

14
60



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

**Causas Principales que Generan
Enfermedad Paredontal.**

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'J. Aranda Salazar', written in a cursive style.

T E S I S

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

MA. DE JESUS H. ARANDA SALAZAR



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.

I N D I C E

- I Introducción
- II Elementos que forman el Parodonto
- III Clasificación de las Enfermedades Parodontales
- IV Etiología
- V Trastornos Inflamatorios
 - a).- Gingibitis
 - b).- Gingivitis Traumática
- VI Examen y Diagnóstico
- VII Plan de tratamiento
- VIII Pronóstico
- IX Gingivectomía y Gingivoplastia
- X Conclusiones
- XI Bibliografía

I.- Introducción.

Los padecimientos Parodontales son en general, en unión con la caries dental, una de las causas más frecuentes de la pérdida de los dientes es por ello que el estudio de la etiopatogenia de dichos padecimientos se ha intensificado enormemente y grandes progresos se han realizado aunque sin aclararlos en forma definitiva.

La incidencia cada vez mayor de los padecimientos parodontales y la necesidad de una información acerca de la forma en que estos padecimientos se inician, ha dado lugar a que el estudio de dichos padecimientos vaya en aumento.

Se presentan padecimientos parodontales que varía desde una gingivitis que va de un estado agudo a crónico.

Como uno de sus objetivos, la Odontología se esfuerza por conservar o recrear la belleza natural de los dientes y estructuras circundantes.

Cuando exista mala salud gingival se denotará un estado estético deficiente, por lo tanto es conveniente eliminar los estados iniciales de dichos padecimientos con el objeto de evitar complicaciones consecuentes.

II.- Elementos que forman el Parodonto:

Parodoncia;

Rama de la Odontología que estudia la prevención y tratamiento de las enfermedades que afectan el parodonto que es el conjunto de tejidos que rodea al diente, siendo tejidos blandos: Encía, Ligamento Parodontal y tejidos duros: cemento y hueso alveolar.

Parodonto;

Que es el conjunto de tejidos que rodea al Parodonto en término générico de unidad funcional de los tejidos de sostén del diente (unidad dentoparodontal) esto comprende encía, unión dentogingival, membrana periodontal, cemento de superficie radicular y apofisis alveolar.

Los tejidos funcionan con interdependencia biológica en condición normal.

La enfermedad parodontal se puede deber al trastorno que existe en los tejidos.

Encía;

La mucosa bucal se divide en tres tipos: La encía y la cubierta del paladar duro es la mucosa masticatoria, el dorso de la lengua que está cubierta por mucosa especiali

zada, y el resto de la mucosa bucal, que - puede denominarse mucosa de recubrimiento- La encía es parte de la mucosa bucal que - está insertada a los dientes y a al apófi- sis alveolar.

En la encía se diferencia la libre y la ad herida.

Esta última está dividida de la mucosa al- veolar movable en la unión mucogingival, - línea de demarcación que divide la encía - de la mucosa alveolar que se presenta en - la superficie vestibular de los maxilares- y de la mandíbula, existe una línea simi- - lar en la superficie interna de la mandíbu- la que divide la mucosa y el piso de la - boca, no existe una línea de división cla- - ra en el paladar debido a que toda la muc- - sa palatina está firmemente adherida al - hueso por lo tanto, no es movable.

La unión mucogingival aún cuando es eviden- te clínica y anatómicamente, está sujeta a considerables variaciones.

Encía libre:

La encía libre es la porción coronal no ad herida de la encía que rodea al diente - para formar el surco gingival. El fondo - del surco está en la porción coronal del - manguito de la inserción epitelial.

El surco gingival es el espacio entre encía libre no insertada y el diente, su profundidad suele ser de uno a dos milímetros.

El fondo del intersticio gingival, en la inserción del epitelio al diente, muchas veces se marca en la superficie externa de la encía por una fina canaladura paralela al margen gingival.

El surco de la encía libre es la línea de demarcación entre la encía libre y la adherida.

Histológicamente, este surco corresponde en alguno al reborde del epitelio grueso, el surco de la encía libre y el reborde epitelial se cree que son causados por los impactos funcionales sobre la encía libre que doblan la parte movable sobre la zona adherida y fija.

La superficie de la encía adherida se caracteriza por un aspecto de cáscara de naranja, se le da el nombre de punteado, la cual puede ser fina o burda, esto se debe a la presencia de haces de fibras colágenas que entran en las papilas del tejido conjuntivo desde la mucosa, el grado de punteado y la textura de las fibras de colágeno pueden variar dependiendo de cada individuo, también según la edad y el sexo,

en mujeres jóvenes el tejido conjuntivo -- tiene una textura fina y punteado pequeño-- que en los hombres.

Al avanzar la edad, los haces de las fi--- bras de colágeno se hacen más burdas en am bos sexos.

El papel predominante del tejido fibroso - colágeno en la formación del punteado tam- bién está confirmado por su desaparición - cuando a consecuencia de estados patológi- cos, los elementos fibrosos se desorgani-- zan o desaparecen.

Al tejido gingival que está colocado en - los espacios interdetales se le da el nom- bre de papila gingival, en una dentadura - normal con dientes adyacentes en contacto, las papilas interdetales son de forma pi- ramidal y sus crestas están formadas por - encías libres común a los dientes adyacen- tes.

En caso de diastemas el tejido interdental no termina en una cresta aguda, sino en un borde romo o en superficie concava, así - solo se forma una margen mesial o distal - de tejido interdental.

Clínicamente la papila interdental se dis- tingue del resto de la encía, debido a que

es un indicador temprano y seguro de enfermedad paradontal tiene especial importancia clínica y patológica.

Como la encía recubre el cuello del diente sufre la fuerza de fricción y de presión - durante la masticación. La estructura de la encía está adaptada para soportar estas fuerzas.

La encía libre y la adherida están cubiertas por epitelio escamoso estratificado y queratinizado.

La capa cornificada está bien desarrollada así como una capa granulosa bien marcada - subyacente.

Las células de la capa de Malpighi o capas de células espinosas o células basales, - son cuboidales o poligonales y están unidas por puentes intercelulares en los cuales solo entran tenofibrillas que terminan en los desmosomas.

Las células basales unen al epitelio con tejido conjuntivo por medio de pequeñas - prolongaciones de su citoplasma, las células basales del epitelio pueden ser o contener gránulos pigmentados (melanina) este pigmento sin embargo, no está formado por las células basales sino por melanoblastos

especiales que se encuentran dentro de la capa basal.

La pigmentación ocurre normalmente en los negros, asiáticos y en los individuos morenos de raza caucásica.

La lámina propia de la encía consta de tejido conjuntivo denso, pobre de fibras elásticas. Las fibras unidas en haces nacen de la región cervical del cemento (grupo gingival libre de la membrana periodontal) y también de la superficie periostial de la apófisis alveolar se unen con haces que vienen de diferentes direcciones incluyendo fibras circulares que algunas veces son notables en la encía;

Las fibras gingivales se disponen funcionalmente:

Cresto-gingival:

Que se extiende de la cresta ósea a la lámina propia de la encía.

Dento-gingival:

Va del cemento radicular a la lámina propia de la encía.

Dento-periostial:

Se extiende del cemento radicular al periostio de la cresta ósea.

Transeptales:

Se extiende del cemento radicular de un diente al cemento radicular de otro diente y ayuda a mantener áreas de contacto.

Circulares:

Estas fibras se encargan de rodear la raíz del diente.

Numerosas papilas del tejido conjuntivo se hunden en el epitelio a diversa profundidad, los capilares de la encía pueden observarse en esta capa papilar. - Estos capilares nacen de las arterias alveolares interdentales que atraviesan los canales intraalveolares (canales Nutritivos) y perforan la cresta alveolar en los espacios interdientales terminan en la encía, llegando hasta la papila interdental y las regiones adyacentes de la encía bucal y lingual. En las encías estas ramas se anastomosan con las ramas superficiales de las arterias lingual del buccinador, mentoniana y palatina, que nutren las mucosas bucal, palatina y vestibular y la encía marginal.

Los nervios sensitivos son fibras amielínicas que van desde el tejido conjuntivo hasta el epitelio y terminaciones nerviosas especializadas en la capa papilar de la lámina propia comprendiendo los corpúsculos de Meissner y de Krause, no hay una submucosa claramente demarcada en la encía.

El periostio, la submucosa y la lámina pro

pia parecen unirse en una capa firme de tejido conjuntivo

En el tejido conjuntivo adyacente a la base del intersticio gingival siempre se encuentra infiltración de células inflamatorias. La presencia de células plasmáticas, linfocitos e histiocitos generalmente se interpreta como parte del mecanismo de defensa en respuesta a los productos de la actividad bacteriana en el intersticio gingival normal.

Las características Clínicas de una encía normal son:

Color de la encía "normal", es rosa pálido varía de acuerdo con los grados de vascularización, de queratinización epitelial, de pigmentación y según el grosor del epitelio.

Contorno Papilar: Las papilas deben terminar en forma de punta y llenar los espacios interproximales hasta el punto de contorno con el avance de la edad, las papilas y otras partes de la encía pueden atrofiarse. Un contorno redondeado en los adultos puede considerarse normal.

Contorno Marginal; Margen gingival debe ser delgado y terminar en filo de cuchillo.

Contextura: El punteado debe estar donde normalmente se encuentra, por lo general en mayor o menor grado en la superficie vestibular de la encía insertada. Este tipo de superficie ha sido descrito como cáscara de naranja.

Consistencia:

La encía debe ser firme, y la parte adherida debe estar dada con firmeza a los dientes y al hueso alveolar subyacente.

Bolsas

Si la encía es clínicamente normal, el espacio entre la encía libre y el diente se llama surco gingival, no debe haber bolsas.

Exudado

No debe haber.

La inserción de la mucosa bucal (encía) al diente solo puede comprenderse cuando se toma como unidad funcional, que consiste en la inserción fibrosa de la lámina propia al cemento: inserción epitelial.

En la unión odontogingival hay una división del trabajo entre el tejido conjuntivo y el epitelio: El tejido conjuntivo mantiene la integridad funcional de las estructuras subyacentes por su resistencia a las presiones mecánicas:

Por otro lado el epitelio es una barrera, en sentido biológico más que mecánico, contra los ataques químicos y bacterianos.

La lámina propia se inserta en el diente - por el grupo de fibras gingivales que desde el borde cervical del cemento vital se distribuye por la encía, esta inserción está reforzada por las fibras alveolares y circulares del grupo gingival.

La fuerza mecánica de la inserción epitelial de la encía al diente, en la unión odonto gingival - depende de la inserción fibrosa, pero el surco gingival - está separado del ambiente bucal por la inserción del epitelio al diente: Esta última es una unión ancha entre el cuello gingival y la superficie del diente.

En condiciones normales los límites entre inserción epitelial y tejido conjuntivo constituyen una - superficie lisa, sin penetración de papilas de tejido conjuntivo.

Hay una inserción verdadera del epitelio - al diente, pero todavía no se conoce la forma en que la - hace, se sostuvo que las tonofibrillas del epitelio del - esmalte proporcionaban la base estructural para ese tipo - de inserción, se ha afirmado que el epitelio se inserta - en la superficie del esmalte mediante una sustancia ce - mental; es decir la cutícula secundaria del esmalte.

Todavía no está claro cuales células epiteliales producen esta sustancia cemental cuticular y en - que condiciones.

La relación entre la inserción epitelial y la superficie del diente cambia constantemente, la superficie del esmalte después de llevarse a cabo su formación y calcificación, está cubierta por el epitelio disminuido del esmalte. Este epitelio está unido orgánicamente a la superficie del esmalte, durante la erupción del diente, - el epitelio disminuido del esmalte entra en contacto con el epitelio de la mucosa bucal y los dos tejidos epitelial

les se fusionan cuando la punta del esmalte emerge de la membrana mucosa.

La inserción epitelial cubre casi todo el esmalte, sin embargo el epitelio que está en unión orgánica con la superficie del esmalte se separa de la superficie del diente en erupción, descubriendo gradualmente la superficie de la corona después de esta fase de erupción-rápida del diente, la relación entre la inserción epitelial y el diente.

Unión Odontogingival:

Permanece relativamente invariable durante años, en ausencia de estados patológicos.- Sin embargo la separación gradual del epitelio de la superficie del diente continúa aunque no halla alteraciones patológicas - macroscópicas, esto puede obedecer a la flora bacteriana, presente en el intersticio gingival.

Debido a la influencia tóxica continúa a un proceso de maduración natural, las células epiteliales degeneran en el fondo del intersticio.

Esto propicia la separación progresiva del epitelio y la superficie del diente. Sin embargo la porción apical de la inserción epitelial permanece al principio en la unión del cemento y esmalte, donde se en-

contraba cuando se completo la formación y calcificación de este último.

El manguito epitelial que forma la inserción al principio es largo, pero progresivamente se hace menos ancho, antes que el surco gingival llegue a la unión de cemento y esmalte, la inserción de tejido conjuntivo degenera en la porción apical del reborde epitelial.

