



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

PERIODONCIA SU DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO.

TESIS PROFECIONAL
MA. DEL CARMEN GTZ ANGELES
MEXICO, D. F. 1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

	INTRODUCCION	
CAPITULO I	PERIODONCIO	
	A) Definición	1
	B) Tejidos Periodontales	
	1.- Tejidos Blandos	
	a) Encía	
	Características Clínicas	2
	Características Microscópicas	3
	b) Ligamento Periodontal	5
	Características Microscópicas	
	Características Radiográficas	6
	Mecanismo de Soporte del Diente	7
	2.- Tejidos Duros	7
	c) Cemento	
	d) Hueso Alveolar	8
	3.- Vasculización Periodontal	9
CAPITULO II	PERIODONCIO EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL...	10
CAPITULO III	ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL....	12
	A) FACTORES LOCALES:	
	1.- Placa Bacteriana	13
	2.- Cálculo	14
	a) Supragingival	
	b) Subgingival	
	c) Mecanismo oculto del Cálculo	15
	d) Formación del Cálculo como	
	Mecanismo de Defensa	
	3.- Trauma Occlusal.	
	4.- Empaquetamiento de Comida	16
	5.- Instrumentos utilizados en la Higiene	
	Bucal	17
	B) FACTORES SISTÉMICOS:	
	1.- Nutricionales	18
	2.- Endocrinas	19
	3.- Infección	
	4.- Distrofas	20
	5.- Anestésicas	
	6.- Psicopatológicas	21

CAPITULO VI

TRATAMIENTO PERIODONTAL

A) Objetivo	74
B) Etapas de Tratamiento	75
1.- Etapa Inicial.	
— Preparación para la Intervención Quirúrgica.	
— Medicación Preoperatoria	75
— Tratamiento Preoperatorio	76
a) Inflamatorias	
b) Distóficas	
C) Etapa Quirúrgica	40
— Anestesia	
— Preparación del campo operatorio	
— Secuencias Operatorias	
— Instrumentos y su Manejo	41
a) Instrumentos p/ el Método de Pascoe	
b) Instrumentos para Resección	42
c) Aparato de Electrocirugía	43
D) Técnicas Quirúrgicas	44
— Raspado	
— Curetaje	
— Gingivectomía	47
— Gingivoplastia	49
— Osteoplastia	
— Jalonamiento	
— Técnica de Colgajo	51
— Técnica de Colgajo Modificada	52
— Cirugía Mucogingival	53
— Frenectomía	54
E) Tratamiento Post-Quirúrgico	55
F) Etapa Final	58
1.- Fases de Mantenimiento.	
2.- Tratamiento de Recidivas.	

CAPITULO VII	PARODONCIA PREVENTIVA	57
	a) Finalidad	
	b) Motivación	
	c) Elementos Necesarios	60
	d) Elementos Accesorios	
	e) Sustancias Revelantes	
	f) Técnicas de Cepillado	61
	g) Nutrición	64
	h) Trauma Oclusal	66

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIAS.

INTRODUCCION

Diversos términos han sido designados al periodoncio.

El término periodoncio fue usado desde 1914 por la Academia Americana de Periodontología; el A. R. P. A. Internacional utilizó, a partir de 1921 el término - parodontio, que luego en 1952, cambió por el de parodontio o parodontia.

Cada uno de estos términos coloquialmente sinónimos, tienen su serie de derivados para designar elementos o fenómenos relacionados. Ya sin embargo el más utilizado de uso generalizado es el de periodoncio.

El periodoncio no se considera un elemento aislado dentro de la cavidad bucal sino en estrecha y íntima relación que existen en todas las áreas - hasta las más complicadas como en las enfermedades periodontales, y tales enfermedades van a depender tanto de factores locales como de los factores generales o sistémicos que van regerando al organismo según la inmunología de cada persona.

Lo sabemos porque en el periodoncio se pueden manifestar enfermedades generales de tipo sistémico como son:

A) Enfermedades endocrinas, debido a la disfunción de glándulas endocrinas como la Tiroidea, hipófisis, etc...

B) Enfermedades debidas al metabolismo como en el caso de Calcio y Fósforo.

C) Deficiencias o carencias nutricionales de vitaminas A, B, C y D así como de las proteínas y minerales.

Existen los mencionados factores relacionados a la enfermedad periodontal - como la diabetes mellitus, disfunción de la tiroides y la inmunidad que se caracteriza por células, y las diversas deficiencias de vitaminas de ellos son normalmente sus estables a las infecciones bacterianas y micóticas oportunistas.

Por ello con este estudio sobre la fisiología y estructura la periodoncitis que tienen las enfermedades sistémicas, daremos el fundamento más adecuado a cerca de esta especialidad para así poder mejorar e eventualmente.

Se va hablar mucho de la importancia de la inmunidad que tienen las periodontopatías ya que según el momento viene de la causa de la patología de los dientes en pacientes adultos e incluso en algunas de estas áreas; por lo cual si no son tratadas una vez diagnosticadas con el diagnóstico al cual que la enfermedad se podría evitar mediante como en el caso de algunas inmunodeficiencias, tal -

• *sas periodontales y finalmente la pérdida de dientes.*

Cuando la enfermedad periodontal se ha incrementado en tal su magnitud es importante valorar el grado en que se encuentra y así poder realizar un diagnóstico preciso de la enfermedad para poder llevar a cabo el tratamiento adecuado.

Este estudio está encaminado a las diferentes etapas de la enfermedad periodontal tanto en las etapas crónicas como en las agudas.

El tratamiento o fase de mantenimiento post-quirúrgico es de suma importancia ya que de ello dependerá el éxito o el fracaso del tratamiento.

A continuación presento ante ustedes honorable Jurado este pequeño estudio, para con el cual espero sean benevolentes.

Atentamente,

La Autor.

CAPITULO I

Periodoncio.

A) Definición.

Es el conjunto de tejidos integrales por la encía, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento radicular, cuya función es la de sostén del diente. El Periodoncio junto con el diente constituyen una unidad anatómica formada por los cuatro tejidos ya mencionados, de los cuales los de ellos son mineralizados: el hueso alveolar y el hueso radicular y los otros dos: Encía y Ligamento Periodontal - que constituyen los tejidos blandos del periodoncio.

B) Tejidos Periodontales.

1.- Tejidos Blandos.

a) Encía.

Se denomina encía o tejido gingival a la mucosa que cubre el proceso alveolar - hasta el cuello de los dientes tanto por el lado bucal como por el labial o lingual. El tejido gingival es denso, blanco y firmemente adherido a hueso, en algunas zonas en condiciones normales se le cubre una película cuyo aspecto de su superficie es parecido semejante a la educación de algunas células como la mucosa.

La encía se divide dividida en tres regiones

1.- Encía Marginal o Libre.

2.- Encía Insetada

3.- Encía Alveolar.

Encía Marginal o Libre.

Es la que corresponde a las encías, en la parte de la mucosa que forma una línea circundante al cuello de los dientes hacia fuera en la parte interna se llama - de hueso gingival, es blanda; puede ser succionada mecánicamente; mide aproximadamente 1mm de ancho, y una profundidad al surco de 1.5 mm de promedio.

Encía Insetada.

Es la más firme y resistente a las lesiones en su unión inflamación, debido a - la estrecha unión con el cemento y el hueso alveolar superior. Tiene un ancho - variable, de acuerdo con las acciones de la boca se que se trata, es más ancho en su porción anterior, la presencia de papilas e inserciones musculares reduce su

Por vestibular la línea mucogingival se encuentra bien definida por lo que en su porción palatina la encía insertada se continúa sin límite con la mucosa palatina; por lingual suele tener características más delicadas ya que se continúa con la mucosa del piso de la boca.

Salvo en algunos casos en ésta última localización, la encía insertada tiene una superficie pontada.

Encía Alveolar.

También denominada papila interdental y es la parte de la encía que ocupa el espacio interdental y tiene tres funciones: dos de ellas son elevaciones — hacia la superficie vestibular y lingual o palatina respectivamente y esto es lo que forman las papilas interdentarias y la tercera zona que es la zona de mesión entre ambas papilas y se le llama col o colata.

Los primeros signos de volver en el curso de la enfermedad periodontal se presentan generalmente en la zona interdental presentándose enrojecimiento, edema y hinchazón; el estado alérgico es un aumento de volumen del tejido, — pérdida del contacto superficial y anclamiento del borde marginal; la superficie de la encía se hace más lisa, se torna brillante, cambia con facilidad — ante cualquier estímulo que se presenta como el cepillado dental, uso de la seda. A partir de ese momento se pasa a la remoción de estas células como que sucede esporádicamente.

Características Clínicas.

Color.

El color de la encía normal es rosado claro que se debe a la vascularización modificada por las zonas escleróticas y fibrilares. Alérgico puede aparecer una coloración marrón rosada o azulada más o menos intensa, localizada en la encía insertada debido a la presencia de melanina que suele estar relacionada con la raza o coloración de la piel.

Contorno.

El margen gingival sigue las ondulaciones de los cueltos de los dientes; la papila interdental debe llenar el espacio interdental hasta el punto de contacto. El margen terrina sobre la superficie del diente en forma afilada o "filo de cuchillo."

Consistencia.

La encía tiene una consistencia firme; la encía marginal puede ser separada levemente del diente con un instrumento o simplemente al chorro del aire.

La encía insertada está estrechamente unida al hueso y cemento subyacente.

Surco gingival.

Limitado por un lado por el diente y por el otro por la vertiente interna de la encía. Tiene una o-s'curidad de 1 a 2 mm. al ya mayor por las caras proximales de 2 a 3 mm y en las caras laterales 1 a 2 mm.

al sondaje no presenta secreción alguna ni hemorragia.

El color de la encía es a menudo de las siguientes factores:

1.- Grado de pigmentación.

Siendo una encía normal va a tomar el color más común, cuando muy raras veces de melanina es asintomática.

2.- grado de vascularización, que es mayor en el fondo y poco o nula en alveolar.

3.- grado de vascularización ya que está formada por vasos cristas:

basal, granuloso, esponjoso y queratinizado.

4.- Grosor del epitelio.

Características Fisiológicas.

La encía consiste en un tejido conectivo blando cubierto por un epitelio escamoso estratificado, que puede presentar diferentes características en las diferentes zonas.

La encía marginal se fija fijada por la cresta al margen gingival en las vertientes: una interna que se contrae al diente, otra externa.

La primera se continúa con la adherencia epitelial y constituye la pared externa del surco gingival.

La segunda se continúa con el epitelio que cubre la encía insertada y que tiene características similares a ésta.

Unión Dentogingival.

La encía se une al diente por medio de dos tejidos:

- 1) El epitelio formando la llamada adherencia epitelial y;
- 2) El conectivo por medio de la inserción de fibras colágenas al cemento.

El surco gingival y la unión epitelio-diente son bañados por un fluido gingival proveniente del tejido conectivo y que cumple una doble función:

- A) Lavaje y arrastre mecánico de partículas traídas o externas intralucidas.
- B) Defensa inmunitaria, por la presencia en el mismo de anticuerpos.

El tejido gingival es densamente colágeno, lo que le da la firmeza necesaria para resistir las fuerzas derivadas de la masticación, mantener a la adherencia epitelial contra el diente.

Las fibras gingivales se disponen en los siguientes grupos:

1) Grupo Gingivodental.

Estas son fibras de la superficie vestibular, lingual o interproximal. Van desde la franja surcival del cemento hacia la encía, tanto en su porción marginal como insertada.

2) Grupo Circular.

Estas fibras corren a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdental, y rodean al diente a modo de anillo sin insertarse en él.

3) Grupo Transental o Interdentales.

Situadas interproximalmente, las fibras transentales forman haces triangulares que se extienden entre el cemento de dientes vecinos, en los cuales se hallan incluidos; a veces se los clasifica con las fibras principales del ligamento periodontal.

Hay otro grupo existente denominada amorfosa, con inserción hacia vestibular, lingual y palatina pasando por la rama interdental.

Además de las fibras colágenas, la encía contiene células conectivas unicelulares abundante cantidad de mastocitos, cuya función no es bien conocida, pero se dice podría estar asociada al mantenimiento y formación de tejido conectivo y a los mecanismos de defensa.

b) Ligamento Periorontal

También se denomina Periradicular ya que su relación se limita a la raíz del diente, está constituido por tejido conjuntivo muy fibroso pero característicamente con una celularidad muy notable y el más elevado metabolismo renovado de sus proteínas principalmente colágeno.

Por esta razón, alteraciones en el metabolismo proteico o deficiencias o sintéticas de ácido ascórbico pueden ocasionar hasta la atrofia del ligamento dando lugar a la movilidad dentaria y muchas otras complicaciones.

El ligamento periodontal tiene fibras orientadas de tal manera que cualquier tracción, en cualquier dirección pueden ser amortiguadas por ellas ya que se anclan en el cemento (fibras de Sharpey) y en el hueso alveolar además un cuarto de sustancia fundamental le permite ser un mecanismo constituido por un adecuado cajonete que ayuda a mantener la distancia interdentaria.

Características histológicas.

Este tejido esta formado en su mayor parte por fibras periodontales o fibras principales del ligamento periodontal. En la zona colágena demuestran en haces, que surgen un trayecto ligeramente ondulado.

Los haces de estas fibras se forman en los siguientes grupos:

1) Grupo Transversal.

También denominada fibras de transmisión, se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se anclan en el cemento de dientes vecinos. Se reconocen muy bien incluso una vez pasada la estructura del hueso alveolar en la enfermedad periodontal.

2) Grupo Crestoalveolar.

Se extienden desde la cresta hacia el cemento y fibras hacia la corona. Su función principal es la de servir con el grupo transmisor de las fibras más principales, ayudan a mantener el punto de apoyo del diente y a resistir las fuerzas laterales del diente.

3) Grupo Horizontal.

Estas fibras se extienden horizontalmente al eje mayor del diente, desde el cemento hacia el hueso alveolar. Se insertan en un lado al del grupo anterior.

4) Grupo Oblicuo.

Ocupan la mayor parte del ligamento periodontal, tienen una dirección oblicua hacia apical, de hueso a cemento.

Soportan el grueso de las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

5) Grupo Vertical.

Estas fibras se irradian desde el cemento hasta el hueso, en el fondo del alveolo. No existen estas fibras en unives completas.

En cortes horizontales se ven haces de fibras en líneas más tangenciales que a son de importancia para resistir las movimientos rotacionales.

El ligamento periodontal contiene además, algunas escasas fibras elásticas, células conectivas, restos celulares de glóbulos, vasos y nervios; estos últimos están contenidos en espacios ovoides de tejido conectivo laxo.

Características radiológicas.

Radiográficamente el ligamento periodontal no se puede apreciar en sí, lo que se logra ver es el espacio creado por éste, que aparece como un espacio radiolucido alrededor de la raíz del diente.

