

88

Zej



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología



LA PERIODONCIA EN LA PRACTICA GENERAL

T E S I S

Que para obtener el título de:

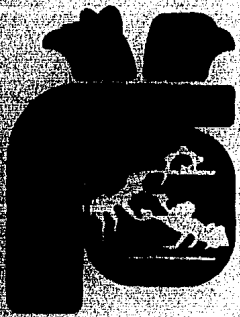
CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

Austrebertha Catalán Vázquez

Catalina Ortega Robles

Concepción Bello Nava





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

## INDICE

CAPITULO		PAG.
	INTRODUCCION	1
I	EL PAPEL DEL CIRUJANO DENTISTA EN LA PERIODONCIA.	8
II	ANATOMIA, FISIOLOGIA Y ALTERACIONES DEL PARODONTO.	12
III	DIAGNOSTICO PERIODONTAL	42
IV	ATENCION DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.	46
V	PRINCIPIOS DE LA TERAPEUTICA PERIODONTAL	54
VI	TERAPEUTICA INICIAL	58
VII	CIRUGIA PERIODONTAL	61
VIII	TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES PERIODONTALES AGUDAS.	85
IX	COMPLICACIONES DE LA TERAPEUTICA PERIODONTAL	97
X	CONCLUSIONES	102
XI	BIBLIOGRAFIA	104

## INTRODUCCION

### ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PERIODONTOLOGIA

La enfermedad periodontal es la más importante en la práctica de la odontología moderna. Estudios paleontológicos nos revelan que el hombre ha estado expuesto a la enfermedad periodontal desde épocas prehistóricas, y documentos históricos antiguos nos señalan el conocimiento de dicha enfermedad, así como la necesidad de su tratamiento.

La enfermedad periodontal aparece como la más común de las enfermedades que se comprueban en los cuerpos embalsamados de los egipcios desde hace 4, 000 años. Muchos de los conocimientos actuales sobre medicina egipcia provienen de los Papiros Quirúrgicos de Ebers y Edwin Smith. Los papiros de Ebers contienen muchas referencias a la enfermedad y recetas para fortalecer los dientes, y mencionan especialistas en la atención de los dientes.

Los sumerios, 3,000 años A.C., practicaban la higiene bucal; palillos de oro delicadamente elaborados, hallados en las excavaciones de Ur, en la Mesopotamia, denuncian el cuidado de la limpieza de la boca.

Los asirios y babilonios, posteriores a la primitiva civilización sumeria, se cree que sufrían de lesiones periodontales; una tableta de arcilla de ese período contiene menciones de un tratamiento median

te masaje gingival combinado con diversas medicaciones de hierbas. También utilizaban enjuagatorios medicinales, y en una tableta de arcilla, citada por Jastrow, se sugieren seis drogas diferentes para el tratamiento de la "enfermedad de la boca", presumiblemente periodontal.

En el tratamiento médico chino más antiguo que se conoce, escrito -en Hwang-Fi, alrededor del año 2,500 A.C., la enfermedad bucal se divide en los tres tipos siguientes:

1. Fong Ya o estados inflamatorios.
2. Ya Kon o enfermedades de los tejidos blandos de revestimiento de los dientes.
3. Chong Ya o caries dental.

Las inflamaciones gingivales, los abscesos periodontales y las úlceras gingivales se describen con exactitud, un estado gingival se describe así:

"Las encías son rojo pálido o violáceo, duras, hinchadas y, a veces sangrantes; el dolor dentario es continuo".

Remedios herbáceos "Zn-hine-tong" son mencionados para el tratamiento de estas afecciones. Los chinos se cuentan entre los primeros pueblos que utilizaron el palo de masticación como palillo y cepillo de dientes para la limpieza de la dentadura y masaje de los tejidos gingivales.

Los primitivos hebreos reconocieron la importancia de la higiene bucal. Muchas de las afecciones patológicas de los dientes y sus estructuras se describen en los escritos talmúdicos.

Los fenicios ya incluyen una férula de alambre con apariencia de haber sido construida para estabilizar dientes flojos por la enfermedad periodontal destructiva crónica.

Entre los antiguos griegos, Hipócrates de Cos (460-335 A.C.), padre de la medicina moderna, fué el primero en instituir un examen sistemático del pulso del paciente, su temperatura, respiración, excreciones, esputos y dolores. Explicó la función y erupción de los dientes así como la etiología de la enfermedad periodontal. Creía que la inflamación de las encías podían atribuirse a la acumulación de pituita o cálculos, con hemorragia gingival producida en casos de enfermedad persistente.

Los etruscos, mucho antes del año 735 A.C., eran expertos en el arte de confeccionar dentaduras artificiales, pero no hay pruebas de -- que conocieran la existencia de la enfermedad periodontal o su tratamiento.

Entre los romanos Aulo Cornelio Celso (Siglo I D.C.) se refiere a enfermedades que afectan a las partes blandas de la boca y a su tratamiento explicando que:

"Si las encías se separan de los dientes, es beneficioso

masticar peras y manzanas verdes, y mantener su jugo en la boca"

Describe el aflojamiento de los dientes, causado por el debilitamiento de sus raíces o por la flacidez de las encías, y observa que en estos casos, es preciso tocar levemente las encías con un hierro -- candente, y luego, untarles con miel. Los romanos tenían gran interés por la higiene bucal. Celso creía que las pigmentaciones de los dientes debían quitarse primero, y luego frotarse con un dentífrico. El uso del cepillo de dientes se menciona en los escritos de muchos poetas romanos. El masaje gingival era parte de la higiene bucal. Pablo de Aegina, en el Siglo VII, distinguía entre épulis, una excrecencia carnosa de la encía en la cercanía de los dientes, y párulis, que describía como un absceso de las encías, señaló que las incrustaciones de tártaro debían eliminarse con raspadores o limas pequeñas, y que los dientes debían limpiarse minuciosamente después de la última comida de cada día.

Rhazes (850-923), árabe de la Edad Media, recomendaba opio, aceite de rosa y miel para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Para fortalecer dientes flojos recomendaba enjuagatorios bucales astringentes y polvos dentífricos. Describió un procedimiento de escarificación de la encía y fuertes contrairritantes en el tratamiento de la enfermedad de las encías. Escritor prolífico, tiene siete capítulos en su "Al-Fakkir" dedicados a los dientes. Y se titulan "Los dientes, Dentera, Picadura de los dientes, Flogedad de las encías, Supuración de las

encías, Piorrea y encías sangrantes, y Halitosis".

Avicenna (980-1037) explicó el desgaste de dientes alargados y afirmó que "con la finalidad de que los dientes flojos se afirmen de nuevo hay que evitar usarlos durante la masticación". Escribió extensamente sobre enfermedades de la encía como úlceras, supuración, recesión y fisuras.

Albucasis (936-1013) destacó el cuidado y el tratamiento de las estructuras de soporte, reconoció una interrelación entre el tártaro y la enfermedad de las encías. Albucasis se refiere al tratamiento de la enfermedad como sigue: A veces, en la superficie de los dientes, por dentro y por fuera, así como debajo de las encías, se depositan escamas ásperas de aspecto feo y color negro, verde o amarillo; así, la corrupción se comunica a las encías y los dientes, que con el paso del tiempo, se denudan.

Diseñó un juego de instrumentos para raspar los dientes. Eran toscos instrumentos, pero su papel en la herencia del instrumental moderno es evidente.

En el siglo XV, Velasco de Montpellier (1382-1417) afirmó que para tratar la enfermedad de las encías, era preciso eliminar el tártaro, poco a poco, con instrumentos de hierro o dentífricos.



Con el comienzo del siglo XVIII, la odontología acusa los primeros signos de curiosidad científica, precursores de las disciplinas de investigación actuales. Pierre Fauchard (1678-1761), padre de la odontología moderna, explica muchos aspectos de la periodontología.

Describe la enfermedad periodontal destructiva crónica como "una clase de escorbuto" que ataca las encías, los alveolos y los dientes. - La agudeza clínica de las observaciones de Fauchard queda manifiesta en su afirmación: "No sólo las encías afectadas por ella (enfermedad periodontal) son las que quedan pálidas, hinchadas o inflamadas, sino también aquellas que no presentan estos síntomas, que tampoco se hallan inmunes a esta enfermedad. Se le reconoce por un pus amarillo, casi blanco, -- por un pequeño material glutinoso que es expulsado de las encías cuando se aplica una presión más bien intensa con un dedo". Fauchard creía -- que los remedios internos no eran eficaces para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Recomendaba el raspado minucioso de los dientes para eliminar los depósitos e ideó muchos instrumentos con esta finalidad; dentífricos, enjuagatorios y ferulización de dientes flojos se incluían en sus procedimientos terapéuticos.

En el siglo XIX hay adelantos en el campo de la enfermedad periodontal, Kunstmann, y Robiscek nos aportan sus medidas quirúrgicas y la "operación por colgajo" para el tratamiento de la enfermedad periodontal. A. John M. Riggs, fué el primero en utilizar el tratamiento a base del curetaje subgingival.

Con el comienzo del siglo XX aflora un considerable grupo de --  
clínicos y científicos interesados en el campo periodontal.

## CAPITULO I

### EL PAPEL DEL CIRUJANO DENTISTA EN LA PERIODONCIA

#### A. La periodoncia actual en la práctica de la odontología.

Es importante tener una visión amplia y adecuada respecto al papel de la periodoncia en el ejercicio de la odontología.

La enfermedad periodontal es la causa principal de la pérdida de los dientes en los adultos, si el paciente se atiende a tiempo y de manera adecuada, los resultados serán favorables evitando así la pérdida innecesaria de los tejidos de soporte del diente.

Actualmente, la preocupación principal está dirigida a la pre--vencción de la enfermedad periodontal, cosa posible en gran medida. Todo procedimiento dental se realiza teniendo en cuenta sus efectos sobre el periodonto y las medidas efectivas aplicadas en el consultorio para prevenir la enfermedad son parte del cuidado dental total de todos los pacientes.

Además, debemos aplicar programas educacionales con el fin de al-ertar al público respecto a la importancia de la enfermedad periodontal y motivarlo para que aproveche la ventaja de los métodos actualmente disponibles de prevención. La prioridad de la periodoncia en la ---

práctica de la odontología se ha desplazado de la reparación del daño - hecho por la enfermedad a la conservación de la salud en las bocas sanas.

B. Factores relacionados con el predominio de la enfermedad periodontal.

La relación entre el aumento de la incidencia de la enfermedad periodontal y de la gravedad, con la edad, es interesante pero puede inducir a error, pues parece indicar que la enfermedad es inevitable como elemento del proceso de envejecimiento. Por esta razón, debemos examinar algunos otros factores asociados con la enfermedad periodontal.