El epitelio prolifera a lo largo de la superficie del cemento, el crecimiento del epitelio en dirección apical a lo largo del cemento sería imposible en presencia de una inserción conjuntival intacta.

No se conoce bien la causa de la degeneración de la inserción de tejido conjuntivo. Puede ser influencia tóxicas, provenientes del surco gingival la acción desmólitica del epitelio, la pérdida de la vitalidad del cemento u otros factores, probablemente intrínsecos, que afectan la actividad de los fibroblastos.

La separación progresiva del epitelio y su superficie dental se acompaña de proliferación del extremo apical de la inserción epitelial, esto hace que el fondo del intercicio gingival llegue a la unión de cemento y esmalte, para continuar después en

dirección apical más allá de este punto, - así la inserción epitelial en el diente se mueve, a medida que avanza la edad desde - el esmalte a la superficie del cemento. - Este cambio de relación de la inserción - epitelial al diente ha sido denominado - "erupción pasiva fisiológica del diente".- Es un despegamiento gradual de la inser- - ción epitelial en la superficie dental con exposición progresiva de la corona clínica. Se han descrito cuatro etapas a este proce- so.

La longitud normal de la inserción epite- lial de diente adulto es aproximadamente - dos mm. La distancia entre la porción api- cal de la inserción epitelial y la cresta- del hueso alveolar es 2 mm. con un mm. de- variación normal.

Se debe notar en especial la relación en- tre la cresta y la porción apical de la in- serción epitelial. Siempre hay un espacio entre el hueso alveolar y el punto más pro- fundo de esta inserción.

Membrana Periodontal.

Es una inserción de tejido conjuntivo denso y uniforme del diente al hueso alveolar.

Función principal de la membrana periodontal es mantener al diente en su alveolo y relación fisiológica entre cemento y hueso.

Esta función la efectúan elementos especializados del tejido conjuntivo, que pueden formar y reabsorber hueso y cemento y reemplazar continuamente los elementos celulares y fibrosos de esta membrana. La membrana periodontal tiene función nutritiva a través de sus vasos sanguíneos y linfáticos y función sensorial por sus células nerviosas.

La función sensorial por la cual se originan impulsos nerviosos propioceptivos en membrana periodontal e influye la acción de los músculos de la masticación, es de gran importancia para regular y coordinar las funciones de la musculatura mandibular. La membrana está constituida por fibras colágenas dispuestas por manojos. Estas fibras se insertan por un lado en el cemento por otro en el hueso alveolar, ningún manojito individual de fibras se extiende directamente desde el cemento hasta hueso alveolar. En el centro del espacio periodontal, los haces de fibras se mezclan y forman un

plexo intermedio, esta disposición permite la erupción continua de los dientes, sin interrupción de la estructura funcional de la membrana.

Las fibras colágenas de la membrana periodontal no son elásticas. Las únicas fibras elásticas de la membrana están en las paredes de algunos vasos sanguíneos.

La anchura del espacio periodontal varía según la edad del individuo y necesidad funcional del diente. En un diente en función es de 0.25 mm. más o menos 0.10 mm. más delgado en el centro del alveolo y más ancho en el margen y en ápice.

Forma del espacio periodontal es de reloj de arena.

El tejido conjuntivo laxo entre los haces fibrosos de la membrana periodontal contiene estructuras epiteliales que se encuentran cerca de la superficie del cemento y se llaman restos epiteliales de Malassez.

Aportación Sanguínea.

Proviene de las ramas de las arterias alveolares que penetran en el Septum alveolar a través de canales. Estos se pueden ver en la radiografía de los vasos sanguíneos penetran la membrana periodontal des-

de los espacios medulares a través de los canales que perforan el hueso.

Los vasos sanguíneos se anastomosan en el espacio periodontal.

Cemento.

El cemento es el tejido conjuntivo calcificado, especializado de origen mesenquimatoso, que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente.

Su función es insertar en la superficie del diente las fibras de la membrana periodontal.

La formación del cemento empieza en las primeras fases de la erupción del diente y se debe a células mesenquimatosas diferenciadas; es decir los cementoblastos. La formación del cemento es un proceso continuo de aposición. La superficie del cemento está formada por la capa más reciente, no calcificada (cementoide) y cubierta por los cementoblastos esta continua aposición de cemento diferencia del cemento del hueso, aunque su composición química es similar. A diferencia de la continua resorción y formación de hueso, en especial bajo influencias funcionales, el cemento no es reabsorbido en condiciones normales. Esta diferencia biológica entre cemento y

hueso es de importancia para comprender alteraciones tisulares secundarias a trastornos de la función y estados patológicos.

El cemento puede ser celular y acelular -- pero esta diferencia estructural no parece tener importancia funcional o patológica.- Si en algún estado patológico la superficie de la raíz sufre una resorción esta - puede ser reparada por aposición de cemento acelular o cemento celular; el acelular se localiza en los dos tercios coronarios- de la raíz, mientras que el cemento celu-- lar está localizado de modo especial en el tercio apical.

Apófisis Alveolar.

La apófisis alveolar porción de los maxilares o de la mandíbula que forma y sostiene los alveolos donde están colocados los - dientes.

Como resultado de la adaptación funcional- se distinguen dos partes en la apófisis alveolar: el hueso alveolar, propiamente dicho, y hueso de soporte. Hueso alveolar - consta de una lámina ósea delgada que recubra la raíz del diente y en la cuál se insertan las fibras de la membrana periodontal, el hueso de soporte rodea el hueso alveolar propiamente dicho y sirve de sostén

a su función, consta de láminas corticales compactas del lado vestibular y palatino y lingual de apófisis alveolar y del hueso esponjoso comprendido entre estas láminas corticales y hueso alveolar.

Hueso Alveolar.

Tien numerosas perforaciones para la entrada y salida de vasos sanguíneos y nervios desde o hacia la membrana periodontal. En condiciones normales la forma de la cresta alveolar depende del contorno del esmalte y de la unión cemento esmalte, del grado de erupción del diente de la relación M-D de dientes proximales y anchura bucolingual de diente.

Función.- Está formado para sostén del diente después de la extracción se reduce, como ocurre en apófisis alveolar. Se dice que los dientes con patología periodontal deben ser extraídos y no tratados para conservar el hueso y proteger las arcadas necesarias al sostenimiento de la dentadura.

Estructura.- Varía en los distintos lados del diente según estímulo funcional que recibe de los dientes vecinos. En condiciones fisiológicas normales, los dientes emigran hacia la línea media, esto se llama versión mesial fisiológica. La formación de hueso se debe a la tensión que existe en el lado distal.

El hueso así formado en el lado distal de un diente en movimiento es conocido como - hueso en manojos. La emigración fisiológica del diente se verifica en sentido M-O - este movimiento de erupción influye en la estructura alveolar provocando formación - de hueso en el fondo y en la cresta del alveolo.

Hueso de Soporte.

Se reabsorbe cuando las necesidades funcionales disminuyen y se forma nuevo hueso si aquellos aumenta la pérdida de la función-oclusal conduce a osteoporosis, o sea atrofia por falta de uso del hueso de soporte- mientras que el aumento en las demandas -- funcionales produce un hueso más denso - (más hueso más unidad de volumen). Por otro lado las demandas que exceden la tolerancia fisiológica de un tejido dan por resultado su destrucción.

El hueso en la apófisis alveolar está en - constante estado de cambio, influido ante- todo, por los estímulos funcionales y tam- bién por factores intrínsecos.

Cambios en el Parodonto por Envejecimiento.

En el parodonto hay cambios morfológicos - que forman parte de este proceso terminal.

Las fibras periodontales son gruesas y sus coloraciones características son diferen- tes.

Hay calcificación y degeneración en las fibras y en los restos epiteliales.

El remodelado del hueso es más lento. El cemento es más grueso, pero con mayor susceptibilidad a la lesión. Las estructuras periodontales cuando son lesionadas, no siempre son reparadas por restauradoras de las partes lesionadas. Se forma cartilago en el ligamento periodontal a veces el ligamento se calcifica y produce anquilosis.

La arterioesclerosis está siempre presente y en estas alteraciones, la disminución del aporte vascular puede ser un factor causal.

saliva.

La saliva es una secreción compleja que desempeña un papel importante en la salud bucal, general y en la enfermedad lubricar y proteger las estructuras de la boca e influye en la naturaleza, de la flora microbiana bucal e incluso en la composición química de los dientes. La saliva participa en la formación de la placa y cálculo y por ello está relacionado con la caries y enfermedad periodontal participa en la resistencia del organismo a éstas enfermedades.

III.- Clasificación de las Enfermedades Parodontales.

Una clasificación no es permanente sino -- que debe adaptarse a cambios y descubrimientos, su función es la separación lógica y sistemática, así como la organización de los conocimientos sobre las enfermedades.

Las enfermedades parodontales siguen su norma igual que enfermedades de otros órganos.

Las enfermedades parodontales afectan los tejidos de soporte del diente, o sea, el parodonto.

Alteraciones Patológicas son: Inflammatoria Distrófica (neoplásica) éstas no están dentro del campo terapéutico de la periodoncia.

Sin embargo, los factores del medio exigen la inclusión en la parodontología de una tercera categoría de reacciones patológicas. El hecho de que el parodonto está expuesto constantemente a las fuerzas oclusales, hace dirigir la atención a las reacciones patológicas provocadas por estos factores. Por lo tanto la tercera categoría es la producida por el trauma oclusal.

I.- Reacciones Inflammatorias

II.- Estados Distróficos

III.- Alteraciones Traumáticas

Los tres son de gran importancia en la Periodoncia.

Clasificación de Enfermedades Parodontales.

Inflamatorias	Distróficas	Traumáticas
Gingivitis	Degenerativas	Traumatismos
Parodontitis	Gingivosis	Primario
	Parodontosis	Secundario
	Atróficas	
	Resección	Etiología desconocida
	Desuso	de Periodontosis
	Hiperplasia	
	Hiperplasia	
	Gingival	

IV.- Etiología.

Los factores que ejercen en la salud del - periodonto se clasifican, en extrínsecos (locales) intrínsecos (sistemáticos).

Las causas extrínsecas incluyen los factores inconcientes y funcionales correspondientes a masticación, deglución, y fonación. Las causas intrínsecas son importantes, pero resulta más difícil comprobarlas.

El tratamiento deberá orientarse fundamentalmente hacia la eliminación o corrección de los factores extrínsecos, ausencia de etiología intrínseca demostrable.

Factores Extrínsecos:

Higiene bucal y depósito calcificado y no calcificado.

La higiene bucal negligente o inadecuada - es responsable del porcentaje más alto de gingivitis y parodontitis.

La placa dentaria, las bacterias, el cálculo, la materia alba y los residuos de alimentos retenidos en los márgenes gingivales y en los surcos irritan la encía y generan los cambios, destructivos. La placa bacteriana y los depósitos calcificados están asociadas con la pérdida ósea que se les puede considerar como factores - etiológicos de la enfermedad periodontal inflamatoria. -

Consistencia de la Dieta.- Los alimentos blandos o adhesivos que tienden a acumularse entre los dientes y sobre la encía pueden ser una causa prominente de inflamación.

Posición y anatomía dentaria e impacción de alimentos.

Aún si la consistencia física de la dieta no es blanda o adhesiva, las irregularidades de la posición dentaria o su inclinación puede fomentar la impacción, la penetración y retención de placa y alimentos.

La caries las restauraciones incorrectas, o los defectos congénitos tales como coronas en forma de campana también predisponen a la lesión del periodonto.

Tratamiento Dental Inadecuado.

Los márgenes desbordantes o deficientes, - prótesis mal diseñadas o lesiones causadas por tratamiento dental provocan o inician enfermedad periodontal.

Aparatos de Ortodoncia.

Los aparatos de ortodoncia pueden producir irritación o entorpecer la realización de una buena higiene bucal.

Tratamientos de ortodoncia prolongados.

Hábitos.

Hábitos lesivos tales como morder hilos, -
uñas o lápices contribuyen a la gingivitis, la periodonti-
tis o alteraciones distróficas, uso descuidado de medica-
mentos y productos para la higiene, empuje lingual causas
mal posición dentaria o resección gingival, respiración bu-
cal y mal cierre de los labios provoca aspecto eritemato-
so brillante a la encía.

Función.

La patología periodontal se imputa a facto-
res funcionales o parafuncionales, tales como no oclusión,
masticación, indolente, tratamiento, bruxismo, y otros.

Anatomía de tejidos blandos.

La inserción alta de frenillos y músculos,
vestíbulos someros o zonas de encía estrechos e inadecua-
dos, encía delgada, textura fina, esto puede producir re-
sección de la encía o márgenes gingivales.

La expresión clínica de enfermedad es el -
producto de una agresión básica, física, química o micro-
biana esto se modifica por la resistencia del huésped.

La presencia de placa se asocia con la pre-
sencia de inflamación en algunos casos hay placa pero no-
enfermedad, en otros se produce la enfermedad y existe -

poca placa, por esto se concluye que la placa no es el -
causante de enfermedad periodontal.