Espesor del ligamento periodontal

Su espesor varía en normalidad pero se considera una de 1.5 a 2.0 milímetros, siendo menor en las coronas y la raíz del tercer molar con el tercer grado de la raíz con cemento duro. Llegando a un máximo en la zona cervical y algunos niveles intermedios en la zona apical. Estas variaciones son más claramente apreciables en las coronas libres que en las insertadas ya que se lesion el movimiento del diente en el alveolo, que es mayor en sentido horizontal que vertical, debido a la relativa fijación que aún las raíces le confiere.

En general, el ligamento periodontal tiene valores mínimos en el diente fuera de oclusión llegando a los valores máximos en el diente en condiciones normales de oclusión.

Mecanismo de Sostén del diente.

Las fuerzas transmitidas sobre la corona del diente son transmitidas por el ligamento periodontal al hueso en forma de tensiones.

Las fibras principales que tienen un trayecto ligeramente ondulado se ordenan y entran en tensión. El movimiento del diente ocasionado por fuerzas no axiales se hacen alrededor de un eje imaginario situado en las líneas uniaxiales en la unión del tercio medio con el tercio apical de la raíz con respecto óseo (raíz clínica), y en los dientes multifurcados en aleno espacio intraxial. Las fibras actúan frenando el movimiento intrusivo del diente, al dejar de actuar la fuerza del diente vuelve a su posición y las fibras creosolvementales inmediatas que se estiraron más allá de lo normal.

El mecanismo que se describe en las características descriptas anteriormente se consideran de suma importancia ya que es un mecanismo fisiológico ya que actúa como una especie de amortiguador. Debido a las fuerzas oclusales el espacio periodontal es reducido, para que ello ocurra, el fluido sinovial contenido debe desplazarse a través de las fenestraciones de la cortical ósea hacia los espacios subulares.

El lento desplazamiento de dicho fluido evita la compresión súbita de ligamento, creando así el movimiento de intrusión.

2.- Tejidos Duros.

a) Cemento.

Es el tejido mesenquimal más calcificado que cubre la raíz anatómica del diente, cubriendo a la dentina. Su espesor, variable es variable y puede tener de 2.1 a 1 mm, siendo el sitio de mayor grosor el ápice, aquí es donde se encuentran incluidas la matriz, las células formadoras cementos, es una variedad de tejido conectivo especializado en secreta matriz al punto en su constitución sólo que a diferencia de éste su reproducción no conserva elementos vasculares sanguíneos. Hay dos tipos principales de cemento: cemento secundario (primario) y celular (secundario); en los se componen de una matriz interlobulillar calcificada y fibrillas colágenas.

El cemento acelular o primario está orientado hacia el cuello del diente y es más delgado.

El cemento celular o secundario no se tanto se encuentra en la unión apical continuándose con el cemento acelular. Las fibras de Sharpey ocultan la parte parte de la estructura del cemento acelular que describe a nivel periodontal en el

sostén del diente junto con el ligamento periodontal.

La unión amelocementaria es un sector de mayor interés, ya que es la zona cubierta por la encía y sobre ella se realiza frecuentemente el tratamiento básico del lavado. Según la relación entre el corallo y el cemento, se encuentran tres situaciones diferentes: en la mayor parte de los casos el cemento cubre el borde apical del esmalte, otras veces ambos tejidos están en contacto sin que ninguno cubra al otro y el menos frecuente es que no lleguen a tener contacto, quedando una franja de dentina no cubierta.

El espesor del cemento es mínimo en la zona cervical, va aumentando hacia el ápice, el espesor del cemento aumenta con la edad, en relación con la erucción - continua del diente.

La nutrición del cemento está dada a través de los cementocitos y sus prolongaciones anastomósicas provenientes de la superficie periodontal.

d) Hueso alveolar.

También denominada lámina limba e ilia, es la parte de los huesos maxilar superior y mandíbula que forman las alveolas dentarias. se continúa a su nivel de continuidad con el resto de la estructura ósea.

El tejido óseo que se conserva en características de esmalte es por lo que se facilita su remodelación en caso necesario en los tratamientos de ortodoncia.

En el hueso alveolar, zonas vecinas se distinguen:

a) la cortical alveolar limita el espacio periodontal; está formada por hueso de inserción, de origen periodontal y el lugar de inserción de las fibras periodontales del ligamento periodontal; el hueso de anclaje de origen es el que su función es sólo la de refuerzo de la cortical alveolar y se encuentra reforzada por numerosas trabéculas que unen al ligamento periodontal elementos vasculares adyacentes del hueso.

b) el esponjoso periodontal naturalmente aparece en las zonas adyacentes de acuerdo con la zona maxilar de que se trate. aparece en trabéculas óseas que limitan espacios más o menos anchos de redículo o riego.

La densidad del esponjoso depende de dos factores: la función y los factores generales. en la función la densidad del esponjoso aumenta con el trabajo a la que está sometida el diente, los dientes sin erucción tienen su esponjoso más areolar que aquellos con erucción normal.

Los factores anatómicos e histológicos más importantes que influyen sobre la re-

ducción en la densidad del esponjoso.

el Vascularización Periodontal.

Existen vasos en las tabiques óseos que son ramas laterales que, atravesando las foraminas entran en el ligamento periodontal, donde toman direcciones paralelas al eje rapax del diente; algunas siguen siempre en el ligamento un plano más cercano al hueso que al cemento debido al retículo más activo de aquél.

La encía recibe su irrigación de vasos que atraviesan los tabiques óseos interdentales y de vasos peristémicos, y se tiene noción, de vasos de ligamento — periodontal.

También cabe mencionar la rama rama vascular subperiosteal de la encía y, en especial, de la goma vecina a la adherencia epitelial.

CAPITULO II

El Periodoncio en la Enfermedad Periodontal.

El estado inicial de la gran mayoría de las enfermedades periodontales es la inflamación gingival o gingivitis; se ha considerado como una enfermedad generalizada que los agentes inflamatorios penetran en el espacio gingival por medio de los espacios intercelulares del epitelio crevicular a través de la adherencia epitelial anormalmente ligera.

Durante la iniciación del proceso inflamatorio las fibras colágenas situadas alrededor de la base de la adherencia epitelial se degradan por acción de enzimas volviéndose difíciles de observar.

A medida que el proceso avanza, las fibras se van acumulando en la superficie radicular, mientras que las células ubicadas en la zona más dorsal de la adherencia proliferan y migran apicalmente; este proceso es el que se conoce como bolsa periodontal; durante este período se puede observar el corion gingival con signos de inflamación como infiltración crónica de leucocitos, proliferación de vasos sanguíneos etc..

Como respuesta a la inflamación se inicia la reparación química de esta zona con procesos de renovación de tejido de granulación en el área gingival adyacente a la pared lateral y base de la bolsa periodontal.

La segunda parte de esta enfermedad lo denominamos las ulceraciones y la formación de la bolsa conocida con el nombre de Parodontitis.

Si la inflamación inicial no se controla, la bolsa periodontal se profundiza a través de la migración apical ya descrita anteriormente de donde surge a la separación de la parte coronaria del diente.

La pared interna de la bolsa consiste en una línea de cemento frías con restos desorganizados de fibras periodontales, a medida que va avanzando la inflamación al estado ulceroleso comienza a acumularse en el fondo de las bolsas, y las células conectivas comienzan a mostrar signos de regeneración (degeneración de fibroblastos); las fibras colágenas se esmaltan y son reemplazadas por una masa necrótica oscura.

El exudado inflamatorio se extiende a través de pasajes preexistentes en los -
 cuales la infiltración alcanza el periostio alveolar y los espacios medulares; el
 Ligamento periodontal en raras casos llega a ser invadido.

Morfológicamente la osteólisis del hueso puede ocurrir de dos formas diferentes:

1.- Reabsorción Horizontal.

En la cresta alveolar que se ha alterado.

2.- Reabsorción Vertical o Infrina.

En la superficie interna del alveolo.



Cresta Alveolar Normal
 (aparece a la altura de la
 unión esmalto-semento)



Osteo Infrina
 Reabsorción hueso horizontal



Osteo Infrina
 Reabsorción hueso vertical
 en alveolo.

CAPITULO III

Etiología de La Enfermedad Periodontal

Existe mucha discrepancia dando lugar a polémicas entre los estilistas de la materia al buscar el origen de la enfermedad periodontal, entre los cuales se citan factores ambientales locales, factores sistémicos, factores modificantes, genéticos, y uno de los más importantes es la de la presencia de las bacterias sin la cual no sería posible el inicio de la enfermedad suponiendo una inflamación inespecífica; más la etiología de la enfermedad es múltiple.

Sin embargo muchas personas resisten el ataque de estos agentes y se vuelven inmunes a la inducción de una inflamación, por lo que, cuando se produce una infección de bolsa casi extraordinaria, sólo en aquellos en que la enfermedad es evidente, pero de progreso lento y de curación fácil.

La enfermedad periodontal probablemente no sea una verdadera enfermedad sin autoinmunidad pero se están revelando relaciones e interacciones vitales a los componentes de la misma en la cual el tejido gingival puede ser afectado negativamente por la interacción antígeno-anticuerpo.

Otra de las causas a las que está sometida la enfermedad periodontal son las llamadas factores sistémicos sistémicos e interacciones en las cuales al menos algunos factores actúan están íntimamente ligados a la enfermedad periodontal.

La continuación respecto una clasificación sencilla de Factores Sistémicos del origen de la enfermedad.

La enfermedad periodontal se manifiesta como consecuencia de la interacción de una serie de factores que son así clasificados en Locales y Generales ó Sistémicos.

Los Factores Locales son aquellos que actúan por vía externa, directamente sobre las estructuras periodontales y entre los cuales se encuentran:

1. Factores mecánicos, que a través de su acción mecánica provocan la aparición de una inflamación del tejido gingival.
2. Factores traumáticos, que ejercen su acción sobre la corona del diente, ocasionándose por éste a las estructuras periodontales.

Los Factores Generales o Sistémicos son aquellos factores externos o físicos que responden a su vez a diferentes causas, tales como: no son enfermedades generales detectables, que contribuyen la resistencia tanto ante la acción de factores locales.

A) Dentro de los Factores Locales tenemos:

1.- Placa Dentobacteriana.

Los dientes se hallan expuestos a los medios que los rodean ya sea de un modo protector o destructor formándose sobre la superficie dental compuestos orgánicos aún en un diente recién de limpiar, y se forma en pocos minutos al contacto con la saliva una "película adquirida"; esta película es una lámina muy delgada, amorfa, homogénea, acelular, clara y exenta de bacterias; pero al adherirse a las superficies dentales, incluso a los dientes que están constantemente sometidos a abrasiones y fricciones. El origen de la película aún no se conoce pero se cree que es el resultado de la precipitación o degradación de proteínas y mucoproteínas salivales sobre la apatita adamantina, a partir de que es la precursora inmediata de la Placa Bacteriana.

La Placa Bacteriana es una película transparente e incolora, adherente al diente compuesta por bacterias diversas y células desmenuzadas, dentro de una matriz de mucoproteínas y mucopolisacáridos. La placa bacteriana en su estado inicial no puede ser visible y para ser detectada debe ser coloreada con sustancias reveladoras.

La formación de la placa se realiza en dos etapas:

a) Formación de la película cubriendo la superficie del esmalte.

b) Implantación y subsecuente crecimiento y colonización de las formas bacterianas en la superficie exterior de la película que se realiza de 12 a 24 horas.

Los y colaboradoras estudiaron en humanos la formación de la placa mediante establecer así tres períodos en el desarrollo de la misma:

1) Durante los dos primeros días, hay proliferación de cocos y bacilos gram positivos de la flora normal y aparición de cocos y bacilos gram negativos.

2) Entre el 2º y 4º días hay una proliferación de bacterias fusiformes y filamentosas.

3) Entre los días 4º y 7º, se agregan espirilos y espiroquetas, formándose una flora compleja.

Desde el momento en que se establece la flora compleja se diagnostica una *Lipera gingivitis*.

Hay numerosas facturas en la acción causada en parte por el contacto íntimo y prolongado de la placa bacteriana con los tejidos gingivales, favoreciendo así su acción bacteriana.

2.- Cálculo.

Es la masa calcificada y adherente que se forma sobre la superficie del diente. Puede ser supra o subgingival, según ya sea su localización por encima o por debajo del margen gingival.

a) Cálculo supragingival.

Es de color blanco o blanco amarillento, pudiendo tomar color exógeno como tabaco, café etc.. Su consistencia es arenosa blanda y no se encuentra adherida fuertemente a la superficie del diente.

El cálculo supragingival se localiza, además, en dientes en malposición o fuera de función, por masticación unilateral o falta de antagonista; en mayor cantidad en personas con mala higiene bucal. El cálculo supragingival comienza a formarse llenando los espacios muertos del espacio gingival, cubren la raíz por aposición de nuevas capas, hasta unirse con el del diente vecino formando un puente por encima de la papila interdental.

b) Cálculo subgingival.

La infección crónica asociada con la placa blava frecuentemente a la formación de bolsas periodontales, en las que suelen aparecer cálculos subgingivales.

El cálculo subgingival es generalmente de color oscuro, negro o verdoso, aunque en algunas ocasiones puede ser blanquecino, liso y duro, de consistencia vítrea.

Se localiza en cualquier cara del diente tomando diversas formas como el; nodular, nodular con prolongaciones, islotes aislados, redondas.

El cálculo subgingival se encuentra adherido al límite en su superficie por enclaje mecánico, en las irregularidades de la superficie cementaria.

El proceso de la formación de cálculo se inicia con un depósito de material orgánico blando sobre la superficie del diente; es un depósito mecánico, bacteriano y químico; esta redícula de mucina y bacterias se impregna de sales de Ca; además se depositan cristales de fosfato de Ca en líneas longitudinales en la redícula y en la matriz de la placa; al tiempo requerido por la formación del cálculo se mide en días y va a depender de las alteraciones de la dieta en cada individuo.

El cálculo se forma dentro de la placa bacteriana y se adhiere firmemente al diente en su porción coronal en la que conforma el borde gingival.

Los depósitos supragingivales del cálculo interfieren para actuar un flujo a formar bolsas e infección de la raíz gingival.

El cálculo subgingival se forma en las bolsas de infección gingival y se halla en constante crecimiento y se va a ir uniendo al sistema.

c) Mecanismo patógeno del cálculo.

La formación de cálculos, y la profundidad del surco gingival formando una bolsa periodontal, son dos fenómenos generalmente asociados. Puede haber, sin embargo, bolsas profundas con escasa o nula cantidad de cálculos, así como también formación abundante de cálculos supragingivales con inflamación gingival y sin bolsa.

Puede haber también cálculos subgingivales sin cálculos supragingivales, pero - la placa no necesariamente siempre se mineraliza.

El cálculo mineralizado pone a su cubierta bacteriana un contacto con el medio - doncio; interfiere en los mecanismos de autolimpieza; dificulta la remoción de la placa por parte del paciente.