La incidencia y la gravedad de la enfermedad periodontal varían inversamente con los ingresos familiares y con la educación; cuanto más bajos son los ingresos y el nivel cultural, tanto mayor es la incidencia y la gravedad de la enfermedad periodontal. Si bien, la educación y los ingresos en la población adulta guardan una estrecha relación, -- las dos variables no significan la misma cosa. Los ingresos implican la posibilidad de pagar un tratamiento dental, mientras que la educación implica un mejor conocimiento de lo que es un cuidado dental adecuado. Cuando se elimina la variable educación, la tendencia a cifras inferiores de enfermedad periodontal al aumentar los ingresos se mantiene, lo que posiblemente indica que los ingresos constituyen un factor -

más importante que la educación cuando se trata de someterse a un tratamiento dental adecuado y de la curación de la enfermedad.

Sin embargo, al margen de los ingresos y de la educación, el factor más importante en la presencia o ausencia de la enfermedad periodontal es el nivel de higiene oral. Los estudios epidemiológicos han revelado uniformemente una incidencia baja de enfermedad periodontal entre las Personas con buena higiene oral, independientemente de la edad, la educación o los ingresos, y una incidencia elevada entre las personas - que descuidaban la higiene oral. Se ha demostrado que los individuos - con escasa higiene oral presentan más gingivitis, más pérdida de hueso alveolar, y mayor movilidad dentaria que las personas con una excelente limpieza de la boca.

### C. Enfoque de una solución del problema periodontal.

La única solución posible consiste en un programa eficaz de prevención, cuyas claves sean la educación y la motivación del paciente para que adopte los métodos de higiene oral. El responsable del éxito o fracaso del programa preventivo será el cirujano dentista y también estará a su cargo el mayor volumen de tratamientos profesionales ofrecidos al público. Recae en el cirujano dentista la responsabilidad de examinar a todos los pacientes para descubrir la presencia de la enfermedad periodontal; diagnosticar el grado de la enfermedad; instruir a los pa-

cientes en las técnicas de higiene oral; y encargarse del tratamiento de las lesiones incipientes a moderadas, así como del tratamiento de sostén.

Casi todos los problemas periodontales pueden tratarse fácilmente si se descubren y se tratan en los primeros estados de la enfermedad; es la lesión antigua la que requiere técnicas terapéuticas difíciles. - No obstante, incluso en casos avanzados el cirujano dentista puede aplicar un tratamiento eficaz si ha dedicado el tiempo y los esfuerzos necesarios.

## CAPITULO II

### ANATOMIA, FISIOLOGIA Y ALTERACIONES DEL PARODONTO

Se define al parodonto como el conjunto de tejidos que sostiene y protege al diente. Esta formado por cuatro tipos de tejidos altamente especializados, dos de los cuales son mineralizados: Hueso alveolar y Cemento Radicular, y los otros dos que son la Encía y el Ligamento Parodontal.

Existe una íntima relación anatómica y funcional entre cada uno de ellos y entre todos en conjunto.

#### A. Encía.

La encía es la parte de la mucosa bucal que cubre los procesos alveolares y rodea los cuellos de los dientes a manera de collar.

Para su estudio se divide en las siguientes partes:

1. Encía marginal o no adherida. Es la encía que rodea los cuellos de los dientes, íntimamente adosada pero no adherida a ellos.

La invaginación de su epitelio forma con la superficie dentaria lo que se denomina surco gingival que es una hendidura plana alrededor del diente que, en estado sano no debe tener

más de 2 mm. de profundidad.

La porción más profunda del surco gingival, que generalmente está ubicada en la unión cemento-esmalte, corresponde a la adherencia epitelial que es una estructura que une el epitelio al diente.

2. Encía adherida. La encía adherida se continúa con la encía marginal de la que está separada apenas por una ligera depresión lineal llamada surco marginal.

Es firme, resilente y está íntimamente adherida al hueso alveolar subyacente. Por vestibular la encía adherida se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y movable, de la que está separada por la línea mucogingival.

En la cara lingual del maxilar inferior la encía adherida termina en la unión con la mucosa que tapiza el piso de la boca, mientras en el paladar se continúa imperceptiblemente con la mucosa palatina igualmente firme y resilente.

3. Encía o papila interdientaria. La encía interdientaria es la que se encuentra en los espacios interdentarios o interproximales, por debajo del punto de contacto de los dientes anteriores a la papila vestibular, se continúa con la lingual o palatina; en los dientes posteriores el espacio interproximal tiene dos papilas: una vestibular y otra lingual; entre ambas, el col o valle, que es una suave depresión que conec--



ta las papilas, adaptándose al área de contacto proximal. Cada papila interdentaria es piramidal. La superficie exterior es afilada hacia el área de contacto interproximal y -- las superficies mesial y distal son ligeramente cóncavas. - Los bordes laterales y el extremo de la papila interdentaria están formados por una continuación de la encía marginal de los dientes vecinos, mientras la porción media se compone de encía adherida.

En ausencia de contacto la encía se halla firmemente unida - al hueso interdentario y forma una superficie redondeada y - lisa, desapareciendo la forma característica de la papila. La encía no adherida posee un sistema de fibras colágenas -- denominadas fibras gingivales que forman los siguientes grupos:

- grupo gingivodental.
- grupo circular
- grupo transeptal.

Cada uno de estos grupos tienen características especiales.

#### Características clínicas normales de la encía.

Las características normales se interpretan en base a las características de las estructuras microscópicas que la forman, y se refieren a los siguientes aspectos:

**Color:** La encía, en todas sus partes, es de color rosa coral ligeramente pálida. Este color es producido por el aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentaciones.

El color varía según las personas y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea: es más claro en personas de tez blanca que en personas morenas. La mucosa alveolar, en cambio, es roja, lisa y brillante y no rosada y punteada.

La melanina, pigmento pardo que deriva de los melanocitos, produce la pigmentación normal de la piel: en los negros les da la coloración oscura característica.

Existe en todos los individuos, aunque en cantidades muy disminuidas. A veces se deposita en el epitelio gingi--val produciendo profundos cambios de color que pueden --llegar al marrón oscuro o negro.

A veces se presentan estas pigmentaciones como manchas -aisladas, y otras, afectando toda la mucosa bucal.

**Tamaño:** El tamaño de la encía corresponde al volúmen de los elementos celulares de enfermedad gingival.

**Contorno:** El contorno o forma de la encía varía considerablemente y depende de la forma de los dientes y su alineación

en el arco, de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales vestibular y lingual. Se le describe como normalmente ondulado, con elevaciones y depresiones que corresponden a las raíces y los espacios interradiculares respectivamente.

**Consistencia:** La encía es firme y resilente y con excepción del margen libre móvil, está fuertemente unida al hueso alveolar subyacente.

La naturaleza colágena de la lámina propia y su contiguidad con el mucoperiostio, del hueso alveolar, determina la consistencia firme de la encía adherida. Las fibras gingivales contribuyen a esa firmeza.

**Textura superficial:** La encía presenta una superficie finamente lobulada o punteada comparable con la cáscara de naranja. El punteado se observa mejor secando la encía. El punteado se presenta en la encía adherida y en la parte central de la papila interdental; en cambio está ausente en el margen gingival o encía no adherida y en los bordes de la papila interdental. La forma y extensión del punteado varían de una persona a otra pudiendo decirse que es menos prominente en las superficies linguales que en las vestibulares y puede estar ausente en algunas perso

nas.

De la misma manera el punteado difiere con la edad; no existe en la lactancia, aparece en los primeros cinco -- años de vida y comienza a hacerse más notorio en la edad adulta para, finalmente, reducirse o desaparecer en la vejez.

El punteado representa una forma de adaptación por especialización para soportar mejor los embates de la masticación.

En la encía enferma el punteado se reduce notablemente o desaparece.

Vascularización, linfáticos y nervios: Hay tres fuentes de vascularización de la encía:

- Arterias supraperiósticas.
- Vasos del ligamento periodontal.
- Arteriolas que emergen de la cresta del tabique interdentario.

Linfáticos: El drenaje linfático de la encía comienza en los linfáticos de las papilas del tejido conectivo. Avanza hacia la red colectora, externa al periostio del proceso alveolar, y después hacia los nódulos linfáticos regionales.

Inervación: La inervación gingival deriva de fibras que nacen en nervios del ligamento periodontal y de los nervios labial, bucal y palatino.

#### B. Ligamento periodontal.

El ligamento periodontal es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y la une al hueso. Es una continuación de tejido conectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares del hueso alveolar y a través de canales vasculares del propio hueso.

Histología. El ligamento periodontal está constituido principalmente por fibras colágenas del tejido conectivo llamadas fibras principales las que se encuentran orientadas en sentido rectilíneo cuando están bajo tensión y onduladas en estado de descanso. Estas fibras se distribuyen en los siguientes grupos:

1. Fibras transeptales: van desde la superficie mesial del tercio cervical del cemento de un diente hasta el mismo tercio de la superficie distal del diente contiguo, cruzando por encima de la apófisis alveolar. Estas fibras tienen como funciones ayudar a mantener la distancia entre uno y otro diente estableciendo una relación armónica.

2. Fibras dentoalveolares: van desde el tercio cervical del cemento hasta la cresta del hueso interdentario, siguiendo una dirección oblicua.

Tienen como función, resistir el desplazamiento originado por las fuerzas tensionales laterales.

3. Fibras horizontales: se extienden horizontalmente desde el cemento hasta el hueso alveolar, teniendo como función resistir las presiones laterales y verticales aplicadas sobre el diente.

4. Fibras oblicuas: constituyen las fibras más numerosas del ligamento periodontal. Se extienden del hueso alveolar al cemento siguiendo un trayecto oblicuo hacia apical. Esta disposición permite a estas fibras mantener al diente como suspendido dentro del alveolo de tal manera que transforman la presión oclusal ejercida sobre el diente en tensión para transmitirla así al hueso alveolar.

5. Fibras apicales: tienen una dirección radiada extendiéndose al ápice de la raíz dentaria. Su función es resistir cualquier fuerza que tienda a levantar al diente de su alveolo.

Los otros elementos histológicos que se encuentran en la membrana periodontal son: células que intervienen en la

formación del cemento (cementoblastos) y del hueso alveolar (osteoblastos); células que intervienen en procesos de reabsorción de cemento (cementoclastos) y del hueso alveolar (osteoclastos). En medio de todas ellas se pueden encontrar los restos epiteliales de Malassez cuyo significado patológico está relacionado con la formación de quistes. Estos restos se originan en el saco periodontal. Se encuentran también con alguna frecuencia ciertos cuerpos calcificados llamados cementículos que se originan en el cemento de la raíz.

#### Funciones del ligamento periodontal.

1. Función de soporte o sostén: el ligamento periodontal brinda soporte al diente desde el momento en que, al insertarse en dos tejidos duros, es capaz de sostener la raíz, acomodándola dentro del alveolo.
2. Función formativa: a cargo de los cementoblastos y osteoblastos, es indispensable en los procesos de aposición de hueso y cemento. Por otro lado los fibroblastos dan origen a nuevas fibras.
3. Función de resorción: mientras que una fuerza tensional moderada ejercida por las fibras del ligamento periodontal -- estimulan la neo-formación de cemento y hueso, la pre---

sión exagerada da lugar a una reabsorción ósea lenta. - Un traumatismo intenso puede estimular un proceso de reabsorción ósea rápida y algunas veces resorción cementaria si el traumatismo es demasiado severo es posible que se ocasione la destrucción de varias zonas del ligamento periodontal.

