento de presentarse con el operado.

. Aparato Digestivo:

Molestias en la región hepática, interrogando aquí antecedentes de las enfermedades hepáticas, anorexia, polifagia,dispepsia, (dificultad al comer), disfagia (dificultad al tragar), flaculencias (gases), dolor frecuente de estómago), extreñimiento o diarreas fracuentes, nauseas o vómitos frecuentes.

. Aparato Respiratorio:

Presencia de tos, frecuencia y tipo (origen de la misma), espectoraciones frecuentes, epistaxis (hemorragias nasales), cianosis (falta de oxígeno - en la sangres, por lo cual los pacientes con este problema presentan una coloración azulosa, principlamente en labios y uñas), disneas tomando en cuenta -- que pueden presentarse por causas diversas; nerviosas, asmáticas por tabaquismo, etc., dolor toráxico.

. Aparato Cardiovascular:

Palpitaciones, dolor en la región precordial (sensación de aprehensión en la misma con irradiaciones al brazo izquierdo y al cuello del mismo lado), cefaleas, mareos, disneas, edema de tobillos (inflamación conocida como edema azúl cardiáco, la cual se acentúa vespertinamente y después de que la persona está en movimiento), lipotimias, fragilidad capilar, tensión arterial.

. Aparato Renal:

Poliuria, nicturia, edema palpebral (hinchazón, pudiendose presentar -- en manos, mejillas y generalmente es matutino), piuria (pus en la orina), disuria (dolor abdominal), hemeturia (sangre en la orina).

. Aparato Genital:

Habrá que investigar sobre las alteraciones observadas por el paciente, de alguna enfermedad, parecida sobre todo a la de los trastornos fisiológicos del paciente (sobre todo en el sexo femenino con la menstruación, embarazo, lactancia, menopausia).

Es importante conocer estos datos que ya existen muchos padecimientos que repercuten en la cavidad oral.

. Sistema Endócrino:

Hay que hacer una investigación y observación del trabajo de las glándulas en general, aunque uno de los problemas que con más frecuencia vamos a encontrar cuando interroguemos al paciente en este sistema va a ser la deabétes, cuyos principales síntomas van a ser: polifagia, poliuria, polidipsia, pérdida de peso sin causa aparente. Otro de los principales problemas lo encontramos en el hipertiroidismo.

. Sistema Hematopoyético:

Palpitaciones, palidez, anemia, sangrado de las encías, son las prin--

cipales preguntas que haremos a nuestro paciente para poder tener un hallazgo de transtorno en este sistema si es que existiese.

. Sistema Nervioso:

Hay que darles importancia a los dolores de cabeza frecuentes y con - cierta intensidad que nos refiera el paciente durante este interrogatorio, -- transtorno en los organos de los sentidos, transtornos de la sensibilidad o mutilidad, disminución de la coordinación y la orientación así como si exis-- tiese demasiada intranquilidad en el paciente.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

Este tipo depruebas son con el fin de ayudarnos a completar nuestro -- diagnóstico, y para permitirnos conocer más a fondo el estado de salud del pa ciente.

En el caso que se tenga que llevar a cabo alguna intervención quirúr-- gica las pruebas que deberemos solicitar son las siguientes:

- Química orgánica
- Biometría Hemática

- Curva de tolerancia de glucosa
- Tiempo de sangrado (de 3 min. a 6 min.)
- Tiempo de coagulación (hasta 6 min.)
- Tiempo de protrombina (12 seg.)

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

Es indispensable ya que nos servirá para completar el diagnóstico y -- así llevaremos a cabo un buen plan de tratamiento.

Las radiografías serán; Intraorales, periapicales, oclusales, de aleta mordible. Extraorales, panorámicas, laterales, cefalométricas.

MODELOS DE ESTUDIO.

Es indispensable la toma de modelos de estudio para analizar en que condiciones se llevará a cabo el tratamiento.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico lo obtendremos después de haber realizado un estudio --

minucioso a nuestro paciente anotando los resultados obtenidos en nuestra -- historia clínica para así, evitar problemas posteriores.

PRONOSTICO.

