2ej 752

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad Nacional de Odontología

TECNICAS QUIRURGICAS EN PARODONCIA

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LEOVIGILDO RODRIGUEZ PEREZ

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

INTRODUCCION..... 1

CAPITULO PRIMERO

EL PARODONTO..... 3

1.- Encía..... 6

2.- Ligamento Parodontal..... 12

3.- Cemento..... 18

4.- Hueso Alveolar..... 20

CAPITULO SEGUNDO

1.- Clasificación de las enfermedades parodontales..... 23

2.- Instrumentos utilizados en Parodoncia..... 28

CAPITULO TERCERO

1.- Historia clínica..... 35

CAPITULO CUARTO

1.- Gingivectomía..... 51

2.- Gingivoplastia..... 59

CAPITULO QUINTO

Principios de raspado y curetaje..... 62

CAPITULO SEXTO

Fisioterapia bucal..... 65

Enseñemos a nuestro paciente la técnica correcta de cepillado..... 67

CONCLUSIONES..... 70

BIBLIOGRAFIA..... 71

INTRODUCCION

La enfermedad parodontal constituye un problema de gran importancia en la práctica de la odontología moderna.

Desde la antiguedad se conoce de las enfermedades parodontales pues se desprende de estudios paleopatológicos de maxilares-humanos, que el hombre ha sido, desde la antiguedad atacado por-la enfermedad parodontal y la necesidad de su tratamiento.

Es muy importante la observación de que la enfermedad parodontal es la causa principal de la pérdida de dientes en individuos mayores de 35 años pero esto no significa que dicho padecimiento se limite a individuos de esta edad, en general la enfermedad parodontal es un estado crónico y si bien produce la pérdida de dientes en esta edad, su comienzo ha sido mucho más temprano a la aparición de sus manifestaciones clínicas.

El cirujano dentista de práctica general y no exclusivamente el especialista en parodoncia, debe estar alerta para descubrir y tratar inicialmente esta enfermedad. El tratamiento precoz es simple y los resultados son positivos generalmente, pero-es más importante aún que el tratamiento inicial la prevención,-debe tratarse por todos los medios de descubrir los factores capaces de producir la enfermedad parodontal.

Existe la creencia desgraciadamente generalizada de que la-parodoncia es un conjunto de tratamientos que son en esencia, in

tentos heróicos para afianzar dientes flojos y sin esperanza de vida.

Tanto los tejidos sanos como los enfermos requieren cuidados parodontales, ya que en pacientes sin enfermedad apreciable es esto una medida profiláctica, pero en pacientes con enfermedad ya declarada, dicho cuidado constituye el tratamiento efectivo para la eliminación de la enfermedad y crear condiciones favorables para sus funciones.

Por lo tanto los tratamientos en parodoncia constituyen el camino para conservar nuestra cavidad oral en perfectas condiciones de salud, pero mas importante es la prevención que nosotros los profesionistas hagamos.

CAPITULO PRIMERO

EL PARODONTO

Definición:

El parodonto es el término genérico de la unidad funcional de los tejidos que sostienen al diente fuertemente fijo en su posición dentro del hueso de los maxilares. Este término comprende dentro de si a la encla la unión dentigingival, la membrana periodontal, el cemento de la superficie radicular y la apófisis alveolar. Estos tejidos funcionan con interdependencia biológica. En condiciones normales hay relación armónica entre las diferentes partes del parodonto. Las enfermedades parodontales pueden deberse a trastornos de esta relación mutua armoniosa.

La interdependencia armoniosa, biológica y funcional puede ser perturbada o alterada por numerosos factores que hacen o que producen un desequilibrio ocasionando enfermedades. Estos factores se clasifican de manera amplia y diferenciados unos de otros por su origen: por lo tanto hay factores llamemosle locales y generales: y Psicosomáticos:

I.- FACTORES LOCALES:

a) Factores locales que se refieren al medio bucal:

I) Sacro

II) Materia alba.

III) Empaquetamiento alimenticio (bromatostasis)

b) Factores que se refieren a los tejidos dentarios:

I) Caries

II) Anomallas de forma y posición.

a) Coronas grandes con respecto a raices pequeñas.

b) Raices dentarias unidas

c) Anomallas de curvatura de la corona.

III) Disfunciones:

a) Anoclusión

b) Oclusión traumática

c) Factores que desde el punto de vista pedagógico se denominan (Malos).

I) Mala odontologia

II) Mal cepillado

III) Malos hábitos (Aquellos que no tienen un origen psicosomático; como los malos hábitos de los sopladores de vidrio, de algunos zapateros que se ponen los clavos en la boca o de algunas tribus que utilizan abrasivos en su dieta alimenticia.

FACTORES GENERALES O SISTEMICOS

Entre los factores generales o sistémicos, tenemos que hacer mención muy especial de los siguientes grupos que van a modificar la resistencia orgániza individual:

a) Insuficiencia vitamínicas:

I) Principalmente del complejo B y de las vitaminas A, C y D.

b) Trastornos Hormonales:

I) Hiperparatiroidismo.

II) Embarazo, menstruación, menopausia y pubertad.

III) Diabetes

c) Discracias sanguíneas:

I) Anemia, leucemia y agranulocitosis.

d) Alergias

e) Farmacos:

Mercurio, bismuto y dilantin sódico.

III FACTORES PSICOSOMATICOS

Bricomania ó - bruxismo.

MALOS HABITOS

Tensiones musculares.

ENCIA (1)

La mucosa bucal suele clasificarse en: Mucosa masticatoria- y mucosa de revestimiento.

La mucosa masticatoria es una cubierta densa, fuertemente - adherida, muy adecuada para resistir la fuerte actividad de fricción realizada durante la preparación del bolo alimenticio. Es - un revestimiento epitelial grueso y queratinizado que descansa - sobre una submucosa compuesta por fibras colágenas también den-- sas. La mucosa masticatoria se extiende sobre la encia libre, la encia adherida, el paladar duro y el dorso de la lengua.

La mucosa de revestimiento cubre el resto de los tejidos - blandos de la boca que no estan cubiertos por la mucosa masticatoria. A diferencia de la otra mucosa la de revestimiento es un- tejido delgado bastante deslizable y que se desgarra con mucha - facilidad. Posee un epitelio delgado y no queratinizado y una - submucosa formada en su mayor parte por tejido conectivo laxo - con fibras musculares y elásticas.

Se define a la encia como la parte de la mucosa oral que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

En su anatomía normalmente en adultos la encia presenta un- color rosado coral firme, resistente y firmemente unida al hueso alveolar y subyacente y se divide en:

ENCIA LIBRE O MARGINAL

Limitada hacia incisal por el margen gingival y hacia apical vestibularmente por el surco gingival. Internamente el límite de la encia marginal es el principio de la inserción epitelial.

La encia libre es la porción coronal no adherida de la encia que rodea al diente, formando así la pared blanda del surco gingival, su color rosado puede ser más claro ó coral y su espesor suele ser por lo general desde medio milímetro a dos milímetros.

Está en el área interdental toma el nombre de papila gingival y el borde de la encia sigue un trayecto ondulante alrededor del diente y su forma depende de la curvatura de la línea cervical.

La encia libre o marginal consiste en un núcleo central de tejido conectivo cubierto por un epitelio escamoso estratificado. Un lado del epitelio de la encia marginal recubre el surco gingival y el otro se continua con el epitelio de la encia adherida. En el tejido conectivo de la encia marginal adyacente a la boca del surco gingival hay siempre algun grado de infiltración leucocitaria, la presencia constante de esta infiltración celular ha llevado a la suposición de que ella es un componente normal de la encia.

Está probado que se encuentra tal infiltración en encias clínicamente normales, sin embargo es más razonable considerar a la infiltración leucocitaria como una respuesta patológica crónica -

a los productos químicos de la actividad bacteriana y la descomposición de los alimentos que siempre existen en algún grado en-el surco gingival normal.

Las fibras gingivales comprenden un sistema definido de haces de fibras colágenas contenido en el tejido conectivo de la - encia marginal que se extiende de la firmeza del margen gingival que ayuda a soportar las fuerzas de la masticación. Además sir-- ven para unir el margen gingival y las estructuras subyacentes y mantenerlo en estrecho contacto con el diente.

SURCO GINGIVAL

Se define como una hendidura que rodea al diente y esta limitada por un lado, por la superficie del mismo y por el otro, - por el epitelio que tapiza el margen libre de la encia, Es una - suave depresión en forma de V cuya base corresponde al punto más coronario de la adherencia epitelial del diente. Clínicamente la profundidad del surco gingival normal apenas permite la introducción de una sonda delgada de forma roma.

ENCIA ADHERIDA

Esta se continua con la encia libre. Consiste en un epite-- lio escamoso estratificado y un estroma conectivo subyacente, - en el epitelio escamoso pueden distinguirse;

1.- Una capa basal cuboidea.
2.- Varias capas de células espinosas poligonales y con - puentes intercelulares prominentes.

3.- Varias capas granulosas de células achatadas con marcados granulos basofilos de queratohialina en el citoplasma y núcleo hipercrómico y contraido.

4.- Una capa superficial queratinizada formada por escamas aplanadas, acidófilas claras y anucleadas. A pesar que la encia es normalmente queratinizada puede presentar una superficie paraqueratinizada cuyas células achatadas tienen núcleo, lo que la diferencia de la capa queratinizada.

El tejido conectivo de la encia es denominado lámina propia, es rico en fibras colágenas y contienen las fibras elásticas. La lámina propia puede dividirse en dos porciones: [Una capa papilar inmediatamente subyacente al epitelio formada por las proyecciones papilares que se interdigitan con los brotes epiteliales). b.-(Una capa reticular contigua el tejido conectivo fibroso de la submucosa de la encia, que a su vez se continua con el periostio del hueso alveolar, la estructura fibrosa de la submucosa da a la encia adherida su movilidad.