4.- Función sensorial; permite al paciente estimar la presión aplicada sobre uno o varios dientes al mismo tiempo identificar los dientes traumatizados.

5.- Función nutritiva: es realizada por la sangre circulante -- que tiene tres orígenes.

- El tronco que penetra en el forámen apical.
- Vasos sanguíneos provenientes de la encía.
- Vasos que atraviezan el hueso y llegan al ligamento periodeontal.

Existen amplias anastomosis entre ellos.

### C. Hueso Alveolar.

El hueso alveolar, llamado también proceso alveolar, es la parte de los huesos maxilares que forma y sostiene los alveolos dentarios. Se compone de las siguientes partes:



- 1.- Hueso alveolar: este hueso comprende la pared interna limitante del alveolo, es adyacente a la membrana periodontal y está constituido por una delgada capa de hueso compacto que podemos apreciar radiográficamente.
  
- 2.- Hueso de sostén: o hueso esponjoso que consiste en travéculas reticulares que encierran espacios medulares tapizados por células endoteliales.
  
- 3.- Las tablas vestibular y palatina: de hueso compacto que corresponden a la superficie externa de los maxilares. El tabique interdentario consta de hueso esponjoso encerrado en un borde de hueso compacto.  
Todas las partes que intervienen en el sostén del diente funcionando como una unidad.
  
4. Características histológicas: el hueso alveolar se compone de una matriz calcificada con osteocitos encerrados dentro de espacios llamados lagunas, las que se encuentran comunicadas entre sí a través de un sistema de canales muy pequeños dentro de los que se encuentran prolongaciones de los osteocitos. Los canículos forman un sistema anastomosado dentro de la matriz intercelular del hueso por el que circulan el oxígeno y los alimentos necesarios para la vida de los osteocitos, y al mismo tiempo se eliminan los productos metabólicos de desecho.

En la composición del hueso entran principalmente el calcio y el fosfato, junto con hidróxilos, carbonato y pequeñas cantidades de iones de Na, Mg y F.

Las sales minerales se depositan en cristales de hidroxapatita. Todos estos elementos constituyen la parte inorgánica. La parte orgánica está constituida por colágena, agua, pequeñas cantidades de mucopolisacáridos y sólidos no incluidos en la porción cristalina.

5.- **Fibras de Sharpey:** las fibras principales del ligamento periodontal que llegan a la superficie alveolar están incluidas a una distancia considerable dentro del hueso alveolar. Esta porción de la fibra principal se denomina fibra de Sharpey.

6.- **Vascularización, Linfáticos y Nervios:** el aporte sanguíneo procede de los vasos del ligamento periodontal que atraviesan la lámina dura y también de pequeñas ramas de vasos periféricos que atraviezan las tablas cervicales, junto con los vasos penetran linfáticos y nervios.

7.- **Labilidad del hueso alveolar:** el hueso alveolar es el menos estable de los tejidos que conforman el parodonto, pese a su aparente rigidez y dureza; es un tejido de constante cambio. Esta propiedad del hueso se mantiene por un equi

librio entre formación y reabsorción ósea, regulada por influencias locales y generales.

El hueso se reabsorbe en áreas de presión y se forma en áreas de tensión. Las zonas donde se manifiesta esta -- tendencia son las siguientes:

- Junto al ligamento parodontal.
- En relación con el periostio de las tablas vestibular y lingual.
- Junto a las superficies endoteliales de los espacios medulares.

El hueso es muy sensible a las influencias exteriores: - Se forma bien y presenta aspecto normal en las regiones sometidas a presiones normales; en cambio, las áreas que soportan fuerzas exageradas o que, por el contrario, carecen de función, muestran claros rasgos de alteración - que se manifiestan por reabsorción progresiva y por alteración del trabeculado y del hueso compacto. Su función nutritiva es realizada por la sangre circulante que tiene tres orígenes: forma en apical, vasos sanguíneos de la encía y vasos que atraviezan el hueso y el ligamento parodontal.

#### D. Cemento radicular.

El cemento es un tejido mesenquimático calcificado que forma la capa externa de la raíz del diente.

- 1.- Características Histológicas: El cemento está constituido - por material orgánico y agua en un 50 a 55%, y de material inorgánico en un 45 a 50%.

La parte orgánica es principalmente colágena y mucopolisacáridos, mientras la inorgánica consiste básicamente - de sales de calcio bajo la forma de cristales de apatita. Desde el punto de vista morfológico se divide en dos tipos diferentes:

- Cemento acelular : aquel que no contiene células y se le encuentra en los tercios cervical y medio de la --- raíz del diente.
- Cemento celular: se caracteriza por la presencia de células (cementocitos) en mayor o menor cantidad ocupando el tercio apical de la raíz dentaria.

- 2.- Unión amelocementaria: en esta unión existen tres, clases de terminación del cemento:

- El cemento cubre al esmalte en el 65% de los casos.
- Cemento y esmalte terminan borde con borde en un 30% - de los casos.
- Cemento y esmalte no se ponen en contacto en un 10% de los casos.

- 3.- Deposición continua de cemento; el depósito de cemento continúa una vez que el diente ha erupcionado, luego que se -

ha puesto en contacto con sus antagonistas funcionales y durante el resto de la vida.

4. Hipercementosis: la hipercementosis es un fenómeno caracterizado por el engrosamiento de este tejido, puede afectar un solo diente o toda la dentadura o bien depositarse en ciertas áreas de la superficie radicular como el ápice.

#### Estado anormal del periodonto.

Decimos que existe enfermedad cuando se altera el estado de salud. La enfermedad periodontal se manifiesta por modificaciones de los tejidos comprendidos en el periodonto, y las alteraciones pueden ocurrir en cualquiera de ellos.

Generalmente, la enfermedad periodontal comienza como un trastorno gingival, cuyos síntomas y signos son las modificaciones del tejido marginal. Por esta razón suele considerarse como un trastorno patológico de la encía. Sin embargo las alteraciones gingivales no permanecen limitadas mucho tiempo en sólo el área marginal. De ser así, la enfermedad periodontal no llevaría a la muerte del diente y el tratamiento sería relativamente sencillo.

En la evolución usual de la enfermedad se afectan pronto los -- componentes subyacentes del periodonto, con lo cual la erradicación de aquella se hace más compleja y difícil. La lesión extensa que conduce a la exfoliación del diente se produce en el tejido óseo que lo rodea. Así pues, sería acertado considerar la enfermedad periodontal más como una enfermedad del hueso que como una alteración de la encía, y debería tenerse en cuenta el estado del hueso subyacente durante el diagnóstico así como al planear el tratamiento.

### Enfermedad gingival y parodontal.

A. Alteraciones de las características clínicas de la encía.

B. Etiología.

1. Factores etiológicos locales.
2. Factores etiológicos sistémicos.

La enfermedad gingival es la alteración específica de la encía; en cambio la enfermedad parodontal es la alteración de la encía y de -- los otros tejidos del parodonto, el hueso alveolar y el cemento, como -- consecuencia de la profundización del proceso inflamatorio inicialmente asentado en la encía.

Enfermedad gingival. La gingivitis, es la característica más fre -- cuente en todos los casos de enfermedad gingival, y es una respuesta a

la presencia de factores irritativos asentados junto a la encía. Resulta incorrecto denominar con el término gingivitis a todas las alteraciones de la encía ya que puede verse alterada por diferentes procesos como la atrofia, la hiperplasia, y aún la neoplasia.

En cuanto a su evolución y duración la gingivitis puede ser:

1. Aguda.
2. Subaguda.
3. Recurrente y
4. Crónica.

La forma aguda es de aparición repentina, corta duración y muy dolorosa.

La forma subaguda: es una disminución de la sintomatología aguda.

La recurrente: se caracteriza por reaparecer después de un tratamiento o que aparece y desaparece espontáneamente.

La gingivitis crónica es de evolución lenta, prolongada, indolora y es la forma más frecuente de gingivitis.

#### A. Alteraciones de las características clínicas de la encía.

Cambios de color en la enfermedad gingival: los cambios de color son signos clínicos muy importantes de la enfermedad gingival. Se manifiestan por una intensificación progresiva del rosa coral normal cambian

do hacia un rojo azulado y finalmente en un azul muy oscuro a medida -- que aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio. El cambio de color se inicia en la papila interdentaria de donde se extiende hacia la en-- cía marginal y la insertada.

El mecanismo del cambio de color es la siguiente: la primera -- respuesta a la irritación es el eritema caracterizado por la dilatación de capilares y el aumento del flujo sanguíneo.

La intensificación del color rojo es consecuencia de la forma-- ción de nuevos capilares y el desarrollo de anastomosis entre arterio-- las y vénulas. Cuando la inflamación se hace crónica los vasos sangui-- neos se ingurgitan y congestionan, el retorno venoso se dificulta y el flujo sanguíneo se espesa; todo ello produce anoxemia (falta de  $O_2$ ) en los tejidos lo que añade un tinte azulado en la encía enrojecida.

La salida de glóbulos rojos de los vasos a los tejidos y la des-- composición de la hemoglobina en sus pigmentos produce la coloración -- negruzca que se presenta en los casos crónicos avanzados.

En las gingivitis agudas los cambios de color difieren algo, aunque empiezan como un eritema rojo brillante de tipo marginal que puede cons-- tituir el único cambio hasta que la encía recupera la normalidad.

En la inflamación aguda intensa el color rojo se transforma en



gris pizarra brillante que poco a poco se torna gris blanquecino opaco. El color gris es consecuencia de la necrosis del tejido y su reemplazo por una falsa membrana.

La encía puede cambiar de color por otros factores como pigmentaciones metálicas, enfermedades sistémicas como la de Addison, la anemia, la deficiencia de complejo B, la diabetes, etc.

Agrandamientos gingivales. El agrandamiento es una característica común de enfermedad gingival; existen muchas clases de agrandamientos gingivales en relación con la diferente etiología, caracterizándose por un aumento de volumen que se inicia generalmente en las papilas y que avanza tomando progresivamente el margen y la encía adherida deformando su contorno, adquiriendo un aspecto liso, pulido y brillante. En la encía adherida se reduce o desaparece el punteado normal.

El mecanismo del agrandamiento es el siguiente: en el tejido conectivo se forma líquido inflamatorio, exudado celular al mismo tiempo que el epitelio y el conectivo se degeneran.

Hay neoformación de capilares ingurgitación capilar, hemorragia, proliferación del epitelio y conectivo y formación de nuevas fibras colágenas. Todos estos cambios producen el aumento de volumen del tejido gingival.

Cambios en la consistencia de la encía. La consistencia firme, resiliente normal en la encía puede alterarse a consecuencia de inflamación tanto crónica como aguda. La encía se torna bofa, depresible muchas veces sangrante, con las papilas que se despegan fácilmente en la superficie dentaria.

El mecanismo responsable se origina en la infiltración de exudado inflamatorio fluido y celular en el conectivo, acompañado de degeneración del epitelio y el propio conectivo, edema intercelular y extracelular.

Cambios de textura superficial. La pérdida de punteado superficial es un signo temprano de gingivitis caracterizado porque la superficie de la encía se torna lisa y brillante.