Ejem.- Se puede hallar placa, y cálculo, -
impacción de alimentos, trauma periodontal, mala higiene-
bucal en pacientes con defectos metabólicos menores, los-
factores extrínsecos se prestan más al tratamiento, los -
intrínsecos se conocen menos.

Detección.

Hay "fuentes de información que concierne
la resistencia del huésped.

Historia Médica Paciente

Examen

Pruebas Clínicas

Historia Natural de la Enfermedad

Historia Médica.- El interrogatorio aporta información —
referente al estado físico actual o pro-
porciona clave para detectar enfermeda-
des.

La entrevista no es un examen, en esta-
el paciente relata sus antecedentes y -
síntomas los cuales pueden ser o no -
exactos.

Examen:

Examen físico e interpretario cuando aparecen signos de enfermedad general y bucal - se establece relación importante, se relaciona la deficiencia nutricional de proteínas y calorías con la enfermedad periodontal.

Es posible vincular la hemorragia gingival con contusiones y se asocia la movilidad dentaria con el metabolismo del ácido ascórbico o de los carbohidratos.

El cambio de color, forma, consistencia, y disposición de los tejidos surgiría un trastorno intrínseco.

Pruebas Clínicas:

Las pruebas de laboratorio son de valor indiscutible cuando se sospecha patología intrínseca específica.

Los cambios gingivales en enfermedades como, Leucemia, deficiencias nutricionales, diabetes y trastornos óseos en estas distrofias poco se sabe de la relación entre factores intrínsecos y enfermedad periodontal.

Historia Natural de la Enfermedad:

Según Forbus el individuo reacciona de tres maneras. 1) resiste 2) sucumbe 3) se adapta, la respuesta se puede afectar o alterar por función de las glándulas endocrinas el Sistema Nervioso Autónomo o la circulación-sanguínea o sea por la homeostasis.

Clasificación de factores Extrínsecos e Intrínsecos

Las causas intrínsecas se dividen en factores demostrables se han asociado con periodontopatías, se incluyen diabetes no controladas, leucemia, deficiencias-nutricionales patentes, cambios endocrinos en embarazo y pubertad, mononucleosis infecciosa, stress, neutropenia, cíclica, hiperqueratosis, palmoplantar e hipofosfatosis.

Factores Extrínsecos (locales)

a) Bacterianos

1.- Placa

2.- Cálculo

3.- Enzimas y productos de descomposición

4.- Materia Alba

5.- Residuos de Alimentos.

b) Mecánicos

I) Cálculo:

- 2) Impacción y retención de alimentos contactos abiertos y flojos, movilidad y - dientes en mal posición, mecanismo de - cúspides impelentes.
- 3) Márgenes desbordantes de obturaciones, - prótesis mal diseñadas o desadaptadas.
- 4) Consistencias blandas o adhesivas de la dieta.
- 5) Respiración bucal, cierre incompleto de los labios.
- 6) Higiene bucal inadecuada.
- 7) Hábitos lesivos.
- 8) Métodos de tratamiento dental inadecuados.
- 9) Trauma accidental.

c) Bacterianos y Mecánicos combinados

1) Cálculo

2) Margen desbordante

D) Predisposición Anatómica

- I) Mala alineación dentaria, mal posición, anatomía alterada.
- 2) Inserción alta de frenillo o músculo
- 3) Vestíbulo Somero
- 4) Zona de encía insertada funcionalmente insuficiente.
- 5) Encía delgada, de textura fina, o márgenes gingivales abultados y gruesos.
- 6) Exostosis o rebordes óseos, placas óseas muy delgadas.
- 7) Relación corona, raíz desfavorable

E) Funcionales:

- I) Función Insuficiente
 - a) Falta de oclusión
 - b) Masticación Indolente
 - c) Parálisis Muscular

2.- Sobre función y parafunción

- a) Hipertonicidad muscular
- b) Bruxismo
- c) Trabamiento y rechinariento
- d) Trauma accidental
- e) Cargas excesivas sobre dientes pilares.

Factores Intrínsecos (Sistemáticos)

A.- Demostrables

I.- Disfunciones Endocrinas

a.- De la Pubertad

b.- Del embarazo

c.- Posmeno-páusica

2.- Enfermedades Metabólicas

a.- Deficiencias Nutricionales

b.- Diabetes

c.- Hiperqueratosis palmoplantar

d.- Neutropinia cíclica

e.- Hipofosfatacia

f.- Enfermedades debilitantes.

3.- Transtornos Psicosomáticos o emocionales

4.- Drogas y Venenos Metálicos

a). Difenilhidantoína

b). Efectos Hematológicos

c). Alergia

d). Metales Pesados

5.- Dieta y Nutrición

B) No Demostrables

I.- Resistencia y Reparación insuficiente

2.- Deficiencias Nutricionales, emocionales, Metabólicas, Hormonales.

a) Fatiga

b) Stress.

Etiología de la Enfermedad Gingival Periodontal

Se Clasifican en Factores Locales y Generales.

Factores Locales:

Son los que rodean al periodonto, produce inflamación que es el proceso patológico-principal en enfermedad gingival y periodontal.

Factores Generales:

El efecto de los irritantes locales es — agravado por el estado general del paciente.

En la superficie dentaria se acumulan muchas clases de depósitos, se clasifican en blandos y duros firmemente unidos adhesivos o poco adhesivos; colorados o incoloros, transparentes u opacos.

Placa Dentaria:

La placa dentaria es un depósito blando — amorfo granular se acumula en las superficies; restauraciones y cálculos dentarios, se adhiere a la superficie se logra desprender por limpieza mecánica. En cantidad pequeña no se distingue solo que se tiña — si se acumula se forma una masa globular — visible, cuyo color varía de gris amarillento.

La placa aparece en zonas supragingival en su mayor parte en tercio gingival de los dientes con, pre dilección por grietas defectos, y rugosidades márgenes - desbordantes y restauraciones dentarias.

La película adquirida es producto de la sa liva, no tiene bacterias es ácido periódico de Schiff.

(PAS) más contiene glucoproteínas polipéptidos y Lípidos, la placa se deposita sobre la película - acelular formada.

Formación de la Placa:

Los microorganismos son unidos al diente.

- 1) Por una matriz adhesiva interbacteriana.
- 2) Por afinidad de Hidroxiapatita adamanti na por las glucoproteínas que atrae la - película adquirida y bacterias del diente.

La placa crece por agregados nuevos bacterias

Multiplicación de Bacterias

Acumulo de productos bacterianos.

V.- Trastornos Inflamatorios.

Inflamación.

Definición: Edo. morbooso local complejo con fenómenos generales, caracterizado por dolor, calor, tumefacción y lesión funcional de la parte.

Requisitos básicos de la salud es la distribución adecuada y el transporte de sangre y otros flujos a los tejidos y desde éstos a través del sistema cardiovascular. Este sistema conduce las substancias nutritivas a los tejidos y retira los productos de desecho además la circulación linfática y líquido intersticial entre los elementos tisulares. La relación correcta entre los tejidos y líquidos circulantes se denomina Homeostasis.

Teorías sobre la Inflamación.

Según Erick.

La inflamación se considera como una perturbación de la homeostasis.

Teoría de las Faces.

- I.- Entrada a un tejido de un irritante inflamatorio.
- 2.- Alteración del tejido por este agente.
- 3.- Hiperemia Inflamatoria y éstasis con exudación de plasma.

- 4.- Migración de Leucocitos poliformonucleares y macrófagos.
- 5.- Infiltración y multiplicación de linfocitos y células plasmáticas en zona inflamada y en ganglios linfáticos regionales.
- 6.- Reparación

Para Forbus.

La lesión significa la aparición de un hecho y no simplemente el estado de cosas - que existe cuando desaparece este hecho.

Merkin.

La lesión es una reacción tisular local -- compleja, vascular, bioquímica y linfática debida a la presencia de microorganismos o irritantes no viables.

Representa una reacción elemental o básica a una agresión en virtud de la cual el agente patógeno tiende a localizarse y ser destruido.

La inflamación se caracteriza por una alteración del intercambio de líquidos debido a:

- 1.- Aumento de la presión de la sangre capilar y vasodilatación local.

- 2.- Aumento en el número de capilares abiertos.
- 3.- Aumento de la permeabilidad de la pared endotelial.
- 4.- Cambios en la presión osmótica por escape de proteínas plasmáticas al líquido-tisular y aumentando el volumen de éste edema.

Estas reacciones capilares son el resultado de algún irritante que lesiona las células. Las reacciones nerviosas pueden desempeñar un papel en los síntomas iniciales inflamatorios provocando aumento temporal de la presión capilar.

La composición celular del tejido en la reacción inflamatoria probablemente dependa de la concentración de iones de hidrógeno (ph) en el exudado inflamatorio.

Si la reacción tisular es ligeramente alcalina, hay leucocitos polimorfonucleares presentes; en un medio ligeramente ácido predominan los mononucleares no granulares (macrófagos) La disminución en el consumo de Oxígeno y del intercambio de líquidos en la Inflamación favorece la formación de ácido (ácido láctico). La reacción inflamatoria juega un papel neto en la localización del elemento irritante a través de su fijación.

Si se inyectan bacterias en un tejido, apa

recen en la sangre minutos después; pero si las bacterias son inyectadas en una zona inflamada, se quedarán en ella y no llegarán a la circulación (bloqueo linfático). Si las bacterias son inyectadas en la circulación y hay una región inflamatoria en algún sitio, los gérmenes pueden localizarse en ella (lugar de menor resistencia (esto se debe a mayor permeabilidad de capilar en la región inflamada).

Estos dos factores el aumento de la permeabilidad capilar y el bloqueo linfático, tiene importancia para la localización o extensión de una (inflamación, e infección).

Opie.

Define la inflamación como un proceso por el cuál las células y el suero se acumulan alrededor de una sustancia patógena y tienden a removerla y destruirla.

Para Mc. Callum.

Es una reacción celular y vascular local y general, contra un agente nocivo que provoca lesión o necrosis celular.

Unger.

La inflamación puede comprender toda la serie de fenómenos que empiezan con la estimulación flogogénica, continúa con la reacción vascular y la alteración tisular, la supuración y formación de tejido de gr

nulación y termina con el proceso de reparación.

El término inflamación puede restringirse a las reacciones tisulares elementales; es decir a la reacción vascular.

La reacción primaria puede o no ir seguida por cambios secundarios como supuración o formación de granulomas.

Selye.

Considero la inflamación como un síndrome de adaptación local que consiste.

- I.- Reacciones local de alarma: lesión tisular y edema.
- 2.- Reacción celular: movilización de los elementos celulares.
- 3.- Etapa local de resistencia: formación de granuloma.
- 4.- Etapa local de agotamiento: desorganización, necrosis supuración o curación.

Según Selye.

La lesión tisular ocasionada por agentes mecánicos, químicos y microbianos tiende a producir una reacción local y gral. son -- reacciones de adaptación.

El Stress local puede producir reacciones generales de defensa. A su vez el Stress general influye en la reacción de alarma-local a través de secreción de ACTH y corticoides antiflogística, estos disminuyen la aportación sanguínea local como resultado de la hipotensión durante el choque.

Tonetti.

La inflamación es una reacción tisular dependiente de la integridad de los sistemas de regularización de todo el organismo.

La inflamación juega un papel importante en la patología parodontal y debe ser bien.

a).- Gingivitis.

La reacción inflamatoria de la encía (gingivitis) o de otros tejidos de soporte del diente no es distinta a la de cualquier otra región del cuerpo.

En la encía normal hay siempre una leve reacción inflamatoria crónica.

Esto es lógico, ya que las bacterias siempre presentes en la cavidad bucal, están en contacto con el intersticio gingival, por poco profundo que sea.

Las bacterias y toxinas bacterianas producen una reacción inflamatoria del tejido conjuntivo como mecanismo de defensa.

Clinicamente la gingivitis puede identificarse por los signos de la inflamación, o sea enrojecimiento, tumefacción, hemorragia, exudado, y en ocasiones dolor.

La gingivitis puede Diagnosticarse y Clasificarse:

- I.- Síntomas
- 2.- Historia Médica y Dental del Paciente.
- 3.- Estimación del estado actual de salud
- 4.- Examen clínico, y como auxiliar radiológico.

El examen debe incluir mucosa bucal; encía; dientes, oclusión

A.- Extensión de la lesión:

Localizada

Generalizada

B.- Distribución de las lesiones

Papilas

Encía Marginal

Encía Insertada

C.- Estados de Inflamación:

Aguda

Crónica

D.- Características Clínicas:

Hiperplasia

Ulceración

Necrosis

Formación de Sseudomembrana

Exudado Purulento

Exudado Seroso Hemorrágica.

Por la observación objetiva y la valoración de los síntomas subjetivos, podemos saber si la reacción inflamatoria es aguda o crónica.