Existe una tendencia individual a la formación de cálculos y a la velocidad de su deposición; no se conocen aún las causas o factores que influyen en este fenómeno. La higiene bucal correctamente practicada es capaz, según los casos, de impedir la formación de cálculos o hacer más lenta su formación.

d) Formación del cálculo como resultado de la placa.

Pudiendo ser la mineralización de la placa un mecanismo de defensa éste tendría que eliminarse independientemente a cualquier lesión en relación al origen de la misma ya que no le aporta ningún beneficio más al paciente.

Se dice que la mineralización de la placa no es necesaria para que se inicie la periodontitis ya que el contenido mineral del cálculo es similar al mineral del diente y que solamente sería un irritante local por su superficie áspera.

3.- Trauma Oclusal.

Clinicamente el traumatismo del diente puede clasificarse en primario y secundario; en el primario la fuerza es fisiológica, en el secundario la fuerza es fisiológica o novernal de los dientes a causa de fuerzas anatómicas.

La función normal como la masticación, deglución y fonación no causan daño - por lo contrario una masticación errónea ayuda a conservar la salud del diente.

Las fuerzas funcionales son básicamente verticales; son resistentes por la mayor parte de fibras del ligamento periodontal; estas fuerzas son un factor crítico en la relación con la salud e integridad estructural del diente ya que unido con el hueso alveolar por el cemento alveolar funcional unido a las fuerzas oclusales para mantenerse sanos.

Cuando la función oclusal es deficiente tanto se vea se destruyen; y viceversa cuando éstas se ejercen como se vea se ven dañadas, el mal de la oclusión causado a los tejidos, como la abocadura; extensión de la línea de unión una función de la intensidad y dirección de dichas fuerzas. En este sentido la oclusión traumática puede -

ser considerada no como una causa primaria pero sí secundaria de la enfermedad periodontal.

La oclusión traumática puede ser también debida a restauraciones y prótesis no indicadas o sometidas a reglas de la oclusión que pueden ser corregidas mediante una correcta práctica práctica odontológica.

Algunos hábitos como el bruxismo, la atrición, proyección de la lengua contra los incisivos inferiores al tragar, respiración bucal, la onicofagia etc., son algunos de los factores locales del tipo traumatizantes asociadas a la enfermedad periodontal.

4.- Empaquetamiento de Comida.

Otro factor que favorece a la enfermedad es el empaquetamiento de comida, es la introducción forzada de restos alimenticios en un espacio interdental por las fuerzas oclusales. Las partículas que forzan el alimento en el espacio interdental cuando se llaman " partículas irrelevantes ". La existencia de un contacto firme e intacto impide el empaquetamiento de comida, así la comida forzada en un espacio interdental y no eliminada del mismo favorece la deposición de placa, provocando una reacción inflamatoria gingival.

El empaquetamiento de comida produce dolor y sangrado, favoreciendo la formación de caries y abscesos periodontales.

El empaquetamiento de comida es debida a:

- 1.- Atrición marcada que elimina los arborales marginales que tienen a distalar los dientes, abriendo los contactos interproximales.
- 2.- Pérdida del esmalte proximal por extracción o caries extensa en el diente adyacente, tendiendo a abrir el contacto; La extracción de un diente que destruye ambos contactos.
- 3.- Dientes móviles o en malposición con contactos interproximales anormales o defectuosos.
- 4.- Restauraciones tentativas incorrectas que no reconstruyen adecuadamente el contacto proximal o no tienen una anatomía oclusal normal que devida el bolo alimenticio y lo aleje del espacio interdental, favoreciendo el estímulo microbiano para la formación de placa e infección gingival.

La conducta a seguir en tales casos es la remoción de los factores locales irritantes y vigilar a que los tejidos cicatricen.

5.- Instrumentos utilizados en la Higiene Bucal.

El uso inadecuado o incorrecto del cepillo puede causar irritación e inflamación por la irritación excesiva de dichos cepillos en la higiene oral; así como los usados para zonas interproximales como el hilo dental ya que la estimulación constante provocaría que el paciente consiga retroceder el borde gingival.

La irritación producida en el conducto introducido de los dientes es una de las principales causas de lesión de la mucosa alveolar que forma el borde gingival libre allí donde se ha perdido la encía viva.

Otros factores que se asocian a la enfermedad periodontal y que el cirujano ortodonta debe tomar en cuenta son los relacionados con una mala operatoria dental dichas causas están clasificadas dentro de las literaturas como Factores Patógenos.

En la práctica general el ortodonta debe realizar obturaciones tanto de Operatoria como la de Prótesis, de allí que se debe tener en cuenta una serie de consideraciones prácticas en este sentido se tienen diferentes variables una ocasionar el inicio de la enfermedad.

Cuando las obturaciones cumplen con las características necesarias, producen los efectos deseados como lo son:

- a) Extensión excesiva de las partes de las restauraciones dentales por limitar el acéfalo de restos alimenticios, es decir, la higiene bucal es buena.
- b) Retención de cemento dental en el surco gingival ya que se le agrega la línea irritante y mecánica.
- c) Penetración del borde cervical de coronas cementadas o muy bien adaptadas.
- d) Puntos de contacto inadecuados, van a dar el mantenimiento de curvas ya descrito con anterioridad.

B) Factores Generales o Sistémicas.

Los factores sistémicas son aquellos factores internos orgánicos que responden a su vez a diferentes causas, relacionados o no con enfermedades generales detectables y que condicionan la resistencia tisular ante la agresión de los factores locales.

1) Factores Nutricionales.

Las deficiencias nutricionales han sido consideradas como el factor primordial de numerosos cambios bucales ya que juegan un papel importante en la respuesta tisular ante diversas injurias; respecto al papel importante que juega desde el punto de vista periodontal están:

- la consistencia de la dieta, ya que dicha consistencia va de acuerdo al estado de salud de las encías o en general de los tejidos blandos.

Los alimentos nutricios de la dieta son de importancia para mantener el metabolismo normal que condiciona la respuesta ante agentes irritantes locales.

Deficiencias Vitaminicas.

La vitamina "C" ha sido desde hace siglos considerada de suma importancia en relación con problemas gingivales; además con la producción y mantenimiento de los tejidos de origen mesenquimático: el tejido colágeno, el osteoide, la dentina y las sustancias intercelulares; forma un papel muy importante en la cicatrización de heridas, donde la formación de vasos son etapas básicas.

La deficiencia de esta vitamina produce la enfermedad conocida con el nombre de escorbuto cuyos síntomas y signos son hemorragias gingivales, agnecamiento gingival, aflojamiento y caída de dientes.

En deficiencias de diversos componentes del complejo B (riboflavina, ácido nicotínico, ácido fólico en animales experimentales, se han descrito lesiones gingivales ulceronecroticas probablemente debidas a una inmunosupresión y reducción de las defensas orgánicas.

Proteínas, Grasas e Hidratos de carbono.

Las proteínas son factores importantes en la dieta, la deficiencia de ésta provoca un desarrollo y una respuesta deficientes, retraso en la curación de heridas, muy susceptibles a la infección, lesiones heréticas, reducción de la actividad orgánica y anemia.

Manifestaciones Bucales.

La carencia de proteínas causa los siguientes cambios en el organismo en sus órganos: degeneración del tejido conectivo de la encía y del ligamento periodontal, osteoporosis del hueso alveolar, retraso en el desarrollo de los dientes, cicatrización lenta de las heridas; además reducen la resistencia del organismo a las lesiones del ligamento periodontal más no tienen relación con el desarrollo de la enfermedad periodontal en humanos.

2) Factores Endógenos.

Al igual que en las deficiencias vitamínicas, la carencia de proteínas actúa en conjunto con el de la malnutrición de la respuesta inmunitaria tanto en las manifestaciones periodontales de transmisión vertical como también en las enfermedades autoinmunes, tales como leishmaniasis y sífilis que favorecen el establecimiento de caries o el trauma al diente por las bacterias que dificultan la higiene bucal o la masticación.

La atrofia por hipofunción de la saliva y por trastornos hormonales también provocan cambios periodontales en estas situaciones.

Las enfermedades de la glándula parotídea como algunas alteraciones renales, diabetes de enfermedades sistémicas, en el hipoparatiroidismo se produce disminución de calcio en el hueso, conteniendo un tejido conectivo de carácter fibroso y células gigantes.

También se ha dicho que en el ratón humano la enfermedad es causada por

3) Inestabilidad.

Las alteraciones hormonales producidas durante el embarazo afectan a los tejidos gingivales de tipo inflamatorio, manifestándose en gingivitis, la encía puede aparecer aumentada de volumen y roja, se tornan más inflamadas y se ve el aumento de las acciones irritativas locales más no se ve de un modo a generalizado el tejido de unión.

En el tercer trimestre del embarazo el aumento de gingivitis se ve relacionado con la acción gingival, a medida que los niveles de los estrógenos y progesterona, estrógenos y prolactina; al principio del parto los niveles de estrógenos y progesterona se normaliza la reacción gingival, pero puede ser más del parto.

4) Diabetes.

Es una enfermedad de suma importancia en el problema periodontal, básicamente, es un trastorno crónico del metabolismo de los carbohidratos por una deficiencia de insulina (células de los islotes de Langerhans) del páncreas o por defectos de insulina. Esta enfermedad es muy común. Adquiridamente, más en la vejez la acción metabólica de los carbohidratos interviene además de la insulina que baja la glucemia, las células alfa del páncreas (secretan el glucagón), las hormonas corticoadrenales.

Entre los síntomas que caracterizan a esta enfermedad son: debilidad general, pérdida de peso, sed excesiva, poluria y polifagia. El diagnóstico se basa en el hallazgo de hiperglucemia y glucosuria. Además de la diabetes que tiene una importancia general es allí que se tenga que tener en cuenta una historia clínica en pacientes de descendencia familiar diabética que tienen — curvas de laboratorio normales.

El tratamiento del diabético es según la gravedad en que se encuentre ya sea con dieta que reduce la cantidad de carbohidratos, o con la administración diaria de la insulina. En pacientes diabéticos muestran un aumento de las infecciones, lo que predomina en a lesiones periodontales, que se caracterizan por abscesos periodontales, gran destrucción tisular en las áreas iniciales, retraso en la cicatrización desfavorable con el tratamiento, abscesos múltiples, gingivitis inflamatorias, aumento de la movilidad dentaria característicos en enfermos diabéticos.

En los diabéticos periodontales se han encontrado que las lesiones gingivales son de carácter y severidad similares a las de los no diabéticos.

5) Factores Hematológicos.

Hay algunas enfermedades de la sangre que tienen un efecto en el estado de vista periodontal, ya sea por presentar manifestaciones periodontales o por ocupar cuidados especiales para su tratamiento.

Leucemia.

Es una enfermedad que se caracteriza por el trastorno de las líneas hematopoyéticas, lo que lleva al aumento del número de leucocitos.

La leucemia puede ser linfoide o mieloide, según el tipo de leucocito del que se trate; aguda o crónica según su evolución. También se ha descrito un tipo leucemia monocítica en el cual las lesiones bucales serían frecuentes.

La leucemia crónica no presenta lesiones bucales, mientras que la leucemia aguda, si la hace, en algunos casos, estas lesiones se caracterizan por la presen-

cia de petequias y hemorragias, provocadas por una rifeña a veces muy pronunciada - por el número de plaquetas en sangre.

En algunos casos se suele presentar equimosis gingivales debido a la acumulación de células leucémicas en el espacio gingival.

Además en casos de mielomas de leucemia en que la resistencia general está muy disminuida por la enfermedad, suele haber una gingivitis ulcero-necrotizante, en estas casos el factor general es más importante y la gingivitis necesita para su curación de la presencia del tratamiento sistémico.

Síndrome victorin

Enfermedad grave de origen probablemente viral, que afecta a las fajas; en algunos casos puede ser ulcero-necrotizante.

Se caracteriza por ser una enfermedad de leucemia o leucemias secundarias, en casos raros puede haber una gingivitis ulcero-necrotizante, llamada neutropenia - toxifílica o cíclica.

Al igual que en la leucemia puede ser de la infección, que puede llevar rápidamente a la muerte, en algunos casos aparecen pocas lesiones ulceronecrotizantes gingivales por un tiempo limitado, y en otros casos cíclica o necrosis necrosis ulcerosa auto-limitada y recurrente.

En éste caso le enfermos está enfermo y con un tratamiento etiológico sin producir la curación definitiva.

Enfermedades hemorrágicas.

Existen enfermedades que afectan a las fajas hemorrágicas, entre las cuales tenemos como primer ejemplo la leucemia, la cual produce que puede tener con grandes hemorragias gingivales y nasales, y hemorragias que también puede ocasionar serias hemorragias tanto gingivales como nasales, en tales casos se tendrá que consultar con el médico tratante.

6) Factores Psicosomáticos.

En éste tipo de factores puede encontrarse una relación causal de la enfermedad periodontal, que pueden relacionarse con los siguientes hábitos: consumo de drogas, u otros hábitos occlusales que llevan a lesiones traumáticas o bien produciendo la resistencia general a infecciones, como ocurre en la gingivitis ulceronecrotizante. Otro factor lo es la genética es el "síndrome" anglicano o "síndrome" en las que puede haber muchas lesiones a la faja. En algunos casos con la inmunidad - para producir la hipersensibilidad a la faja. En algunos casos con la inmunidad - para producir la hipersensibilidad a la faja. En algunos casos con la inmunidad - para producir la hipersensibilidad a la faja.

Otro tipo de pacientes es el que tiene una historia de cardiopatías reumáticas o congénita, u otras formas de lesión cardíaca, son especialmente susceptibles a endocarditis bacteriana. Cuando pasan bacterias al torrente sanguíneo pueden alojarse en las válvulas cardíacas lesionadas o en otras partes del endocardio y causar una endocarditis bacteriana.

En los pacientes con este tipo de enfermedad se ha de usar antibióticos antes de realizar cualquier intervención quirúrgica.

Los antibióticos se emplean para destruir, o disminuir las bacterias o disminuir su virulencia. Así también en caso de que se haya producido una invasión controlada de bacterias que se ha establecido en las válvulas cardíacas, con el fin de evitar su continuación de causar una endocarditis.

CAPITULO IV

Diagnóstico Pericardial.

El diagnóstico en la enfermedad pericardial es el fundamento principal a base de una cuidadosa e a fondo descripción y exposición la historia clínica médica con énfasis; caracterizables como el síndrome del triángulo rojo, un exámen pericardial, así lo exploración del corazón y análisis de la oclusión.

El exámen clínico pericardial se realiza una vez en la posición correcta valiéndose de una mano pericardial, un espejo para así como el de otros instrumentos como estetoscopia y esclerofilia cística. Otros elementos constantes una llogra - a realizar un buen diagnóstico con la ayuda de radiografía, ya sean en serie e individuales, ondas e imágenes con el fin de situar con una perspectiva adecuada de fuertes efectos radiográficos para dicho diagnóstico.

Se realiza minuciosamente el interrogatorio al paciente para la siguiente información:

Datos personales: nombre, dirección, edad, estado civil, ocupación.