Cambios en la posición. El cambio más común en la posición de la encía se denomina recesión o atrofia y se caracteriza por un exposición progresiva de la superficie radicular.

La recesión es un fenómeno que se presenta normalmente en los pacientes de más edad como un proceso que se considera fisiológico. En otras circunstancias, bajo la influencia de ciertas condiciones la recesión se convierte en un proceso patológico.

Eso ocurre, por ejemplo, cuando se aplica un cepillado dentario agresivo o se utilizan palillos de dientes en forma permanente; la encía se retrae en los sitios afectados, dejando al descubierto una porción cada vez mayor de raíz dentaria. La recesión es consecuencia también de la malposición dentaria, es decir, la inclinación de los dientes hacia vestibular o lingual.

Enfermedad parodontal. Esta enfermedad afecta a los tejidos del parodonto en su totalidad, a diferencia de la gingival que se confina a la encía.

Se caracteriza por una destrucción progresiva del hueso alveolar, y por profundas alteraciones de encía y ligamento periodontal a consecuencia de ellos los dientes van perdiendo estabilidad, cambian de posición y finalmente, pueden caer espontáneamente o deben ser extraídos.

En los casos más avanzados el cemento de la raíz sufre también alteraciones.

Una de las características más importantes de la enfermedad parodontal es la formación de bolsas parodontales que resultan de la profundización patológica del surco gingival. La presencia de una bolsa conduce indefectiblemente a la destrucción de los tejidos parodontales de soporte, lo que a su vez se traduce en aflojamiento y movilidad de --

los dientes y su exfoliación final.

La bolsa paradontal puede ubicarse en cualquier cara de la superficie dentaria.

La única manera efectiva de localizarla y determinar su posición y extensión es el sondaje cuidadoso del margen gingival en cada cara del diente. Sin embargo, cuando se encuentran los siguientes signos clínicos en la encía y en los dientes se debe sospechar la presencia de bolsas

1. Encía marginal rojo-azulada, con un borde "enrollado" separado del diente.
2. Una zona rectangular azul rojiza que se extiende del margen gingival hacia la encía insertada.
3. Una solución de continuidad vestibulolingual de la encía interdientaria.
4. Encía brillante, hinchada, con cambios de color, junto a superficies radiculares expuestas.
5. Sangrado gingival.
6. Exudado purulento en el margen gingival en forma espontánea o a la presión digital.
7. Movilidad, extrusión y cambio de posición de los dientes.
8. Aparición de diastemas entre los dientes en sitios donde no existían.

Puede haber también, aunque no siempre porque las bolsas son - asintomáticas, un dolor localizado o sensación de presión después de -- comer, una tendencia a succionar la encía, una sensación de comezón de - encía, los dientes se sienten flojos, inseguros, lo que obliga a comer del otro lado, sensibilidad al frío y al calor, dolor dentario en ausen-  
cia de caries.

Las bolsas parodontales se originan por irritantes locales como los microorganismos y sus productos, residuos de alimentos, tártaro, etc. Lo más adecuado es eliminar las bolsas, en cualquiera de los procedimien-  
tos conocidos para evitar su efecto destructor.

#### B. Etiología de la enfermedad gingival y parodontal.

Los agentes responsable de enfermedad gingival y parodontal se clasifican comunmente en dos grupos:

1. Factores etiológicos locales, son los que están en el medio bucal, junto a los dientes y encías.
2. Factores etiológicos sistémicos, son los que provienen del - estado general (sistémico) del paciente.

Los factores locales son los más importantes y los que con más frecuencia ocasionan la enfermedad produciendo la lesión, inicial que es siempre inflamatoria.

Los factores sistémicos actúan alterando la respuesta de los tejidos parodontales a los irritantes locales, es decir, abonando el terreno para una respuesta más grave.

Factores etiológicos locales: Entre estos podemos citar como los más importantes:

1. La placa dental bacteriana.
2. Tártaro dental
3. El acuñaamiento o empaquetamiento de restos alimenticios.
4. El trauma oclusal.
5. Restauraciones dentales incorrectas (obturaciones de amalgamas, incrustaciones, puentes, coronas).
6. Hábitos.

1. Placa dental bacteriana. Depósito blando que resulta de la colonización y crecimiento de microorganismos sobre la superficie de los dientes, tejidos blandos, restauraciones y aparatos bucales.

Es una comunidad de microorganismos vivos y organizados formada habitualmente por numerosas especies y cepas incluidas dentro de una matriz extracelular formada por productos del metabolismo bacteriano y sustancias del suero, saliva y dieta. La placa es principalmente un producto del crecimiento bacteriano y no de acumulación.

2. Tártaro dental. Es una masa adherente, calcificada o en calcificación, que se forma en la superficie de los dientes, sobre todo en la región de los cuellos. Puede aparecer también sobre prótesis o dientes artificiales.

Según su relación con el margen gingival se clasifican en los dos grupos siguientes:

A. Tártaro Supragingival.

B. Tártaro Subgingival.

El primero se forma por fuera del margen gingival y es visible, generalmente es de color blanco o blanco amarillento, de consistencia dura, se desprende con facilidad de la superficie dentaria con un raspador. Se deposita con mayor frecuencia en las superficies vestibulares del primer y segundo molares superiores (junto a la desembocadura del conducto salival de Stenon), en las superficies linguales de los cuatro incisivos inferiores (junto a la desembocadura de los conductos salivales sublinguales y submaxilares).

El segundo, es el que se encuentra debajo de la cresta de la encía marginal y que no es visible durante el examen bucal, tiene una consistencia pétreo, color pardo oscuro o verde negrusco y está firmemente unido al cemento de la raíz dentaria, generalmente se presenta a continuación del tártaro supragingival pero a veces se encuentra solo, es dificil de eliminarlo requiriendo de una técnica cuidadosa.

Composición del tártaro. Consta de una parte orgánica y una inorgánica, la inorgánica forma un 80% y contiene principalmente: Ca, -- fósforo, magnesio, y fosfatos y la composición orgánica consiste en una mezcla de complejos proteínicos y polisacáridos, células epiteliales des--camadas, leucocitos y diversas clases de microorganismo, además de agua.

Formación de tártaro. Esta formación comienza con la placa den--tal bacteriana, la que va endureciéndose por precipitación de sales mi--nerales que se produce entre el segundo y decimocuarto días de formación de la placa. En algunos casos la placa no llega a calcificarse.

3. Acuñamiento o empaquetamiento de residuos alimenticios: es -- el empaquetamiento forzado de residuos alimenticios en el espacio inter--proximal y también en el surco gingival. Los alimentos estancados en--tran en fermentación constituyendo el elemento más importante para la --proliferación bacteriana, puede producirse también por alteración de la morfología dentaria, así como una obturación mal confeccionada en la --cual no se restablece el punto de contacto interproximal.

4. Trauma oclusal: origina la lesión de los tejidos parodonta--les que ocurre como respuesta a fuerzas oclusales excesivas. El trauma oclusal por sí solo no es capaz de producir ninguna alteración; tiene --que existir un estado inflamatorio producido por otros agentes irritati



vos para que el efecto del trauma se haga evidente, en muchos de los casos puede ser consecuencia de obturaciones, prótesis o coronas muy altas.

5. Restauraciones dentales incorrectas: (amalgamas, incrustaciones y prótesis en general mal adaptadas).

6. Hábitos: bruxismos, succión de dedos, morder fomites y la respiración bucal.

Factores etiológicos sistémicos. La cavidad bucal refleja el estado de salud general, por ejemplo, la repercusión de las deficiencias nutricionales se manifiesta ostensiblemente en la lengua, sobre todo la deficiencia de complejo B. Aparte de las deficiencias de nutrición, las perturbaciones metabólicas, hormonales, las discrasias sanguíneas, las enfermedades debilitantes, cambios emocionales, etc., pueden repercutir también en la boca, produciendo cambios en el parodonto.

Pigmentaciones dentarias: entre las más frecuentes son:

- Pigmentaciones tabáquicas.
- Pigmentaciones negras.
- Pigmentaciones verdes.
- Pigmentaciones color naranja.

- Pigmentaciones metálicas.

Formación de bolsas.

La formación de la bolsa parodontal, se caracteriza por migración hacia apical en el epitelio de unión y hay destrucción de tejidos parodontales de soporte.

1. Descripción histopatológica. La formación de bolsas es la reacción del periodonto a los irritantes, durante cuya formación pueden identificarse varios estados. En un principio la encía se hincha a medida que el tejido fibroso gingival se va infiltrando con células inflamatorias y exudado líquido. Esta reacción inflamatoria se caracteriza por la presencia de leucocitos polimorfonucleares en la fase aguda de la gingivitis crónica, que se observa con mayor frecuencia, el infiltrado está constituido principalmente por células del plasma y linfocitos.

Este infiltrado celular altera la disposición normal de las fibras gingivales; las fibras quedan destruidas, primero por el centro y luego por sus extremos. A la destrucción de estas fibras se queda el borde gingival se encuentra doblado y retraído, esto es característico de la gingivitis y la formación de una bolsa a consecuencia de la tumefacción del borde de la encía.

Cuando la causa de irritación se mantiene durante un período prolongado, el infiltrado inflamatorio progresa en dirección apical, y ataca las fibras gingivales más profundas. A medida que se destruye la

inserción de las fibras en el cemento, se va perdiendo la barrera natural que impide la migración apical del ligamento epitelial. Entonces - éste puede moverse libremente en dirección al ápice y a medida que lo - hace se separa del diente al nivel más coronal dando origen a una bolsa periodontal.

2. Características clínicas: la diferencia entre el surco gingival normal y una bolsa depende del estado de salud de las fibras gingivales; por consiguiente, no siempre es posible utilizar la profundidad del surco para diferenciar el surco de una bolsa. Es posible que un -- surco tenga 6 mm. de profundidad si la pared epitelial permanece íntegra y la encía está sana. Por el contrario, teóricamente es posible la existencia de una bolsa de 0 mm. de profundidad si hay ulceración.

Sin embargo, desde el punto de vista clínico, la profundidad del surco se ha convertido en un punto importante en la práctica porque en - casi todos los casos en que la profundidad del surco rebasa los 3 o 4 mm. se observa ulceración y está en peligro la integridad del revestimiento del surco.

Clasificación de las bolsas: las bolsas se han clasificado atendiendo a las posiciones relativas del ligamento epitelial, del borde gingival y de la cresta del hueso alveolar.

### 1. Bolsas supraóseas.

A. Gingival.

B. Periodontal.

II. Bolsas infraóseas.

A. Con una pared ósea.

B. Con dos paredes óseas,

C. Con tres paredes óseas,

D. Combinación de una, dos y/o tres paredes.

Una bolsa es supraósea cuando su base está en situación coronal con respecto a la cresta del hueso subyacente. Puede formarse por el movimiento coronal del borde gingival producido por la tumefacción (bolsa gingival) o por la proliferación apical y desinserción subsiguiente del ligamento epitelial (bolsa periodontal).