La inflamación aguda se presenta de color rojo intenso y muchas veces, está ulcerada, hemorrágica - y dolorosa (gingivitis Ulceronecrosante).

Los pacientes con inflamación aguda probablemente presenten exacerbación aguda de un proceso crónico que puede depender de factores intrínsecos o extrínsecos.

Estos factores pueden ser traumatismos ocasionados por movimiento de mandíbula o por choque de alimentos; uso incorrecto del cepillo dental, de la cera dental o de los mondadientes, falta de higiene que a su vez - acumula Materia Alba.

Los factores intrínsecos puede ser preñez, deficiencias nutritivas (ejm. vitamina C), trastornos endocrinos o discrasias sanguíneas que agravan o modifican la reacción inflamatoria.

La inflamación crónica se presenta muchas veces con crecimiento tisular excesivo, la encía se ve de color magenta, es más fibrosa que en inflamación aguda, - no presenta tantos hemorragias, e indolora, después de - que se ha valorado el estado y grado de inflamación gingi

val, se hace estimación de la lesión patológica, la encía puede ser hiperplásica (crecimiento excesivo), ulcerosa - necrótica o pseudomembranosa, quizá exista exudado que a su vez, puede ser purulento, seroso, catorral o hemorrágico.

Siguiendo el procedimiento anterior se puede diagnosticar que el paciente presenta una gingivitis = localizada, papilar aguda ulcerosa y necrosante.

Este diagnóstico dice más que el simple - diagnóstico de gingivitis.

La etiología de una gingivitis es probablemente el resultado final de la mutua influencia de los -- factores extrínsecos e intrínsecos.

b).- Gingivitis Traumática.

Factor extrínseco en la etiología de la -- gingivitis es el traumatismo directo de la encía con los bordes incisales de los dientes opuestos.

Esto es más común en la superficie labial de los incisivos inferiores o en la superficie palatina de los incisivos superiores.

En estos casos sirve de medida profiláctica la eliminación de la sobremordida horizontal y la prevención de traumatismos menores. Sin este tratamiento se puede anticipar la recurrencia del trastorno ocasionado -- por irritación local.

Terapéutica.

La eliminación de la bolsa parodontal debe ser suprimida, y se puede efectuar de varias maneras según su extensión y relaciones con el resto del parodonto.

No todas las bolsas pueden ser tratadas -- por raspado gingival como tampoco por gingivectomía.

A veces se utilizan varias técnicas para -- las diferentes bolsas en una misma boca.

El raspado radicular es parte importante -- de cualquier tratamiento de la parodontitis. Se logra la eliminación de algunas de las bolsas menos profundas gracias a la resolución de la inflamación debe proceder a la

mayoría de los procedimientos quirúrgicos, pues crea un medio mas sano, reduce la hiperemia y el edema, favorece la cicatrización tisular.

Se hace también en algunos procedimientos quirúrgicos, como el raspado subgingival, la gingivectomía y las operaciones de colgajo igualmente se lleva a cabo después de procedimientos quirúrgicos para acompletar la debridación y pulir cuidadosamente los dientes.

Raspado Gingival.

El raspado gingival es una operación sistemática para quitar total o parcial las paredes gingivales crónicamente inflamadas y ulceradas de una bolsa.

El término raspado, tal como se usa aquí, se refiere única y exclusivamente al tratamiento que se hace sobre el lado de tejido blando de la pared gingival o parodontal.

En la práctica es imposible realizar una buena parodóntica sin este procedimiento. En algunos tipos de inflamación gingival y en la presencia del terreno mucoso, es netamente el tratamiento de elección. Sin el terapeuta estará limitado en sus esfuerzos por eliminar la inflamación, extirpar la bolsa y restaurar la normalidad gingival.

Objetivos del Raspado gingival son.

Eliminar la In inflamación, suprimir las bolsas y restaurar la salud gingival.

El raspado gingival tiene objetivos inmediatos que son. Se usa más frecuente para reducir el edema clínico, la hiperemia, o la cianosis para reducir el tamaño de la encía libre.

Por lo tanto se puede eliminar la inflamación y la bolsa.

Frecuentemente se consigue un contorno gingival fisiológico, haciendo innecesarios nuevas intervenciones.

En algunos casos, el raspado gingival puede hacerse simultáneamente con el radicular.

Cuando persiste una inflamación gingival - después de un raspado radicular cuidadoso y completo, el operador puede intentar el raspado del epitelio destruido de la bolsa para reducir la inflamación y facilitar la reducción del margen de la encía.

En general los casos con inflamaciones edematosas y granulomatosas reaccionan mejor al raspado que los caracterizados por hiperplasia fibrosa.

El raspado está contraindicado si se desea obtener la retracción del margen gingival en presencia de fibrosis de larga duración.

Según la topografía gingival y alveolar, la operación del tejido blando (gingivectomía), o combinación de cirugía de tejidos blandos y duros, debe ser el método de elección. Las bolsas tortuosas de intraalveolares, no se eliminan por raspado gingival. Sus cráteres óseos se tratan mejor operando el hueso que haciendo raspado gingival.

A pesar de las contraindicaciones el raspado gingival es valioso cuando se desea la curación del proceso inflamatorio y el terapeuta experimentado puede utilizarlo como arma específica.

Instrumentos.

Deben ser del tamaño adecuado para tener acceso a las bolsas más delgadas y puede realizar esta operación sin destrucción excesiva de tejido, en ocasiones se efectúa el raspado de la encía simultáneamente o inmediatamente después del raspado radicular, esto depende del estado de la encía al practicar el raspado radicular y reacción a la remoción de los depósitos calcáreos.

Al lograr un resultado satisfactorio no es necesario seguir tratándolo.

Las curetas siempre deben estar bien afilados, son delicados en su construcción, con cabezas de tra

bajo "delgadas para poder entrar en las bolsas profundas y estrechas.

Se logra una reducción o eliminación del proceso inflamatorio después del raspado aunque no se consiga la completa eliminación de las bolsas, los tejidos serán de más fácil tratamiento en las sesiones posteriores. Habrá una mejoría más rápida menor tendencia al dolor y hemorragias secundarias.

Objetivo del raspado es quitar el epitelio de la bolsa y tejido inflamatorio subyacente.

En el procedimiento quirúrgico es conveniente usar anestesia local o por infiltración, se propone operar un diente o un segmento determinado de un arco en una sola sesión. Esto depende de la accesibilidad y topografía de las bolsas y del estado de los tejidos.

El intentar el raspado en una encía delgada y frágil, correría el riesgo de perforar o romper este tejido.

Los instrumentos se deben manejar adecuadamente, utilizando el tercero o cuarto dedo como punto de apoyo, el operador tratará de cortar y no romper o mutilar la pared de la bolsa formada por tejido blando.

La colocación del pulgar o dedo índice sobre la superficie mucolabial o lingual de la encía ayudará al operador a realizar un raspado correcto.

Con movimientos cortos el tejido lesionado se lleva a la superficie.

La hoja de la cureta se debe limpiar frecuentemente con gasa estéril. Después del raspado, las bolsas deben lavarse con solución salina estéril, usando una jeringa adecuada con aguja sin filo (calibre # 25).

Los tejidos deben adosarse a la superficie del diente y donde sea necesario se pondrá cemento quirúrgico. Después de dos semanas se valoriza el resultado y decidir si es necesario seguir el tratamiento.

VI.- Examen y Diagnóstico:

La odontología ayuda a que la gente viva - con su dentadura intacta. La enfermedad periodontal es - una amenaza para lograr esta meta. Cuando hay enfermedad periodontal, la conservación de la dentadura natural solo es posible si el odontólogo tiene la capacidad de reconocer la enfermedad y tratarla satisfactoriamente.

El tratamiento consta de medidas de control de los factores etiológicos que se supone son responsables de la enfermedad y de la reparación de todo daño producido, se debe tomar nota de los signos clínicos de la enfermedad y deduce sus causas y así llegar al tratamiento adecuado.

Para seguir el tratamiento se debe tener conocimiento de histología, histopatología y fisiología de los tejidos afectados, así se forma un juicio clínico para seleccionar el procedimiento terapéutico.

Los signos de la enfermedad periodontal son tan variados y complejos como sus posibles causas. Las manifestaciones son diferentes en cada paciente portador de la enfermedad.

Examen:

El examen consiste: entrevista; examen radiográfico, y examen bucal; esta información se anotará en una ficha y así elaborar un diagnóstico sopesado y plan de tratamiento.

En ocasiones el paciente no sabe que tiene enfermedad periodontal, entonces el Médico debe educar al paciente y orientar su motivación.

Entrevista:

La entrevista nos brinda establecer una relación, comenzar la educación del paciente y familiarizarlo.

Durante la entrevista se obtiene información referente a la molestia principal y así observar al paciente y así cambia los datos de clínico con los de abogado, psiquiatra y detective.

Durante la entrevista se averiguará.

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1.- Estadística básica | 2.- Molestia principal |
| 3.- Historia Médica | 4.- Historia Dental. |

Estadística Básica:

Esta incluye: nombre del paciente; dirección; No. teléfono; edad; sexo; Edo. civil; y familiar; ocupación; en la forma de responder el dentista debe medir la inteligencia y grado de cooperación del paciente así como saber quien lo envía.

Molestia Principal:

¿Cuál es el motivo de la visita? ¿Significante dolor? ¿Incomodidad u otra molestia? en ocasiones - solo se presentara para una inspección de rutina; sin embargo también se presentarán con dolor; hemorragia ó hinchazón; entonces se atenderá tan pronto se localice y se sepa su origen, entonces se deseará saber cuándo comenzó la lesión y si se produjo anteriormente.

Historia Médica

Se debe preguntar ¿"Cómo está su salud"? - ¿"Has estado gravemente enfermo"? ¿Cuándo fué su último examen médico"? ¿Quién es su Médico? ¿"Cuál fué la razón de su última visita a su Médico? ¿Cuáles fueron los resultados? ¿Se halla en tratamiento ahora? ¿Ha hecho examen médico en los últimos años? ¿Tuvo alguna dificultad en el examen? ¿Es alérgico a alguna droga?

Se pregunta sobre padecimientos del corazón, Sistema Circulatorio; Sistema Genitourinario, alergias, endocrinopatías y discrasias sanguíneas.

Si las respuestas son negativas, la anotación dirá " Historia Médica Normal ".

Factores esenciales de Historia Médica son:

Embarazo, diabetes, disfunción ovárica; tiroides o de otras glándulas endocrinas, u otras enfermedades que podrían afectar la evolución del tratamiento o -

exigir determinadas precauciones antecedentes de cardiopatía reumática o valvular, hipertensión arterial, uso de - anticoagulantes, discrasia sanguínea, hepatitis, sífilis - enfermedad hepática.

Si toma anticoagulantes, hay que consultar con su Médico Gral. la cirugía está contraindicada.

Aspirinas; trastornos digestivos, enfermedad pulmonar; alergias.

En el interrogatorio; el examinador debe - pensar en el cáncer y estar atento a todo indicio, como - pérdida de peso, hinchazones y úlceras.

Se tomará nota de los hábitos. Nerviosos, - anormales de la piel, cabello, uñas, así como los tics, o expresiones raras.

A las mujeres se les preguntará sobre sus - partos, menarquía y menopausia, si es casada, si tiene hijos, cuantos, si tuvo algún problema en el momento del - parto, ¿Tuvo algún problema con sus encías o dientes du - rante el embarazo? ¿Es anormal el ciclo menstrual ¿Meno - pausia? Estado nervioso del paciente.

Historia Dental.

Debe incluir todos los tratamientos dentales realizados en el pasado (ortodoncia, - aparatos de prótesis, eliminación de dientes retenidos, también la fecha aproximada del tratamiento parodontal anterior (raspaje radicular curetaje, cirugía gingival, - cirugía ósea, ajuste oclusal, ferulización, instrucción sobre el cuidado bucal casero) molestias anteriores como hemorragias gingivales, absesos periodontales dolor, ardor, mal gusto, mal aliento, migración dentario patológica). "Sangrado de encías", - "dolor de encías" "Algún diente flojo" "algunos dientes se mueven" "dientes extremadamente sensibles al frío".

Algunos pacientes suelen preguntar que es la enfermedad periodontal. Será suficiente explicar que esta enfermedad es lo que se llama "piorrea".

Consulta Médica.

A veces después de la consulta se considera que hay que realizar pruebas de laboratorio o es conveniente una consulta al médico: Se puede indicar frotis sanguíneo, - biopsias, análisis de sangre y orina; entonces el dentista se pondrá en contacto con él.

Examen Intrabucal.

Este examen comprende la inspección de los tejidos blandos (incluso la encía), los dientes, la oclusión y la articulación temporomandibular.

Se tomará Radiografías seriadas de toda la boca, modelos de estudio; se puede precisar la vitalidad de la pulpa.

Los datos se anotarán en la ficha del paciente y se guardarán en forma sistematizada para no perderlos.

Examen Radiográfico.