Objetivo de la consulta: por qué se ha venido a las emergencias por qué siempre es muy común, con fines de diagnóstico, a saber así se atiende el problema directamente de parte de la institución el exámen y diagnóstico completos.

Antecedentes de la enfermedad actual.

a) Frecuencia de visitas al Pericardio.

b) Frecuencia de tratamientos anteriores.

c) Extraordinarias causas de ingreso a la emergencia.

d) Tratamientos médicos anteriores que se hallan realizados antes o durante el tratamiento actual.

e) Signos vitales: ritmo e intensidad del latido, tono de los latidos, técnica de control así como la frecuencia y calidad de los latidos y uso de sus complementos.

f) Síntomas neurovegetativos actuales, como náusea, vómitos, insomnio, halitosis, etc.

A) Diagnóstico clínico.

1) Antecedentes personales.

Historia personal en que se debe el diagnóstico de la enfermedad actual con énfasis en el diagnóstico clínico para así se atiende directamente a la emergencia de la emergencia.

8) Diagnóstico Radiográfico.

El estudio radiográfico es el complemento indispensable en todo diagnóstico periodontal, así como para el control periódico del tratamiento.

Para la finalidad buscada de cada paciente se tomarán radiografías en serie con catorce películas, la serie debe de incluir, radiografías periapicales de cada diente y de cada espacio interdental.

Respecto a las limitaciones que se deben tomar en cuenta; las radiografías sólo serán un complemento clínico de diagnóstico y por lo tanto no se debe confiar en ellas. En una radiografía no se verán ni más ni alteraciones en el tejido blando, sólo se observarán los cambios óseos. Así mismo siempre en la radiografía la profundidad de las bolsas, se ve sólo en radiografías periapicales, como en la pitavancha o algunas puntas metálicas cervicales.

Radiográficamente el espacio periodontal se observará usualmente alrededor del diente en el cual se observará el espacio interdentario que es de un tercio de milímetro apical, siendo ligeramente grueso en zonas cervicales y apicales.

En el frente se debe analizar desde el punto de vista radiográfico la forma, forma y número de raíces, la presencia de dientes, raíces, resacas y curvas, se pueden observar resaca de raíz, en la radiografía radiográfica sin que por ella se tenga que contar con un diagnóstico, y el mismo en la radiografía periapical.

1.- Pérdida Ósea.

La cantidad de hueso residual se compara en comparación con la altura normal del hueso interdental; se puede observar la presencia de lesiones en las bifurcaciones de las raíces dentarias.

Se puede determinar además el tipo de pérdida ósea, horizontal o vertical en los espacios interdenciales.

Las radiografías periapicales se toman en la posición normal, puntas en límites subperiapicales ya que este forma muestra la profundidad de un periosteo laminar. Se ya que coincide la llegada del instrumento en esa zona.

En el trauma oclusal radiográfico, cuando se observa ensanchamiento horizontal localizado (ensanchamiento de la cortical); el trauma más avanzado provoca un marcado ensanchamiento horizontal generalizado y división de la cortical de las coronas laterales; cuando éste trauma avanzado se convierte se produce pérdida ósea vertical que eventualmente llega al ápice, dando una imagen radiológica periapical.

que fácilmente.

En general la gingivitis es una reacción a un factor etiológico local, y en su importancia es local también.

La inflamación puede ser aguda o crónica con variaciones y exacerbaciones. La G.B.N.A. es un tipo limitado de lesión alérgica que tiene los límites estrictos de las papilas interdenciales y los márgenes gingivales, en consecuencia delimita los márgenes en las relaciones interdenciales como defectos a menudo asociados a los superficies bucales y linguales. Los tejidos sanos fibrosos y elásticas, y el aumento de la actividad asociada a la necrosis.

Existen diversos tipos de gingivitis, que se relacionan con las lesiones alérgicas y los procesos patológicos que las producen.

- Gingivitis aguda.
- Gingivitis crónica.
- Gingivitis hipertrófica.
- Gingivitis degenerativa.
- Gingivitis hipertrófica hipertrófica.
- Hiperplasia gingival.

Gingivitis aguda

La inflamación se caracteriza por un aumento de la vascularización, y la inflamación aguda se caracteriza por un aumento de la vascularización, y la inflamación aguda se caracteriza por un aumento de la vascularización.

Gingivitis crónica

Se caracteriza por un aumento de la vascularización, y la inflamación crónica se caracteriza por un aumento de la vascularización, y la inflamación crónica se caracteriza por un aumento de la vascularización.

Gingivitis hipertrófica

Esta enfermedad es una inflamación crónica que se caracteriza por un aumento de la vascularización, y la inflamación crónica se caracteriza por un aumento de la vascularización.

El diagnóstico se establece por el examen clínico y el examen histológico.

El tratamiento se establece por el examen clínico y el examen histológico.

a) Gingivitis hipertrófica

La lesión más infecciosa a más frecuente en la encía, entre las que se designan son: gingivitis de placa, gingivitis bacteriana, candidiasis bucal o boca de trinchera.

La aparición es repentina presentándose en forma de enrojecimiento, hinchazón y sangrado de los tejidos blandos de la zona gingival.

Principalmente la Gingivitis se presenta en forma de inflamación localizada, especialmente en la zona anterior, pero puede ser generalizada en forma de inflamación marginal, lingual o sublingual. Los factores más importantes que favorecen la aparición de la gingivitis son: la higiene bucal deficiente, el uso de dentadura postiza, el tabaco y la diabetes mellitus. La inflamación se caracteriza por un aumento de la vascularización y un edema de los tejidos afectados.

Entre los factores predisponentes se encuentran: el uso de dentadura postiza, el tabaco y la diabetes mellitus. La inflamación se caracteriza por un aumento de la vascularización y un edema de los tejidos afectados.

Entre los factores predisponentes se encuentran: el uso de dentadura postiza, el tabaco y la diabetes mellitus. La inflamación se caracteriza por un aumento de la vascularización y un edema de los tejidos afectados.

Desde el punto de vista clínico, el cuadro se caracteriza por un aumento de la vascularización y un edema de los tejidos afectados. La inflamación se caracteriza por un aumento de la vascularización y un edema de los tejidos afectados.

Hiperplasia gingival.

Se le denomina hiperplasia gingival a un aumento de la vascularización y un edema de los tejidos afectados. La inflamación se caracteriza por un aumento de la vascularización y un edema de los tejidos afectados.

- 1.- hiperplasia gingival localizada.
- 2.- hiperplasia gingival generalizada.
- 3.- hiperplasia gingival sistémica.

Hiperplasia gingival localizada.

Esta lesión se caracteriza por un aumento de la vascularización y un edema de los tejidos afectados. La inflamación se caracteriza por un aumento de la vascularización y un edema de los tejidos afectados.

Gingivitis Infecciosa (Gingivostomatitis Herpética)

Es una infección de la cavidad bucal causada por el ataque primario en individuos no inmunizados del virus herpes simple, frecuentemente infecciones secundarias complican la enfermedad.

Se presenta con mayor frecuencia en lactantes; en niños menores de 5 años aunque se puede presentar también en adultos.

Se manifiesta como una lesión difusa, eritematosa y brillante de la encía y de la mucosa bucal adyacente.

Aparecen vesículas esféricas pequeñas que se localizan en la encía, mucosa sublingual, labial o bucal, en ocasiones la gingivitis infecciosa no presenta vesículas, esta enfermedad dura de 7 a 10 días, cura sin dejar cicatriz.

2.- Distróficas.

Es un estado patológico debido a trastornos de la nutrición tisular por alguna alteración del metabolismo celular y se manifiesta por degeneración atrofica o hiperplásica.

A)

Tramatismo del útero.

Es debido a las fuerzas de retracción excesiva, sus causas son esencialmente las siguientes: El tramatismo del útero comienza típicamente y origina en las fuerzas del movimiento peristáltico que se originan una contracción lenta y de poca fuerza fisiológica patológica del peritoneo.

Clinicamente se observa: un tórax delgado, las costillas bien marcadas, el gasto en la corona, los costales aumentados y las tensiones entre la retracción céntrica y la retracción cólica, las tensiones en la dirección de las fuerzas que están latiendo al peritoneo.

Uno de los signos más típicos de la enfermedad que se manifiesta en la punta del útero ocular es el aumento del tamaño de la cavidad peritoneal, debida a la retracción del hueso alveolar y de la raíz del diente.

Secundarios: Cuando el peritoneo está destruido por cualquier factor a los que marca la retracción como en la peritonitis, entonces las fibras fuertes de la mastocación pueden hacerse patológicas, pero se consideran como trastornos ocular secundarios.

Sinoviales.

Es una lesión de inflamación de la cavidad sinovial que se caracteriza por la presencia de un líquido viscoso, espeso y amarillento.

Afecta a las articulaciones, especialmente a las de tipo diartrosis, se presenta en todo la articulación como por ejemplo en el hombro, codo, mano, muñeca, etc.

El líquido que se acumula en la cavidad sinovial es un líquido viscoso que se caracteriza por su consistencia y su coloración amarillenta.

Las lesiones suelen ser bilaterales y una vez se extienden hasta la mucosa sinovial o al paratendón. Es muy raro que esta lesión se presente en articulación de tipo monoarticular. La enfermedad se caracteriza por las alteraciones y exacerpciones clínicas. Aunque hay muchos que niegan la existencia clínica de esta enfermedad.

CAPITULO VI

Tratamiento Periodontal

A) Objetivo.

El tratamiento periodontal tiene una doble finalidad, la eliminación total de la enfermedad y el mantenimiento de la salud periodontal.

Para ello se debe eliminar las causas de la enfermedad, corregir las deformidades creadas por la enfermedad y establecer un sistema de medidas preventivas para reducir las posibilidades de recidiva. El último objetivo del tratamiento es la eliminación de la placa bacteriana y crear las condiciones para que el paciente pueda mantenerse libre de placa en forma permanente.

En la terapia inicial del tratamiento fundamentalmente es local, destinada a eliminar la placa y los factores que la favorecen.

En muchos casos el cuadro periodontal puede ser alterado debido a causas de origen sistémico que tienden a modificar la respuesta tisular ante los factores locales. Las manifestaciones periodontales de enfermedad sistémica requieren la terapia de acuerdo con la enfermedad de que se trata, que en muchos casos puede ser exclusivamente sistémica o combinada con medidas locales.

La eliminación de la periodontitis marginal clínicamente se observan:

- eliminación de las bolsas periodontales.
- cesación de gingivorragias.
- desaparición o reducción de la movilidad.

Estos datos clínicamente nos sirven más bien de guía al paciente.

Dentro de los pasos del tratamiento periodontal están la eliminación de las bolsas e inflamación gingival, eliminación de la infección marginal, tener la rándida ósea.

El ajuste oclusal, eliminación de hábitos lesivos, factores traumáticos — para así tener la rándida sana — causas traumáticas — como el trauma funcional favorable.

Eliminación de causas sistémicas malnutrición y deficiencias, con el fin de favorecer al proceso de curación.

Etapas de mantenimiento a fin de mantener los resultados obtenidos, por medio de la higiene oral y las visitas periódicas de control.

B) Etapas del Tratamiento.

I.- Etapa Inicial.

La preparación inicial en la terapéutica de la enfermedad es una de las fases principales, ya que un examen previo, el diagnóstico y la valoración en esta etapa permite eliminar lo más posible del irritante y del cálculo de peso que los signos clínicos del proceso inflamación marginal disminuyen o desaparecen y ser mejor valorados para las otras técnicas de la terapéutica reumatológica.

La preparación inicial no absorbe mucho tiempo, ya que puede hacerse durante cuatro sesiones o menos. La sumación y el sangrado son en gran parte eliminados. Se advierte una gran mejoría en el aspecto del tejido gingival y la movilidad dental puede reducirse.

La valoración inicial comprende lo siguiente:

- 1.- Raspado.
- 2.- Eliminación de factores irritantes lo mejor posible.
- 3.- Eliminación de las interferencias oclusales más notorias.
- 4.- Fórmulas temporales.
- 5.- Institución de la higiene bucal.
- 6.- Valoración del tiempo de cicatrización.
- 7.- Valoración de los factores generales e instrucción, higiene general, hábitos I.

Además se puede llegar a conocer algo mejor al paciente y sus reacciones y reducir su tensión ante las intervenciones quirúrgicas subsecuentes y entra en contacto con la cirugía a través del conocimiento mutuo, lo que facilita las relaciones posteriores.

Preparación para la intervención quirúrgica.

El método más empleado en las últimas décadas es la administración de sedantes y analgésicos para el paciente ambivalente ante cualquier intervención dental, ya que son víctimas de la ansiedad por el hecho de enfrentarse a una intervención quirúrgica.

Medicación Preoperatoria.

La medicación más adecuada para el paciente antes del inicio del tratamiento quirúrgico; se suocederá a la administración previa de un sedativo de corta duración como el pentobarbital o secobarbital; otras drogas como el morfina; la morfina; na ya que previene la tensión muscular.

La dosis media para adultos para cualquiera de estas drogas puede ser administrada la noche anterior a la cirugía, 20 a 30 mg. con un sedativo por vía oral en dosis de 50 a 100 mg. media hora antes de intervención.

Tratamiento Preoperatorio.

es de suma importancia ya que mediante éste se va educando al paciente respecto al tratamiento que se le va a efectuar. Se debió hacer una Historia Clínica que nos tendrá informados sobre el estado general del paciente; ya que como se mencionó hay enfermedades que predisponen a la enfermedad periodontal.

a) Infecciones:

Gingivitis.

En esta etapa de la enfermedad el tratamiento operatorio a seguir es la educación previa de una adecuada técnica de cepillado; y que esta disminuya la flora bucal - bacteriana. Se deberán usar soluciones antes de la profilaxis e incluso después para lograr una eficacia para el control de placa, estas soluciones pueden ser a base de fucsina o pastillas a base de clorocina.

Periodontitis.

El tratamiento de este tipo de enfermedad casi siempre tiende a ser quirúrgico según el grado de gravedad inspeccionada con la sonda periodontal para ver la movilidad que existe, esto se hace mediante la ayuda de radiografías.

Por lo general se administran antibióticos, como prevención de una posible infección, esto debe hacerse un día antes de intervenir y posteriormente que se continúe hasta en un promedio de 48 horas después del tratamiento.

Es recomendable y enseñarle al paciente una adecuada técnica de cepillado, mandarle enjuagues y llevar un control de placa. En caso de existir movilidad dentaria se le mandará calcio (fosforo) para tratar de fijarlas y estabilizarlas de inmediato.

Según el grado en que se encuentre esta enfermedad se podrá tratar ya sea con un simple raspaje y curetaje como con una gingivectomía.

Abceso Periodontal.

Esta enfermedad puede ser aguda o crónica; se buscará la parte más fluctuante del abceso mediante palpación digital y se hará una incisión vertical mediante previa anestesia tópica. Después de la misma salida de pus y sangre se irriga la zona con agua tibia y se aplica la incisión para lograr un mejor drenaje; cuando cesa el drenaje se vendrá antiséptico (mercurial).