En si la encia adherida está formada por un tejido denso y punteado, se extiende desde el fondo del surco gingival hasta la unión mucogingival. La encia adherida se une firmemente al cemento y al hueso.

La irrigación sangulnea de los tejidos gingivales proviene, en su mayor parte de los vasos supraperiosticos que nacen de las

arterias lingual, mentoniana, buccinadora y palatina. Las anastomosis con los vasos sanguíneos del ligamento periodontal y del tabique interdental pueden seguirse con bastante facilidad.

La encía presenta asas capilares abundantes, visibles en la papila conjuntiva debajo de la membrana basal del revestimiento epitelial.

Las estructuras nerviosas que se encuentran en la encía son:

Fibras amielínicas que van desde el tejido conjuntivo hasta el epitelio y terminaciones nerviosas especializadas en la capa papilar de la lámina propia, comprendiendo los corpúsculos de Meissner y de Krause.

El tamaño de la encía está presentado por la suma total de las células y elementos intercelulares y su aporte vascular. La alteración del tamaño de la encía es una característica común de la enfermedad gingival resultante de alteraciones de sus componentes microscópicos.

Las características clínicas de una encía normal de adulto son:

COLOR

Es rosado pálido y puede variar de acuerdo con los grados de vascularización, de queratinización epitelial, de pigmentación y según el grosor del epitelio.

CONTORNO PAPILAR.

Las papilas deben terminar en forma de punta y llenar los - espacios interproximales hasta el punto de contacto. Con el avance de la edad las papilas y otras partes de la encla pueden atrofiarse, un contorno redondeado en los individuos adultos es se-- ñal de esos padecimientos, en resumen el contorno gingival debe- ser delgado y terminar como filo de cuchillo.

El punteado debe ser normalmente localizado, por lo general se observa, en mayor o menor grado, en las superficies vestibulares de la encia insertada.

Ligamento Periodontal [2]

LIGAMENTO PERIODONTAL

El ligamento periodontal es la estructura que rodea la raiz del diente y está situada entre la apófisis alveolar y el cemento radicular.

El ligamento periodontal se desarrolla a partir del folículo de tejido conjuntivo, después de que se ha formado la corona del diente y cuando la raiz se halla en proceso de formación al principio cuando se forma la raiz el tejido conjuntivo se encuentra afuera de la vaina epitelial pero en cuanto la vaina epitelial ha cumplido su función de activar las células mesenquimales subyacentes, para la formación de odontoblastos y dentina, el tejido conjuntivo invade las células de la vaina en degeneración y por último la vaina tiene que apartarse de la dentina, después aparece una capa de cementoblastos los cuales inician la formación de un incremento de cemento contra la superficie de la dentina.

El ancho del ligamento periodontal varía con la situación en su relación con el diente, la edad del individuo y el grado de función a que el diente esta sujeto durante la masticación. Varía entre 0.01mm y 0.35m^{m} . El ligamento periodontal es más angosto del lado mesial que del lado distal, esta variación esta en relación con la migración fisiológica hacia mesial de los dientes.

El ligamento periodontal esta compuesto por haces de fibras y células del tejido conectivo, restos epiteliales, vasos sangu

neos linfáticos y nervios. Los elementos más importantes del ligamento periodontal son las fibras principales, dispuestas en haces y de recorrido ondulado la parte de las insertada en cemento ó - hueso, se le denomina Fibra de Sharpey. Aunque generalmente se - acepta que el ligamento periodontal no tiene fibras elásticas. - Las fibras estan dispuestas en haces o grupos, algunos ramificados hacia la encia y otros entre dos dientes adyacentes.

La distribución de las fibras podría ser la siguiente:

a) Fibras tranceptables.- Estas fibras se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se insertan en el cemento de dientes adyacentes y se encuentran aún en casos de desnutrición del - hueso alveolar.

b) Fibras alveolares que se subdividen en los siguientes grupos:

I.- Grupo de la cresta alveolar.- Este se extiende oblicuamente - desde el cemento inmediatamente debajo de la adherencia epitelial - hasta la cresta alveolar. La función de estas fibras es contrabalancear el empuje coronario de las fibras más apicales y así ayudar a retener al diente dentro del alveolo, también se ha mencionado que -

este grupo de fibras resiste los movimientos laterales de los dientes.

II) Grupo Horizontal.- Se extiende en ángulo recto al eje mayor del diente, desde el cemento hasta el hueso alveolar y su función es similar a la del grupo de la cresta alveolar.

III) Grupo Oblicuo.- Se extiende desde el cemento en dirección coronaria oblicuamente hacia hueso, este grupo es el más numerosos de las fibras y su función es la de resistir el embate de las fuerzas masticatorias verticales, transformándoles en tensión sobre el hueso alveolar.

IV) Grupo Apical.- Va en forma radial del cemento dental al hueso, en el fondo del alvéolo, por lo tanto estas fibras faltan en las raices que no se han formado completamente en dichos dientes.

Además de todos estos grupos de fibras mencionados, el ligamento consiste también de fibras conectivas situadas entre las fibras principales y constituyendo el tejido conectivo intersticial del ligamento periodontal y estan incluidos aquí, los vasos sanguíneos linfáticos y los nervios.

- Los elementos celulares del ligamento periodontal consisten en fibroblastos, osteoplastos, osteoclastos y macrofagos, también hay en el ligamento restos del epitelio denominados restos epiteliales de Malassez, a la vez este epitelio es derivado de la vaina de hertwig que se desintegra cuando el cemento comienza a depositarse en la superficie de la dentina. Estas estructuras epiteliales pueden proliferar en las reacciones inflamatorias dando lugar a la formación de quistes.

También pueden encontrarse lo que algunos investigadores llaman cementículos, que son pequeñas calcificaciones globulares que se encuentran en el ligamento o adheridos a la superficie radicular.

El aporte vascular tiene tres origenes.

1) Vasos apicales que atraviesan el ligamento desde el ápice hasta la encla, dando frecuentes ramas laterales hacia el cemento y el hueso.

2) Vasos provenientes del proceso óseo alveolar; en este la arteria interalveolar emite pequeñas ramas que son las arterias alveolares perforantes y que llegan al ligamento, pasando a través de los canales del hueso alveolar.

3) Vasos gingivales anastomosados.

El aporte vascular proviene de la encla que a su vez deriva de las ramas de vasos profundos de la lámina propia. Los linfáticos tienen por función suplementar el sistema venoso de drenaje.

El ligamento periodontal tiene un buen número de fibras nerviosas sensoriales capaces de trasmitir las sensaciones de tacto y presión profunda por la vía del trigemino, estos haces nerviosos penetran en el ligamento proveniendo de la zona periapical, de los canales que comunican con el hueso alveolar y la encia. Estas fibras nerviosas siguen un curso de los vasos sanguíneos, se dividen en fibras mielinimas simples y finalmente pierden su vaina de mielina y acaban en terminaciones nerviosas libres.

La inervación del ligamento periodontal esta adaptada principalmente a la transmisión de sensaciones propioceptivas, que da el sentido de la localización cuando el diente es tocado.

Funciones:

Las funciones del ligamento periodontal pueden considerarse bajo los cuatro encabezamientos siguientes: Física, Formativa, Nutritiva, Sensorial.

La física tiene cinco aspectos del ligamento:

1) Transmisión de las fuerzas masticatorias al hueso.
2) Unión del diente al hueso.
3) Mantenimiento de los tejidos en su correcta relación con los dientes y hueso.
4) Disminución del impacto de las fuerzas externas.
5) Protección de los vasos y nervios con tejidos blandos, para evitar que sean lastimados por agentes extraños.

En la función formativa las células derivadas del ligamento periodontal como son los osteoblastos y cementoblastos tienen -

por función la formación del hueso nuevo y el cemento; en esta - forma el ligamento actúa como el periostio de dos tejidos calcificados.

La función nutritiva comprende el aporte de sustancias nutritivas y la remoción de productos de desecho de los otros tejidos del parodonto por los vasos sanguíneos y linfáticos.

En la función sensorial se dice que la inervación del ligamento periodontal provee un sutil propioceptivo que localiza los estímulos externos a los dientes individuales.

3 CEMENTO

Es un tejido de origen mesodérmico y proviene de la capa interna del saco dentario.

Dos alumnos de PURKINGE descubrieron el cemento en 1865, se puede decir que este elemento es comparable, histológicamente al hueso.

El cemento tiene un 55% de materia inórganica y un 45% de - material órganico y agua, su grosor varía entre 50 en el tercio coronal y aumenta gradualmente hacia apical hasta alcanzar de - 150 a 200N el grueso es como del cabello humano, su color es amarillo más obscuro que la dentina.

Durante la formación de la matriz órganica, los cementoblastos se incluyen a veces en la matriz y entonces reciben el nom-- bre de cemento celular, en otras ocasiones las células no se incluyen en el cemento y entonces reciben el nombre de cemento acelular.

Desde el punto de vista funcional estos dos tipos de cemento son iguales. El acelular existe en el tercio medio y coronario - de la raiz y el celular esta en el tercio apical de la misma.

Entre las funciones más importantes, es la de compenzar el- movimiento de erupción activa y mesialización fisiológica por medio de las oposiciones del cemento que se efectuan durante toda- la vida activa de la pieza.

Otra es la de formar cemento joven para dar apoyo e inser-- ción a las fibras principalmente del ligamento parodontal.