Las radiografías proporcionan:

- 1.- Altura ósea interdentario y presencia de cortical.
- 2.- Patrones trabeculares.
- 3.- Zona radiolúcidas que indican destrucción ósea y que se pueden confirmar mediante sondeo.
- 4.- Pérdida ósea de las furcaciones.
- 5.- Ancho del espacio del ligamento periodontal.

- 6.- Relación entre corona y raíz
- 7.- Forma y longitud de la raíz
- 8.- Caries, calidad general de las restauraciones y depósitos grandes de cálculo.
- 9.- Localización del seno maxilar respecto a la cresta ósea.
- 10.- Dientes ausentes, supernumerarios, retenidos.

Las radiografías son la representación bidimensional de estructuras tridimensionales.

Las radiografías en el diagnóstico periodontal es importante por un lado y por otro mal entendido.

Inspección antes de Sondar.

El examen clínico estudiará las radiografías, para detectar patología macroscópica (quistes, granulomas cementomas, cuerpos extraños, dientes retenidos, neoplasias).- Se debe observar el trabéculo óseo, se puede presentar desviación del trabéculo normal, como atrofia, por desuso y afecciones generales raras como hiperparatiroidismo y enfermedad de Pagel, estas anomalías -

se observan mejor en torno a dientes alargados y alrededor de zonas de extracción.

Factores Etiológicos.

Las radiografías inspeccionan a cálculos, caries en la corona o las superficies desbordantes o defectuosas. ¿hay puntos de contacto abiertos?

¿Se relacionan estos defectos con zonas de pérdida ósea? ¿Se precisa algún tratamiento inmediato para prevenir o tratar una lesión pulpar. También la radiografía nos determina la altura del tabique óseo calidad de la cortical y ancho del ligamento periodontal.

Pérdida Osea Periodontal.

La encía ósea se localiza o generaliza.

Los patrones de pérdida ósea son horizontal o vertical.

Se distinguen cráteres óseos o espacios.

El seno maxilar se acerca a la cresta alveolar en zonas de pérdida ósea.

Los conos de plata calibrados o enrejados son de gran utilidad.

Oclusión.

Puede haber traumatismo oclusal. Las raíces pueden ser largas, cortas, cónicas.

Puede haber engrosamiento del ligamento pe
riodontal y parte de la raíz cubierta de -
hueso, los dientes pueden estar mal aline
dos; inclinados, extruidos o instruidos. -
Zonas escleróticas se observan por exceso-
de función.

Limitaciones.

Las radiografías no dan un cuadro exacto -
de la profundidad de la bolsa, sino que se
mide, mediante la sonda, a pesar de esta -
limitación no hay examen acertado sin buenas
radiografías.

Examen Bucal.

Halitosis.- Este síntoma se puede originar
en zonas en que hay retención de particu--
las de alimentos, descomposición de los de
pósitos, otra causa es la gingivitis ulce-
ronecrotizante, así como la caries la pue-
den padecer pacientes con estados febriles
y depresión Psiquiátrica (Se debe eliminar
estos factores, y si persiste el mal enton
ces tendrá que consultar con un especialis
ta que deberá inspeccionar nariz, nasofa-
ringe, amígdalas y pulmones a veces las en

fermedades de estos órganos producen Halitosis.

Tejidos blandos.

Se observará el estado de lengua, mucosa bucal, piso de la boca, paladar, frenillos y garganta. Son normales la consistencia y cantidad de la saliva?.

Variación de consistencia, color contorno.

Es fisiológica la encía en su forma?

Es firme la encía, o es retráctil y sangra con facilidad? ¿Es angosta o ancha la zona de encías insertadas? ¿Siente dolor? ¿Hay zonas de impactación de alimento? ¿Existen otras causas posibles?.

Los hallazgos gingivales clínicos se clasifican.

- 1.- Extensión de las lesiones, localizadas o generalizadas.
- 2.- Distribución de las lesiones, papilar, marginal o de encía insertada.
- 3.- Estado de la inflamación, aguda o crónica.

- 4.- Características clínicas, hiperplasia, úlceras, necrosis, formación de pseudo-membrana, profundidad de las bolsas, - exudado purulento, exudado sérico hemorragias, inserción anormal de músculos y frenillos anchos de la encía insertada, y relación de las bolsas con la unión mucogingival.

Al examinar encía se debe tener un cuadro clínico de encía normal.

Dientes.

Se registra tamaño de dientes y el grado de susceptibilidad a la caries esta se mide por la presencia de restauraciones si existe reincidencia de caries, si existe abración de dientes, diastemas, los contactos proximales se prueban con hilo dental; mal posición dentaria, movilidad dentaria, esmalte hipoplásico, dientes supernumerarios sin vitalidad, sensibilidad dentaria, se hace la percusión de los dientes para ver si existe caries en la superficie dentaria.

Higiene Bucal.

Determinar el estado general de la higiene bucal, se debe registrar la presencia de placa, pigmentación y cálculo.

Se preguntará al paciente sobre la fecha -

de la última profilaxis, su método y frecuencia de cepillado, elementos auxiliares de limpieza que utiliza los hallazgos coronarios, se pueden registrar:

- I.- Placa
- 2.- Depósitos subgingivales
- 3.- Depósitos supragingivales
- 4.- Materia Alba

Localización de caries dentaria

Erosión

Abrasión

Restauraciones inadecuadas

Articulación temporomandibular.

Se preguntará si existe dolor, subluxación, chasquido, ruidos secos.

La articulación se palpa con las excursiones protusivas y lateral, se debe observar la trayectoria del punto mentoniano durante los movimientos mandibulares.

Oclusión.

Se observará si la dentadura está completa o se halla mutilada por extracción, o si faltan dientes o han sido reemplazadas.

Si tiene el paciente contactos prematuros— en céntrica, o si tiene interferencia en — excursiones (lateral y protusiva).

¿Contribuyen las restauraciones a los cambios patológicos o fomentan la salud bucal?
 ¿Deglute el paciente con la boca abierta o cerrada? ¿Coloca la lengua entre los dientes cuando deglute?

¿Tiene compulsión a morder el labio, la — lengua o los carrillos? ¿Muerde o mastica— objetos? ¿Humedece los labios? ¿Es respira— dor bucal? ¿Contrae los maseteros?

Fichado.

A medida que se haga el examen, los hallazgos se irán registrando en una ficha adecuada, haciendo un examen de observaciones, percusión de dientes y tejidos duros y — blandos y para esto es necesario utilizar— símbolos de modo que se entiendan y sean — legibles.

Los modelos de estudio se toman antes de — sondear, porque la encía puede sangrar.

Sondeo.

Para determinar la profundidad de la bolsa se usa un explorador de bolsas o sonda periodontal está calibrada, la sonda se utiliza de manera que no sea trabada por el cálculo gingival.

La finalidad fundamental del tratamiento periodontal es la eliminación de la bolsa.

Movilidad Dentaria.

El pronóstico de dientes con enfermedad periodontal depende, en parte de la movilidad inicial y si se puede modificar en el tratamiento: La ferulización y ajuste oclusal son procedimientos terapéuticos destinados específicamente a reducir la enfermedad, la medición de movilidad es importante para saber o determinar el tratamiento a seguir y valorarlo.

Medición Clínica.

La movilidad se determina luxando el diente y observando su movimiento, el diente se mueve entre los dedos o entre los mangos de dos instrumentos.

Se tiene mayor información indicando al paciente mueva en deslizamiento lateral y protusiva con los dientes en contacto o pi

diendo al paciente que apriete y frote los dientes así notaremos o percibiremos la movilidad existente.

Grado de Movilidad.

0 indica que no hay movimiento

0.5 movimiento apenas perceptible

1.5 a 2.5 grados crecientes que terminan en 3 grados de movilidad que indica pronóstico malo.

Causas de Movilidad.

Las causas son intrínsecas, relativas a la morfología o estados de los tejidos, o intrínseca que se refiere a la carga de estos tejidos, así forma y longitud de la raíz y corona clínica, la altura del hueso alveolar y ancho del ligamento periodontal determinan la firmeza de un diente, también depende del estado biológico de los tejidos de soporte, los dientes tienden a aflojarse durante el embarazo, la diabetes y deficiencias nutricionales graves, la alteración de la movilidad dentaria podría lograrse a nivel bioquímico.

Traumatismo Primario y Secundario.

Traumatismo Primario: Es la producción de-

movilidad de un diente con soporte normal - sometido a una fuerza que exceda los límites fisiológicos.

Traumatismo Secundario: Es la producción - de movilidad por fuerzas normales a un - diente con soporte debilitado, cuando hay - factores locales e intrínsecos tales como - inflamación y trastornos metabólicos.

Aparatos de Medición de Movilidad.

Se han ideado aparatos mecánicos y electró - nicos para la medición cuantitativa de mo - vilidad dentaria son mecánicos o de conduc - tividad eléctrica de precisión (transduc - tor o tensómetro).

Diagnóstico.

Aunque la fase diagnóstico sea corta repre - senta la información recogida de observa - ciones detalladas y sistemáticas.

Se planea tratamiento y se proyecta el pro - nóstico a partir de la observación y el - diagnóstico, se precisa de las caracterís - ticas clínicas de la encía se enumeran los hallazgos salientes que conducen al diag - nóstico, se resumen los factores etiológi - cos primarios y contribuyentes, cuando la - etiología es desconocida, se trata sobre -

una base sintomática en el esquema se define.

Ficha de diagnóstico diferencial: Síntomas clínicos y hallazgos histológicos de enfermedad periodontal.

Enfermedad	Síntomas Clínicos	hallazgos - histopatológicos
Gingivitis	a) Inflamación localizada en encía papilar o marginal, el punteado de la encía no está apreciablemente afectado. 2) bolsas someras - 3) Placa y cálculo 4) Hemorragia b) Radiográficas no hay cambios óseos c) No hay aflojamiento del diente.	a) Inflamación aguda crónica localizada en la encía, el cuadro histopatológico varía según el tipo de gingivitis hiperplástica de embarazo GUN. b) No hay resorción ósea.

Periodontitis

- a) Cambios de color gingival a rojo-o magenta superficie lisa, pérdida del punteado.
- Bolsas profundas con supuración.
- Pérdida de firmeza de la encía, depósito subgingival.
- b) Radiográficos: -
resorción ósea en la cresta alveolar.
- c) Aflojamiento y emigración de dientes, síntoma tardío.
- a) In inflamación aguda crónica, proliferación apical del epitelio de inserción, ulceración de epitelio de la bolsa, avance de la inflamación por los vasos sanguíneos hacia el hueso alveolar.
- b) Resorción ósea de la cresta alveolar
- c) Fase tardía; pérdida ósea alveolar; reemplazo del ligamento periodontal por tejido inflamatorio.

Periodontitis

- a) Formación de diastemas emigración de - Datos insuficientes.
dientes; no hay inflamación.
- b) Radiográficos; resorción ósea de tipo vertical: irregular no -
sigue puntos de referencia anatómica.
- c) Aparición de bolsas -
profundas aisladas -
con inflamación secundaria en pacientes jóvenes.

Traumatismos

- a) Sensibilidad a la percusión.
- b) Radiográficos, ensanchamiento del espacio periodontal en el ápice seguido de ensanchamiento del resto del espacio periodontal.
- c) Aflojamiento de los dientes según la dirección de la sobrecarga si es una dirección, el diente se aparta de la carga oclusal; si es de vaiven el diente se afloja.
- a) Lado de presión: necrosis del ligamento periodontal resorción socavante del hueso.
- b) Lado de tensión: daño al ligamento periodontal por sobrecarga; desgarros cementarios; trombo-sis ensanchamiento del ligamento periodontal; neoformación.
- c) En constante movimiento; ensanchamiento del espacio periodontal.

VII.- Plan de Tratamiento.

Definición.- El plan de tratamiento es un programa organizado de procedimiento para eliminar los signos y síntomas de la enfermedad y restablecer la salud.

Finalidad.

La finalidad es detener el proceso de destrucción que de otra manera llevaría a la pérdida de los dientes y establecer condiciones bucales conducentes a la salud periodontal.

El tratamiento debe ser un programa ordenado y limitados a medidas directas y necesarias para conseguir el resultado, en este también mantiene el estado de salud para evitar que avance la enfermedad. El plan de tratamiento se determina en base a las necesidades del paciente y hallazgos del examen inicial.

Orden del tratamiento.

El esfuerzo inicial se orientará hacia la iluminación de la inflamación y la institución de un programa de higiene bucal. Para esto se citará al paciente hasta eliminar los depósitos y hacer medido el nivel de higiene en cada visita, para hacer indicaciones al paciente.

Revaloración.

Al final del tratamiento se hará la revaloración sobre base del grado de mejoría, obterida.

Se registra la inflamación residual y causa presuntivas así como el cambio de profundidad de las bolsas y movilidad dentaria. La revaloración se hace para hacer cambios apropiados.

Restauraciones.

A veces las caries son tan profundas que demandan atención inmediata, estas restauraciones serán temporales, porque se restaurarán una vez concluido el tratamiento periodontal se puede precisar hacer ferulización temporal durante el período de tratamiento y hay que valorar la necesidad de este recurso.