Se le dan indicaciones al paciente como el de enjuagarse cada hora con una solución de agua tibia con sal, estar en reposo y que tome una dieta abundante en líquidos. Se le manda anti bióticos y analgésicos.

Gingivitis hiperplasia gingival.

La mayor parte del tratamiento corre a cargo del paciente ya que tiene que aprender una técnica de cepillado así como una higiene bucal esmerada.

En ésta enfermedad se tendrán que eliminar los irritantes locales y las causas que predisponen a la enfermedad. Durante la primera cita se deben retirar la mayor parte de depósitos duros y blandos que se encuentran alrededor del diente; quizás sea que resulte difícil ya que la encía se encuentra edematosa y sangra con mucha facilidad. En muchos casos se emplean astringentes pero su acción básicamente es secundaria. También se suelen usar los óxidos de zinc y óxigenol o el cloruro de zinc al 8% que calman el dolor y la hemorragia.

Dependiendo del grado de la que se encuentre la enfermedad el tratamiento básicamente es quirúrgico.

Gingivitis Ulcerosa Necrotizante, G.U.N.A.

La etiología de ésta enfermedad aún no se ha establecido más se cree que su origen sea fusospirochetal ya que presenta lesiones necrotizantes, el edema gingival se encuentra marcado; y su evolución que se desarrolla bajo áreas vivas.

Afecta principalmente a los adultos y a veces a niños y de duración indefinida.

Se dice no ser contagiosa y no existe inmunidad conocida; presenta un olor fétido característico. El conocer bien su etiología se puede llegar al tratamiento adecuado: Como en toda enfermedad periodontal, clínicamente se debe empezar por la eliminación del sarro persistente o cualquier causa de irritación local, si presenta dolor ésta acción será mínima; instruir al paciente respecto al hábito de higiene que debe de llevar.

Se le lavará con una solución de yoduro de hidrógeno al 7% en la que corresponda a el área de las molares y a las zonas afectadas, se aconseja que se haga a medida. Sólo en caso de que el paciente presente temperatura elevada o linfadenopatías se le administrarán antibióticos y se le indica que se lave o enjuague la boca frecuentemente con agua oxigenada, hervida y que lleve una dieta restrictiva.

Se le indica que no fume ni ingiera bebidas alcohólicas, el reposo, el cepillado adecuado ya que de el paciente depende gran parte del éxito profesional.

Nota: Puede aplicarse antibióticos como la metaxina, novocina y bacilracina en forma tónica siempre y cuando se tenga bajo control al paciente para que no desarrolle reacciones alérgicas.

Gingivitis Desquamante.

No existe un tratamiento eficaz para éste tipo de enfermedad pero el masar de las encías con conos de masaje y masajes con cepillos blandos logran una mejor adaptación del epitelio escamoso. Se han tenido buenas resultados con un trata -

aliento combinado a base de benzonato de estradiol y A.C., M. Las pomadas de hidrocontingera también son útiles. Se puede emplear la pomada de medrisona al 0.5% ya que en tratamientos recientes ha dado buenos resultados.

Gingivitis Hormonal.

El tratamiento de ésta enfermedad va a depender de acuerdo a la forma o estado hormonal que presente el paciente:

a) Gingivitis del Embarazo. Su tratamiento será mediante la técnica de una buena higiene bucal y el uso de astringentes bucales ya que al manifestarse ésta enfermedad - se tratará de aliviar las molestias y un mantenimiento adecuado durante todo el embarazo ayudará a que la encía sane.

B) Gingivitis Menopáusicas. Tratamiento a base de la administración local de estrógenos y esteroides o por vía oral para contrarrestar las lesiones de la forma crónica con exacerbaciones frecuentes; el tratamiento terapéutico es de suma importancia en los casos de enfermedad inflamatoria ya que se llegará a un mejor pronóstico de la enfermedad al realizarse un tratamiento quirúrgico.

b) Tratamiento Para Enfermedades Sistémicas. 1.-Gingivosis.

Recientemente se ha utilizado la metilcortisona o sea una aplicación de la hidrocontingera con bastante éxito en el tratamiento de la gingivosis.

Ha sido un problema desde que se la identificó clínicamente. Los procedimientos quirúrgicos sólo han brindado alivio temporal.

Algunos casos han mejorado con aplicaciones tópicas de pomada de acetato de hidrocontingera al 2.5% más se han visto mejores resultados con las tabletas masticables de 10 mg. retenidas en la boca durante 1/2 hora y en un lapso de 2 meses, dos veces al día hasta obtener mejoría.

También son importantes los tratamientos preventivos y terapéuticos para su mejor solución.

2.- Periodontosis.

El tratamiento es similar a la de la Periodontitis. Aunque hay ciertos problemas que dependen de la extensión y localización de las lesiones se pueden aún emplear - los métodos de la Periodontitis.

3.- Trauma Oclusal.

El tratamiento del traumatismo oclusal básicamente es a base de una buena técnica de Ajuste Oclusal mediante el cual se desgasta y remodelación de las superficies contactantes de los dientes que provocan lesiones traumáticas.

También el trauma oclusal puede ser tratado por mastomancia y/o Voceterapia Jern-

tal; Ortodoncia y Cirugía.

4. Atrofia por Desuso. El tratamiento principal es evitarlo el desarrollo de éstas modificaciones patológicas; la forma más preventiva consiste en el arrolaje de los dientes ausentes tan pronto como sea posible ya que si no se hace pueden ocurrir diferentes grados tisulares que afectarán el periodonto. Esto es particularmente cierto en dientes directamente afectados.

Los dientes con tejido periodontal atrófico no pueden resistir las tensiones de la función oclusal asimismo el espacio periodontal enjoste no permite el movimiento necesario para la función del diente y de los tejidos periodontales. Tienen que ser sustituidos de acuerdo con los nuevos requerimientos funcionales para poder resistir estas fuerzas.

Es importante por ésta razón prevenirlas por los medios adecuados y adaptarlas a cada tipo de enfermedad.

C) Etapa Quirúrgica

Al llegar a esta etapa del tratamiento se debió haber hecho el diagnóstico real de la enfermedad y así realizar una técnica quirúrgica adecuada a cada caso de otro modo se encominará al fracaso.

El orden del procedimiento puede ser utilizado en su secuencia lógica, obteniendo así el resultado máximo antes del próximo paso.

El tipo de técnica indicada se dará de acuerdo a la gravedad de la lesión.
La técnica a emplearse debe tener los fines:

- 1.- Tratamiento de las lesiones inflamatorias y traumáticas que constituyen la enfermedad periodontal.
- 2.- Modificación de los defectos anatómicos y arquitectónicos que promueven las recidivas de las lesiones.

Anestesia.

Se operará bajo anestesia local o regional en el consultorio dental. En casos especiales puede intervenir con anestesia general, en cuyos casos se hará bajo la responsabilidad del anestesiólogo general, y de referencia en ambiente hospitalario.

La anestesia regional se usa especialmente en sectores posteriores inferiores; la anestesia local infiltrativa se da en el surco vestibular vecino al tinte a tratar y a veces también en papilas gingivales con fin de obtener un campo más blanco.

Preparación del campo operatorio.

Se cubrirá al paciente con cobijas estériles que dejan descubierta sólo la cavidad bucal, se pasará por los labios hasta la región del mentón una solución antiséptica.

Secuencias operatorias.

En general, se operará por cuadrantes en la forma siguiente: superior derecho, inferior derecho; superior izquierdo, inferior izquierdo. Entre una y otra operación se operará una o dos semanas. Esta secuencia puede ser alterada operando únicamente los sectores más afectados o con sintoma de dolor. Frecuentemente es necesario realizar cirugía mucogingival o colgajos de todo el sector anterior.

También puede operarse la boca en dos intervenciones, primero un lado superior e inferior y luego otro o aún en una sola.

Instrumentos y su manejo.

Dentro de esta etapa del tratamiento quirúrgico, conviene hablar del uso o manejo de los instrumentos.

Los instrumentos están diseñados para limpiar cualquier superficie de los dientes con el menor esfuerzo posible, sin embargo se debe estar familiarizado con las limitaciones con todos los instrumentos que se usen. Por lo cual cada instrumento - está diseñado para realizar un trabajo específico más si se le utiliza para otro fin su eficacia disminuye considerablemente.

a) Instrumentos para el fétido de nariz.

Según su uso se les puede clasificar de la siguiente manera:

- 1.- Para la remoción de virulantes supragingivales y coronales.
- 2.- Para los procedimientos quirúrgicos.
- 3.- Para ajustar interferencias oclusales.

Los instrumentos mejores para este procedimiento son:

Cinzel. Debe ser sumamente delgado, se utiliza entre los dientes en dirección horizontal para quitar grandes cantidades de cálculo supragingival, es un instrumento de doble extremo con un cuello curvo; un arco, el borde cortante tiene un bisel de 45° .

Jocas. Estos instrumentos son triangulares, delgados y terminan en punta, tienen dos bordes cortantes, que son los dos aristas en la base del triángulo, su uso se limita al raspado coronal y supragingival; no pueden ser utilizados eficientemente en las regiones subgingivales.

Este instrumento se utiliza con una angulación menor de 30° respecto a la superficie, está indicado para los dientes anteriores.

Apodón. Es un instrumento muy valiente gracias a su diseño, puede presentar curvaturas en varios ángulos; el cuello de modo que pueden limpiarse todas las superficies de cualquier diente.

El apodón puede colocarse subgingivalmente unos cuantos milímetros debajo de la encía cuando ésta puede desplazarse fácilmente. Se introduce el instrumento en la cavidad más apical al cálculo y con un movimiento rápido y fuerte el cuello alíneal se quit. el depósito; el instrumento debe descender sobre la superficie del diente en toda la extensión del movimiento.

Lima. Instrumento diseñado para ser aplicado con movimiento de tracción o retracción principalmente radiculares, tiene la ventaja de separar masas e irregularidades sobre las superficies radiculares debido a que presenta una serie de

asaciones de poca longitud, por lo demás, su uso es bastante restringido.

Cureta. Es un instrumento en forma de cucurita, de muchos diseños. Tiene dos bordes cortantes que permiten utilizarlo en escavación interproximal.

Se utiliza para quitar cálculos y otros depósitos de la superficie del diente tanto supra gingival como subgingival, el movimiento que se realice será de tracción y empuje, colocando el borde cortante en rotación al diente lo que permite retirar los depósitos de un ángulo que nunca ventarse que sujeta sin resbalar, el mango deberá estar paralelo al eje mayor del diente.

Se puede utilizar para retirar la superficie articular; el escarado gingival retira tejido blando del intersticio por lo cual deberá estar bien adaptado para quitar el tejido sin desgarrar, se usa también para destruir las esclerosis de la pulpa blanda de la periferia de la corona dental.

4) Instrumentos para resección.

En la cirugía periodontal como en la parodontología, las bisturíes, osteoplasmas, y curetas subgingivales el instrumental a utilizarse es el siguiente:

1.- Excavadora de bolsa. En realizaciones de curvas se curvación con una punta recta y la otra en ángulo recto. El curvarse sus incisiones sus puntas deben encontrarse, sus bocanillos deben ser finos, los bordes y puntas deberán tener la punta en ángulo recto afilado como un bisturí ya que tiene que cortar el tejido para marcarlo, muchas veces es un tejido tenaz como fibroso no pudiendo perforarlo. La punta recta debe ser suficientemente fina para penetrar a bolsas muy profundas, esta punta debe ser roma para no perforar la base de la bolsa lo que ocasionaría un registro falso de la profundidad de la bolsa.

2.- Bisturías Periodontales. Son utilizadas en cirugía oral en dos tipos: con una hoja ancha y con otra hoja delgada y angosta. Tienen cuelllos con ángulos diversos con el fin de alcanzar zonas inaccesibles.

Las bisturías diseñadas para eliminar tejido interdentario por rite la técnica quirúrgica es el interior 130 y 230, consiste en un par de hojas sencillas, alargadas y curvadas, los bordes cortantes forman la periferia de la hoja.

El Duct 1 y 2 de hojas horizontales que tienen sus bordes cortantes curvados por la unión de la periferia anterior y la superficie interna forma terminario en una punta aguda.

El Duct 5 y 6 tienen forma de lanza con sus bordes cortantes y cuelllos angulados utilizase en la parodontología para entrar en las escavaciones interdentarias y cortar la encía de esa zona.

Bisturíes de Kirkland 15% y 16%. Este bisturí es similar al de Goldman-Fox # 7 es decir en forma de niño y borde contante alrededor de toda la hoja, el borde externo es elíptico y el interno es recto.

Eliminadores de Tejido. El tejido y líquido de sus inserciones de la gingivectomía se elimina por medio de éstos instrumentos como el Goldman-Fox # 10 con borde contante que se adapta a la superficie de la raíz.

Tijeras Periodontales. Hay varias clases de tijeras según la referencia como - los son la 296 con mango curvo y hoja biselada.

Se utilizan para eliminar lengüetas de tejido durante la gingivectomía, recortar márgenes de colgajos, abrir incisiones en abscesos periodontales y seccionar todas las adherencias restantes.

Piedras Quirúrgicas. En los procedimientos quirúrgicos que requieren la reestructuración del tejido blando o de hueso pueden emplearse varias piedras de diamante de grano grueso, como ejemplo están las de Fox # 1, 2 y 7. Tienen la forma de rueda de cono y de bola pequeña. Se puede molear ya sea en la suiza de mano o en el contrángulo, se deben trabajar con agua para no sobrecalentar el tejido.

c) Aparato de Electrocirugía. Este aparato tiene como función descargar ondas electrónicas de alta frecuencia que produce una corriente para cortar o para coagular. Durante la gingivectomía, gingivoplastia o mucosidad se utiliza la corriente - para hacer la incisión, el bisel o reducir el tamaño, se debe tener precaución - por que la corriente no llegue a hueso para no provocar necrosis, en zonas muy - vascularizadas como en el foramen incisivo palatino durante una gingivectomía se utiliza la corriente para coagular si existe hemorragia.

El electrodo en forma de bola, de tamaño apropiado se aplica a la región sangran - te, que inmediatamente coagula y detiene la hemorragia.

D) Técnicas Quirúrgicas.

Raspado.

Es la técnica mediante la cual se tienen que eliminar los irritantes que se encuentran adheridos a los tejidos duros o sea (coralite y cemento). En el raspado se eliminará la placa dentaria, cálculos y pigmentaciones y así eliminar los factores que provocan inflamación.

El operador deberá tener un campo visible mediante el aislamiento con aire tibio entre el diente y el margen gingival y volver ver toda la masa de cálculo o mediante la separación de la encía con una pequeña torunda de algodón.

Curetaje.

Es el procedimiento que sirve para eliminar el tejido degenerado y necrótico que tapiza la pared gingival de las bolsas periodontales.

El curetaje acelera la cicatrización, mediante la reducción de la toxemia de las orzinas orgánicas y fagocíticas, las cuales de ordinario eliminan los residuos tisulares durante la cicatrización.