En ambos casos la distancia del borde gingival a la posición del ligamento epitelial en la superficie de la raíz rebasa la que se considera como normal y existe ulceración. Por el contrario, la bolsa infraósea tiene la base en posición apical con respecto a la cresta ósea.

El tratamiento de la bolsa supraósea puede efectuarlo perfectamente el cirujano dentista.

## CAPITULO III

### DIAGNOSTICO PERIODONTAL

El diagnóstico de la enfermedad periodontal es el fruto de una combinación de métodos diagnósticos que comprenden la historia médica y dental.

El examen clínico periodontal se realiza mediante visión y palpación directas y valiéndose de una sonda periodontal, un espejo bucal y otros elementos auxiliares como exploradores y cucharillas curvos. - Las radiografías y los modelos de estudio constituyen valiosos elementos informativos.

#### 1. La exploración clínica.

El objetivo del sondeo es determinar la profundidad del surco gingival, o de la bolsa, y estimar la extensión de la pérdida del hueso y la topografía del hueso restante.

#### 2. Técnica del sondeo.

Durante el sondeo la sonda se introduce entre el borde gingival

y la superficie del diente y se hace pasar suave y firmemente hasta la base del surco, manteniendo el tallo de la sonda lo más paralelo posible al eje mayor del diente. La profundidad viene dada por la marca de la sonda que coincide con el borde gingival.

Se miden seis áreas alrededor de cada diente, lo cual permite tener idea de la importancia del soporte del diente. La sonda se inserta en las caras distofacial, medifacial, mesiofacial, distolingual, mediolingual, y mesiolingual de cada diente, y se anotan todas las mediciones superiores a 3 mm. como hallazgos importantes.

Debido al estorbo que supone el punto de contacto, no es posible observar la sonda paralelamente al eje mayor del diente en el área interproximal. Así, pues, en esta región es necesario angular el extremo en sentido bucolingual hacia el centro del diente a medida que se guía la sonda al ápice.

El sondeo además de resolver la profundidad de la bolsa y la topografía ósea, proporciona otras informaciones útiles. La presencia de depósitos de cálculo supragingival se determina fácilmente gracias a la sensación de aspereza que produce la superficie de la raíz a través de la sonda. Así mismo la importancia de la hemorragia y/o la exudación provocada por las maniobras con la sonda constituyen una indicación a la importancia del trastorno.

Si el sondeo se hace cuidadosa y suavemente, la inserción de la sonda hasta la base del surco gingival no ha de ser necesariamente una experiencia dolorosa y desagradable para el paciente. Si éste se queja, se puede aplicar una solución anestésica en forma tópica. Sin embargo, sólo en contadas ocasiones hay que recurrir a ello.

A veces el sondeo vertical por sí solo no basta para dar una imagen concluyente de la topografía de la estructura ósea. La inserción de la sonda o de una aguja hipodérmica en la encía en dirección horizontal en la parte más profunda de la bolsa permitirá una determinación más precisa de la presencia o ausencia de hueso interproximal. Esto puede realizarse inmediatamente antes de una intervención quirúrgica, después de administrar el anestésico local.

En el caso de que esté destruido todo el hueso, la sonda pasará sin impedimento de bucal a lingual. Si existe una bolsa intraósea, el paso horizontal de la sonda quedará detenido en la pared ósea del defecto. El empleo de la sonda de esta manera es también un medio preciso de determinar el espesor del tejido blando en relación con el hueso de la región.

### 3. El examen radiográfico.

La radiografía dental constituye uno de los medios diagnósticos auxiliares más valiosos en odontología; junto con el examen clínico necesario para la comprensión completa del caso en estudio, la radiografía es un medio auxiliar útil para planear el tratamiento, y sumamente impor

tante, para establecer el pronóstico.

La presencia de una bolsa periodontal, elemento en que se basa el diagnóstico de la enfermedad periodontal, no puede descubrirse sistemáticamente con la radiografía.

#### 4. Limitaciones de la interpretación radiográfica.

Sea cual fuere la técnica radiográfica utilizada, se tropezará con problemas de interpretación. El cirujano dentista ha de mantenerse alerta y debe estar dispuesto a usar otros medios diagnósticos para resolverlos. La utilidad de las radiografías en el diagnóstico periodontal es limitada, puesto que no registran, o lo hacen de manera poco precisa, la presencia de bolsas parodontales; el nivel de la inserción epitelial, u otras relaciones entre tejidos blandos y duros útiles para el diagnóstico periodontal; las deformidades óseas o los bordes óseos de las caras bucal y lingual de los dientes; la movilidad dental, el cálculo dental; o los cambios iniciales producidos por el proceso morbo.



## CAPITULO IV

### ATENCION DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL

#### 1. Estudio del paciente.

No solamente se ha de evaluar la extensión de la enfermedad, sino que se han de considerar factores tales como la edad del paciente, su salud general, sus necesidades de restauración dental, su actitud ante la salud dental y sus deseos de cooperar para determinar el tipo de terapéutica apropiada para el paciente.

#### 2. Consultas.

Generalmente al hacer la historia clínica en algunas ocasiones es necesario remitir al paciente a consulta médica antes de iniciar --- cualquier tratamiento parodontal. Por ejemplo, cuando el examen clínico y radiográfico, revela, una extensa destrucción periodontal, o bolsas periodontales profundas con supuración evidente y la presencia de abscesos periodontales múltiples y exagerada sensibilidad durante el sondeo, se sospecha la presencia de una diabetes.

El cirujano dentista en algunas ocasiones se ve en la necesidad de consultar a otros especialistas dentales, ya que el tipo de consulta que beneficia al paciente, al dentista que consulta y al especialista, es aquella en que los tres se hayan presentes.

### 3. Presentación del caso.

Es aconsejable que el cirujano dentista discuta con el paciente - los hallazgos diagnósticos y sus implicaciones antes de empezar el tratamiento. Todos los pacientes tienen derecho a que se les diga lo que se ha observado y cuál es el pronóstico, presentado en una forma sencilla y en lenguaje corriente, ya que proporciona al paciente una base para tomar decisiones inteligentes con respecto a la aceptación del tratamiento.

### 4. Educación del paciente.

La educación del paciente periodontal es un proceso continuo. Comienza en la visita inicial, cuando el dentista revela los resultados - de su examen y describe el estado del paciente. Prosigue cuando le explica las causas de la enfermedad, y esboza los medios para establecer la - salud. Posteriormente continúa y se refuerza en cada visita sucesiva.

Cuanto más datos posea el paciente sobre su estado periodontal, tanto más se interesará por su tratamiento. A medida que aumenta su comprensión, su confianza en la terapéutica es mayor y se puede obtener una mejor cooperación.

### 5. Medios auxiliares visuales.

Dentro de los medios auxiliares para la educación del paciente - recurrimos a los procedimientos visuales; ya que estos resultan convincentes. Por ejemplo, un simple dibujo en una hoja de papel ayudará a demostrar la naturaleza del proceso morbosos. También se puede utilizar un --

espejo facial para señalar las diferencias entre la zona sana y las enfermas en la propia boca del paciente.

Otro de los medios auxiliares son las radiografías, son de gran utilidad para explicar los efectos de la enfermedad sobre las estructuras de soporte subyacentes, los modelos de diagnóstico son sumamente -- instructivos, pues permiten que el paciente observe su dentición y su periodonto con mayor claridad y objetividad.

También se puede recurrir a otros materiales audiovisuales: diapositivas en color, películas y folletos.

#### 6. Instrucciones sobre higiene oral.

Las instrucciones sobre higiene oral se consideran como una de las facetas más importantes del tratamiento del paciente periodontal. - Estas instrucciones se deben dar en la primera sesión del tratamiento, de tal manera que al cirujano dentista le sirva como medio para averiguar la cooperación del paciente. Si muestra signos de querer cooperar, pero mantiene un nivel bajo de higiene oral, se deben continuar las instrucciones durante las citas siguientes. Si el paciente continúa sin cooperar, no tendrá sentido intentar formas más complejas de tratamiento periodontal.

## HISTORIA CLINICA

I. Sr.

Abogado.

Casado.

II. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

S.D.P.

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Dieta: 3 alimentos al día; dieta balanceada tanto en cantidad como en calidad.

Higiene personal: baño diario, cepillado dental 2 veces al día.

Habitación: habita casa propia con todos los servicios, bien ventilada e iluminada.

No practica ningún deporte.

Tabaquismo: 40 cigarrillos diarios.

Alcoholismo: bebida social.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Enfermedades propias de la infancia: refiere haber padecido frecuentes ataques amigdalinos.

Enfermedades infecciosas: S.D.P.

Operaciones: amigdalectomía, hace 18 años; punción de un absceso-hepático hace 11 años.

#### V. ESTUDIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Aparato digestivo: gastritis (sin tratamiento)

Aparato respiratorio: tos de fumador (por las noches).

Cardiovascular: S.D.P.

Nervioso: duerme 8 horas diarias, órganos de los sentidos normales, reflejos normales, no toma ningún medicamento actualmente.

Paciente aparentemente sano y por lo tanto apto para el tratamiento parodontal.

#### EXAMEN BUCAL:

Encías: inflamadas.

Labios: resequedad a nivel de comisura labial.

Lengua: geográfica y saburral.

Piso de la boca: normal.

Parodonto: parodontitis avanzada.

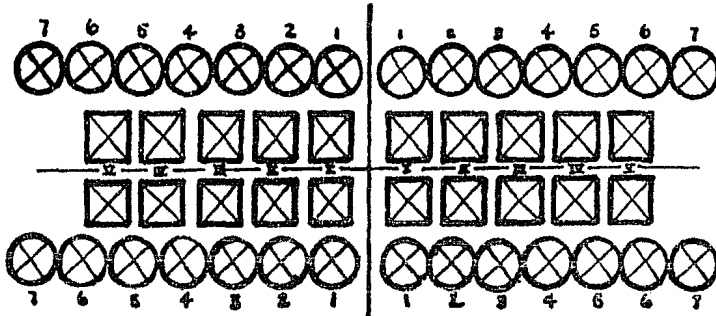
Paladar duro: torus palatino.

Paladar blando: normal.

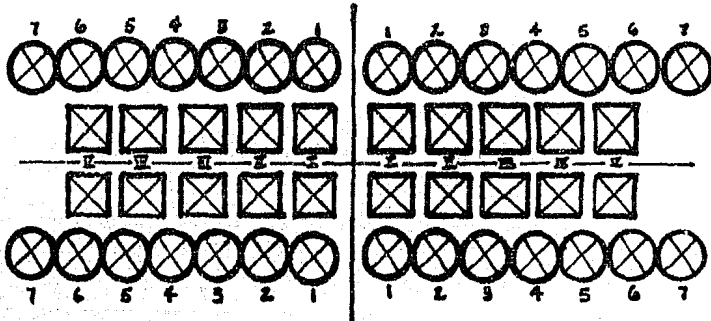
Abundante sarro en cara lingual de todos los dientes anteroinferiores y pigmentaciones en la cara vestibular de los dientes superiores.