Durante la formación del diente, fibras colágenas se incorporan al cemento a medida que este se va formando, las fibras incluidas se conocen con el nombre de fibras de Sharpley. El ritmo de formación del diente puede determinarse por medio de las lí-- neas de coloración obscura visibles en los cortes teñidos con Hematoxilina y eosina. Las líneas obscuras corresponden a períodos de no formación. Pero es necesario advertir que cualquier cambio en la función repercutirá sobre la actividad de crecimiento del-- cemento. El cemento no se reabsorbe como el hueso, sino que forma incrementos por adición de capas nuevas, una sobre la otra.

4 HUESO ALVEOLAR

Se denomina hueso alveolar a la porción de los huesos maxilares tanto superior como inferior respectivamente que forman los alveolos de los dientes, donde con los demás elementos que comprenden el parodonto, los sostienen firmemente y se desarrolla al mismo tiempo que la raiz dentaria.

Está formado por hueso esponjoso rodeado de densas capas o láminas corticales; la pared alveolar adyacente al ligamento periodontal es delgada y relativamente densa, esto es para diferenciarlo del hueso de soporte formado por el hueso trabecular adyacente y por las láminas corticales bucal y lingual.

El hueso alveolar esta compuesto por osteocitos incluidos en una matriz intercelular calcificada. Cada osteocito esta dentro de una cavidad u osteoblasto, de la cual salen pequeñísimos canalículos que se extienden hacia los osteoplastos vecinos y hacia las superficies óseas por donde pasan los vasos sanguíneos. A través de este sistema canalicular, permeable a las sustancias intercelulares del hueso llegan a las sustancias intercelulares del hueso, llegan a las sustancias nutritivas y son eliminados los productos de desecho.

A la pared interna del alveolo se le denomina lámina dura, por la posición que guarda dentro del proceso alveolar. Sin embargo en realidad esta perforado por numerosos canales que contienen vasos sanguíneos linfáticos y nerviosos, que sirven para dar vitalidad al ligamento periodontal. En condiciones normales la forma-

de la cresta alveolar depende del contorno del esmalte y de la - unión cemento-esmalte; del grado de erupción del diente, de la relación mesiodistal de los dientes proximales y de la anchura buco lingual del diente.

El hueso alveolar propiamente dicho es un tejido transitorio que se adapta a las demandas funcionales del diente. Está formado expresamente para sostener al diente y después de la extracción - tiene tendencia a reducirse como ocurre con la apófisis alveo--- lar.

El hueso varía en los distintos lados del diente según los - estímulos funcionales que recibe de los dientes vecinos, esto es- en condiciones fisiológicas normales, los dientes emigran conti-- nuamente hacia la línea media. A esto se le llama versión mesial- fisiológica, y a causa de esta emigración se efectúa la resorción de la pared interna del alveolo en el lado mesial del diente y la formación del hueso nuevo en el lado distal de dicho diente, y la formación del hueso en manojos, que es el hueso así formado en el lado distal de dicho diente en movimiento, debido a la presencia- de fibras de Sharpey, que son fibras del ligamento periodontal - atrapadas en el hueso de nueva formación en el lado de la tensión La emigración fisiológica del diente se verifica en sentido me--- sial y oclusal. Este último movimiento de erupción influye en la- estructura alveolar provocando la formación de hueso en el fondo- y en la cresta del alveolo.

El hueso de soporte también se adapta a los requerimientos funcionales que se reabsorbe cuando las necesidades funcionales disminuyen y se forma hueso si aquellos aumentan. Y la pérdida de la función oclusal conduce a osteoporosis, o sea, atrofia por falta de uso del hueso de soporte, mientras que el aumento en las demandas funcionales produce un hueso mas denso, esto en su volumen.

Por otro lado las demandas que exceden la tolerancia fisiológica de un tejido dan por resultado su destrucción.

El hueso alveolar en la apófisis alveolar esta constante estado de cambio, influido, ante todo por los estímulos funcionales y también por factores intrinsecos.

CAPITULO SEGUNDO

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

La clasificación de las principales parodontopatías es el - siguiente:

I.- Estados inflamatorios:

a) Gingivitis

b) Parodontitis

2.- Estados distróficos:

a) Gingivosis

b) Parodontosis.

3.- Estados neoplásicos (benignos)

a) Parodontomas.

Gingivitis.- En esta enfermedad se observa lo siguientes síntomas, encia inflamada con cambios de coloración, - margen gingival alterado, gingivorragia y se pueden encontrar bolsas gingivales y por medio de radiografías se comprueba si hay patología ósea. Al no existir migración apical de la inserción epitelial, los elementos histológicos que se encuentran por debajo de ella no sufren cambios, y podemos afirmar que el cemento, ligamento y hueso se encuentran sanos. Si la gingivitis no es atendida oportunamente, la sintomatología se modificara, pudiendo convertirse en una parodontitis.

Parodontitis.- Los síntomas antes descritos para la gingivitis se encuentran aumentados, la inflamación gingival es más grande, se observa desaparición del puntilleo de la encia insertada formación de bolsas parodontales, exudado purulento que se manifiesta a la - presión digital, y migración apical de la inser--- ción epitelial con formación de bolsas.

Al producirse la migración de la inserción epite-- lial, consecuentemente el ligamento parodontal va a sufrir fenómenos inflamatorios y destructivos.

El cemento perderá la propiedad de formar pre-ce-- mento o cemento no calcificado a lo largo de toda la zona expuesta de la raíz.

El hueso alveolar, sufre resorción en forma de taza y se observa resorción vertical.

Se observan también zonas radiolúcidas en los espa cios interradiculares que son canales vasculares,- debido a la afluencia mayor de líquidos circulan-- tes y pérdida de sales minerales la movilidad que se perciba es de grado 1 y 2

Gingivosis.- Lo más sobresaliente de esta enfermedad es: Descamación epitelial que deja al descubierto el - tejido conjuntivo lo cual produce en el paciente - la sensación de quemadura y el paciente no puede comer ningún alimento que tenga cuerpo y los ali--

mentos ácidos producen molestias por el tejido - conjuntivo expuesto.

La etiología de esta enfermedad no esta definida- pues durante mucho tiempo se ha pensado que las - deficiencias hormonales de las gonadas son capaces de producir cuadros clínicos de gingivosis.

En pruebas de laboratorio con monos macaco castrados se administraron estrógenos con resultados positivos.

Este padecimiento se presenta en personas de edad avanzada por lo que se le llama estomatitis senil y también gingivitis descamativa crónica.

La gingivosis puede confundirse con las manifestaciones alérgicas a ciertos fármacos o alimentos - que son capaces de producir cuadros clínicos semejantes.

En este padecimiento el ligamento parodontal y el cemento no estaran afectados y no hay movilidad - dentaria. El hueso alveolar puede presentar zonas de desmineralización si el padecimiento tiene una base de insuficiencia estrogena.

Parodontosis.- Es un padecimiento en el que el factor general o sistémico ocupa un papel preponderante, y la herencia se considera agente predisponente para la-

institución de la enfermedad.

El camino que sigue la enfermedad es al revés de-los padecimientos anteriores, los trastornos co--mienzan en los tejidos profundos y después involucran a los demás elementos del parodonto. Y por - esta razón la enfermedad no se observa clínicamente durante sus primeros síntomas.

La etiología de esta enfermedad no esta definida, se observa durante el tercer decenio de la vida - pero puede comenzar más temprano. Es un padeci---miento distrófico en el cual se presentan fenómenos tróficos y circulatorios de los elementos que llevan el aporte sanguíneo a los elementos del parodonto.

Una de las características más notables es la migración de las piezas dentarias del segmento anterior con formación de diastemas cuando la enfermedad se hace notoria para el operador es porque el padecimiento se ha complicado con fenómenos inflamatorios locales que complican el diagnóstico confundiéndola con una parodontitis avanzada.

Los trastornos tróficos que se observan en los tejidos demuestran destrucciones en grupo del ligamento parodontal el cemento presenta zonas de necrosis y hay movilidad del grado 2o. 3, La resorción ósea es del tipo vertical con formación de -

bolsas infraóseas, el pronóstico de esta enfermedad es muy comprometido, debido a que el diagnóstico temprano no se lleva a cabo y los factores causales son difíciles de precisar.

Parodontomas.- Las neoplasias benignas que con mayor frecuencia se presentan afectando el parodonto son: tumor del embarazo, fibroma epulis y papilomas. La acción patológica depende de su extención e implantación. Y así pensamos que si un fibroma se encuentra en la encia marginal esta va a modificar la anatomía y fisiología de la región según sea su extensión y lo profundo de su implantación, pudiendo llegar a denudar el hueso de soporte y a los demás elementos histológicos que forman la unidad parodontal.

(2) INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LAS TECNICAS QUIRURGICAS EN PARODONCIA

Los instrumentos que se utilizan en parodoncia estan diseñados para llegar a todas las superficies de las bolsas parodontales, con el menor esfuerzo posible. Cada uno de los instrumentos esta hecho para desarrollar un trabajo especifico, y cuando es utilizado para otro fin su eficacia baja considerablemente.

Este instrumental se puede dividir en:

a) Para legrado (raspado y curetaje)
b) Para técnicas especializadas como: (gingivectomía, gingivoplastia, técnica de colgajo etc.)

Existe otro criterio para clasificar los instrumentos parodontales como:

a) Instrumentos usados por el operador.
b) Complementos usados por el paciente.

Entre los primeros se describen los más usuales, porque describir todos los que existen en el mercado no tiene objeto.

a) Sondas milimétricas de Williams o de Dreslich, para medir bolsas parodontales.
b) Pinzas de Krane Caplan, para marcar bolsas.
c) Limas de Tufts números 2,4, 5, Para alisar la superficie radicular.

d) Azadones de Mc Call y Jaquette para eliminar sarro sub--gingival.

e) Cucharillas de Mc Call números 17 y 18 para eliminar sarro supra y subgingival.

f) Hoces de Mc Call números 11 y 12 para eliminar sarro y - tejido epitelial enfermo de la pared lateral de la bolsa parodontal. También las cucharillas se usan como las Hoces.

g) Cucharillas de Gracey números 1 2 4 5 13 y 14, para eliminar depósitos de sarro pequeños que se encuentran en - zonas de difícil acceso. Es importante advertir que es--tas cucharillas son muy frágiles y si se hace un esfuerzo ó presión exagerada se rompen.