Cuando ya se tiene el diagnóstico del paciente, tenemos que efectuar - el pronóstico, por medio de este vamos a conocer el éxito o fracaso que se -- obtiene durante le tratamiento que se va a llevar a cabo.

PLAN DE TRATAMIENTO.

Para dar este punto nos basaremos en el diagnóstico, pronóstico y -- exámenes anteriores, así como estudio radiográfico.

Este se realiza desde la premedicación, el momento operatorio y el -- post-operatorio.

Se puede dividir en :

. Tratamiento trans-operatorio.- planeación necesaria del tipo de operación.

. Tratamiento pre-operatorio.- medicación y sedación.

. Tratamiento post-operatorio.- terapeutica y farmacoterapia necesaria.

TRATAMIENTO.

Se llevará a cabo de acuerdo al plan que se trazó, de este antoraremos todo lo realizado para que en un momento dado recordemos lo realizado.

EVOLUCION.

En este espacio se segurián anotando las evoluciones que se presenten en el paciente durante las distintas fases del tratamiento.

OBSERVACIONES.

Deberemos de anotar los datos de importancia tales como ; medicamentos que ingiere durantel tratamiento, nombre del médico o dependencia donde recibe atención en otro tipo de enfermedad que pueda interferir con nuestro trabajo para con el paciente, nombre dela persona o personas con las que podamos tener contacto inmediato en caso de complicaciones.

CAPITULO IV.

TRATAMIENTOS

Entre las diferentes técnicas de que dispone la cirugia gingival para el tratamiento de las enfermedades parodontales encontramos las siguientes:

CURETAJE GINGIVAL.

Por medio del raspado o curetaje se hace la remosión de la materia alba calificada a los tejidos externos del diente.

En el curetaje se elimina el tejido necrótico que se localiza en la -- zona del intersticio gingival.

El objeto principal de estas técnicas es:

a). La remoción de la materia alba calcificada que se encuentra alrededor del intersticio gingival.

b). Eliminación del tejido epitelial necrótico y el tejido conjuntivo expuesto en la pared latereal del intersticio gingival.

Al realizarse el curetaje se va a ocacionar una ruptura de capilares, lo que va a producir una hemorragia que eliminará los elementos figurados de la sangre, plasma, bacterias, detritus alimenticios, los cuales provocará una disminución en el volumen y por lo tanto el edema y la inflamación.

Al estimular la inserción epitelial se elimina tejido necrótico dejando tejido conjuntivo, logrando conservar un coágulo esteril en la zona del -- raspado, la regenración de los elementos histológicos del parodonto se efec-- tuará por medio de dicho coágulo, en el cual se encuentran fibroblastos, os-- teoblastos y cementoblastos, por lo cual se deduce que por medio de este --- coágulo se obtiene una regeneración completa.

Este tratamiento debe llevarse a cabo desde la primera cita pero antes debe hacerse una apreciación de la extensión de los cálculos subgingivales -- antes de empezar.

El operador siempre tratará de ver la cantidad de materia alba insu-- flando aire tibio entre diente y margen gingival o por medio de la separación de la encía con una sonda o torunda de algodón.

El cálculo puede presentar diferentes tonalidades, que van desde el -- mismo color del diente hasta el café parduzco.

En la primera cita se efectua el escariado burdo, éstos se atacan -- los depósitos supra y gingivales quitando la mayor cantidad posible de cálculo en el tiempo más corto.

Los cálculos alojados en el surco vertical en la superficie radicular proximal de dientes posteriores deberán ser también eliminados, pues de no - ser así, impedirán una rehabilitación total.

En las siguientes citas se deberá llevar a cabo el aislado o curetaje de raíces, esto es con el propósito de hacer una exploración meticulosa de - las superficies radiculares con el fin de eliminar los depósitos restantes de cálculo, aislar y pulir las superficies.

El afilado radicular debe hacerse hasta que quede suave o liso.

TECNICA.

El curetaje se puede iniciar en caras vestibulares, distal y mesial -- de cada diente, llevando un orden de derecha a izquierda.