El raspado y curetaje exagerado causan dolor postoperatorio y retardan la cicatrización.

Técnica de Raspado y Curetaje.

La eliminación de las bolsas no sistemática, se procederá a trabajar con zonas, en 7^o paso.

aislamiento de la zona operante mediante rollas de algodón o gasa estériles y la aplicación local del antiséptico suave, si se usa un antiséptico fuerte puede producir lesión de los tejidos y retardar la cicatrización.

necesaria de la zona exterior se local o regional según sea el caso.

2^o Paso.

eliminación de cálculos marginales, al retirar éstos la encía se retrae y desinflama debido a la hemorragia que se produce con lo que se obtendrá mejor visibilidad. Se utilizarán raspadores superficiales (Horse).

3^{er} Paso.

Se procede del mismo modo a la eliminación de cálculos hasta el fondo de la bolsa por debajo del borde inferior del cálculo y se desmenua. Al eliminar estos irritantes se obtendrá mejor cicatrización.

4^o Paso.

Se alisa la superficie dentaria, se utilizarán espesas y se eliminan los depósitos profundos de cemento necrótico y se alisa la superficie radicular, utilizando curetas ya que éstas dejan una superficie más suave. La remoción de cemento necrótico, irritante y elementos irritantes locales ocasionan a la raíz para que se desquite tejido muo

vo sobre la superficie avivada.

5o. Paso.

Curetaje de la pared blanda.

Este paso consta de dos pasos:

1.- Se introduce la cureta, de modo que tome el topiz interno de la pared de la bolsa y se deslize por el tejido blando hacia la cresta gingival.

La pared blanda se sostiene con presión digital suave sobre la superficie externa.

2.- Se colocará la cureta *mm* debajo de la adherencia epitelial, se separa la adherencia con un movimiento de pala o cuchara hacia la superficie del diente.

El curetaje como ya se dijo elimina el tejido degenerado, brotes epiteliales en proliferación y tejido de granulación, en conjunto esto forma la pared blanda de la bolsa y crea una superficie de tejido conectivo noculiente a la rápida cicatrización.

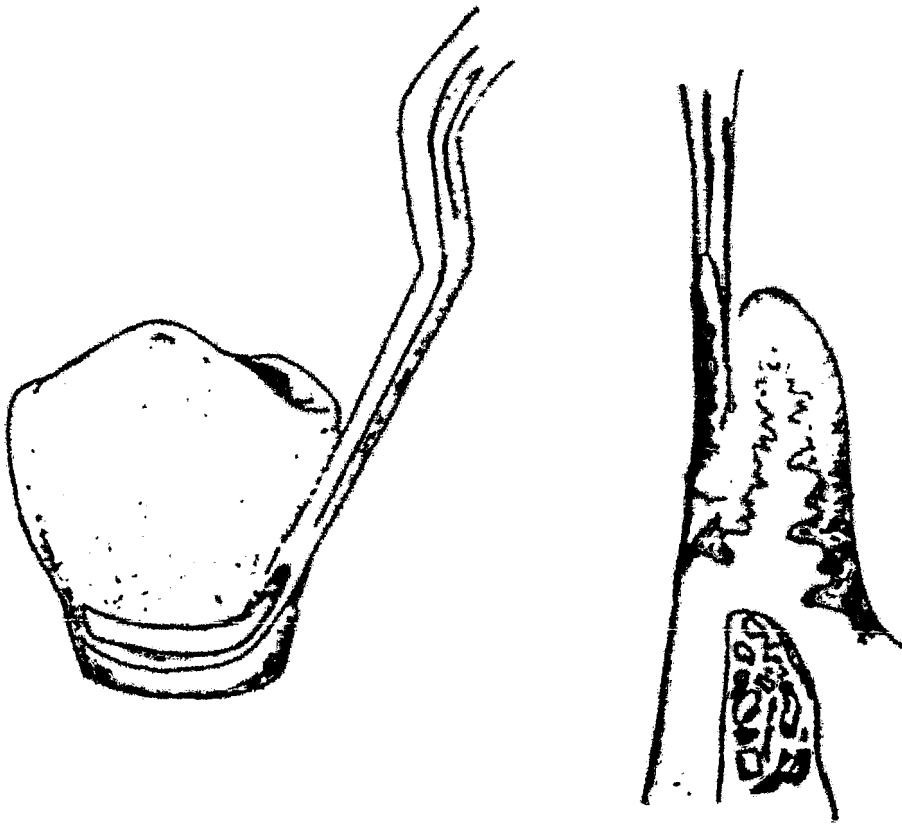
6o. Paso.

Pulido de la superficie dentaria; se pulirá con ruedas momez y conos de íula, se usará *usar* en os aditamentos ya que traumatizan los tejidos.

Una vez pulidas las superficies radiculares se lavará con agua tibia y se ejercerá presión suave para adaptar la encía al diente.

Durante el raspado y el curetaje se debe estar irrigando la zona operada con solución de agua oxigenada al 3%.

TECNICA DE RASPAO
Y
CURETAGE.



Singivectomía.

Es una serie de procedimientos quirúrgicos encaminados a la eliminación total de la bolsa periodontal mediante el corte de las paredes que la forman, el raspaje y alisamiento de la superficie radicular expuesta y el recubrimiento de la herida con un apósito de cemento quirúrgico.

Indicaciones:

- 1.- Bolsas gingivales fibrosas.
- 2.- Bolsas supra-óseas con resorción horizontal.
- 3.- Cráteres interdientales.
- 4.- Fisuras y festones gingivales.
- 5.- Hiperplasia melicomentosa.
- 7.- Falta de armonía anatómica del vértex gingival.

Contraindicación:

- 1.- Alteraciones de la salud general del paciente.
- 2.- Bolsas muy profundas con marcada resorción de hueso.
- 3.- Bolsas intrabóseas.
- 4.- Abscesos periodontales.

Técnica:

1er. Paso. Anestesia local profunda.

2o. Paso. Marcación del fondo de la bolsa.

Este paso se realiza con las sondas marcadoras de Stone y Taylor, ésta se hace sistemáticamente en la parte distal del último molar, avanzando hacia la línea media.

Se dejarán unos puntos sangrientos con el extremo distal de la sonda éste servirá de guía para hacer la incisión.

3o. Paso. Incisión Primaria.

Los instrumentos más utilizados en esta técnica son los de Lister que tiene su hoja en forma de triángulo isosceles; los de Green son en forma de lanceta.

Se comenzará con la parte posterior de la zona a tratar, se hará una profunda y llegará a periestio de una sola intención.

Se hará la incisión en forma apical a la adherencia gingival.

4o. Paso. Incisión Secundaria.

Se realizará con el bisturí en forma de lanceta sobre las partes intermedias, para liberar el tejido que se va a esclerosar. La incisión puede ser continua o discontinua para cada diente, ya que a veces ésta última para recordar mejor los tejidos y obtener un contorno más adecuado.

Las inserciones de las ligaduras que están en la trayectoria de la incisión se re-colocarán para evitar tensiones sobre la encía, durante la cicatrización.

En la incisión lingual o palatina se hace lo mismo, para evitar incidir las vasos y nervios del conducto incisivo y establecer mejor contorno gingival postoperatorio las incisiones se harán a los lados de las raíces, no en sentido horizontal sino a través de ellas.

A continuación se hace el corte distal del último molar y se avanza hacia el sector anterior, se pone el bisturí colocado debajo del borde de la goma y biselado a 45° de modo que coincida con las incisiones vestibular y lingual.

5o. Paso. Eliminación de la encía incidida.

Para hacer la eliminación del tejido se emplearán asociaciones (uno arco y el otro acodado). Al eliminar la encía se puede observar el tartaro, caries o ablandamiento necrótico del cemento que se alizan con curetas la superficie radicular.

Se tendrá en cuenta no dejar ningún fragmento suelto y se lavará la zona con solución de suero fisiológico, la región intervenida debe estar cubierta con un coágulo uniforme y bien formado para evitar tener el cemento quirúrgico.

6o. Paso. Colocación del andamio quirúrgico.

El cemento quirúrgico se coloca en forma de dos cilindros, uno con vestibular y el otro con palatina, se debe remover con los nervios interdientales quedando en esa forma lizo.

Se le dan las recomendaciones necesarias al paciente.

Gingivoplastia.

Es una técnica de cirugía plástica para obtener una forma fisiológica de la encía marginal e intermarginal, que a pesar de haber sido curada no esté alterada.

Sus objetivos son con fines estéticos.

Cuando la intervención se hace en ausencia de heridas, sólo con ésta finalidad, se llama gingivoplastia.

Esta indicada en la corrección de exósticos, encía marginal eczematosa con bultos gruesos y fibróticos y en general en malformaciones gingivales.

La técnica empleada es similar a la que se aplicó en la gingivectomía con el inciso en el remodelado de la encía, ya sea por medio del raspado de la encía, con bisturí o con su corrección a láser.

Se pueden utilizar siempre de durante la zona gruesa, el tejido debe estar firme para permitir trazar suavemente a la forma deseada. La remodelación de éstas zonas, debe ser ligera y sólo para evitar la infección de color.

Interoptia.

El objetivo tiene que ver con el exceso de tejido y mala ubicación que ocurre en remodelación de las zonas afectadas de las enfermedades más tempranas fue la interoptia. Esta modificación se aplica al de la gingivectomía en el sentido de que no se permite a elevar las partes de la encía, sino que se analiza para tener un rasgo y como estar las partes de la zona subyacente.

La intención es evitar que en esta técnica el nuevo elemento en el de arriba; la eliminación de los exósticos, siempre debe ser realizado con martillo, curete, raspado quírico o instrumentos similares de alta velocidad.

Inteotomía.

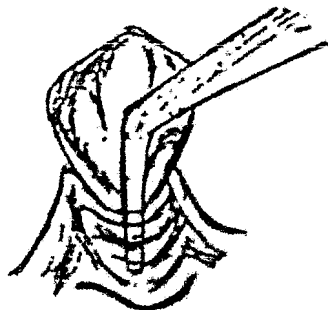
Se dirige a eliminar sólo las zonas o bultos anómalos eliminando las partes de la zona osca, después de eliminar se maneja a un lado sólo de con cuidado para proporcionar la arquitectura boca más firme a la que nunca conformarse y mantenerse los tejidos gingivales subyacentes.

Estas dos técnicas se hacen juntas, las alteraciones que ocurren en la enfermedad periodontal son:

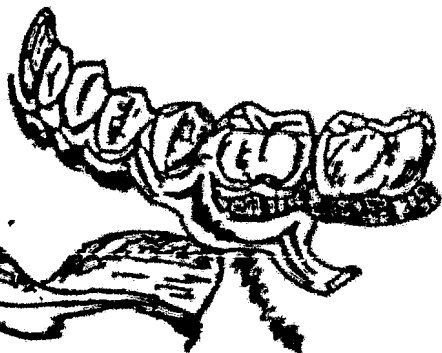
Exósticos óseos gruesos.

Exósticos óseos interdentales.

Tirolas irregulares de hueso duro.



USO DE LAS PINZAS MARCADORAS
DE BANDA Y EL PUNTO INICIAL
NECESARIO ANTES DE LA
CIERRE DEL BANDA MARCADO
A TRAVES DE UNA LA TERCERA.



DESPUES DE LA APPLICACION DE
LA BANDA DEL LIMBO, Y SE
HACE EL PUNTO INICIAL
DEBIDAMENTE EN EL O BANDA

Técnica del Colgajo,

Indicaciones:

- A) Abscesos periodontales.
- B) Bolsas infraóseas.
- C) Cráteres interdenciales y otras irregularidades óseas.
- D) En algunos problemas gingivales.

Contraindicaciones:

En una incorrecta morfología y anatomía del alveolo gingival, que comprometa la sutura del colgajo.

Dentro de sus objetivos están:

- A) Establecer un colgajo del tipo a o b) etc.
- B) Eliminar en su totalidad los exulceros locales.
- C) Contornear el hueso alterado.
- D) Eliminación del control ulceroso y el tejido conectivo remanente de nivel bucal, de la raíz lateral de la alveolo gingival.

Incisiones:

1.- Incisiones verticales. Se hacen a un lado y otro del colgajo con una tijera (Husted, Baur-Lax et al con hoja Nº 17).

2.- Incisión a nivel interno a un lado y otro del alveolo gingival, puede ser recta u oblicua al nivel de el cuello de los dientes.

3.- Incisión para tener una buena línea de curvas de tejido remanente.

4.- Incisión interdental para contornear la raíz, se hace con el Husted Nº 2 Urban o con tijera de Golobom Nº 11.

Después las incisiones se levantará el colgajo con una lengua y se empezará a eliminar los exulceros locales, surcos etc., para ello se usará las curvas y las bocas, cuando se efectuara una distorsión de la raíz a el hueso enfermo y relajándolo tenso.

En estado de una línea se eliminara el tejido conectivo enfermo llegando a hasta tejido conectivo lo que se hará con mucho cuidado ya que se debe dejar tejido conectivo sano como material de relleno para el hueso enfermo y relajándolo tenso.

Se lavará la zona con agua fisiológica o agua con yodo para eliminar los restos que pudieran quedar, y se secará con una gasa seca estéril.

La renovación del colgajo, se logrará efectuando con una gasa contra los tejidos sanos y se decide si se coloca el alveolo gingival dentro la mucosa, si de la intervención ha estirado asociado el colgajo.

Posteriormente se hace una sutura interdentaria en cada espacio a nivel maxilar, ajustando las puntas de forma que el colgajo quede perfectamente adherido al cuello de los dientes, ya que de la misma manera se conservará el colgajo en su lugar.

En esta técnica no se debe hacer ningún quitesúptico, se puede usar una tira de papel de estaño original para mantener la zona operada de contaminaciones del medio bucal.

Técnica de Colgajo Anterior.

Trasladando en cuenta la técnica anterior, la elevación del tejido epitelial en forma de la pared lateral, se establece una relación como:

1.- Se establece un conteo interno de la pared lateral de la bolsa por medio de un bisturí de hoja intercambiable, sobre la hoja nº 11, ya que en este momento la línea marginal y la línea insertada se encuentran adheridas a las tejidas duros.

Para ello se hace una incisión interna, la que elimina el epitelio de la bolsa y del margen gingival.

Se establecen el conteo interno en estas el bisturí tratado de 11 hasta el fondo de la bolsa, ya que en esta zona solamente se trata de que todo el tejido epitelial enfermo se ha removido.

2.- Se eliminará el tejido por medio de curules de 10, 11 y 12 y las bocas nº 11 y 12.

3.- Se levantará el colgajo y se suturará de la misma forma a la técnica anterior.

Cirugía Mucogingival.

Consiste en cambiar de posición a la mucosa gingival para obtener una relación correcta entre la encía insertada y la mucosa alveolar en el vestíbulo.