INSTRUMENTOS PARA TECNICAS ESPECIALIZADAS.

a) Bisturies parodontales entre los cuales mencionaremos - los de Kirckland números 15 y 16; de Goldman Fox números 7, 8, 10 y 11; de Ivory terminados en forma de flama.

b) Bisturies de hoja intercambiable de Ward Parker.

c) Tijeras cuya punta puede ser lisa o estriada.

d) Legras entre las cuales se recomienda las de Seldin.

e) Piedras de grano grueso en forma de salvavidas o tronco-cónicas.

f) Fresas de sección hexagonal para eliminar sarro; por ejemplo la fresa Bush Swedia.

g) Material de sutura.

h) Limas de hueso.

INSTRUMENTOS USADOS POR EL OPERADOR.

a) Sonda milimetrada de Williams ó explorador parodontal. Se utiliza para localizar la inserción epitelial.

b) Piezas marcadoras de bolsas. Son una modificación de las pinzas de curación: un bocado es recto y el otro termina en ángulo recto, vienen en juego de dos, derecha é izquierda; el bocado en ángulo recto debe estar bien afilado porque es el que tiene que marcar el tejido, la punta recta debe ser roma, para no ir más allá de la base de la bolsa, pués de ser así, obtendríamos un falso dato de la profundidad de ésta.

c) Exploradores. Son instrumentos bien templados, delicados y livianos, se usan más frecuentemente los de forma de hoz. Uno contraangulado con un extremo doblado en ángulo recto se usa para localizar depósitos de sarro subgingival, antes de efectuar el raspado y después de verificar la tersura de la superficie radicular.

d) Raspadores pesados. Entre estos esta el cincel, que es un instrumento fuerte y delgado, cuyas aristas pueden lastimar la superficie dental, lo que se evita redondeándolos,

Se aplica a las paredes de los dientes en espacios interproximales en dirección bucolingual para retirar grandes depósitos de sarro supragingival; el movimiento que ha de practicarse con el debe ser corto, fuerte y bien controlado; por la forma de utilizarse corresponde al grupo de instrumentos de empuje.

e) Raspadores finos. Entre estos tenemos las hoces, que son de varias formas; fuertes y capaces de soportar una gran presión, son delgadas y terminan en punta, cuando son demasiadas delgadas pueden ser introducidas entre raices cuya proximidad es muy corta.

Tienen bordes cortantes correspondientes a las dos aristas de la base del triángulo. De estos instrumentos existen también en forma recta y los que tienen curvatura a derecha e izquierda; se usan en espacios interproximales son útiles en el raspado de la raíz y corona.

f) Azadones. Por su diseño estos instrumentos son potentes; su cuello puede presentar curvaturas en diversos ángulos para lograr la limpieza de cualquier cara de las piezas. Tienen una hoja que no es mayor de un milímetro, la que debe de colocarse correctamente sobre la superficie de la raíz para evitar que las esquinas filosas causen daño; pueden redondearse las esquinas filosas para tener mayor seguridad que no se hará daño, el uso subgingival será hasta un punto apical al depósito de sarro para efectuar movimiento de tracción sobre la superficie del diente.

g) Curetas. Son instrumentos en forma de cuchara, tienen - dos bordes cortantes lo que permite su uso en espacios - proximales. Se utilizan con movimientos de tracción y empuje, logrando retirar los depósitos de sarro en posi--- ción apical, coronal y por secciones pueden utilizarse - para pulir la superficie radicular. Se usan también para debridar, en este caso las curetas son un instrumento - que separa el tejido blando de la periferia de la pieza- dental.

h) Limas. Son instrumentos diseñados para movimientos de - tracción ó empuje son una serie de azadones de poca longitud con hojas en forma triangular y que se colocan con sus bases en ángulo recto al mango.

Si se usan en bolsas profundas y estrechas donde se retiran los depósitos existentes y para remover concreciones granulares.

i) INSTRUMENTOS PARA ELIMINAR TEJIDO GINGIVAL.

Cuchillas de hoja ancha de Goldman Fox número 7, en forma de riñon en la que su borde cortante se extiende alrededor de la hoja a unos millmetros del cuello; puede cortar hacia adelante y hacia atrás.

Cuchillas de Kirkland números 15 y 16 k similares a las- anteriores, pero terminadas en punta. Tienen una angulación de 450 en sus cuellos, para facilitar la interven--

ción en espacios proximales; logrando así un bisel favorable.

Cuchillas de hoja angosta y delgada o lancetas. Las de - Goldman y Fox 8 y 11; Las de Buck número 5 y 6 y las de- Fish números 1, 2, 3, 4, 5, y 6. tienen forma de lanza - con dos bordes cortantes, se utiliza en gingivectomía de las papilas y cortarlas.

Eliminador de tejido. Instrumento diseñado para retirar- el tejido cortado por las cuchillas, debe de estar bien- afilado para retirar este tejido de las inserciones restantes sin dificultad, se utiliza el de Goldman Fox número 10 cuyo borde se adapta perfectamente a la superficie convexa de la raiz. Es un instrumento par derecho e izquierdo.

El de Kirkland número 1 es en forma de hoz y muy estrecho termina en forma cuadrada y forma por tres caras, es útil en espacios proximales para retirar el vértice de - la papila.

APARATO DE ELECTROCIRUGIA. Es un aparato de descargas - eléctricas de baja frecuencia que produce una corriente- para cortar ó coagular. En la gingivectomía, gingivoplastia ó cirugía mucogingival, se utiliza la corriente para hacer la incisión, el bisel o reducir el tamaño, se debe tener cuidado que la corriente no llegue al hueso; pués- causa necrosis. En las regiones con gran vasculariza----

ción, por ejemplo el foramen incisivo palatino se utiliza la corriente, para producir coagulación cuando sobreviene hemorragia durante la gingivectomía. El electrodo en forma de bola y del tamaño adecuado, se aplica a la región sangrante, que inmediatamente coagula y detiene la hemorragia.

I) Tijeras parodontales. Se utilizan las de Fox y las que sirven para cortar cutículas de los dedos, siendo estas últimas muy prácticas para cortar porciones de tejido que podría proliferar ocasionando que la cicatrización sea lenta y defectuosa.

COMPLEMENTOS USADOS POR EL PACIENTE

a) Cepillo de dientes. Hay de muchos materiales y formas, debiendo llenar ciertos requisitos para lograr un maximo de utilidad.

b) Estimuladores dentales. Fabricados en goma plástico, y madera, cuyo objeto es obtener la mayor limpieza posible y proporcionar masaje a la encia principalmente a las papilas interdentales.

c) Seda dental. Debe usarse en forma correcta para lograr una ayuda en la higiene dental, se debe utilizar con mucha frecuencia.

CAPITULO TERCERO

I HISTORIA CLINICA

Un diagnóstico correcto es imprescindible para un tratamiento inteligente puesto que los tratamientos parodontales son variados y precisos, por lo que un tratamiento no planificado consume más tiempo y frecuentemente no es eficaz. Además del reconocimiento y diferenciación de las diversas enfermedades del periodonto por su historia y características clínicas, el diagnóstico debe incluir la comprensión de los procesos patológicos subyacentes y su etiología. Se debe incluir una evaluación general del paciente así como una detallada consideración de la cavidad oral

Se debe tratar de comprender exactamente el significado de cada hallazgo en relación con la iniciación y progreso del problema periodontal para tener un conocimiento real y exacto de las características de su lesión es necesario hacer un análisis completo. El registro sistemático de toda esta información ayuda en el diagnóstico, planificación del tratamiento y pronóstico de cada paciente, ésto ayuda al dentista a efectuar observaciones adecuadas y correctas: a formular conclusiones basadas en la historia medica y dental cuidadosamente escogidas; a determinar la causa o causas probables, así como la naturaleza. Localización y extensión de las lesiones existentes y al mejor método de plan terapeútico. Sin este cuidadoso registro, no puede tener una verdadera valorización de la agravación o mejoría del caso, con excepción hecha de lo que puede recordar el dentista.

Desde la primera visita, el dentista debe de hacer una apreciación general del paciente, lo que incluye su estado mental, - su temperamento; actitud y edad fisiológica. Hay que ver atentamente al paciente cuando ha entrado al consultorio y al sentarse en el sillón dental, esto debe rebelar algunas de las siguientes manifestaciones patológicas en las diferentes partes del organismo tales como las que a continuación se mencionan.

Se producen cambios faciales por varias enfermedades tales- como el hipertiroidismo, miastemia grave, etc. La expresión facial indica a menudo ansidad, preocupación y depresión.

La obesidad ó agotamiento marcados sugieren la posibilidad- de trastornos endócrinos ó nutritivos, ó enfermedades debilitantes tales como el cáncer ó tuberculosis.

En el modo de caminar se puede observar otra manifestación- patológica que puede ser producida por la sifilis terciaria, enfermedad de Paget y otras. También en la postura que adopte el - paciente indica que padece asma bronquial.

La disnea puede indicar falla cardiaca o enfermedad pulmonar y si es respiración silbante, padece asma bronquial.