Cuando la hemorragia es excesiva y no deja ver claramente la zona -- sobre la cual se está trabajando, pasaremos al siguiente diente, así hasta terminar el cuadrante, después se trabaja por caras palatinas de izquierda a derecha.

Este mismo procedimiento se llevará a cabo en mandíbula.

Con esta técnica el campo de trabajo estará relativamente limpio lo -- cual mejora la visibilidad . facilita un poco nuestro trabajo teniendo mejores resultados.

INSTRUMENTAL.

Conforme ha pasado el tiempo se han diseñado, conocido y ocupado un -- gran número de instrumentos para realizar el curetaje o raspado gingival.

Hasta hace poco tiempo se usaban y aceptaban más para este tipo de trabajo los escariadores, azadas y limas.

Como estos instrumentos no llegaban a la base de la bolsa se han ido haciendo a un lado, dejando en su lugar a las curetas.

La cureta tiene sus bordes activos de menor tamaño, lo cual ayuda, -- a producir una distención menor de la pared del tejido blando, menos molestias al paciente y una eliminación total de la bolsa.

El juego de curetas de doble extremo que proporciona un mejor instrumental básico para el curetaje manual sería:

- La de Gracey 5-6, su uso esta destinado a la parte anterior de la -- boca.
- La Columbia 2R-2L, su uso esta exclusivamente destinado a los premolares.
- La Colimbia 4R-4L, para uso en molares.
- La Comlumbia 13-14, se puede usar en toda la cavidad oral ya que es menor.

Estos instrumentos difieren en el tamaño y ángulo que forma la hoja.

El manejo de las curetas es el seguiente:

1. Insertar con precaución los instrumentos hasta la base de la bolsa
2. Ejecutar movimientos rápidos y leves en dirección coronal
3. Aplicar movimientos de tracción en dientes posteriores y movimientos de impulsión o empuje para evitar lesiones en tejidos blandos.

4. Empuñar el instrumento en forma de pluma con un tercer apoyo para -- los dedos lo mas cerca posible de la zona de trabajo por abajo del - sarro con un movimiento firme en dirección a la corona.

Esto permitirá un mejor manejo y domino del instrumento así como efi-- ciencia y seguridad del mismo.

La irrigación frecuente, enérgica y generosa en el área de trabajo du-- rante la operación arrastrará partículas que podrían quedar atrapadas en el - tejido conjuntivo subyacente.

El curetaje acelera la cicatrización mediante la reducción de la tarea de las enzimas orgánicas y fagocitos que son quienes eliminan los residuos -- tisulares durante la cicatrización.

Además suprime una carrera de reinserción del ligamento periodontal en la superficie radicular.

La hoja de la cureta debe limpiarse frecuentemente en gasa esteril, des pués del raspado, la bolsa debe ser llenada con una solución salina normal estéril.

La bolsa será examinada para asegurarse de que toda la superficie de la raíz está limitada y limpia. Los tejidos deben adosarse cuidadosamente a la superficie del diente, donde sea necesario se aplicará un apósito quirúrgico.

Después de dos semanas se puede valorar el resultado.

GINGIVOPLASTIA.

Con la gingivoplastía se rehace el contorno de la encía y se crean -- nuevas papilas interproximales, eliminando la encía marginal despegada y convirtiendo el fondo de los cráteres gingivales en la punta, de nuevas papilas.

Las bolsas gingivales poco profundas que no tienen festoneado normal - del periodonto pueden ser corregidas por la gingivoplastía si no existiesen aberraciones o defectos óseos subyacentes.

Así mismo la encía hiperplásica puede también ser remodelada mediante esta técnica, por motivos estéticos o higieneperiodontal.

La gingivoplastía está indicada en :

- Cuando la erupción pasiva alterada en la cual la encía cubre una -

porción relativamente grande de la corona anatómica de los dientes.

- Cuando debido a una gingivitis ulcero necrosante aguda la encía haya perdido su forma y arquitectura.
- En pacientes cuya encía hiperplásica requiera remodelación.
- Cuando hay existencia de bolsas pariodontales poco profunda que requieren eliminación, cuando no es necesario corregir la arquitectura ósea.