Está indicada en:

- 1.- Recesión gingival que elimina la zona de encía insertada.
- 2.- En bolsas periodontales profundas que se extienden desde la encía insertada hasta la mucosa alveolar.
- 3.- En inserciones aberrantes de tejido fibroso y fibras musculares en o cerca del margen gingival o en la zona del tejido blando de las bolsas periodontales.

La cirugía mucogingival comprende tres procedimientos:

- A) Extensión de la encía insertada.
- B) Extensión del vestíbulo.
- C) Fronectomía.

Extensión de la encía insertada.

Su fin es extender y crear una nueva zona de encía insertada cuando ésta ha sido destruida por la necrosis o eliminación de bolsas periodontales.

Técnica:

Consiste en levantar un colgajo de mucosa nasal y reanastomizar el labio vestibular con el fin de aumentar el ancho de la encía insertada y la colocación de las inserciones del frenillo.

1.- Se hace una incisión de gingivectomía axilar a la base de la bolsa, se eliminan cálculos y se alisa la superficie radicular; con esto se eliminan las bolsas.

2.- Realizamos incisiones verticales desde el margen gingival hacia el labio del vestibulo y se determina la zona a anastomizar. La profundidad adquirida debe ser apropiada es decir el doble de la encía insertada.

3.- Se limpia el perímetro de inserciones musculares (músculos) y tejidos blancos para tener una base lisa y firme o sea el tejido de granulación que cubrirá la herida y posteriormente se formará una banda de encía insertada.

4.- Se procede a suturar levantando el colgajo y anastomosis en el frenillo, la hemorragia persistente se controla con gases a presión sobre el hueso.

5.- Se colocará el apósito quirúrgico:

Se aplica normalmente a lo largo de la incisión gingival; y se colocará otro hasta cubrir toda la herida.

Extensión del Vestíbulo.

Técnica:

- 1.- Se hacen incisiones verticales contadas desde el ápex gingival, hasta el borde anterior y posterior del cuerpo operatorio.
- 2.- Se eliminan las halsas por gingivectomía.
- 3.- Se hace un colgajo mucoperiostico en sentido axial, 4 mm de grueso.
- Las incisiones verticales se extienden apicalmente sin llegar al periostio.
- 4.- Se continúa el colgajo, dejando periostio adherido al hueso, y se trata como un colgajo simple que deja la zona marginal de la tabla vestibular desmenuada de periostio, la posición ancal permanece cubricela.
- 5.- Se reanuda el hueso, se suturará el colgajo y se coloca el apósito vertical en la zona operada.

Frenectomía.

Las frenillas son pequeñas mucositas que unen el labio con las mejillas a la mucosa alveolar o a la arcia.

Esta técnica es una de las más usadas en la cirugía mucogingival ya que si su inserción es anormal puede hacer frenación del ápex gingival sano y favorecer la acumulación de irritantes, formar halaca.

Técnica:

- 1.- Se anestesia la zona.
- 2.- Se tomará el frenillo con una pinza hemostática hasta la profundidad del vestibulo.
- 3.- Hacemos una incisión desde la parte más a nivel del frenillo.
- 4.- Se hace una incisión separando la inserción de las fibras que están en el hueso.
- 5.- Una vez hecha la separación se hará una fenestración que nos ayudará a que se inserten en ella nuevas fibras.
- 6.- Se levantará y se secará la zona con gases estériles hasta cesar la hemorragia.
- 7.- Colocación del apósito quirúrgico en la zona intervenida, el apósito se retirará a las dos semanas hasta lograr la inserción del frenillo en su nueva posición. Todas las técnicas para mejorar en cierta forma la salud bucal desde el Rasado hasta la cirugía mucogingival nos son meros favorables si el paciente no hace lo que se le indica y en cierto modo se encuentra al proceso profesional.

E) Tratamiento Post-quirúrgico.

Después de las intervenciones que se realicen en cada caso la enfermería odontológica es importante el tratamiento postquirúrgico, el cual se emplea para evitar las infecciones y molestias que se presenten.

Post-quirúrgico en Técnica de la Inyección Intraligamentaria.

Una vez intervenida se habrá de tener la precaución de que el paciente no se presenten complicaciones con ellas.

1.- Sensibilidad a la presión, puede haber inflamación de los tejidos y molestias odontal uno o dos días después de la intervención, la molestia de que nada debe ser si no quitan las presiones de inmediato entre el tejido.

En este caso se le indicará al paciente que evite el resaca excesiva y que se enjuague con agua fría para evitar el dolor excesivo, para esto se le suministran las buchas cada 2 veces al día, y en la anestesia se le administrará antibiótico durante las 24 horas.

2.- La hemorragia que se pudiera presentar a los 2 o 3 días después de la intervención debido a la ruptura de las membranas celulares, se detiene el sangrado con una torunda de algodón estéril con agua oxigenada al 3% y se le localiza el punto sangrante, se cubre con la superficie, se elimina el exceso y se hace presión con una gasa durante 15 minutos.

3.- Sensibilidad de los carnosos térmicos debido a que al ser retirado el anestésico exponiéndose la cara para la temperatura. La sensibilidad calórica se trata con una pasta sensibilizante de fluoruro de calcio.

Para evitar irritación local de los tejidos se evitara la ingestión de alcohol ni fumar y así se tendrá el caso en cuenta los tiempos de curación.

Post-quirúrgico en Técnica de la Inyección Intraligamentaria.

Se le deberá enseñar a manejar la gasa, en la noche se debe tener la boca cerrada que no se abra a la mañana siguiente de la intervención.

Se le hace saber que el dolor que se califica en la zona de la cicatrización y a controlar la hemorragia, a evitar cualquier infección, se le indica lo mismo, no fumar, no beber y que al día siguiente podrá comer lo normal siempre y cuando no sean el nervio dental o el nervio.

Se le cita a la semana para retirar el apósito y evitar dañar el tejido epitelial debajo del cual se observan los vasos, el tejido conectivo.

Se pueden presentar:

1.- Hemorragia persistente la cual se tratará haciendo presión digital con gasas.

2.- Sensibilidad a la percusión verificando la colocación adecuada del apósito si es que éste pudiera causar la molestia.

3.- Hinchazón de la cara consecuencia de la reacción inflamatoria localizada de los procedimientos quirúrgicos.

Se le administrará penicilina de 200 mg cada 4 horas durante 48 horas como medida profiláctica con excepciones de pacientes que presenten antecedentes de alergia de cualquier tipo, fiebre reumática, enfermedades cardiovasculares o tratamientos prolongados de corticosteroides.

Post-quirúrgico en Técnica de Gingivectomía.

Generalmente se le dan las mismas indicaciones ya que esta técnica se realiza junto con la gingivectomía.

Post-quirúrgico en Técnica de Intermixión y Intención.

Durante esta etapa se le darán instrucciones detalladas al paciente en la forma de cuidar el apósito y que en ninguna forma el tallo orecado, es conveniente — cambiar el apósito ya que si se deja un más tiempo al sitio se puede — prender el apósito con el tejido cicatrizal. Una vez que la zona orecada se ha — cubierto de tejido de granulación la neoplasia puede quedar exenta. El cuidado — posterior deberá ser para fomentar la maduración del tejido, completándose la — epitelización y queratinización marginal.

Se le indicará al paciente que mastique lo más pronto posible del lado orecado ya que la función es el estímulo más eficaz.

Post-quirúrgico en Técnica de Colapso.

1.- Se sacará al paciente de la oclusión en la zona orecada.

2.- Si existiese dolor se le mandará analgésicos como la aspirina 2 pastillas cada 3 o 4 horas según la intensidad del dolor.

3.- Se administrarán antibióticos durante las 72 horas siguientes a la inter — vención como medida profiláctica.

4.- Se le indica que no consuma bebidas alcohólicas ni fumar.

5.- Se podrá lavar los dientes excepto en la zona orecada para evitar el des — ordenamiento del coágulo.

El apósito se le podrá cambiar a los 8 días y en caso de ser necesario se le volverá a colocar.

Post-quirúrgico en Técnica de Simple Curvatura.

1.- Se le indicará al paciente que deberá usar vendas de hielo durante las 3 o 4 horas siguientes a la operación ya que se puede presentar inflamación.

2.- En caso de que presentara dolor se tomará 2 tabletas de aspirina cada 2 o 4 horas según sea el dolor.

3.- En zonas no operadas se podrá realizar movimiento al segundo día después de la intervención; ya que durante el primer día sólo se podrá hacer mediante enjuagatorios.

Durante los 4 o 5 días se le hace saber que tendrá algunas molestias por lo que se le administraron los analgésicos.

Se le cambiará el apósito semanalmente hasta obtener los resultados de cicatrización absoluta.

Por lo general las intervenciones quirúrgicas de cualquier tipo evolucionan sin ningún problema, sin embargo se deben tomar las precauciones necesarias para no caer en el fracaso cuando la mayor parte del frito estará en la parte del paciente cooperativo.

F) Etapa Final.

Una vez terminada la etapa quirúrgica y hecho un ajuste oclusal si fuese necesario, se entra a la etapa final del tratamiento periodontal.

1.- Se tendrá un control riguroso la redondancia final de todas las superficies del diente con el fin de eliminar restos de partículas irritantes que pudieran persistir.

También se eliminarán las alportaciones siendo útil para esto instrumentos ultrasonicos como el cavitron.

2.- Pulido final de las superficies radiculares; a fin de reducir las rugosidades que puedan favorecer la deposición de la placa, éstas deben ser pulidas utilizando para ello cepillos rotatorios con pastas adecuadas (Zircate o similares). Siendo preferentemente aquellas que contienen fluoruro que también evitarán las caries radiculares.

3.- Control final de la higiene oral. Con sustancias revelantes para su control y la habilidad del paciente para eliminarla.

No se dará de alta al paciente hasta que no demuestre que puede mantenerse por sí sólo libre de placa.

1. Fase de Mantenimiento.

En cada visita de control se deberá recordar al:

- Examen y ajuste de toda la dentadura.
- Exploración de las superficies radiculares, en busca de cálculos supragingivales y caries radiculares.
- Control de placa e higiene bucal.
- Control de contactos oclusales y movilidad.
- Inspección de toda la cavidad oral en busca de neoplasias.

Cuando todo anda en perfectas condiciones, el máximo período recomendable entre las visitas de control será de seis meses.

2. Tratamiento de recidivas.

En ocasiones se encontrará recidiva de las lesiones en uno o varias secciones.

Elas se deben a factores como:

- 1.- Factores etiológicos que no fueron detectados.
- 2.- Tratamiento incompleto e inadecuado.
- 3.- Higiene oral incorrecta por parte del paciente.
- 4.- Restauraciones interdentales colocadas posteriormente.

En éstos casos se procederá al tratamiento y corrección de todos estos factores.

CAPÍTULO VII

Periodoncia Preventiva.

Siendo la enfermedad periodontal una causa de minusvalía espiritual de la pérdida de los dientes, su prevención debe constituir uno de los objetivos principales de la Odontología.

La higiene oral es una fase del tratamiento periodontal que constituye el paso más efectivo conocido para reducir la afección periodontal y prevenir problemas gingivales severos.

a) Finalidad.

Es la eliminación diaria de la placa bacteriana, de la que depende la limpieza de las superficies dentales y la salud de nuestra cavidad y mucosa oral y con ello la prevención de la formación de cálculos.

El masaje gingival es importante en esta etapa ya que activa la circulación aumentando la queratinización del epitelio gingival.

La enseñanza de las técnicas de higiene oral al paciente, es la etapa más crítica del tratamiento ya que de ella dependerá el éxito y hasta el éxito final del mismo.

Es importante el criterio del odontólogo para establecer el plan de tratamiento, pues éste puede ser el factor de acuerdo con el grado de contaminación y habilidad que muestre el paciente para cuidar a boca. Además, es conveniente que el paciente utilice las técnicas de higiene oral inmediatamente después de recibir el cemento que únxico durante de las intervenciones que le fueron realizadas.

Por ésta razón la enseñanza de la higiene oral debe ser uno de los pasos iniciales del tratamiento.

b) Motivación.

La motivación del paciente para que realice una adecuada higiene de su boca tratando, no sólo de indicarle al paciente que es lo que debe hacer, sino que debemos activar al paciente de modo que quiera hacerlo.

Por ello se le explicará de forma clara con palabras que él entienda, con ayuda de dibujos, folletos etc., qué es la placa bacteriana marginal, cómo se forma una bolsa periodontal, el papel que juegan las bacterias en la iniciación de las lesiones, la naturaleza y localización de la placa bacteriana e importancia de la higiene bucal en la prevención de la enfermedad.

Se explicará finalmente cómo la enfermedad periodontal provoca la asociación de espacios entre los dientes, la existencia de una técnica de cepillado que resuelve los problemas de higiene para el paciente.

c) Elementos necesarios.

Cerillos manuales y cerillos.

El dentista debe determinar y aconsejar el tipo de cerillo que debe usar el paciente. Existen básicamente dos tipos de ellos: Manuales y Eléctricos.

Los cerillos manuales son los más usados, existen en el mercado diferentes diseños, prácticamente todos ellos son efectivos si se les usa en forma adecuada.

Para que un cerillo cumpla con su cometido debe tener las siguientes características:

Quedaren plano en los bordes para que se ajuste mejor a todas las superficies del diente. La distribución de la fuerza de contacto deben ser uniformes en toda el cepillo y repentinamente la técnica que se aconseja por ejemplo para la Técnica de Charters se recomiendan cerillos con las cerdas separadas para favorecer la penetración de las cerdas en los espacios interdentales.

Para la Técnica de Bass se recomienda el uso de cerillos de contacto sin hilas separadas, de multiplicación y de cerdas largas.

Las cerdas pueden ser naturales o sintéticas, pero son eficaces.

Los cerillos eléctricos: son de efectividad similar a los manuales, la ventaja es que amplifica y reemplaza la fuerza manual por fuerza eléctrica, son útiles a personas que tienen poca habilidad o personas con limitaciones.

d) Elementos Accesorios.

Hilo Dental. Es esencialmente efectivo para la eliminación de la placa subgingival - interproximal son útiles también los rollos de material "Stim-Dent", "Impiaps". Estos últimos - el Stim-Dent también son muy útiles en casos de bifurcaciones abiertas o huecos libres.

Se han usado en el ejercicio diversos materiales para la limpieza con agua, no proyectada con diferente fuerza para la limpieza de coronas y dentos que de otro modo son difíciles de limpiar. Para el uso de la goma se recomiendan como la goma de plástico.

e) Sustancias revelantes.

Tienen como objeto colorar la placa bacteriana, revelarla para que el paciente, reconociendo su presencia claramente su localización.

Existen también sustancias revelantes en forma de tabletas que se trituran en la boca, estas pastillas se usan para revelar el exceso de placa bacteriana que se acumula directamente en la línea gingival, estas se usan a base de fluorescina o fucina, simplemente se ha denominado al uso de un agente fluorescente que con una fuente de luz especial revela la presencia de la placa.

1) Técnicas de Cepillado.