En la piel también se pueden apreciar indicaciones de trastornos patológicos tales como: en la enfermedad de Addison, - otra como la palidez que producen la anemia y la insuficiencia - aórtica. La ictericia ya sea obstructiva, tóxica ó infecciosa,- produce una coloración amarillenta. En el crenitismo mixema hay-

sequedad de la piel. Se deben de notar también los tumores, queloides, neurofibromatosis.

En los ojos deben notarse los cambios pupilares, exoftalmos e inflamación, en la nariz la descarga purulenta indica rinitis aguda y si tiene una obstrucción origina la respiración bucal. - Y sobre los oidos se produce descargas en las infecciones agudas crónicas.

Al seguir observando al paciente se notarán en el cuello - las venas cervicales muy marcadas, lo que nos indican que pueden estar relacionadas con fallas cardiacas congestivas u otros trastornos del sistema cardiovascular. Las pulsaciones por ejemplo, - las carótidas vigorosas puede indicar hipertensión, la presencia de aumentos de volumen cervicales puede ser debida a linfodeno - patia, bocio o agrandamiento tiroideo, quistes y tumores etc.

También en la zona parotidea y submaxilar, se aprecian manifestaciones patológicas como, en el submaxilar que pueden aumentar de volumen por osteomielitis, actinomicosis, obstrucción del conducto de Wharton, angina de Ludwig. Y en la zona parotidea, - por parotiditis epidérmica, obstrucción del conducto de Stensen- o neoplasmas.

Se hace un examen preliminar de la cavidad oral para explorar el origen de la queja principal del paciente y determinar la necesidad de medidas de emergencia. La queja principal es el modo de revelarse los síntomas en el paciente por diversas enfermedades periodontales y estos pueden ser: encias sangrantes, dien-

tes flojos, separación de los dientes con la aparición de espa-- cios entre ellos: mal gusto en la boca, sensación de picazón en- las encias, que se alivia metiendo un escarbadiente.

También se puede presentar dolor de diversos tipos y dura-- ción tal como dolor sordo cosntante, dolor indefinido después de comer, dolores profundos irradiados en los maxilares, especial-- mente en días lluviosos, dolor pulsátil agudo, sensibilidad a la percusión, sensibilidad al calor y al frío, sensación de quemadu ra en las encias y gran sensibilidad a la inhalación de aire.

Para obtener la historia del paciente hay gran flexibilidad sobre el momento en que debe de tomarse la mayor parte de la his toria se toma en la primera visita, sin embargo algunos pacien-- tes no responden bien a la sucesión de preguntas que deben hacer se al tomar la historia pensando que estas no tienen una verdade ra importancia para conocer las variadas ramificaciones que tie- nen los problemas parodontales, no entendiendo tampoco el porque de las preguntas que no estan relacionadas específicamente a la- cavidad oral, y a menudo es necesario ahondar la historia ini--- cial haciendo preguntas en visitas posteriores. Estos pacientes- pueden retener datos importantes, que no los revelan al operador hasta que no confían en el, y queriendo ser más útiles los reve- lan al dentista.

En general sin embargo, el paciente estará más interesado - en brindar la información necesaria si la toma de la historia, - es precedida por una exolicación de su real importancia.

La historia debe tener referencias sobre los puntos que a - continuación se mencionan:

1) Nombre, edad, ocupación, dirección del hogar y de la oficina o trabajo; estado civil; fecha de examen.

2) Si esta el paciente en tratamiento médico; siendo afirmativo cual es el origen y duración de dicha enfermedad.

3) La reacción del paciente a experiencias patológicas resientes.

4) La posibilidad de que el paciente padezca de alguna enfermedad profesional.

5) Historia de que el paciente presente síntomas de fiebre reumática, enfermedad cardiaca congenita ó reumática. Hipertensión, angina de pecho, infartos de miocardio, nefritis, enfermedad hepática, asma bronquial, alergia, - diabetes, desvanecimientos etc.

6) También cuando presentan tendencias hemorrágicas anormales.

7) Por enfermedades infecciosas, contactos directos y recientes con esos enfermos, y recientes radiografías del torax.

8) Trastornos menstruales.

9) Indiosincracia a drogas tales como aspirina, codeina, - barbitúricos, sulfamidas, antibióticos, procaina, laxantes etc.

10) Datos sobre el comienzo de la pubertad ó menopausia ó - histerismo.

La nutrición como un dato más para la elaboración de la historia clínica tiene su importancia, puesto que es un proceso que involucra la ingestión, utilización y metabolismo de los carbohidratos, grasas proteinas, vitaminas y minerales para la energía y crecimiento de las células de todo el organismo. El estado individual de nutrición varía en la siguiente forma:

Nutrición excesiva que puede producir lesiones funcionales por el exceso de sustancias nutricias; nutrición normal es que no hay trastornos funcionales ó estructurales; mal nutrición latente, es cuando hay cambios funcionales y estructurales de los tejidos sin enfermedad clínica evidente; mal nutrición clínica, existe cuando los cambios estructurales producen una enfermedad clínicamente comprobable.

HISTORIA ORAL

Visita al dentista, Frecuencia, frecuencia, fecha de la última y el tipo de tratamiento.

Profilaxis orales, frecuencia y fecha en que la practicaron la última.

El cepillado, frecuencia, antes ó después de las comidas, método tipo de cepillo, cada cuanto tiempo son reemplazados los cepillos.

Otros métodos de cuidado de la boca: buches, masaje digital, estimulación interdentaria, etc.

Si se le han practicado o elaborado tratamientos ortodónci-- cos, duración y fecha aproximada de terminación,

Dolor en los dientes y las encias, método en que es provocado, naturaleza y duración y método en que se alivia.

Hemorragia gingival: cuando fué notada por primera vez, si - es espontánea o al cepillarse o comer, si es de noche, con - periodicidad regular, si esta relacionada con los períodos - menstruales o con otros factores. Duración de la hemorragia- y modo en que se detiene.

Cuando el paciente tiene mal gusto en la boca.
Movilidad en los dientes, que los sienta flojos ó inseguros- y si hay dificultad para comer.

Para que la historia clínica este más completa debemos tomar una serie radiográfica, la cual consiste en un mínimo de catorce películas intraorales y bitewings posteriores.

También los modelos son muy útiles durante el examen oral.

En ellos se puede estudiar la posición e inclinación de los- dientes, los contactos proximales, las zonas de recesión o - de empaquetamiento de comida. Además ayudan a localizar las- cúspides que contactan prematuramente y otras disarmonías - oclusales. Los modelos son guías esenciales en la oclusión - y en el planeo de las prótesis.

EXAMEN DE LA MUCOSA ORAL

Higiene oral. Estado de limpieza de la cavidad oral se aprecia por la contabilidad acumulada de restos de comida, materia alba y las placas, así como pigmentaciones dentarias.

Olores bucales. La halitosis también llamada Fetor Ex Oris, es el olor ofensivo o fuera de lo común que emana de la cavidad oral.

Aunque el mal olor de la boca puede tener valor diagnóstico no siempre indica estados patológicos. El origen de los olores que emanan de la cavidad oral puede ser:

a) Oral local

b) Extra oral o remoto

El origen local de la halitosis. Retención en la superficie de los dientes de partículas alimenticias olorosas, lengua saburral, gingivitis necrotizante aguda, estados de deshidratación, caries, dentaduras artificiales, aliento de fumador, curación de heridas quirúrgicas o de extracciones. Los pacientes con enfermedad periodontal presentan a menudo mal aliento. El olor fetido característico de la gingivitis necrotizante aguda es fácilmente identificado.

La enfermedad periodontal crónica con formación de bolsas también se acompaña de un olor bucal desagradable por la mayor -

putrefacción de la saliva. El origen extra oral o remoto se divide;

1.- Olor proveniente de estructuras adyacentes producido por rinitis, sinusitis ó amigdalitis.

2.- Olor proveniente de estados patológicos de los pulmones y bronquios, tales como bronquitis crónica fétida, bronquiectasis, abscesos pulmonares, gangrena pulmonar ó tuberculosis pulmonar.

3.- Olores eliminados por los pulmones y producidos por substancias aromáticas en el torrente sanguíneo, tales como metabólitos de los alimentos ingeridos ó productos excretorios del metabolismo celular, ejemplo de este grupo son el aliento alcohólico, el aliento a acetona en la diabetes y el aliento urémico en la disfunción renal.

SALIVA.

El pitialismo o secreción salival excesiva acompaña a un gran cantidad de estados tales como el uso de ciertas drogas (mercurio, policarpina, yoduros, bromuros, fósforo) gingivitis necrotizante aguda, diversas formas de estomatitis, angina de vincent, irritación por el tabaco o estimulación psíquica.

Se ve disminución de la secreción salival en las enfermedades crónicas tales como la nefritis crónica, la uremia, la diabetes mellitus, el mixedema, los trastornos neuropsiquiátricos las

lesiones de las glándulas salivales, los síndromes de Plummer - Vinson y de Sjoren y la anemia perniciosa. La reducción de la secreción salival produce xerastomia o boca seca y presenta diversas características clínicas tales como sequedad de la boca y - eritema con fisuración en los casos extremos y diversos grados - de malestar producido por una sensación de quemadura.

LABIOS.

En el diagnóstico diferencial de las lesiones de los labios deben considerarse los neoplasmas, chacros, quehilosis angular, - irritación por hábitos de morderse, indentaciones por la oclusión y quistes mucosos.

MUCOSA ORAL.

El examen general de color y textura superficial de la mucosa oral mostrara las pigmentaciones patológicas, el eritema difuso rojo-azulado de la deficiencia de complejo B, la atrofia lisa y brillante de fisuración de la gingivostomatitis menopausica o- senil o la coloración gris y descamación de la gingivitis descamativa crónica.