INSTRUMENTAL

. Pinzas de curación
. Bisturi de Bar Parker
. Bisturi de Fish o de Lanceta
. Jeringa con aguja desechable
. Anestesia
. Tijeras
. Espátula para cemento
. Losetas
. Curetas superficiales (CK 6)
. Curetas profundas (Goldman o Fox 1 y 21)
. Fresas Quirurgicas

En relación con el instrumental hay que tener cuidado de que este se -- encuentre en perfectas condiciones, es decir, completamente esterilizado y sobre todo con los bordes de los instrumentos cortantes perfectamente bien afilados.

TECNICAS.

1. Colocamos solución antiséptica en la zona donde se va a instroducir la aguja para anestesiar.

2. Se aplica antestesia tópica.

3. La anestesia debe ser regional y se refuerza con punto locales. - Es necesario que la anestesia sea profunda para conseguir así un - máximo de hemostasia y rigidez de los tejidos, también obtendremos mayor visibilidad en nuestro campo de trabajo.

4. Se determina la profundidad y contorno de la bolsa gingival con -- una zonda milimétrada.

5. Se procede a realizar una inicisión inicisal con el bisturí de Bar Parker.

Esta incisión se inicia en la parte distal del último diente afectado y se continúa hasta la parte distal del último diente afectado.

La incisión debe ser de una sola intención para evitar desgarramiento. Se elimina el tejido incidido y se libera el tejido interdentario con alguna cureta como el CK-6.

6. Se elimina todo el tejido enfermo y se alisan con cuidado la superficie del diente para eliminar depósito de sarro y tejido enfermo y tejido enfermo adherido.

7. Con cureta se alisa el tejido interproximal, elaborando una forma arquitectónica gingival, con bordes gingivales afilados, y contorneados así como muescas y papilas interdentales.

8. Con las fresas quirúrgicas de diamante burdas, se van a eliminar cantidades pequeñas de tejido enfermo, las cuales se emplean acompañadas de pulverización acuosa o salina para modificar el hueso al tiempo que el contorno de la encía después de haber eliminado el tejido marginal.

Las muescas interdentales se acentúan quitando el tejido blando así creamos una fosa poco profunda en el proceso alveolar en los puntos que fuesen necesarios.

9. Lavamos la zona quirúrgica con suero fisiológico para eliminar los residuos (esto lo hacemos durante todo el procedimiento quirúrgico para proporcionar menos sensibilidad).

Se seca perfectamente con una gasa y hacemos presión con la misma - para lograr una hemostasia, posteriormente se procede a suturar con seda en los espacios interproximales y colocamos un apósito quirúrgico que cubra por completo la zona afectada.

El apósito quirúrgico se debe colocar correctamente debiendo ser de legado sin llegar a fondo de saco y no deberá obstruir la oclusión del paciente.

Este tratamiento se deberá efectuar por cuadrantes a intervalos -- aproximadamente semanales para dar margen a una recuperación.

Los cuidados a observar después de la intervención son:

. El apósito quirúrgico, que debe proteger la herida y asegurar una - buena y rápida cicatrización.

. Hemorragias, si es que existiesen hay que corregirlas o evitarlas.

. Dolores postoperatorios, es raro que existiesen dolores fuertes, lo más posible es que se presenten molestias en los días siguientes.

. Alimentación se evitarán comidas duras o alimentos crujientes, se -- masticará preferentemente con la arcada opuesta, libre de apósito.

. Cepillado, se cuidará de no cepillar en la zona recubierta haciendo limpieza de esta zona durante el tiempo que dure el apósito enjuagarse.

Después de levantar el cemento quirúrgico, cuanto más limpios tenga el paciente sus dientes, mejor será el resultado.

Es importante que la instrucción que ha recibido el paciente sobre la manera de hacerse el cepillado sea cumplida con todo detalle desde el mismo día en que se retira el apósito, debido al estado de cicatización es conveniente durante los primeros días utilizar un cepillo suave.

COLUTORIOS.

Para los enjuagues a efectuar en casa, es suficiente hacerlos con el uso frecuente de agua caliente, pues los agentes oxidantes no son más eficaces que el agua caliente, pero la efervecencia del agua oxigenada puede resultar útil para lavar los espacios interproximales.