Extracciones.

Los dientes con pronóstico malo se extraerán temprano en el tratamiento salvo que se los conservar provisionalmente por razones estéticas o mantener el espacio.

Porqué si se extraen piezas después del tratamiento el paciente creé que el trata-

miento no dió resultado, o que el paciente olvidó que se hizo un pronóstico negativo para sus dientes.

Ortodoncia.

El tratamiento de ortodoncia puede proceder a seguir a cualquier intervención quirúrgica. Cuando el tratamiento ortodóntico se hace para eliminar la inflamación que genera la mal posición dentaria, la inclinación o la migración este procederá a la cirugía, cuando el movimiento dentario ortodóntico se realiza con propósitos de reconstrucción o estética, va después de la cirugía; mientras se lleva a cabo el tratamiento de ortodoncia, se hará un programa de raspajes frecuentes y control de placa.

Ajuste Oclusal.

Este paso se efectúa después del raspaje y alisamiento radicular, una vez eliminada la inflamación.

Quando existe movilidad dentaria, se hace ajuste oclusal burdo como primer paso para reducirla; el ajuste oclusal se puede realizar después de cirugía y tratamientos ortodónticos.

Los procedimientos a seguir en el examen, diagnóstico; Pronóstico y Plan de tratamiento son.

I.- Examen

a.- Entrevista

1.- Estadística básica

2.- Molestia Principal

3.- Historia Médica

b.- Examen Intrabucal

c.- Examen Radiográfico

2.- Diagnóstico

3.- Pronóstico

4.- Plan de Tratamiento

a) Raspaje y aislamiento radiculares

b) Instrucción del control de la Placa

c) Ajuste Oclusal Preliminar

d) Raspaje Radicular

e) Eliminación de otros factores extrínsecos (márgenes desbordantes; extracciones; obturaciones temporales.

- f) Revaloración
- g) Ferulización
- h) Cirugía
- i) Pequeños movimientos dentarios
- j) Ajuste Oclusal definitivo
- k) Raspaje radicular y enseñanza del control de la Placa.
- l) Examen posterior al tratamiento
- m) Plan de tratamiento Restaurador
- n) Establecimiento de un programa de mantenimiento.

Es preciso registrar con exactitud el tratamiento realizado en cada sesión.

Se debe anotar las drogas recetadas, tipo de cepillado indicado.

Método de cepillado y otros procedimientos de higiene bucal, así se llevará un control.

Al paciente se le debe presentar el caso - para esto es necesario conocer todos los hechos dirigidos y preparar un plan por escrito.

VII.- Pronóstico.-

Definición.-

Pronóstico es la apreciación de la evolución de la enfermedad y la predicción de la respuesta al tratamiento. El pronóstico depende de lo exacto y completa que sea la información recogida durante el examen.

El pronóstico depende de la capacidad que posea el dentista para reconocer y eliminar y regular los factores que producen la enfermedad.

Consideraciones.-

Preservación de la dentadura como unidad funcional restaurándola de manera apropiada.

Objetivos del Tratamiento.-

¿ Es posible alcanzar los objetivos de tratamiento de encía firme, irretraíble y que no sangre?

¿Se puede eliminar la bolsa? ¿Se puede estabilizar el diente? ¿Puede el paciente tole-

rar el tratamiento? si no es así, se realiza otro tratamiento una transacción o extracciones.

Prótesis.-

Se debe valorar la complejidad y extensión de toda prótesis necesaria.

Si se debe hacer restauración externa de la dentadura, si se debe confeccionar férulas fijas, si hay que recurrir al movimiento ortodóntico, y si el paciente afronta la realización del procedimiento.

Factores.-

El pronóstico se hará diente por diente.

Afecta el pronóstico:

- a) Bolsas.- Extensión, localización, profundidad y complejidad.

Por lo general es más fácil eliminar bolsas unirradiculares presentan problema cuando hay lesión de furcación.

El tratamiento en lesiones de bifurcación y trifurcación es hemisección y amputación radicular.

En molares inferiores se puede hemiseccionar una parte, o las dos para que funcionen como premolares ferulizados.

En molares superiores se puede eliminar una o dos raíces y la raíz restante se restaura mediante una corona de diseño adecuado. Para esto se eliminan las bolsas y se crea la forma fisiológica de la encía.

En lesiones parciales defurcación de molares inferiores, se hace cirugía ósea o injertos óseos, en los premolares superiores bifurcados es decir tratar, excepto si es posible hacer la hemisección.

Al proyectar el pronóstico de dientes con lesión de furcación se tomará en cuenta lo siguiente:

- a) Extensión de la lesión.- Lesión de furcación parcial o total, se examina por sondeo clínico y se relaciona con las radiografías.
- b) Estado de las zonas adyacentes interproximal oral, vestibular si son relativa -

- b) Pérdida ósea; extensión, localización y complejidad, cuando hay mayor pérdida ósea es peor el pronóstico, cuando la pérdida ósea es horizontal es más fácil la eliminación de la bolsa; cuando es irregular o vertical, hay que tomar en cuenta la posibilidad de hacer osteoplastia, intentar la re inserción o injertos o trasplantes óseos.

c) Movilidad Dentaria y Causa.-

Cuando la lesión es mayor con pérdida ósea muy extensa, la movilidad dentaria es creciente, los dientes con 4 ó 5 mm de hueso remanente y movilidad 2-3 tiene pronóstico dudoso.

La movilidad refleja una alteración la medición es útil para planear el tratamiento y valorar el resultado.

- d) Etiología: Factores etiológicos, mala higiene bucal o presencia de depósitos, se correlaciona más rápido.
- e) Duración de la enfermedad, extensión y naturaleza de la afección.

Lesión extensa en paciente de edad es mayor la probabilidad de utilidad de la-

dentadura. En paciente con enfermedad - sistemática el problema es mayor que en un paciente saludable.

Al presentarse una reacción intensa a una irritación mínima tiene pronóstico malo que si presenta una respuesta resistente a una cantidad considerable de irritantes.

- f) Morfología dentaria, forma de la corona, forma de la raíz relación entre corona y raíz. Cuando esta relación es favorable mejor será el pronóstico.

Tiene peor pronóstico los dientes que tienen raíces cónicas o cortas y finas.

Lesiones de furcación.-

Las lesiones y destrucción ósea pueden atacar las trifurcaciones de los molares superiores y las bifurcaciones de los primeros premolares y molares inferiores.

Lesión parcial.- Cuando se presenta en cara lingual u oral de la furcación.

Lesión total.- Cuando se extiende de cara vestibular a cara oral.

mente sanas o estables.

- c) Movilidad.- La movilidad de clase 2 ó 3 es pronóstico desfavorable o solo que se elimine la movilidad, se debe considerar longitud de la raíz y la relación que tiene con la corona.
- d) Abertura radicular.- Se trata facilmente dientes con raíces bien separadas.
- e) Salud de los dientes vecinos.
- f) Posición del diente en el arco; los dientes aislados y más distalizados se conservarán y tratarán.
- g) Edad y salud del paciente.- Se debe considerar la expectativa de vida del paciente y la del diente.
- h) Higiene bucal e índices de caries.- El tratamiento se indica cuando hay higiene bucal y el índice de caries no es alto.
- 7) Se debe alcanzar los objetivos del tratamiento, crear encía sana, eliminar las bolsas y dar indicaciones al paciente para mantener la salud en su boca.
- 8) Complejidad y extensión de cualquier prótesis asociadas; cuando se precisan pró-

tesis complejas y extensas al pronóstico es más reservado que cuando la integridad de la dentadura se puede mantener con prótesis.

- 9) Actitud y deseo del paciente, capacidad y resolución en procedimientos de cuidado dental casero, si el paciente no se interesa con el tratamiento este no será eficaz.

IX.- Gingivectomía y Gingivoplastia

Definición.- La gingivectomía se define como la excisión de la pared blanda de la bolsa, su finalidad es la eliminación de la bolsa.

Definición.- La gingivoplastia es la remodelación de la encía que ha perdido su forma externa fisiológica su finalidad en la creación de la forma gingival fisiológica, no la eliminación de la bolsa.

Con frecuencia la gingivectomía y la gingivoplastia se realizan juntas aunque se les considere por separado por razones didácticas.

Para eliminar los signos y síntomas de la enfermedad gingival suele ser suficiente el tratamiento no quirúrgico (raspaje radicular, higiene bucal adecuada) o la intervención quirúrgico menor (curetaje). Algunos casos la inflamación y su consecuencia, la enfermedad periodontal recidivan, o quedan sin resolverse. Estos fracasos son resultado del raspaje mal efectuado y procedimientos de higiene bucal inadecuada.

La recidiva es producto de la no reducción-

o eliminación de la profundidad de la bolsa preexistente.

La bolsa persistente como zona de menor resistencia y predispone a la mayor extensión de la enfermedad. Entales casos únicamente la eliminación de la bolsa permite la curación y el apropiado tratamiento por parte del dentista e higiene bucal casera por parte del paciente.

Requisitos previos:

La técnica de la gingivectomía y gingivoplastia se usa en el tratamiento de diversas situaciones, sin embargo antes de realizar cualquier tratamiento deben existir los requisitos previos que son:

- A.- La zona de encía insertada debe ser suficientemente ancha para que la excisión de parte de ella deje una zona adecuada desde el punto de vista funcional.
- B.- La forma de la cresta subyacente debe ser normal. Si se ha producido pérdida ósea, debe ser horizontal, dejando cresta ósea de forma relativamente regular en el nuevo nivel más inferior.

Indicaciones y Contraindicaciones:

La gingivectomía y la gingivoplastia se usan para:

- 1.- Eliminación de bolsas supraalveolares y bolsas falsas.
- 2.- Eliminación de agrandamientos fibrosos o adematosos de la encía.
- 3.- Transformación de márgenes redondeados o engrosados en la forma ideal (fillo de cuchillo.)
- 4.- Creación de una forma más estética en - casos en que no se ha producido la exposición completa de la corona anatómica.
- 5.- Creación de la simetría bilateral donde el margen gingival de un incisivo se ha retraído algo más que el del incisivo - vecino.
- 6.- Exposición mayor de la corona clínica - para ganar retención con finalidad protética, para permitir el acceso a ca - ríes subgingival, o para permitir la co - locación de un clamp durante el trata - miento endodóntico.

7.- Correlación de cráteres gingivales.

Además la gingivectomía y gingivoplastia se utilizan como transacción cuando están indicados otros procedimientos, pero no es factible realizarlos, ejem.- un molar superior tiene defecto intraalveolar en lado mesial que se puede corregir por cirugía ósea. Sin embargo en este caso la cercanía del seno maxilar limita la extensión de la cirugía ósea. La conservación del molar para que sirva de pilar puede ser favorable.

Por ello en esta situación la gingivectomía sería una transacción.

La profundidad de la bolsa disminuirá, pero no desaparecerá.

La eficacia de este enfoque depende de la capacidad que tenga el Odontólogo y el paciente para conservar el diente.

La transacción puede generar recidiva de la profundidad de la bolsa y extensión.

La gingivectomía y gingivoplastia no están indicados en:

- 1.- Presencia de rebordes alveolares vestibulares y orales gruesos, cráteres interdentarios o cresta ósea.

La posición del margen gingival y el contorno de la encía guardan relación con el espesor de la encía, al igual que con la forma del hueso subyacente, la posición dentaria - desempeña un papel en la morfología gingival.

Quizá el más importante de estos factores para el éxito o fracaso de la gingivectomía y de la gingivoplastia sea la forma ósea. En tales situaciones es de esperar la regeneración coronaria de las papilas interdentarias y en menor magnitud, de la encía vestibular y oral.

- 2.- En presencia de bolsas intraalveolares (infraóseas) si la bolsa se extiende más de la cresta alveolar, no es posible eliminar su base mediante gingivectomía, la bolsa permanentemente hará que la bolsa vuelva a formarse.
- 3.- Si la bolsa llega debajo de la unión mucogingival, la cirugía eliminará gran parte de la encía insertada, o su totalidad. La mucosa alveolar no es buen sustituto de la -

encia insertada, en estos casos la-
lesión sigue.

- 4.- Si el paciente no puede realizar hi
giene bucal adecuada, o no la reali
zará, el tratamiento quirúrgico fra
casará.
- 5.- Si la relación Médico - Paciente es
difícil:

Al tratar al paciente el médico de-
be tomar en cuenta el estado emocio
nal de este. Cuando la seguridad -
emocional del paciente se ve amena
zada por la cirugía propuesta. El
dentista optará por interrumpir el
tratamiento. Estos pacientes se
pueden tratar con empatía y orien -
tación cautelosa. Puede ser necesa
rio consultar con el médico general
de paciente. Si el paciente es rí-
gido e inflexible se aconseja pru -
dencia, podría ser necesario otro -
tratamiento de la Psique de pacien-
te la influencia de la recesión gin
gival producidas por las cirugías -
(especialmente en torno a dientes -
anteriores superiores, donde algu -
nos pacientes enseñan gran cantidad
de encía).