MUCOSA VESTIBULAR

En la mucosa vestibular es donde aparecen cambios inflamatorios por el hábito de morderse el carrillo, por buches irritantes o por dentaduras, o ganchos mal ajustados, leucoplasia, liquen plano, manchas de Koplik o agrandamiento inflamatorio del - orificio del conducto de Stensen.

PISO DE BOCA

Las ranulas neoplasmas o aftas suelen producir dolores y malestares.

LENGUA.

El examen de la lengua debe incluir la consideración de su color, tamaño y tipo de papila. Entre los trastornos sistémicos que pueden atacar a la lengua se cuenta la leucoplasia, el liquen plano, el eritema multiforme, el penfigo, la anemia perniciosa, la deficiencia de complejo B, el síndrome de Plummer Vinson, La sifilis y la tuberculosis. Otras alteraciones linguales son el eritema migrans (lengua geográfica) moniliasis, lengua fisura congenita, glositis rombica mediana y neoplasias. Los cambios linguales son acompañados por diversos grados de dolor y sensación de quemadura. Como regla general, el operador debe controlar cuidadosamente la existencia de posibles fuentes de irritación tales como dientes con borde rugoso ó bordes de restauraciones, son origen frecuente de irritación lingual, los bordes incisales de dientes irregularmente alineados o el tartaro depositado en la región mandibular inferior.

PALADAR.

Se ve frecuentemente la leucoplasia, Paladar de fumador con los orificios de las glándulas mucosas prominentes e inflamados, neoplasias y exostosis.

REGION OROFARINGE.

Es el lugar donde se forma la pseudomembrana de la angina de vincent y de la difteria.

EXAMEN DE LOS DIENTES.

Se busca en los dientes caries, defectos del desarrollo, anomalías de forma, desgaste, hipersensibilidad y relaciones proximales.

El término desgaste se usa para designar cualquier pérdida gradual de la sustancia dentaria caracterizada por la formación de una superficie lisa y pulida. Las formas de desgaste son la atrición, la erosión y la abración.

Se designa atrición al desgaste de los dientes y cierta cantidad es considerada como característica fisológica del envejecimiento. La atrición se produce en diversas partes de los dientes tanto posteriores como anteriores, superiores y inferiores.

Los términos erosión y abración se refieren a los procesos de desgaste en la zona cervical del diente.

El eje mayor de la superficie erosionada es perpendicular al eje vertical del diente. Las superficies son duras, lisas y pulidas, Aparece generalmente en un grupo de dientes vecinos y en sus primeras etapas puede limitarse al esmalte pero se puede extender a la dentina subyacente ó al cemento y dentina radicular. Se cree que las causas son la descalcificación por bebidas acidas ó frutas cítricas ó el efecto combinado de la secreción ácida y la fricción.

La abrasión es la pérdida de sustancia dentaria por causas mecánicas no masticatorias. La abrasión produce indentaciones en forma de plato o de cuña con una superficie cementaria expuesta y

no en el esmalte y se extiende a la dentina radicular.

A veces se produce abrasión de los bordes incisales por el hábito de sostener alfileres o tachuelas con los dientes o por el uso de sustancias abrasivas. Hay otras causas de la abrasión como son el cepillado con pastas ó dentífricos abrasivos o a la acción de ganchos, etc.

HIPERSENSIBILIDAD.

Las superficies radiculares expuestas por la recesión gingival pueden tornarse hipersensibles a los cambios térmicos ó a la estimulación tactil. Las superficies sensibles se localizan por suave exploración con una sonda o con aire frío.

Las siguientes consideraciones que expongo sobre los dientes son de importancia pues revelan el estado del periodonto por ser secuelas comunes de la enfermedad periodontal.

MOVILIDAD DENTARIA.

Normalmente los dientes presentan un ligero grado de movilidad y esta movilidad normal en los incisivos es mayor que la de los premolares y molares. La dirección de la movilidad puede ser vestíbulo lingual, mesiodistal o vertical y la forma de discernir el grado de movilidad patológica es preferencia personal ya que existen diferentes tablas de valor, ya sea movilidad normal o cero, ligera movilidad o grado uno moderada movilidad o grado dos y acentuada movilidad o grado tres, que es en dirección mesiodistal o lateral y movilidad vertical.

SENSIBILIDAD.

Esta sensibilidad es una caracterlstica de las lesiones inflamatorias agudas de la membrana periodontal. La percusión suave en diferentes ángulos con el eje mayor, ayuda a veces a localizar la lesión inflamatoria.

MIGRACION PATOLOGICA DE LOS DIENTES.

Deben notarse cuando hay alteraciones en la posición de los dientes, este puede ser uno de los signos más precoces de la enfermedad periodontal. Pues los dientes pueden tener una migración distal y labial o extricción de uno o más dientes especialmente en el sector anterior superior.

TARTARO Y OTROS DEPOSITOS SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE.

Se debe buscar intensamente el tartaro controlando cada superficie del diente hasta el nivel de adherencia de la encia con un instrumento como puede ser un explorador agudo. Una ayuda útil es un chorro suave de aire caliente que separa el margen gingival de la superficie dentaria facilitando la visualización del tartaro. También las radiografias nos ayudan a ver el tartaro profundo subgingival, pero no se debe de confiar mucho en este método, pues su utilidad es limitada; además del tartaro, debe hacerse notar la presencia posible de materia alba y pigmentaciones.

ENCIA.

En el examen de la encia, siempre se debe tener en mente la imagen de la encia normal o considerar sistemáticamente a cada -

una de las siguientes características clínicas: color tamaño contorno, consistencia textura superficial, posición, propención a las hemorragias y dolor a la hora de cepillarse.

Merece especial atención la encía por lo que se ha elaborado un método que abarca los siguientes puntos;

1) Extensión de la lesión que puede ser: Localizada o generalizada.

2) Distribución de las lesiones que se localizan en papila, encía marginal y en encía insertada.

3) Estado de inflamación que es aguda y crónica.

Características clínicas que pueden ser Hiperplasia ulceración, necrosis, formación de seudo membrana, profundidad de las bolsas, exudado purulento exudado seroso, hemorragia, inserciones musculares ó frenillos anormales extensión de la zona gingival y su relación con las bolsas.

Debe definirse especialmente sobre el margen gingival y la posición real de la adherencia gingival.

BOLSA PARODONTAL.

La bolsa periodontal representa un aumento patológico de la distancia entre las posiciones reales y aparente de la encía.

Cuando se hace el examen de las bolsas se debe de tener en consideración los siguientes puntos: Presencia y distribución, el tipo de bolsa que es, esto quiere decir que si es relativa o-

absoluta gingival ó infraósea, simple o compuesta o compleja: la profundidad de esta, nivel de la adherencia a la raiz y el tra-- yecto de la bolsa en relación con cada superficie dentaria y con el hueso alveolar.

Es importante comprender que el nivel de la inserción de la bolsa, es de mayor importancia diagnóstica que la profundidad de la bolsa.

También es importante comprender en el examen del periodonto si existe supuración y para determinarlo es necesario aplicar presión sobre la boca o en la superficie lateral de la encla marginal con yema del dedo indice, y con un movimiento ondulatorio- en dirección de la corona, procurando observar si existe realmente esa supuración de él.

Dentro del examen del periodonto se debe observar si existe mucosa vecina en los apices radiculares y se obtiene por me-- dio de la palpación en la mucosa oral vecina a las zonas laterales y apical de la raiz. Las formaciones de fistulas que proviene de un abceso periodontal crónico son también motivos de enfermedad periodontal.

CAPITULO CUARTO

I GINGIVECTOMIA

La gingivectomía es un procedimiento quirúrgico encaminado a la eliminación total de la bolsa parodontal, mediante el corte de las paredes que lo forman. Es el método más antiguo para la eliminación de la bolsa.

Su uso marcó la primera modificación del método básico de raspado radicular gingival para el tratamiento de tejidos atacados por la enfermedad parodontal. Las medidas preliminares deben comprender la eliminación de todo depósito irritante para facilitar, por lo menos la eliminación de la inflamación. Esto reduce la tendencia hemorrágica y mejora la reacción tisular después de la operación.

Los objetivos fundamentales de la gingivectomía son:

1.- Eliminar la encía enferma que forma la pared lateral de la bolsa.

2.- Eliminar los irritantes locales que se encuentran en el intersticio parodontal (Odontoexesis)

3.- Devolver a la región operada su forma y funciones normales.

Algunas contraindicaciones serían:

1.- Alteraciones en la salud general del enfermo que hacen peligroso cualquier tipo de intervención quirúrgica.

2.- Bolsas muy profundas que ponen de manifiesto gran des-- trucción de hueso alveolar.

3.- Bolsas infraóseas.

4.- Abscesos parodontales.

La gingivectomía en parodoncia es el procedimiento quirúrgico más conocido y más practicado.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA

Si el paciente tiene miedo a la intervención, deben hacerse esfuerzos para desvanecerlo, a menudo hasta la medicación, en estos casos es aconsejable el uso de nembutal en dosis de 05 a - 0.9mg. treinta minutos antes de la anestesia.

Es necesario planear previamente la intervención. Y comprender claramente la secuencia de los mismos.

Establecido el plan de tratamiento, se le explicará al pa-- ciente las ventajas de la intervención quitándole todo concepto- erróneo que pudiera tener acerca de la intervención.

Se recomienda el uso de guantes de caucho. El paciente debe ser cubierto por campos quirúrgicos estériles.

El equipo de aspiración es de gran ayuda para mantener un - campo visual adecuado para el dentista.

El instrumental es el siguiente:

Bisturis para gingivectomía.

Bisturis especiales para superficies distales, azadones, limas curetas, explorador de bolsas y parodontometro, pinzas, pinzas hemostáticas, pinzas de Krane Kaplan, pinzas para tejido y tijeras. Gasa en forma de cuadrados de 2X2, torundas de algodón-epinefrina, solución para anestecia local y jeringa pequeña. Aspirador, papel encerado e instrumentos para mezclar y aplicar el cemento quirúrgico. Cemento quirúrgico ZOE.