Entre los diferentes enjuagues bucales que encontramos en el mercado -

se encuentran:

. Ascoxal.- para tratamiento de gingivitis, en la halitosis causada -- por la misma. En estados pre y postoperatorios para reducir la mi-- croflora y ayuda a eliminar las mucosidades bucales.

Su administración será, disolviendo un comprimido en agua tibia -- para hacer enjuagues después de cada cepillada de dientes.

. Amosan.- Tienen las mismas indicaciones que el anterior. Su presen tación es en sobres conteniendo polvos. La administración es disol ver un sobre de polvos en medio vaso de agua tibia, hacer enjuagues bucales después de cada cepillado.

. Bucocept.- Su presentación es líquida, esta indicado para la gingi- vitis y halitosis. Su dosis, el contenido de una cucharada para -- enjuague o gargarismo repetidos 3 ó 4 veces al día.

. Wather Pik.- Es un instrumento manual, que por medio de un extraor- dinario chorro de agua, se van a eliminar todas las impurezas de -- los tejidos gingivales, su uso es muy sencillo (manual, doméstico).

ANTIBIOTICOS.

La gingivitis ulcerativa necrotica aguda exige tratamiento inmediato - para calmar el dolor y preservar el periodonto, pero no siempre es posible hallar el tiempo necesario para el tratamiento dental adecuado inmediato. En - tal caso, se ha de prescribir un antibiótico.

El antibiótico suprime los síntomas agudos, pero estos se pueden volver a presentar si no se aplican, en seguida, la terapéutica local adecuada.

Entre los antibióticos más utilizados generalmente se encuentra la -- penicilina y como sustituto de esta la Eritrocina.

Se administrará una ampolleta por vía hemática cada 24hrs. de Pemprocilina 800 000 U.

La Eritromicina puede ser tóxico a nivel intestinal por más de 14 días y algunas veces a nivel hepático.

La dósis mínima de cualquier antibiótico es de 1 gramo diario. La -- dósis ideal es de 1.5 a 2 gr. por día.

Cuando es por vía intramuscular desde 400 000 hasta 1 200 000 Unidades 400 000 para niños, 600 000 para adultos cada 8 ó 12 hrs., 800 000 es la dósis más usada cuando está presente el proceso infeccioso, este mismo se utiliza - cada 24 hrs.. como preventivo.

CONCLUSIONES

El ampliar sus conocimientos el Cirujano Dentista es de gran valor adquisitivo para su práctica diaria en el consultorio y por ende para los pacientes.

Por eso es que no hay que restar importancia a ninguna de las enfermedades orales que aquejan a los pacientes.

Aquí solo nos referimos a la Gingivitis ulcero necrosante aguda - siendo una de las enfermedades de la encía de gran importancia en el estado de salud general del paciente.

Para poder tener buenos resultados en nuestra intervención hay -- que tomar encuenta la elaboración de una buena historia clínica para -- asimismo, dar un buen diagnóstico clínico y llevar a la práctica un buen tratamiento quirúrugico. No debemos olvidarnos de los cuidados postoperatorios ya que esto será de gran ayuda para el resultado final.

El paciente deberá ser instruído en los cuidados que deberá tener antes del tratamiento , esto se logra con técnicas de cepillado, enjua-

gue, masajes, etc. Esto ayudará al paciente a conservar su salud oral en el transcurso de su vida.

El mejor equipo que se forma para obtener buenos resultados en el - tratamiento elegido es el de paciente-dentista.

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

1. PRICHARD, F. JOHN, Enfermedad Periodontal Anvanzada, Editorial Labor, 3ra. Edición.

2. GLIKMAN, IRVING, Periodontología Clínica, Editorial Interamericana, 1a. Edición en español, 1974.

3. THE DENTAL SPECIALTES IN GENERAL PRACTICE, Editada por W.B. Saunders Company Philadelphia, 4a. Edición.

4. LAGARRETE REYNOSO LUIS, Periodontología, Prensa Médica, 1967.