51  
Control de Placa Dentobacteriana.

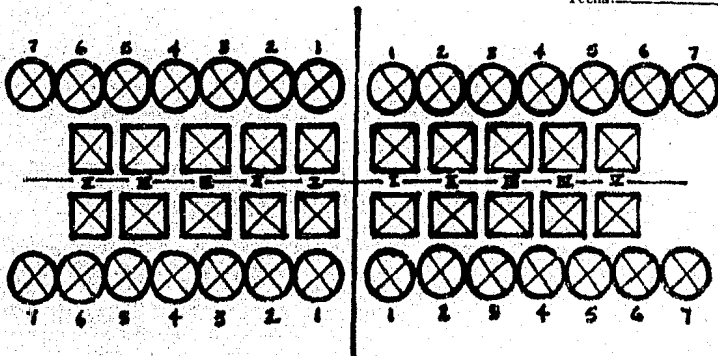
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Control \_\_\_\_\_  
 Total de dientes \_\_\_\_\_ Total de caras \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_%



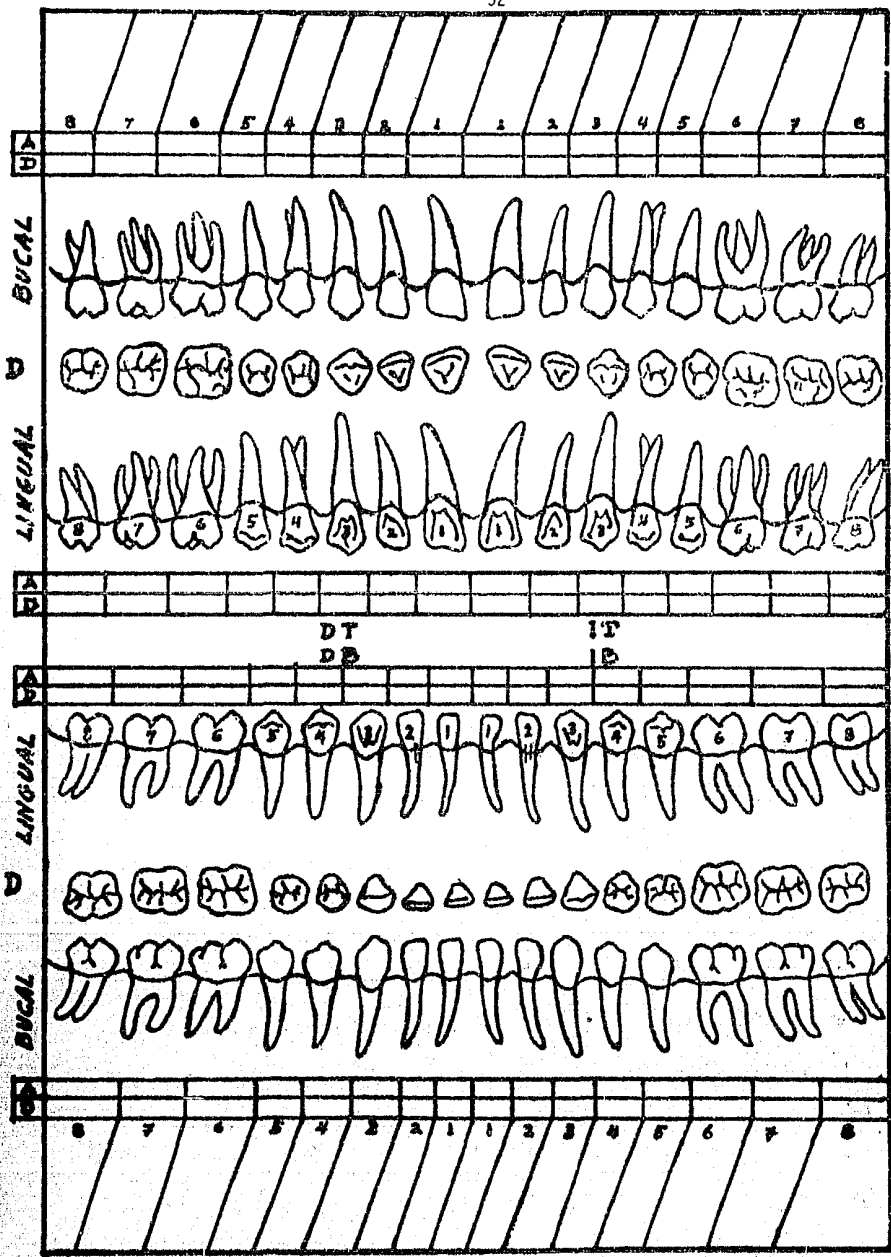
Total de dientes \_\_\_\_\_ Total de caras \_\_\_\_\_ Control \_\_\_\_\_  
 Porcentaje \_\_\_\_\_%  
 Fecha \_\_\_\_\_



Total de dientes \_\_\_\_\_ Total de caras \_\_\_\_\_ Control \_\_\_\_\_  
 Porcentaje \_\_\_\_\_%  
 Fecha \_\_\_\_\_



Total de dientes \_\_\_\_\_ Total de caras \_\_\_\_\_ Control \_\_\_\_\_  
 Porcentaje \_\_\_\_\_%  
 Fecha \_\_\_\_\_



I EXAMEN PARODONTAL

I

DIAGNÓSTICO... PERIODONTITIS AVANZADA...-----  
 FECHA DE REVALORIZACION...-----

## **Etiología (ENUMÉRESE LAS CAUSAS EN ORDEN DE IMPORTANCIA)**

- 1) PLACA DENTOBACTERIANA.
- 2) HIGIENE BUCAL INADECUADA.
- 3) PIEZAS DENTARIAS AUSENTES.

## **Pronóstico (RELACIONESE CON LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO LOCAL Y GENERAL Y COOPERACION DEL PACIENTE)**

### **PLAN DE TRATAMIENTO :**

- 1 ..... HISTORIA CLÍNICA .....
- 2 ..... TÉCNICA DE CEPILLADO .....
- 3 ..... USO DE LA HILOSEDA DENTAL .....
- 4 ..... ODONTOXESIS Y PROFILAXIS .....
- 5 ..... EXTRACCIONES .....
- 6 ..... RESTAURACIONES DENTARIAS .....
- 7 ..... FASE QUIRÚRGICA. ....
- 8 ..... .....
- 9 ..... .....
- 10 ..... .....



## CAPITULO V

### PRINCIPIOS DE TERAPEUTICA PERIODONTAL

Existe una verificación estadística de que la terapéutica periodontal contribuye realmente a la longevidad de la dentición.

No obstante, disponemos de abundantes pruebas clínicas basadas - en las impresiones subjetivas de numerosos dentistas de que después del tratamiento se produce una disminución de la inflamación, una reducción de la movilidad dentaria y una reconstrucción del periodonto apreciables clínica y radiográficamente.

#### 1. Objetivos de la terapéutica.

Son la eliminación o la detención del proceso morbozo suprimiendo los factores etiológicos, y la supresión de bolsas parodontales.

#### 2. Eliminación de la bolsa.

Las razones de la necesidad de la eliminación de la bolsa se basan en que ésta actúa como una residencia ideal para la masa microbiana que se acumula en la superficie dental.

La bolsa abriga un ambiente oscuro, húmedo, con abundantes elementos nutritivos, y está protegida contra las influencias exteriores; se convierte así en una lesión que se autopropaga. Solamente eliminando la pa-

red protectora de la bolsa puede evitarse la acumulación de la masa bacteriana y el paciente estará en condiciones de suprimir las bacterias adherentes de manera regular y eficaz.

### 3. Comparación de la terapéutica de la caries dental con la enfermedad periodontal.

El tratamiento de ambas afecciones comprende la eliminación de los factores etiológicos causantes de la enfermedad, seguida de algún tipo de reparación plástica o reconstructiva de la deformidad que queda.

Una cavidad no obturada proporciona un ambiente adecuado para la acumulación bacteriana y por ende para la repetición del proceso carioso. También la enfermedad periodontal el primer objetivo del tratamiento es la eliminación del factor etiológico en este caso, la acumulación bacteriana en la superficie dental, asociada generalmente a la formación de cálculo.

Una vez que se han eliminado las bacterias y otros materiales extraños mediante los métodos de higiene oral y el escariado y raspado de la raíz, puede acabarse con el proceso morbosos. Sin embargo, los estadios incipientes de la enfermedad periodontal difieren del proceso carioso en un aspecto. La gingivitis precoz es completamente reversible y muchas veces cabe que el área afectada recupere su estado original sin ninguna secuela del proceso morbosos.

Por el contrario, si la enfermedad ha avanzado hasta la fase des--

tructiva en que se pierden tejidos parodontales de sostén, cabe detener el proceso, pero quedan huellas de sus efectos anteriores.

#### 4. Tipos de terapéutica.

Todas las formas de tratamiento tienen indicaciones y contraindicaciones. Para el tratamiento eficaz del paciente se eligen y combinan formas de tratamiento conservadoras y complejas destinadas a lograr los objetivos clínicos discutidos.

La terapéutica se hace a la medida de las condiciones que presenta el paciente.

A continuación se hace mención de algunos tipos de tratamiento - que pueden utilizarse en los casos incipientes o moderados de enfermedad periodontal crónica.

##### 1. Terapéutica inicial.

- Régimen de higiene oral.
- Escariado y raspado de la raíz.
- Ajuste oclusal aproximado.
- Movilización dentaria menor.
- Enferulamiento temporal.
- Reevaluación antes de proseguir el tratamiento.

##### 2. Terapéutica coadyuvante.

- Extracciones.
- Correcciones restauradoras.

3. Cirugía periodontal (bolsas supraóseas).

- Raspado del tejido blando.
- Gingivectomía-gingivoplastia.
- Frenectomía.

4. Cuidado de mantenimiento.

## CAPITULO VI

### TERAPEUTICA INICIAL

#### 1. Régimen de higiene oral.

El régimen de higiene oral recomendado esta encaminado al control de la flora microbina asociada con los residuos orales y el cálculo, factores considerados primordiales en la aparición de la enfermedad periodontal.

Si se desea que el programa sea eficaz, los procedimientos deben ser sencillos y cómodos, requerir el mínimo de instrumentos y un período de tiempo relativamente breve, y producir los máximos beneficios limpiando sin traumatizar los tejidos de soporte del diente.

Los cuidados higiénicos necesarios se limitan al mínimo requerido para conseguir una eliminación bacteriana lo más rápida, eficaz y traumática que sea posible.

#### 2. Presentación al paciente.

Al exponer el programa de higiene oral al paciente, no solo es importante enseñarle las técnicas, sino darle un estímulo para que las lleve a cabo.

1. Primera sesión del tratamiento: En esta fase del tratamiento se explicará al paciente la importancia de la higiene oral para lo cual - se hace uso de la tableta reveladora de placa bacteriana.

2. La segunda cita consiste en enseñarle una técnica de cepillado adecuada.

3. La tercera visita se le enseña el manejo del hilo o seda dental.

### 3. Escariado y raspado de las raíces.

El escariado consiste en la eliminación del tártaro dental tanto supra como subgingival en ocasiones no es posible efectuar su remoción en - una sola cita, debido a que el tejido está aumentado de volumen, sin resi- lencia y tiende fácilmente a sangrar, por lo que deberá realizarse en pe- ríodos de una semana entre cada cita.