Instrumentos especiales (limas interproximal, cucharilla, bisturis de Kirkland 12 13 14 15 16, bisturi de Goldman Fox 8 y 11.

En casos con complicaciones generales, especialmente de lesiones reumáticas cardiacas, diabetes y anemia intensa, lo adecuado es premedicación del paciente con antibiótico. La consulta con el médico del paciente y en cooperación son importantes para asegurar el éxito de la operación.

Primer paso anestecia por infiltración.

Segundo caso.- Marcado de bolsas.

Esto se lleva a cabo con pinzas de Krane Caplan y con ellas se determina el nivel de la inserción de la bolsa, cada pinza consta de un extremo explorador y un extremo bisturi. Se inserta el extremo explorador hasta el fondo de la bolsa y se cierra el extremo bisturi sobre la mucosa quedando marcada ésta con un punto sangrante, que servirán de guía al operador al efectuar la incisión.

La incisión sigue la dirección del fondo de las bolsas. La-incisión ha de hacerse con angulación correcta para asegurar un-contorno postoperatorio fisiológico. El bisturí debe de estar - sumamente afilado, para que la incisión se verifique sin mutilar los tejidos, y la hoja bastante delgada para entrar con facili-- dad en los tejidos y sobre todo en los espacios interproximales. La angulación debe ser correcta porque es muy difícil, aún con - bisturí muy afilado, hacer una segunda incisión esto es cierto,- especialmente cuando los tejidos estan inflamados y friables.

La incisión primaria, debe empezar en la línea distobucal y ángulo distolingual del diente distal, en el margen gingival; - describiendo una curva suave, la incisión debe de ser profunda,- llegando hasta el hueso.

La incisión secundaria con bisturí de Goldman Fox # 8 y 11, se extiende la incisión interproximalmente para liberar el teji-do que se va a extirpar; tratando que la herida quede lo más ni-tida posible.

Se repite la incisión en la misma forma hasta llegar a la - línea media, aquí es donde se tendrá cuidado con el frenillo, - pués las incisiones de cada lado deberán unirse en forma de V, y si el frenillo estuviese insertado en la pared de la bolsa, se - desprenderá con todo y pared. Hechas las incisiones vestibula-- res, se repetirá el procedimiento en el palatino, al llegar a la línea media se debe tener cuidado de no lesionar los vasos del - conducto incisivo que esta situado entre los dos conductos cen--

trales, lo cual se evitará, procurando no hacer incisiones horizontales a través de la papila incisiva. Hechos los cortes vestibular y palatino, se procede a unirlos por medio del corte distal del último molar erupcionado; Se sujeta la cara distal de la encía en un punto medianamente debajo del fondo de la bolsa, para llegar hasta la superficie dentaria y dejar un margen angulado.

Se procede a desprender el margen gingival con bisturí Kirkland 12 13 ó 14 empezando en la cara distal del último molar. - Se elimina la encía vestibular y la del espacio interproximal - hasta llegar al final de la incisión; posteriormente se elimina la encía palatina.

Al eliminar el tejido enfermo, se puede apreciar en las piezas dentarias, tartaro, caries ó ablandamientos necróticos del - cemento.

Inmediatamente se remueve el tejido de granulación con las curetas de Mc Call # 17 y 18, para obtener así una mayor visibilidad sobre las superficies radiculares. La técnica de raspado y curetaje es necesario efectuarla en forma sistemática.

Antes de aplicar cemento quirúrgico, se debe tener la certeza de que no queden depósitos calcificados o pequeños fragmentos de tejido. Se lava con una solución de suero fisiológico ó con - esponjas triangulares de gasa empapados en solución de epinefrina al 1/100, esto suele detener la hemorragia en 3 ó 5 minutos, - pués de otro modo dificultará la adaptación y fraguado del cemen

to. La región intervenida debe de estar cubierta por un coágulo uniforme y bien formado.

Existen muchos tipos de cemento quirúrgica, estan constituidos en su mayoría de polvo de oxido de zinc y eugenol.

El polvo debe de incorporarse lentamente al líquido, hasta producir una masa firme. Una vez mezclado, se corta en pequeños trozos; cada trozo se enrolla con los dedos hasta darle forma cilíndrica. El grosor no debe ser mayor que de un fósforo. De estos cilindros se cortan unos pedacitos de manera que encajen en los espacios interproximales; para esto se les agudiza un extremo y con un instrumento para material plástico se inserta y se empaca en el espacio interproximal.

Los cilindros se colocan en las caras vestibular y palatina uniéndolos con el cemento que esta en el espacio interproximal; en la porción distal de la zona operada, se unen las porciones vestibular y palatina con un pedazo de cemento en forma de herradura. Antes de que el cemento endurezca, se recorta cuidadosamente y se libera la oclusión, y al volver el paciente a su casa no debe de salir sangre por debajo del apósito.

Entre las funciones del cemento encontramos que:

1.- Controla la hemorragia y disminuye las posibilidades de infección postoperatoria.

2.- Actúa como sedante al cubrir la región incidida para evitar dolores causados, ya sea por traumatismos origi-

nales en la masticación, sustancias químicas que contengan los alimentos, ó cambios térmicos.

3.- Inmoviliza los dientes, en caso de tener movilidad de primer grado.

4.- Estimula la formación de tejido de granulación y por lo tanto regulariza la cicatrización.

El apósito debe de permanecer en la boca, como mínimo una semana, debido a los cambios histológicos que ocurren durante la cicatrización.

Instrucciones al paciente:

La cooperación del paciente, es un factor decisivo en este tipo de intervención, pués de no seguir las instrucciones que se le den antes de salir del consultorio, las posibilidades de éxito serán mínimas.

Correctamente realizada la gingivectomía generalmente no produce dolor postoperatorio, edema, ni otros síntomas desagradables. Se debe prescribir algún analgésico, y se le indica al paciente que debe de tomar alimentos semisólidos ó líquidos durante el primer día. El cemento endurece en pocas horas y puede resistir algunas fuerzas masticatorias.

Al día siguiente podrá tomar su dieta habitual sin excederse con alimentos duros. Puede cepillarse los dientes normalmente pero no sobre el apósito, se debe de evitar los ejercicios fuertes. Durante las primeras 24 horas puede sentir ligera debilidad

y escalofrios y la saliva puede estar coloreada con sangre durante las primeras horas después de la operación.

Una vez que el paciente ha cumplido una semana con el apósito, se procederá a removerlo, haciendo presión en uno de los lados, con lo que se removerá facilmente, pero no totalmente pués quedarán algunos restos en los espacios interdentarios, en la superficie de los dientes y en la superficie gingival.

No se debe frotar la encla. Se lava con agua tibia. La superficie gingival intervenida, se encuentra cubierta por una película gris, la que corresponde a yemas de tejido epitelial, debajo de la cual, se observan diversos tonos de rojo, que corresponden a los vasos y tejido conjuntivo en formación.

El paciente suele presentar hipersensibilidad en el cuello de los dientes la cual se debe de tratar inmediatamente; algunas veces esta anomalía desaparece en dos semanas. Durante la primer semana después de quitar el apósito, se aconseja al paciente no practicar masajes fuertes en la región operada, ya que esto puede retardar la cicatrización, se recomienda el uso de un cepillo de cerdas suaves; el cepillado debe de seguir el método de Stillmal modificado.

2 GINGIVOPLASTIA

La relación entre forma y función de la unidad dentogingi-- val es un concepto importante. Por lo común la topografía adecuada de estos tejidos en sus relaciones mutúas, mantiene la salud- parodontal más facilmente. Sin embargo, hay varios factores de - modificación uno de los cuales es la habilidad y constancia del- paciente en los procedimientos de fisioterapia casera. Sería - gran error pretender que cada caso se ajuste a una forma gingi-- val preconcebida, de igual manera que no se puede encajar cada - caso en una idea preconcebida de la oclusión. Los factores individuales decidirán si debe efectuarse o no la gingivoplastia y - la amplitud con que esta técnica y concepto son empleados.

Objetivos :

Cuando los dientes carecen de superficie de desviación y el margen gingival no es agudo, el resultado es la retención de los alimentos y el traumatismo provocado por estos durante la masticación. El margen gingival aumentado de volumen e inflamado, puede ser el resultado de los procesos inflamatorios de la enfermedad, o bien el mal alineamiento de los dientes.

La gingivoplastia es una modificación de la gingivectomía. Su objetivo es quitar las porciones superficiales de la encía - para dar al tejido un contorno correcto. Por lo general, se hace simultáneamente o como parte integral del tratamiento aunque a - veces se hace cuando no hay necesidad de eliminar bolwas. Es difícil separar los diferentes procedimientos de la cirugía paro-- dontal, los objetivos bien planificados hacen de la terapéutica-

una sola unidad, y todos los procedimientos son parte de ella.

La gingivoplastia es una extensión lógica de la relación entre forma y función.

Métodos:

La gingivoplastia puede llevarse al cabo de muchas maneras, incluyendo el uso de bisturí, las piedras de diamante o el electrocauterio.

Al hacer el corte, el bisturí debe tener cierta angulación para lograr un contorno funcional. Es difícil hacer varias incisiones sin lacerar o fragmentar el tejido blando [especialmente en presencia de inflamación]. Cuando la encía después del corte, no tiene un contorno funcional o correcto es mejor reducir este contorno con cualquiera de los otros métodos de la gingivoplastia, como raspar el margen con bisturí (únicamente para tejido fibroso) y el uso especial de piedras de diamante de superficie aspera.