Hay muchos métodos eficaces para cepillarse los dientes, los pacientes no instruidos generalmente utilizan el cepillo de manera incorrecta, con movimientos que no cursan su cometido. Para evitarlo el paciente se debe enseñar a seguir la técnica recomendada.

Se han descrito numerosas técnicas de cepillado siendo prácticamente casi todas buenas si se les efectúa con minuciosidad y constancia.

Técnica de Charters.

Tiene por finalidad la limpieza de dientes, en especial de los espacios interdientales y el masaje de la encía marginal e interdental.

Consiste en: 1.- Poner las cerdas en ángulo de 45° con respecto al eje mayor del diente y dirigir las hacia oclusal.

2.- Deslizar el cepillo hacia la unión gingivodentaria - reteniéndola en la misma dirección.

3.- Apretar el cepillo contra el diente, de modo que las cerdas se flexionen y penetren en los espacios interdientales.

4.- Activar el cepillo con movimientos vibrátiles o rotatorios pequeños, de modo que las cerdas vibren pero sin salir del espacio que se encuentran; en cada sector 5 con 10 a 15 movimientos circulares a 1 tiempo constantes la inclinación, presión y flexión de las cerdas.

Esta técnica de cepillado debe hacerse dividiendo la boca en sectores, de acuerdo con el tamaño, forma y regularidad del arco, posición de dientes y cantidad de dientes presentes. En general una boca dentada puede dividirse en los siguientes sectores: Molares superiores, premolares y caninos, canino y encía lateral o bucal de un lado; para la mandíbula, una de molares, una de premolares y canino y zona de incisivos.

Para las zonas palatinales y linguales anteriores, el cepillo se coloca en forma vertical, trabajando sólo las cerdas de la punta; para las zonas ceras de los dientes posteriores el cepillo se coloca en forma vertical, la inclinación de las cerdas y su activación son similares a las de las zonas vestibulares.

Técnica de Fones.

Con este método las cerdas se aproximan y el cepillo se coloca en forma horizontal con las cerdas en ángulo recto en la superficie de los dientes, se hace un movimiento circular grande, cubriendo todo las zonas anteriores - con las inferiores. Estos círculos se repiten cuatro o cinco veces. El cepillo se coloca luego en otra región, se hacen los mismos movimientos en las zonas linguales de los dientes, pero aquí se cepilla una sola arcada a la vez.

Técnica de Millman y Giall.

En este método las cerdas se colocan con las puntas en dirección anterior y sus tallos descansan sobre la encía en un ángulo de 45° . El cepillo se mueve hacia la cara bucal con un movimiento de vibración hacia y aleja de estar en contacto con los dientes. Se cepilla un grupo de dientes a la vez, entonces se pasa al siguiente grupo, hasta cepillar toda la dentadura. Este método de cepillado no tiene localización, puede utilizarse tanto en las zonas bucales como en las palatinas.

Técnica de Bass.

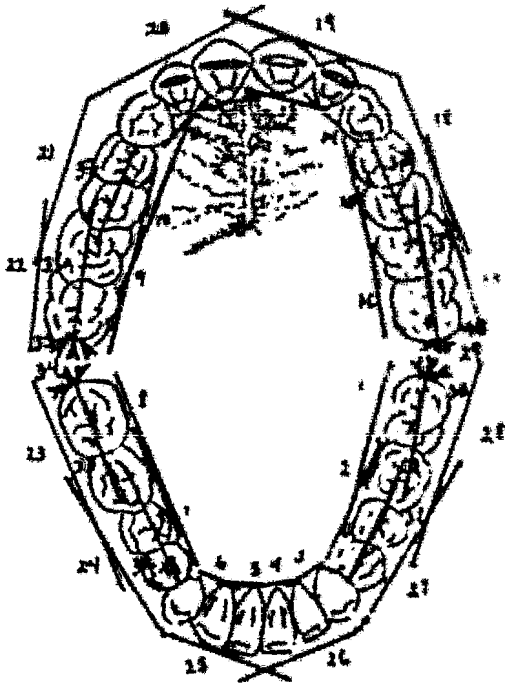
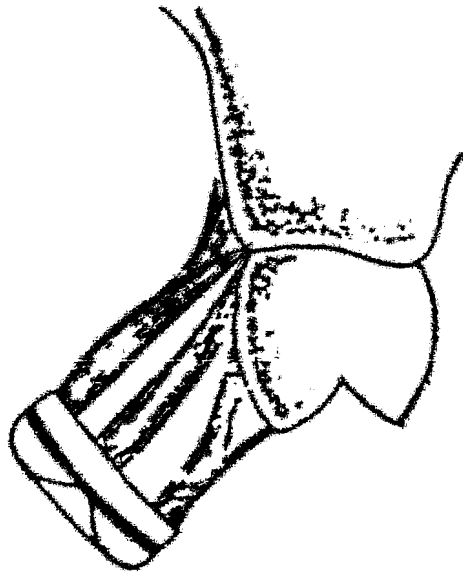
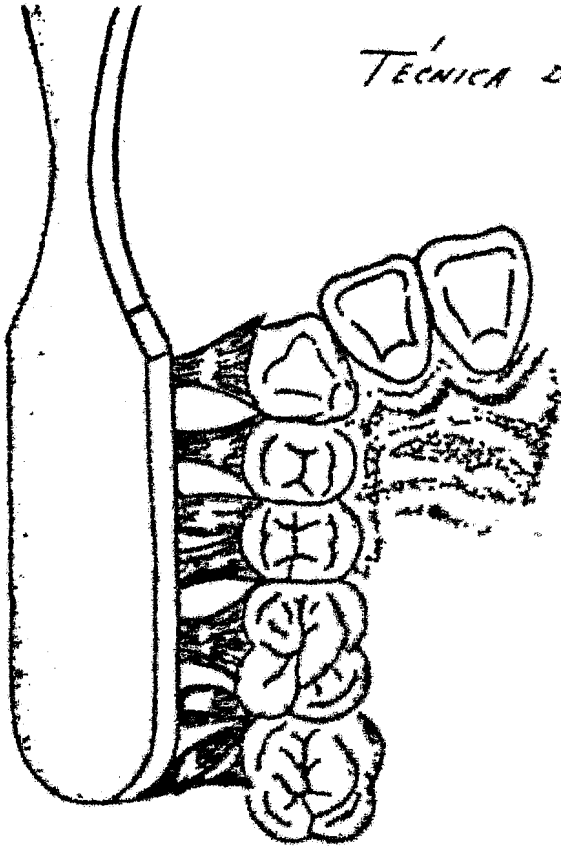
La técnica de Bass deja gran libertad al paciente sobre el uso del cepillo, indicándose sólo la posición general del cepillo y que en los extremos de las cerdas dirigidos directamente hacia el dígito, se movilizan una vez allí se realizan movimientos contra y adelante hacia atrás.

Las caras palatinas y linguales se cepillan con el cepillo colocado verticalmente y hacen los movimientos circulares sobre el diente y encía.

El cepillado con la técnica de Bass se hace con un cepillo tanto de multifibras como y su finalidad es sólo la eliminación de la placa bacteriana, también en el uso de sustancias reveladoras a saber que el paciente ve la vez el momento de localización de la placa, esto es, con otras indicaciones de eliminación.

Cada técnica se complementará convenientemente con el uso de elementos accesorios como el hilo dental, estomatológicos en existentes, así como el uso de dentífricos,

TÉCNICA DE BASS.



g) Nutrición.

Ya se ha demostrado científicamente el que las deficiencias vitamínicas o minerales o por insuficiencia de factores nutricionales locales. Sin embargo se reconocen que existen ciertos elementos nutricionales esenciales que permiten al organismo los elementos básicos para el metabolismo celular apropiado de los tejidos así como la curación de las lesiones y lesiones. Ya se ha establecido aún hasta que grado cada elemento nutricional esencial está relacionado con la nutrición — es decir, del parodontio.

Sin embargo numerosos estudios de laboratorio efectuados en animales han demostrado que cuando existen alteraciones de la nutrición general en situaciones poco comunes y de carencia nutricional específica.

La nutrición es — en un sentido amplio de la palabra, y que implica la absorción y utilización de los alimentos, la cual está en el centro de la nutrición — de ser de una importancia más allá de la nutrición — y esto incluye el grado de la salud sino por cómo afecta las lesiones y las estructuras de soporte.

La consistencia de la dieta es importante tanto para la nutrición como para el efecto en las estructuras dentarias.

Las dietas blandas no sólo disminuyen la actividad de los tejidos de soporte de los dientes, sino que también disminuyen la actividad de la mucosa y reducen la irritación, además las dietas blandas a menudo se componen de alimentos muy refinados que son ricos desde el punto de vista nutricional. Por otra parte los alimentos fibrosos no sólo ayudan a limpiar los dientes y mucosa sino que probablemente sean de un valor nutricional mayor.

Las Vitaminas son productos alimenticios accesorios que no tienen un valor nutricional pero son necesarios para el mantenimiento de la salud, en especial para el crecimiento y desarrollo físico. Sin compuestos orgánicos no sintéticos en el hombre.

Los cuatro grupos básicos, el calcio, la exposición de los carbohidratos y carbono, se dice que una dieta compuesta de alimentos más ricos en el mineral totalmente la formación de placa o sarro más allá de lo que se puede que favorezca la colonización bacteriana local al elemento periodontal lo cual ya se ve en el ser humano.

Los estudios de la nutrición en el metabolismo en el metabolismo nutricional relacionan al metabolismo con el metabolismo. Los estudios en el ser humano con deficiencias — vitamínicas tales como enfermedad periodontal, el tratamiento nutricional es sólo lo que controla el metabolismo local.

La investigación de las deficiencias y las lesiones periodontales puede la dieta

ción de todas las formas de irritación local y el mantenimiento de una higiene bucal eficaz. La inflamación crónica y la congestión circulatoria entorpecen el transporte de nutrientes produciendo deficiencias nutricionales locales en el tejido de un individuo sano.

Nigel hace incidir en el hecho de que la periodocia preventiva así como el control de caries preventivo a través del control dietético es un sistema individualizado además de que el objetivo apunta al paciente para que éste reduzca la irritación de apícar.

Dentro de la educación en higiene bucal, se tendrá en cuenta la motivación del paciente y consecuentemente la educación al niño para que éste desarrolle un papel activo con conocimientos y hábitos correctos, en su relación con el estado periodontal general.

h) Trauma Oclusal.

Con el nombre de trauma oclusal se conoce a la lesión de los tejidos periodontales que ocurre como respuesta a cambios circulatorios debidos a las fuerzas oclusales excesivas.

Las fuerzas oclusales son un factor crítico en el mantenimiento o alteración y estructura del periodonto. Tanto el ligamento periodontal como el hueso alveolar requieren estimulación funcional por medio de las fuerzas oclusales para permanecer estructuralmente sanos, más si por el contrario las fuerzas exceden su capacidad fisiológica de ambos tejidos se altera.

Los hallazgos patológicos más habituales son alteraciones circulatorias dentro de la membrana periodontal, ruptura de las fibras oclusales, resorción alveolar en la zona de compresión y neoformación ósea en aquellas de tensión.

Dentro de lo que respecta a la práctica odontológica, el dentista debe tener el debido criterio así como la ética profesional para no provocar que el paciente caiga en un trauma oclusal. Por ello debe tener en cuenta los signos que le pueden ayudar a diagnosticar un caso insospechado de trauma oclusal.

El trauma oclusal en muchos casos es debido a restauraciones, máxilas instaladas sin el debido respeto de las reglas de la Oclusión; otras causas son el desplazamiento de los dientes debido a extracciones de los dientes vecinos o antagonistas no seguidos por el protocolo inmediato.

Todos éstos casos pueden ser prevenidos simplemente mediante una correcta técnica odontológica.

Se cree que ciertos hábitos como el bruxismo, la proyección de la lengua contra los dientes por la causa como al deglutir, la onicofagia, calcarse objetos entre los dientes y otras de causas pueden alterar la dirección de las fuerzas en intensidad como en dirección sin embargo el protocolo en cuanto modo sólo podrá corregir las desarmonías oclusales en pacientes con bruxismo, más el alivio de cualquier componente emocional asociado con problema oclusal estará más allá de la competencia profesional y sólo puede requerir asistencia psicológica apropiada para cada caso.

CONCLUSIONES

- El Periodonto y en general, los tejidos gingivales están comprometidos a cambio tanto estructuralmente como funcionalmente debido a la cantidad de agentes irritantes locales que en ellos se forman y depositan.
- Por eso es de suma importancia que el paciente esté en contacto — profesional con el odontólogo para que le indique y le haga saber la importancia de las controlaciones.
- El C.O. debe instruir al paciente de los cuidados que debe tener, — el cómo llevar un control de placa bacteriana y una higiene bucal — muy eficiente mediante Técnicas de Cepillado.
- El tan sólo hecho de una falta de higiene traerá como consecuencia principalmente la inflamación de las encías y con ello su avance, pérdida de la dentadura; y posteriormente el aumento del espacio dentario y finalmente la pérdida del mismo que muchas veces está estructuralmente suya.
- El C.O. concientizará a la paciente sobre la importancia ejercida; para no provocar en un paciente resaca o malestar como el inicio de una enfermedad.
- La Nutrición es otro factor muy importante que se debe de tomar — en consideración; ya que es un factor que interviene al inicio de la enfermedad periodontal, pero lo cual el individuo siente que hace deberá de llevar una conducta, que avance y desarrolle una serie de problemas por ello se procurará al tratamiento adecuado de dicho tratamiento, si éste es necesario por la ausencia de dientes se evitarán por el hecho de no tenerlos.
- Se puede observar en este estudio cómo el tratamiento periodontal — adecuado y los controles periódicos permiten conservar las dentaduras de nuestros pacientes en forma duradera y en funcionamiento útil.
- Por ello si el diagnóstico y tratamiento en cada caso han sido adecuados el resultado final muy satisfactorio.
- Sea el tratamiento que se considere en última instancia el más — efectivo es el Preventivo.

BIBLIOGRAFÍAS

Alving C. Charles

Clinicas Odontológicas de Norteamérica.

"Urgencias Odontológicas"

Editorial Interamericana.

1975

Alvin L. Fornis; Jerry S. Bohannon.

Especialidades Odontológicas en la Práctica General.

Capítulo. Periodoncia en la práctica general.

Editorial Labor S. de

Tercera Edición 1979

Jaldon Schulzger-Loren.

Chaitin-Fox.

"Periodoncia"

Editorial Interamericana 1974

Dr. Lester E. Bennett.

"Medicina Bucal

"Magnetismo y Tratamiento"

Editorial Interamericana

Sexta Edición

Dr. Jaban Balint.

"Periodoncia"

Editorial Interamericana.

Simon Katz.

Odontología Preventiva en acción.

Fernán A. Carranza
" Compendio de Periodencia "

Tercera Edición

Editorial Nundi 1980

Apuntes de Periodencia

Dña. Amalia Cruz Chávez

Catedrática de la U.N.A.M.