Existen cinco pasos básicos para la aplicación de un instrumento y la remoción del cálculo dental.

1. Toma del instrumento
2. Establecer un punto de apoyo.
3. Posición de la hoja del instrumento.
4. Activar el instrumento.
5. Completar el movimiento.

#### 4. Clasificación de los instrumentos básicos.

1. Sondas periodontales.
2. Pinzas marcadoras de bolsas.
3. Exploradores.
4. Raspadores superficiales.
5. Raspadores profundos (azadas, cinceles, curetas, limas).
6. Instrumentos quirúrgicos (azadas quirúrgicas, bisturí inter  
dental, elevador de periostio, tijeras y aspiradora).
7. Instrumentos para limpieza y pulido.
8. Instrumentos ultrasónicos.
9. Electrocirugía.
10. Criocirugía.

## CAPITULO VII

### CIRUGIA PERIODONTAL

Durante las fases preliminares de la terapéutica, el dentista debe observar cuidadosamente los efectos del tratamiento sobre el periodonto. - Basandose en la respuesta de los dientes y de los tejidos iniciales, curataje, y escariado de raíces, corrección de los defectos de las restauraciones, eliminación de interferencias oclusales, corrección de los dientes mal alineados, y aplicación de férulas temporales. Si los signos de auto-reparación en un período de varias semanas son insuficientes, el cirujano dentista ha de considerar los diversos métodos terapéuticos que pueden aplicarse para restablecer la forma fisiológica del periodonto. El tipo de técnica indicada lo dictará la gravedad de la destrucción.

El cirujano dentista decidirá el tratamiento necesario o lo remitirá al especialista. Si se lleva a cabo el tratamiento quirúrgico, se debe preparar psicológicamente al paciente, tal vez se tenga que prescribir medicación preoperatoria.

#### 1. Preparación para la intervención quirúrgica.

La técnica quirúrgica periodontal se ha humanizado, ayudada con el uso de sedantes y analgésicos, se ha logrado que esta sea menos traumática



para el paciente y más fácil de realizar por el cirujano dentista.

El primer artificio que hay que utilizar para aliviar el temor y la ansiedad surgidas al hablar de la intervención quirúrgica es el comportamiento del dentista. No debe tratar a la ligera la técnica que piensa utilizar ni ha de ocultar al paciente lo que tal técnica implica desde el punto de vista de posibles molestias.

Se debe evitar el uso de terminología alarmante. Aunque al paciente hay que decirle la verdad acerca de lo que supone la técnica que se va a seguir, también hay que tranquilizarle diciendole que se utilizará anestesia local y se procurará por todos los medios de reducir al mínimo las molestias durante el tratamiento y después de él.

## 2. Medicación preoperatoria.

Es ventajosa la administración del medicamento antes del tratamiento, para el paciente como para el dentista. La medicación más adecuada para el paciente dental antes de proceder al tratamiento es un barbitúrico de corta duración como el Pentobarbital o el Secobarbital. Otros dos tipos de drogas (Mefenesina y Meprobamato) son menos adecuados. El fundamento del empleo de la mefenesina como preparado sedante es que previene la tensión muscular, que es un signo manifiesto de ansiedad. Sin embargo, para lograr la relajación muscular se precisan dosis muy grandes, que por sí mismas no disminuyen lo suficiente el nivel de la aprensión para que resulten eficaces en los pacientes dentales.

El derivado de la Mefenesina, el Meprobamato, un agente tranquilizante (Miltown y Ecuamil) en dosis pequeñas (menos de 3 tabletas de -- 400 mg. diarias), ha demostrado ser relativamente inocuo. No obstante, los graves efectos secundarios observados en algunas ocasiones, el riesgo de crear hábito cuando se usa durante algún tiempo.

De los diversos medicamentos utilizados el Pentobarbital (Nembutal) y el Secobarbital (Seconal) han demostrado ser los más eficaces para calmar la ansiedad de los pacientes aprensivos.

La dosis media para adultos para cualquiera de estas drogas tomadas al acostarse la noche anterior a la cita es de 150 mg. También se administran por vía oral en dosis de 50 a 100 mg. media hora antes de la cita dental.

Recientemente se ha empezado a administrar barbitúricos por vía endovenosa lenta de pentobarbital sódicos, que permite al dentista estimar el nivel de sedación alcanzado a medida que va administrando la droga.

### 3. Medicación posoperatoria.

En algunos casos el empleo de aspirina en forma de dos tabletas de 30 mg. resulta adecuado para aliviar las molestias consecutivas a las operaciones periodontales sencillas. Además de ésta, se prescribe generalmente como analgésico el sulfato de codeína (una tableta de 30 mg. --

junto con dos aspirinas de 30 mg. cada tres o cuatro horas). La cantidad de codeína se puede aumentar hasta 60 mg. si la dosis inicial no surte efecto. El efecto secundario de la administración de codeína es el estreñimiento, pero generalmente no aparece hasta que se administran más de 350 mg. diarios.

Si las molestias y el dolor no calman con 60 mg. de codeína, hay que recurrir a otros medicamentos. Otro medicamento más fuerte que la aspirina y la codeína puede prescribirse el narcótico Meperidina (Demerol) en dosis de 50 a 100 mg. o tabletas de Metadona de 5 a 10 mg. Esta última actúa ya a los 30 minutos cuando se toma por vía oral.

#### 4. Raspado de tejido blando.

Cuando la supresión de la placa bacteriana y de otros factores etiológicos no produce la autoreparación de los tejidos periodontales, cabe intentar la curación de la enfermedad extirpando el tejido enfermo, es decir, procediendo al curetaje gingival o a la gingivectomía. La elección de la técnica que hay que seguir depende del estado de los tejidos. Si la alteración del tejido es inflamatoria (es decir cuando los tejidos están tumefactos y blandos), cabe lograr la reducción de las bolsas mediante el debridamiento de la pared interna de la bolsa (curetaje).

Si la enfermedad ha progresado más allá de la fase inflamatoria aguda y el tejido blando presenta fibrosis, hay que extirpar toda la pared de la bolsa (gingivectomía).

### Fundamentos del raspado del tejido blando.

En el período inflamatorio de la enfermedad periodontal, la infección de los tejidos gingivales se caracteriza por la degeneración y ulceración del epitelio pavimentoso (es decir, de la pared interna de la bolsa); el crecimiento y alargamiento de las proyecciones del epitelio papilares que proliferan hacia los tejidos conjuntivos subyacentes; y la degeneración del aparato de fibras gingivales que son sustituidas por células inflamatorias. Tras la extirpación de este complejo hístico enfermo mediante el raspado, el proceso curativo produce una retracción de toda la masa de tejido. Se restaura la integridad del epitelio pavimentoso y de las fibras gingivales. Aunque se han publicado casos de reinsertión de la encía en la superficie radicular, es éste un resultado que no es posible asegurar y por lo tanto no constituye un objetivo realista de la técnica. Desde el punto de vista clínico, la curación se manifiesta por la retracción del tejido marginal y el aspecto normal y sano de las encías.

### 5. Indicaciones.

La bolsa supraósea cuya profundidad va de ligera a moderada (de 3 a 6 mm.) y en la cual la modificación del tejido es de carácter inflamatorio es susceptible de tratamiento por raspado del tejido blando con resultados satisfactorios. La inflamación suele manifestarse por, la tumefacción y el enrojecimiento de la encía, y la alteración del tejido puede manifestarse además por la desaparición de los gránulos y por la retracción de las papilas. La modificación ósea, determinada por sondeo clínico y confirmada por la radiografía, deben ser mínimas o haber dado

lugar a una topografía horizontal aceptable. La persistencia de hipere-  
mia, cianosis, y la misma profundidad de la bolsa después del escariado  
también indican que es aconsejable proceder al raspado.

#### 6. Contraindicaciones

La principal contraindicación del curetaje, es que el tejido gin-  
gival se haya vuelto firme y fibroso por el depósito de colágeno, como -  
componente de la cicatrización en respuesta a la inflamación crónica. -  
No es de esperar que el tejido fibrótico se retraiga después del raspado.  
Por lo tanto, cuando se observa la fibrosis de la encía, hay que recurrir  
a algún otro tipo de tratamiento.

Así mismo en general, cuanto más profunda sea la bolsa, menos in-  
dicado está el raspado, a no ser que la profundidad sea tan grande y la -  
destrucción subyacente tan avanzada que tenga que descartarse la excisión  
quirúrgica. En tales casos el curetaje practicado como tratamiento palia-  
tivo más que curativo puede ser la terapéutica de elección.

#### 7. Arsenal.

El mismo juego básico de curetas propuestos para el escariado y -  
el alisado de las raíces puede utilizarse en el raspado del tejido blando.  
Sin embargo, constituye una buena practica reservar un juego aparte para  
las tecnicas en tejido blando. Los bordes cortantes pueden mantenerse en  
mejor estado si el Cirujano Dentista limita su uso a los tejidos blandos.

Otra cureta de especial valor para el raspado de tejido blando es la Goldman 12, destinada específicamente a este fin. Se usa como las otras cucharillas y puede aplicarse a la mayor parte de áreas de la boca.

El curetaje de tejido blando es un procedimiento quirúrgico y deben observarse todas las precauciones necesarias a la esterilidad quirúrgica. En la práctica, basta un paquete envuelto en toalla estéril con el siguiente equipo que se tenga listo para cuando este indicado el curetaje del tejido blando;

- Boquilla aspiradora.
- Jeringa para aspiración con aguja corta. Desechable.
- Ampollas de Xilocaína.
- Explorador (U.W.G.-2).
- Pinzas para algodón.
- Sonda periodontal.
- Cucharillas: Gracey 6-5, Columbia 2R-21, Columbia 4R.  
Columbia 13-14, Goldman 12.
- Lámina de metal Burlew (ortodóncica).
- Esponjas quirúrgicas.

#### 8. Método.

Antes de realizar el raspado del tejido blando, hay que completar el escariado y alisado de las raíces y dejar transcurrir un intervalo de tiempo suficiente para que se resuelva el proceso inflamatorio agudo.

Ordinariamente la persistencia de la inflamación después de tres semanas de la eliminación definitiva del cálculo constituye una indicación del curetaje.

Se inyecta un anestésico local por infiltración empezando por el fondo del saco vestibular, y siguiendo por cada una de las papilas interdetales del área que se ha de tratar. La amplitud de la zona que hay que tratar dependerá de las necesidades del paciente y de la preferencia del cirujano dentista. Es preferible tratar como máximo dos cuadrantes de un lado de la boca en cada sesión, o bien limitarse a un solo cuadrante. La solución anestésica suprime el dolor del desbridamiento, disminuye la hemorragia y distiende el tejido dándole una consistencia más firme, lo cual facilita su corte con el borde afilado de la cucharilla.