Este último método útil para reducir el margen gingival incorrecto en la superficie lingual de los molares superiores y en otras regiones donde el tejido es muy fibroso. Las piedras de diamante cuando se usan en las superficies linguales de los molares inferiores y en las superficies bucales ó labiales, deben hacerse girar desde el diente hacia la encía.

Si se utilizan en dirección opuesta puede romper la mucosa vestibular. El bisturí eléctrico puede emplearse para dar nuevo contorno al tejido en presencia de inflamación intensa. Puede -

usarse como un mínimo de presión para obtener contornos curvos y los márgenes agudos y para el festoneado. La inclinación correcta de este bisturí en la gingivectomía y gingivoplastía se realizan simultáneamente, como se mostró anteriormente en gingivectomía.

Electrocirugía:

La electrocirugía es pocas veces de utilidad para eliminar una bolsa parodontal. Este método se hace por electrocoagulación bipolar y unipolar. Ninguna de ellas se justifica como método de elección para eliminar la bolsa. Ambas pueden ser utilizadas como auxiliares, especialmente en las regiones donde la accesibilidad es limitada y difícil. Pequeñas porciones de tejido, muchas veces difíciles de remover con un bisturí ó con una cureta, pueden ser extirpados eficientemente por electrocirugía.

Muchas veces es difícil llevar a cabo la gingivoplastia en una región aislada y en estos casos es útil la electrocirugía.

La electrocirugía es bastante dolorosa comparada con la cirugía con bisturí.

Una de las grandes razones para usar tal aparato es que no produce hemorragia, pero para esto existen hemostáticos, y no usarlos.

CAPITULO QUINTO

PRINCIPIOS DE RASPADO Y CURETAJE.

Entre los diferentes métodos curativos de que dispone la terapeútica parodontal encontramos el raspado y curetaje, también llamado odontoexesis ó legrado.

Raspado.- Es la técnica por medio de la cual se procura eliminar los irritantes que se encuentran adheridos a los tejidos duros ó sea al esmalte y cemento.

Curetaje.- Es el procedimiento que sirve para eliminar el tejido enfermo que se localiza en la pared lateral del intersticio gingival normal ó patológico, denominado bolsa.

La técnica de raspado y curetaje. Es el procedimiento básico más comunmente empleado para la eliminación de las bolsas periodontales y el tratamiento de la enfermedad gingival, consiste en el raspaje para eliminar cálculos, placa y otros depósitos, el alisado de la raiz para emparejarla y eliminar la substancia dentaria necrótica y el curetaje de la superficie interna de la pared gingival de las bolsas parodontales para desprender el tejido blando enfermo.

El raspado y curetaje se realizan en una zona limitada, debe de ser suave y minucioso y producir el mínimo de trauma a los tejidos infectados y la superficie, cada instrumento debe cumplir su finalidad la primera vez que se use, para evitar repeticiones innecesarias.

Esta técnica en la terapéutica parodontal, tiene como objetivos principales:

a) Eliminar los elementos irritantes que se encuentran alrededor del intersticio gingival normal ó patológico (bolsa).

b) Eliminar el tejido epitelial ulcerado y el tejido conjuntivo expuesto al medio bucal en la pared lateral del intersticio gingival.

Según la práctica en la zona de la pared lateral donde existe una bolsa, el aflujo sanguíneo es mayor; al hacer el curetaje se rompen los capilares y se hace ó produce una hemorragia la cual produce la eliminación de los elementos figurados de la sangre, plasma suero, bacterias, detritus alimenticios y hace disminuir el volumen de la encía y por lo tanto la inflamación con el método de odontoexesis, se reduce el tamaño de la bolsa debido a la hemorragia, y de esta manera la bolsa queda parcial ó totalmente eliminada, el dentista no debe pensar que con esto ya el paciente esta curado, ya que solo se han eliminado los factores que producen la enfermedad y hay que pensar después en cualquier método terapéutico parodontal.

La técnica y la instrumentación de este método no es sencillo, pués siempre se han dicho que mientras más hábil sea el operador para efectuar la técnica, esta será más depurada y los resultados finales serán mejores.

Para eliminar los irritantes localizados en el intersticio-gingival enfermo, se cuenta con gran variedad de instrumentos, - pués unos estan diseñados para la parte anterior de la boca y - otros para la parte posterior (premolares y molares).

CAPITULO SEXTO

FISIOTERAPIA BUCAL

Es el mantenimiento que se le da a nuestro parodonto y consiste principalmente en el cepillado gingivodental y la estimulación de los tejidos parodontales que deriva de dicho cepillado.

La valoración real de la fisioterapia es el tratamiento que debe basarse en el establecimiento de la salud parodontal.

El cepillo debe ser de material plástico, su mango debe deser recto para su fácil manejo. La cabeza del cepillo debe estar constituida por varios manojos de cerdas, los cuales no deben tener una altura mayor de 12mm.

Los manojos deberán estar separados uno del otro ya que alhaber presión habrá deslizamiento lateral de las cerdas.

El cepillado y la estimulación de los espacios interdentales pueden participar de las siguientes formas en el tratamiento de las enfermedades parodontales.

a) Evitando la acción del medio bucal sobre la estructura de soporte impidiendo por lo tanto acumulación de dentritus alimenticios.

b) Acelerando el metabolismo de las sustancias entre células y vasos sanguíneos; así mismo el masaje hace que el contenido de vasos linfáticos y glóbulos rojos de los capilares sean impulsados hacia las venulas abriendo así los capilares a la sangre arterial.

El efecto de este drenaje de los productos finales del metabolismo, es benéfico, ya que permite el paso de oxígeno y aminoácidos que nutren a los elementos histológicos del parodonto.

c) El cepillado aumenta o mantiene el grado de queratización del epitelio y lo fortalece contra las lesiones locales.

El cepillado debe llevarse a cabo cuatro veces al día. La primera al levantarse para eliminar substancias que se acumulan durante la noche y las otras tres después de cada comida.

ENSEÑEMOS A NUESTRO PACIENTE LA TECNICA DE CEPILLADO CORRECTA

Le pedimos a nuestro paciente que nos enseñe el modo en que se cepilla ante un espejo y con el cepillo húmedo, pués así nos daremos cuenta de los errores que pudiera tener en su técnica y así le enseñamos la técnica correcta comenzando siempre por vestibular del lado derecho y terminando por el lado izquierdo, después se cepillan las caras palatinas en la misma forma. Y al final las caras masticatorias.

La mayoría de nuestros pacientes emplean el movimiento horizontal que se limita a las superficies dentarias, dicha técnica además de lastimar nuestra papila y el margen gingival puede producir retracción de la encía y abrasión dentaria.

Existen en el mercado soluciones para descubrir placas mucoides o materia alba, y las podemos utilizar cuando enseñamos al paciente a cepillarse y son por ejemplo: Solución de mercurio cromo, tabletas reveladoras Oral B. Al observar el cepillado del paciente con estas soluciones podemos demostrarle donde no se cepilló bien.

Es difícil cepillarse una región cuando existe mala posición o ausencia de piezas, coronas clínicas grandes con resorción gingival, piezas aisladas, dientes en lingua versión, labio inferior muy tenso, se aconseja sujetar el labio con sus dedos para efectuar el cepillado.

Es aconsejable que después de cepillarse se hagan colutorios enérgicos con objeto de eliminar los restos alimenticios que pudieran haber quedado entre las piezas.

Se recomienda tener tres cepillos para que este seco uno de ellos para que actué mejor.

Daños que puede ocasionar el cepillado incorrecto:

a) Abrasión gingival puede ser causada por una fuerza exagerada, por un cepillado incorrecto o por substancias abrasivas que contenga el detífrico.

b) Abscesos. Debido a la incrustación de pedazos de cerdas en el intersticio, los que obran como irritantes.

c) Punciones con las cerdas, la migración gingival y la exposición radicular por cepillado incorrecto, las cuales dan como resultado hiperestecia del cuello dentario.

Complementos profilácticos.- En algunas ocasiones aunque el cepillado sea cuidadoso, los restos alimenticios son eliminados, y es conveniente usar la seda dental, la cual se pasa entre los espacios interdentarios, cuidando no lastimar la papila interdentaria.

También se usan puntas de goma para dar masaje a las papilas interdentarias y las áreas interproximales. Cuando hay prótesis difíciles de asear se usan gasas para limpiar caras distales, de las piezas aisladas.

CONCLUSIONES

Como indique en la introducción de este estudio, es de suma importancia para la odontología moderna los tratamientos descritos aquí, como para la conservación de las piezas dentarias en la cavidad oral y así lograr que se desarrollen normalmente tanto anatómicamente como funcionalmente. Yo considero que la parodoncia es una de las ramas de la odontología que, además de cumplir su cometido de medicina curativa, tiene en ocasiones función de medicina profiláctica como en los casos de tratamientos de gingivectomía y otros descritos aquí, que evitan mayores problemas al paciente al prevenir patologías mayores.

Es un medio efectivo para evitar mutilaciones innecesarias que implican una serie de cambios en la función masticatoria, cambios que se producen a pesar del uso de protesis a las cuales muchos pacientes no se acostumbran con facilidad.

Por lo expuesto anteriormente recalco nuevamente que la parodoncia juega un papel importante dentro de la odontología moderna...

BIBLIOGRAFIA

PERIODONCIA POR ORBAN B2a. EDICION EDITORIAL INTERAMERICANA.

PERIODONCIA CLINICA. GLICKMAN IRVING. 4a. EDICION EDIT. INTERAMERICANA.

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA. JOHN F. EDITORIAL LABOR.

CLINICA DE PARODONCIA. LEGARRETA REINOSO. PRENSA MEDICA MEXICANA.

PARODONCIA. GRANT. STERN. EVERTT.