Cuando se prevé deformación anties-
tética o es inevitable, hay que - -
preparar al paciente de antemano.

6.- Cuando existen determinadas enfer-
medades y afecciones.

Ejem. No se hará cirugía en pacien-
tes con enfermedad de Addison o dia-
betes no controlada, en pacientes -
con tratamiento anticoagulante, débi-
les, debilitados, o que por lo gene-
ral responden mal a la cirugía.

7.- Cuando el paciente se queja de sen-
sibilidad dentaria antes de la ciru-
gía.

Hay que investigar la causa de las-
molestias y considerar cuidadosamen-
te la cirugía si no se suprime la -
sensibilidad.

Un buen terapeuta conoce las Venta-
jas y Desventajas de su tratamien-
to, reconoce sus propias limitacio-
nes y conoce a su paciente y sus -
reacciones.

Técnica:Gingivectomía y GingivoplastiaPasos Quirúrgicos

El cuidadoso exámen de la forma de los tejidos y la medición de la profundidad de bolsa darán al operador un cuadro tridimensional que permitirá la ejecución más precisa de la cirugía. Se marcan las bolsas con una sonda periodontal o con una pinza marcadora de bolsas. Cuando se utilice la sonda milimétrica se mide y marque, sobre la superficie externa de la encía punzando la encía con una sonda y un explorador.

Cuando se emplea una pinza marcadora de bolsas, se introduce con el extremo recto hasta el fondo de la bolsa y se marca la profundidad con el extremo para punzar.

Se hacen puntos sangrantes en las zonas con bolsus, incluso en la papila interdientaria.

Incisión.- La incisión se hace por apical a los puntos sangrantes se extiende por la encía hasta el final, a nivel del fondo de la bolsa, o sea a nivel de los puntos sangrantes, la distancia depende del espesor de la encía y de la inclinación axial de los dientes.

Donde la encía sea gruesa, el bisel puede ser largo.

Por el contrario en presencia de encía delgada y de textura fina, el bisel corto conferirá la forma festoneada adecuada.

Ondulece la incisión M-D imitando la forma festoneada ideal.

El bisturí debe estar bien afilado para que las incisiones se hagan con facilidad y no se desgarran o laceren los tejidos. Se debe percibir que la hoja haga contacto con la superficie dentaria en lo profundo del corte, en zona interdientaria, la incisión se extenderá a mayor profundidad en los tejidos.

Cuando la encía es gruesa y fibrosa, puede precisarse volver hacer el movimiento dentro de la primera incisión para cortar la encía del todo.

Se une la incisión con los tejidos de los costados de la zona de la operación para que prevalezca la forma en la zona operada y las adyacentes.

El tejido gingival incidido se elimina - tomando un extremo del tejido parcialmente desprendido - con una pinza para tejido y cortando su unión remanente con bisturí.

Biselado y Festoneado:

Si las incisiones se planifican y realizan bien.

- 1.- Se eliminan las bolsas.
- 2.- La incisión dejará una superficie con —
vertiente hacia la corona (denominada bi
sel).
- 3.- El bisel terminará en filo de cuchillo.
- 4.- El tejido restante quedará festoneado —
alrededor de cada diente.

A veces se precisa acentuar el festoneado esta corrección se hace con bisturí de Orban, o se utilizan tijeras quirúrgicas, alicatas para tejido o electrocauterios.

La angulación adecuada de la primera incisión en la gintivectomía crea contornos gingivales con ver-
tientes inclinados hacia la corona y margen gingival —
delgado. Si se hace corrección se utiliza bisturí arri
ñonado o interdentario con movimiento de raspado, para-
retocar biseles, raspando levemente el borde pero con —
presión firme y pareja sobre tejido fibroso y resistan-
te.

Cuando el tejido es firme se usan piedras de diamante en el festoneado y biselado, se giran las piedras en dirección contraria al diente a velocidad moderada o alta, así se evita lastimar tejido alveolar laxo del vestíbulo y la superficie dentaria.

Se pone agua o solución salina sobre la piedra y el tejido como refrigerante para prevenir el empastamiento de la piedra.

Electrocauterio.-

Se usa el electrocauterio para corregir con tornos gingivales o biselar la superficie cortada, después de la primera incisión. Se puede adquirir diferentes electrodos de forma diferentes y son diseñados para facilitar correcciones particulares de la forma. Los electrodos eliminan trozos de tejido plano o cóncavos, y cortes delgados de tejido se eliminan con facilidad.

Se debe tener cuidado de no tocar restauraciones de metal, hueso o el periostio, por el peligro de lesionar el hueso o pulpa.

Se utiliza un abatelenguas para separar el carrillo o la lengua el olor desagradable o quemado se suprime soplando aire sobre la zona de trabajo.

La gingivectomía y la gingivoplastia no dejan deformación antiestética cuando se aplica correctamente.

Gingivoplastia sola.-

La gingivoplastia se realiza sin gingivectomía como procedimiento autónomo cuando el margen gingival es redondeado y fibroso, y la profundidad de la bolsa es mínima.

El raspaje, el curetaje y la higiene bucal adecuada por lo general eliminan o reducen parte de la deformación causada por el edema y el infiltrado celular de la inflamación, las deformidades fibrosas (hiperplásticas) resisten el tratamiento, se eliminan mejor por cirugía.

La relación entre la forma dentogingival y la función, la relación del contorno dentario y la topografía gingival respecto a la eficacia de la desviación de los alimentos) es un concepto importante. La interrelación de estos dos factores hace que el mantenimiento de la salud periodontal sea más fácil.

Cuando las superficies dentarias no protegen la encía, no se produce desviación de los alimentos du-

rante la masticación.

La retención e impactación de alimentos en la masticación se acentúan.

La encía pierde su margen delgado, se torna - redondeada.

Este círculo vicioso se interrumpe por restauraciones adecuadas y gingivoplastia.

Realización de la Primera Gingivectomía y Gingivoplastia

I.- Período Quirúrgico

a).- Raspaje

Se debe preparar el tejido del paciente para la cirugía con la remoción de todo depósito - calcificado y placa, es preciso enseñar al paciente que sea diligente con su higiene bucal (que es muy importante pues la cirugía no tendrá por consecuencia la curación de la enfermedad.

b).- Higiene bucal

Si el paciente demuestra su destreza en la higiene bucal, en el momento de la cirugía se habrá resuelto gran parte de la inflamación.-

Durante la operación habrá menos hemorragia, los tejidos tendrán consistencia más firme se evitará heridas de bordes desgarradas o irregulares.

c) .- Premedicación.-

La premedicación de estados de ansiedad en ocasiones funciona la tranquilización verbal; en otras está indicada la medicación con tranquilizantes o barbitúricos; la premedicación se puede hacer en el momento de la cirugía se administra de 30 a 45 minutos antes de la anestesia local; incluye la administración de antibióticos a pacientes con cardiopatías valvular u otras enfermedades que demanden antibiótico en estos casos la medicación se empezará 24 hrs. antes de la cirugía y se proseguirá varios días después de la cirugía.

d).- Mezclado del Apósito.

El apósito periodontal se puede mezclar antes de la cirugía y guardarlo en refrigerador para evitar su fraguado prematuro.

Para gingivectomía o gingivoplastia el apósito debe tener consistencia espesa similar a la de la masilla.

e.- Planamiento de la Cirugía

Se estudiará con todo cuidado la ficha y - las radiografías de la zona a operar.

En la práctica se puede operar un cuadrante de la boca, o la mitad de ella; el otro lado se deja intacto para que el paciente pueda masticar.

La gingivectomía se puede realizar en un - solo diente para conseguir acceso en proce- dimientos de operatoria dental ó para ins- talar el Clamp para procedimiento endodón- tico.

2.- Cirugía

a.- Anestesia:

La infiltración local es la técnica de - elección.

Una vez conseguida la anestesia, se inyec- ta una gota en cada pupila interdientaria - de la zona que interesa.

Esto aumenta la resistencia de la encía y - facilita la incisión, además el vasocons- trictor reducirá la hemorragia durante la - cirugía.

Confirmados que los tejidos se hallan anes- tesiados, se marca la profundidad de la - bolsa, y se realiza la cirugía.

b.- Control de la Hemorragia

Después de la cirugía se inspecciona con atención la herida y las superficies dentarias, se quita todo el depósito remanente o flecos de tejido; se debe conseguir buena hemostasia, antes de colocar el apósito; esto se logra limpiando las superficies de la herida con solución salina estéril o agua, empaquetamiento con gasa sobre la zona; Si esto no produce hemostasis aplicarse en las zonas interproximales se aplica con tapones empapados de adrenalina no mayor al (1/1000).

c.- Colocación del Apósito

La finalidad del apósito es que el paciente tenga mayor comodidad pos-operatoria. - El apósito impide la formación de tejido de granulación exuberante y de esa manera hace las veces de matriz.

Debe cubrir y proteger la herida del trauma mecánico durante la masticación y de la irritación de alimentos muy condimentados.

El apósito se debe colocar firmemente y lo largo de los cuellos de los dientes y no debe cubrir las caras oclusales, porque ya endurecido actúa como interferencia oclusal.

El apósito se coloca en las zonas interdentarias, en piezas cónicas, el apósito no debe invadir inserción muscular, de ser así se debe librar esa zona.

d.- Matrices

Cuando el vestíbulo es somero, es difícil colocar el apósito en dientes posteriores.

Para retener el apósito se utilizan matrices perforadas de acrílico. Cuando la cirugía abarca un diente se ata un hilo dental en torno al cuello del diente y se dejan extremos de 3 a 4 mm. de longitud.

El apósito se adhiere al hilo.

Si hay demanda estética, antes de la operación se hace una chapa gingival plástica - la cual cubre el apósito y lo estabiliza:

3.- Recomendaciones y Procedimientos Pos-operatorios.

a.- Instrucciones al paciente

Se indica al paciente no coma ni beba hasta una hora después de la cirugía, hasta que - frague bien el apósito.

Que evitará alimentos ácidos o condimentados.

En la zona operada el cepillado se limitará en las superficies dentarias incisales y oclusales.

El apósito se limpia con un cepillado suave al igual que los enjuagatorios. la posmedicación se hace en estos momentos.

Las instrucciones para casos de urgencias se presenta en hojas impresas junto con el teléfono del Odontólogo, con esto el paciente se siente más seguro, si sabe que puede llamar al dentista si surge dificultad.

b.- Cambios de Apósito

Se debe indicar al paciente que vuelva para cambiar el apósito a los tres o cinco días o antes si el apósito se mueve.

En cada cambio de apósito se inspecciona y limpia cuidadosamente la superficie de la herida y las superficies radiculares. Si hay tejido de granulación abundante se quita con una cureta.

c.- Retiro del Apósito

Al hacer el retiro del apósito se aconseja al paciente que no reduzca la higiene bucal, algunos pacientes temen la hemorragia y suspenden el cepillado.

En estos casos se forma tejido de granulación exuberante.

La gingivectomía fracasa si la higiene bucal pos-operatoria no es apropiada.

Después de hacer la remoción del apósito - se usan cepillos especiales muy blandos; - durante una o dos semanas.

Cicatrización de Heridas

La cicatrización de la herida se produce - por el desarrollo de un proceso inflamatorio aguda y formación de tejido de granulación.

Este proceso se presenta tanto en la profundidad del tejido como en la superficie.

En los tejidos más profundos se produce - una reacción inflamatoria aguda inmediata después de la - cirugía; consiste en dilatación de vasos sanguíneos, emigración de leucocitos hacia el tejido conectivo, esto ocurre en los primeros días que siguen de la intervención. - El tejido conectivo que rodea a los vasos sanguíneos responde con proliferación que se caracteriza por la actividad mitótica de los fibroblastos, de las células endoteliales y las células mesenquimatosas indiferenciadas.

Esto se denomina fibroplasia y constituye el desarrollo del tejido de granulación verdadero.

En la superficie también sufre cambio, después de la cirugía el tejido conectivo es cubierto por el coágulo sanguíneo.

Dos días después el coágulo se compone de tres capas diferentes. La superficie del coágulo se presenta necrótica y la interna es más fibrosa; entre estas está un extracto rico en Leucocitos (banda de leucocitos) que separa la superficie necrótica de la fibrosa.

En el cuarto día post-operatorio la superficie necrótica del coágulo sanguíneo se desprende entonces el epitelio cubre la superficie a una velocidad de 0.5 mm/día, a los ocho días post-operatorios, solo una pequeña parte de la superficie de la herida queda sin epitelizar. El tejido de granulación se extiende por encima de la superficie, y a los catorce días la superficie se halla cubierta de epitelio.

La cicatrización avanza por proliferación de capilares fibroblastos debajo de una capa fibrinosa interna del coágulo sanguíneo. Un coágulo grande y voluminoso retarda la cicatrización porque su actividad bacteriana es mayor, el apósito debe adaptarse estrechamente para que el grosor del coágulo sea menos.

Durante este proceso de cicatrización, puede surgir infección secundaria del tejido de granulación. La flora bacteriana siempre presente aunque no sea virulenta, se reproduce rápidamente sobre el coágulo y la superficie del tejido conectivo de granulación joven. Estas bacterias producen toxinas que irritan la superficie de -

la herida en cicatrización. Como reacción a este irritante y favoreciendo la reacción inflamatoria, el tejido de granulación prolifera con mayor rapidez sobre la superficie como tejido de granulación o tejido de granulación infectado. El raspaje radical minucioso, las técnicas quirúrgicas refinadas, la colocación apropiada del apósito y el cuidado adecuado de la herida post-operatoria mantendrán en un mínimo la infección de la superficie. El epitelio que cubre el tejido conectivo expuesto únicamente puede crecer si el tejido de granulación no se halla infectado y no prolifera en forma exagerada.

Auxiliares del proceso de cicatrización

El cambio frecuente del apósito es ventaja para la cicatrización de herida.

El tejido situado debajo de un apósito de diez días presenta exudado acumulado y material necrótico e inflamación intensa en tejido conectivo subyacente, con mala epitelización de la superficie de la herida, mientras que una herida post-operatoria de diez días, en la cual el apósito se ha cambiado cada tres días presenta buena tendencia de cicatrización.

Pasos a seguir para el proceso de cicatrización.

- I.- Realice una técnica quirúrgica minuciosa para reducir la laceración y trauma de los tejidos.

- 2.- Emplear métodos de asepsia escrupulosa aunque consideramos que la boca es un lugar contaminado.
- 3.- Que el tamaño del coágulo sea el mínimo.
- 4.- Protéjase la superficie de la herida con un apósito bien colocado.
- 5.- Cambiar el apósito cada tres o cinco días.
- 6.- En cada cambio de apósito, quítese todos los residuos y cálculos remanentes; la infección, contaminación y los residuos retardan la cicatrización.

Electrocirugía

Este método emplea electrocoagulación bipolar o electrodos de un solo polo. Se puede usar como complementos del bisturí, especialmente en zonas donde el acceso es limitado y difícil.

A veces resulta difícil hacer la gingivoplastia en una zona aislada, en estos casos es útil la electrocirugía.

La electrocirugía presenta mayor dolor postoperatorio que la cirugía con bisturí. Uno de los argumentos en favor de la electrocirugía es que se realiza una -

operación más bien carente de sangre, sin embargo hay - otras maneras de dominar la hemorragia quirúrgica sin recurrir al cauterio.

Valoración de los Resultados

Éxito.

Si se cumplen los requisitos previos de la gingivectomía y gingivoplastia y se realiza la técnica con todo cuidado, se alcanza los objetivos y será posible establecer el mantenimiento a largo plazo.

Fracaso.

En ocasiones no se alcanzan los objetivos fijados o es imposible mantener el resultado a esto se llaman fracasos.

Errores en técnica Quirúrgica

Inmediatamente después de la cirugía puede haber fracasos o fracasos parciales. Su origen es la realización descuidada o inexacta de la cirugía.

Los fracasos se producen por:

- I.- Sondeo y marcación de bolsas imprecisas que llevan a la eliminación incompleta de las bolsas.

- 2.- Timidez al hacer la primera incisión y las sucesivas, lo cual ocasiona que se dejen bolsas.
- 3.- No examinar la bolsa que queda — después de la cirugía.
- 4.- No hacer el bisel apropiado, dejando márgenes gingivales romos.
- 5.- No hacer el festoneado adecuado.

Si no se consigue una forma M-D - festoneada el margen gingival será horizontal (sin papilas interdentarias), o de Arquitectura invertida, los tejidos interdentarios se hallan a nivel más bajo que los márgenes gingivales vestibular y oral.

6.- Falta de eficacia técnica.

Si se usan instrumentos desafilados, el tejido se lacera y quedan lenguetas que es preciso eliminar.

Si el raspaje prequirúrgico fue inadecuado, queda cálculo.

En el momento de la operación hay que eliminar todo resto de cálculo. Si la mezcla o la colocación del -

apósito no es la correcta, se -
aflojan e irritan los tejidos.

En algunos casos el apósito no se
coloca firmemente sobre el tejido
y se forma coágulo.

Los coágulos grandes se organizan
mal.

Si el apósito no se cambia los lí-
quidos tisulares, las células des-
camadas, la saliva y las bacte-
rias subyacentes entran en putre-
facción.

Cualquiera de esta situación lle-
va a la proliferación coronaria o
lateral del tejido de granulación
y al restablecimiento de la bolsa.

Colgajo Periodontal

Definición.

Es una unidad de encía, con frecuencia la-
mucosa alveolar adyacente que se separa -
parcialmente por medios quirúrgicos.

Clasificación.

Se clasifica como de espesor total, el -
cuál incluye toda la encía o mucosa alveo-

lar que cubre el diente y hueso. Y el colgajo de espesor parcial que se separa por disección aguda para dejar hueso cubierto por tejido conectivo blando, incluyendo el periostio.

Diseño.

La forma que se da al colgajo depende de las exigencias específicas, tales como prever acceso quirúrgico o reposición de la encia.

El diseño de los colgajos se divide en dos son: Completo el cual comprende incisiones liberados oblicuas o verticales en los dos extremos laterales.

Estos extremos se unen por una incisión horizontal en margen gingival o apical a él.

Cuando se hace incisión vertical se extien de hasta encia o hacia la mucosa alveolar, para liberar la tensión de los tejidos y - permitir el buen acceso quirúrgico y colgajo modificado; Estos difieren de los colgajos completos, tienen solo una incisión - vertical u oblicua o no la tienen.

Acceso y Aporte Sanguíneo.

Hay que obtener acceso adecuado, así como aporte sanguíneo satisfactorio para el colgajo. La base del colgajo ser tan ancha - como el tejido desprendido, pero se evitará abarcar las zonas adyacentes al campo quirúrgico.

Rechazo del Colgajo.

Los colgajos se rechazan mediante disección roma o aguda.

La disección Roma: se usa cuando se piensa hacer remodelado quirúrgico de las superficies alveolares laterales o cuando se hace reinserción, injertos óseos, están incluidos. Colgajo de espesor total; Márgenes gingivales gruesos; Incisiones Retromolares.

La disección Aguda: Colgajos de espesor dividido. La disección aguda se hace con hojas quirúrgicas reemplazables, o con un bisturí de forma arriñonada. Se indica cuando se desea evitar la exposición del hueso en márgenes gingivales delgadas; cuando la encía es delgada, la disección aguda desde el surco es difícil.

Manipulación.

Tratamiento del Márgen Gingival del Colgajo.

El márgen gingival del colgajo se deja intacta si es delgado; si es grueso se elimina, recorta o bisela.

Reposición del colgajo; El colgajo se coloca en su posición original, o desplazado hacia apical, hacia la corona o hacia lateral, Siempre se cubrirá el hueso evitando la destrucción que se produce si se deja expuesto.

Sutura.

La sutura se usa para reponer y readaptar el colgajo después de la cirugía.

Las suturas y agujas se seleccionan en cada intervención; las suturas deben ser de seda, sintéticas o catgut # 3-0, 4-0, 5-0, 6-0. Las agujas deben ser atraumáticas; de corte invertido, de 3/8 de círculo de corte corriente 3/8 de círculo, de 1/2 círculo, de 1/2 círculo.

Sutura para reponer tejidos separados.

Es importante que el colgajo se reponga o readapte para la hemostasia, reducción de la herida que es importante para la cicatrización, para prevenir la destrucción ósea.

Ligadura Interdentaria.

Esta produce la adaptación más firme del tejido blando al diente y hueso subyacente, es de gran valor cuando hay que adaptar y coaptar estrechamente los colgajos vestibular y lingual el hueso y superficies dentarias:

Se toma la aguja con firmeza en el portaagujas se introduce por el colgajo vestibular se pasa por el lado interdentario y se perfora el colgajo palatino y se pasa de nuevo hacia el vestibulo por el espacio interdentario para hacer el nudo.

Ligadura Suspensorio.

Esta ligadura rodea al diente y se emplea cuando se hizo colgajo en una sola superficie.

La ligadura se pasa la aguja desde la superficie externa del colgajo en torno al -

cuello del diente por el riñón, y vuélvala a colocar en el colgajo en la superficie externa o epitelial el nudo es opcional.

Cicatrización de Heridas.

Todo espacio que quede como consecuencia de la fijación floja de los tejidos perturba la cicatrización. Si el epitelio se regenera con rapidez actúa como sello y permite que el tejido conectivo cicatrice, sin embargo el coágulo debe tener volumen mínimo, pues el colgajo delgado es reemplazado por colágeno más fácilmente, el nuevo epitelio de inserción se forma sobre cemento o dentina este se restablece en una semana.

Puede producirse resorción de cemento y dentina.

La unión del colgajo periodontal y la raíz se realiza si la aposición de los tejidos es firme.

Aunque se forme inserción epitelial en la primera semana e inserción colágena en la segunda, esta zona se deja sin sondar por lo menos un mes.

Curetaje Quirúrgico por Colgajo.

Objetivos.

El propósito del curetaje quirúrgico por - colgajo es eliminar el tejido inflamatorio crónico: (tejido de granulación; depósito-calcalcificado remanente).

Cuando se obtiene éxito se obtiene; 1) resolución de la inflamación, 2) reducción de las bolsas induciendo recesión de las paredes gingivales de las bolsas; asimismo produce cierta reinserción y remodelado favorable del hueso.

Indicaciones.

El curetaje quirúrgico se aplica en tratamiento de bolsas profundas con pérdida - ósea externa, cuando el raspaje y el curetaje gingival no son suficientes y los - otros procedimientos (gingivectomía, cirugía ósea reinserción o injertos óseos) no - indicados.

Técnicas.

Colgajo de espesor total.

Se hace la incisión con hoja removible para dividir las papilas, después se introduce - un elevador perióstico en los surcos y se -

trabaja presionando contra el diente y el hueso para rechazar un colgajo de espesor total por disección roma.

Curetaje.

El excelente acceso y visibilidad obtenidas permitirá la remoción de tejido inflamatorio adherido a la superficie del diente y hueso, el aislamiento de la superficie radicular expuesta. Se coloca nuevamente el colgajo y se fija con sutura interdientaria.

Discusión.

Al eliminar el tejido inflamatorio crónico que bordea las bolsas de los márgenes óseos que se hallan frente a las bolsas, se producen varios fenómenos, después del rechazo del colgajo e instrumentación hay pérdida ósea, se puede producir reinserción. Al regenerarse tabla ósea las irregularidades tienden a corregirse y se forma cresta ósea regular.

X.- Conclusiones.-

- 1.- El padecimiento parodontal es generalmente un proceso lento y independiente de la edad.
- 2.- Los primeros síntomas de la enfermedad parodontal se presentan desde la niñez, y se agrava con la edad.
- 3.- Es conveniente eliminar las manifestaciones tempranas de estos padecimientos, disminuyendo así las posibilidades de que se presente un padecimiento mas severo.
- 4.- La forma adecuada del arco y la correcta posición dentaria nos dan como resultado un parodonto sano; al restaurar las piezas dentarias debemos dar su anatomía y funcionamiento normal para evitar afecciones al tejido parodontal.
- 5.- Cuando existe caries profunda estas lesionan al órgano pulpar y así originar absceso parodontal e inflamación de tejidos blandos.
- 6.- En casos de infección e inflamación parodontal, se puede originar destrucción de hueso alveolar o tejido parodontal.

7.- Los padecimientos de tipo hereditario se pueden presentar en boca afectando al tejido parodontal.

8.- La encía y mucosa oral presenta cambios relacionados con disturbios hormonales y cambios a nivel de las hormonas sexuales.

9.- Una dieta debidamente balanceada y de consistencia adecuada, contribuye en gran parte a mantener el estado de salud del parodonto.

Existe una relación entre las deficiencias nutricionales y los padecimientos parodontales.

10.- El hábito de la higiene bucal adecuado y darle un tiempo adecuado determinado, logra evitar un padecimiento parodontal asociado con caries dental.

11.- Los padecimientos parodontales en los adultos no deja de ser alarmante el aumento que llega a presentarse al consultorio dental.

- 12.- El objetivo del Cirujano Dentista no debe concretarse a la terapia de estos padecimientos, sino extender su labor hacia la prevención - de estos, y a la educación de los pacientes.

X.- Bibliografía.-

Autor: Glickmanman
Titulo: periodontología Clínica
Lugar de Impresión: México
Editorial: Nueva Editorial Intamericana S. A de C. V.
Edición: Cuarta Edición
Fecha de Publicación: 1974
No. de páginas 999

Autor: Orban Wetz Everett
Titulo: Grant. Periodoncia
Lugar de Impresión: 5 de mayo, México 1 D. F.
Editorial: Interamericana S. A.
Edición: 1a. edición
Fecha de Publicación: 1960
Nó. de páginas: 519