Una vez inyectada la solución anestésica, se inserta una cucharilla en la bolsa con el borde cortante hacia el tejido blando en vez de hacia la superficie radicular, como acostumbra hacerse para quitar el cálculo. Se imprime la cureta un movimiento alrededor de la pared de la bols y se raspa el tejido enfermo. Se repiten los movimientos hasta que se extirpa todo el tejido blando, hasta que la cucharilla se desliza sobre la base de tejido conectivo firme. Aplicando el dedo con ligera presión sobre la pared externa de la bolsa se estabiliza el tejido y se facilita la labor de la cureta.

Después del curetaje se oprimen los tejidos marginales contra las

superficies radiculares y se mantienen en esta posición con torundas de gasa y con la presión del dedo hasta que se cobe la hemorragia. Aun-- que se puede colocar un apósito quirúrgico periodontal convencional para mantener el tejido adaptado a las superficies de las raíces, se ha com-- probado que la lámina adhesiva es suficiente para lograr el mismo fin.

Se instruye al paciente para que mantenga colocados el apósito o la lámina durante veinticinco horas al menos y para que evite cualquier actividad que pudiera desalojarlos. No suele ser necesaria la medica-- ción posoperatoria.

En el plazo de una semana se ha de observar un cambio notable en los tejidos. Puede observarse el estado normal fisiológicos y la recupe-- ración completa de la salud de dichos tejidos en dos a cuatro semanas. - Si en este periodo no se ha conseguido eliminar las bolsas, tal vez no - estuviera indicado el raspado; en tal caso hay que pensar en su excisión.

#### 9. Gingivectomía-gingivoplastia.

La gingivectomía es una técnica quirúrgica destinada a suprimir la bolsa enferma por excisión de toda la pared de tejido blando. Después de eliminar el tejido de la pared es necesario modificar el tejido res-- tante para recuperar una forma arquitectónica gingival fisiológica. Esta fase de la gingivectomía, es decir la de conformar la escotadura del teji-- do gingival restante, se denomina gingivoplastia. La diferencia entre am-- bós procedimientos es más académica que real, ya que rara vez se realiza



la una sin la otra.

Durante muchos años la gingivectomía constituyó la técnica quirúrgica básica para la erradicación de las bolsas. Actualmente, aunque el número de situaciones en las cuales se considera aplicable es limitado, la gingivectomía cuando está indicada, continúa siendo un método eficaz de conseguir la eliminación de las bolsas. Por lo tanto, todavía es considerada como parte integral de la terapéutica periodontal, pero ahora se opina que es más importante la habilidad diagnóstica que la operatoria para el éxito de la gingivectomía.

#### 1. Indicaciones.

Las indicaciones de la excisión quirúrgica simple de la pared de la bolsa han quedado bien determinadas, y el éxito de esta técnica, cuando se utiliza en estos casos, está bien documentada en la práctica clínica. La gingivectomía está indicada cuando se cumplen las siguientes condiciones:

1. El tejido blando de la bolsa es fibrótico y se ha reducido la inflamación aguda mediante una preparación prequirúrgica.
2. La topografía del hueso subyacente es aceptable, porque la resorción ósea es mínima, o porque el patrón de resorción no ha originado alteraciones.
3. La profundidad de la bolsa está limitada a la banda de encía fija (el fondo de la bolsa es coronal a la cresta del hueso y a la unión mucogingival).

4. La banda de la encía fija es lo suficientemente ancha para -- que, después de la excisión, la cantidad restante pueda soportar la tensión muscular en las áreas marginales.
5. El tejido gingival tiene el espesor suficiente para permitir el contorneado posexcisional del área quirúrgica para volver a crear una forma arquitectónica fisiológica.

## 2. Contraindicaciones.

El obstáculo más importante, aisladamente considerado, para el éxito de la gingivectomía es la presencia de deformidades óseas. En los casos en que el proceso inflamatorio ha invadido el hueso subyacente y - la resorción apical con respecto al borde óseo, la excisión del tejido - biando por sí sola no puede reparar el defecto ni eliminar la bolsa.

Otra contraindicación sería de la gingivectomía es que el fondo de la bolsa atraviesa la unión mucogingival. Cuando esto ocurre, está - indicada una técnica quirúrgica reconstructiva o plastica para conservar la encía fija que puede existir o reconstruirla si falta.

## 3. Arsenal.

Se han diseñado gran variedad de instrumentos quirúrgicos para efectuar la gingivectomía y todos ellos pueden usarse con eficacia. Si - bien algunos Cirujanos Dentistas prefieren determinados instrumentos, la lista siguiente abarca un arsenal básico aceptable para la mayoría:

- Boquilla aspiradora.
- Jeringa para aspiración con aguja corta (desechable)
- Espejo No. 5
- Explorador.
- Pinzas para algodón.
- Sonda periodontal.
- Bisturí Kirkland 15 y 16.
- Bisturí interproximal.
- Cucharillas:
- Columbia 4R-4L.
- Columbia 13-14.
- Pinzas de tejido.
- Tijeras dentadas.
- Torundas de gasa (2 X 2) sin relleno de algodón.
- Cureta periodontal.
- Espátula y lozeta para mezclar.

#### 4. Método.

Antes de empezar algún procedimiento periodontal, se ha de preparar el área que se ha de tratar mediante el escariado y el prequirúrgico de las raíces. Estas operaciones se han de realizar al menos una o dos semanas antes de la intervención quirúrgica, para dar tiempo a -- que ceda la inflamación existente.

Si la boca se ha limpiado bien durante las fases iniciales del tratamiento, no es necesario repetir el escariado ni el cepillado de las raíces, a no ser que sea evidente una nueva acumulación de cálculo. Si es éste el caso, el dentista ha de posponer el tratamiento quirúrgico -- hasta conseguir un nivel satisfactorio de cuidado higiénico oral.

Cuando la gingivectomía se ha de realizar en toda la boca, hay que efectuar el tratamiento por fases. Generalmente la extensión del área quirúrgica es de uno o dos cuadrantes en un lado de la boca. Algunos cirujanos dentistas prefieren completar el tratamiento en un arco entero a una sesión y otros tratan las dos arcadas en la misma sesión.

La gingivectomía va precedida de una anestesia local por infiltrado, primero en el vestíbulo y luego en las áreas papilar y marginal. Para la gingivectomía, así como para el raspado del tejido blando, es -- preferible una isquemia local que disminuye la hemorragia, porque el líquido distiende el tejido, dándole una consistencia más firme que facilita la incisión.

Tras la administración de la anestesia local, se exploran las bolsas con una sonda para determinar la relación del fondo de la bolsa con la unión mucogingival y tener una idea de la forma del hueso subyacente. Si la profundidad de la bolsa está limitada a la encía fija y no se descubren deformidades óseas, el cirujano dentista puede proceder a la gingivectomía-gingivoplastia. La medida de la profundidad de la bolsa se --

traslada a la cara externa de la encía puncionando las superficies vestibular o lingual en el punto opuesto a la máxima profundidad alcanzada por la sonda, en cada área interproximal y en el centro de cada diente.

#### Técnica de la gingivectomía convencional.

La incisión de la gingivectomía convencional se practica con unos de los bisturíes para gingivectomía de hoja ancha como el de Kirkland 15 ó 16. La hoja se introduce en el tejido en un punto apical a la punción que se ha hecho distal al diente terminal. El punto de penetración ha de estar a suficiente distancia por debajo de la punción, para que permita formar un bisel de unos  $45^\circ$  aproximadamente, desde la zona de entrada en la cara externa del tejido hasta el fondo de la bolsa junto al diente. La finalidad de la incisión en bisel es similar al ángulo de la encía sana de suerte que cuando se recupere el tejido restante, reproduzca la topografía gingival normal. Se mueve la hoja del bisturí hacia adelante, desde el diente terminal al extremo opuesto del segmento, haciendo una incisión continua con un ángulo de  $45^\circ$  que describe las curvas necesarias para seguir la línea de las punciones. La incisión se ha de hacer con la firmeza suficiente para que atravesase el tejido blando desde la superficie exterior de la encía hasta la pared interna contra la superficie del diente. Luego se repite con uno de los bisturíes interproximales de hoja estrecha para asegurar el corte del tejido en las regiones interproximales. Después de trazar la primera y la segunda incisiones en ambas super

ficies, la vestibular y la lingual, puede extirparse el tejido seccionado con una cureta.

Al llegar aquí hay que repetir el sondeo del área para comprobar si queda alguna bolsa residual. Si persiste el fondo de algunas de ellas, se ha de eliminar extirpando un poco más de tejido marginal. Con las curetas se cepillan y alisan las superficies radiculares y se eliminan las partículas del cálculo que se descubran después de extirpar el tejido, - así como los fragmentos colgantes formados durante la excisión.

Se remodelan los tejidos para restablecer la arquitectura fisiológica (gingivoplastia). La acentuación del borde gingival en bisel y de los surcos interdentes puede efectuarse con las pinzas de tejido -- blanco. Para suprimir los extremos de tejido que restan, son útiles las tijeras dentadas.

La superficie expuesta puede irrigarse con agua bidestilada. -- Una manera eficaz de cohibir la hemorragia antes de aplicar el apósito - quirúrgico es la presión mediante torundas de gasa. El apósito quirúrgi co periodontal se mezcla y se aplica. Aunque hay una clara tendencia a usar productos sin eugenol siempre el hueso está expuesto, puede utili-- zarse cualquiera de las diversas cura periodontales disponibles después de las intervenciones sobre el tejido blando como la iginivectomía.

El apósito quirúrgico actúa como un vendaje quirúrgico que cubre

la herida abierta. Su función primordial es la prevención del dolor evitando los traumas en el área quirúrgica. Aunque es posible que coadyuve a la hemostasia inicial.

El apósito quirúrgico se mantiene durante un período de cinco a siete días, rara vez es necesario prolongarlo. No obstante, si el paciente experimenta molestias notables al retirarlo puede ponerse otro durante una semana más.

Posteriormente se indica al paciente que comience en seguida el régimen de higiene oral previamente ordenado, aunque el área operada sea sensible al cepillado. Es imperativo mantener una limpieza oral óptima desde el principio.

#### Técnica de Ochsenshein.

Recientemente Ochsenshein ha propuesto un nuevo enfoque de la técnica de la gingivectomía que ofrece numerosas ventajas.

Ochsenshein sugiere que se haga la incisión inicial en forma horizontal en la base predeterminada y marcada de las bolsas.

Esta incisión horizontal evita las dudas acerca del punto en que hay que penetrar en el tejido y acerca del ángulo necesario para alcanzar el fondo de la bolsa.

Una ventaja aún mayor, como se señala, es la oportunidad que -- proporciona de completar la exploración de la morfología del hueso subyacente antes de hacer el bisel en tejido blando. Este paso elimina la posibilidad de que el operador exponga el hueso inadvertidamente mientras corta el bisel. Pasando la sonda periodontal por el área quirúrgica, vertical y horizontalmente, el cirujano dentista puede determinar el espesor de la encía subyacente y así juzgar si es posible o no el -- contorno sin exponer el hueso. En caso de que el revestimiento gingival tenga el grosor suficiente para permitir el bisel de 45° usual, se completa la gingivoplastia con pinzas. Si el tejido es delgado, pero la morfología ósea subyacente es aceptable y no exige el modelado -- del contorno, puede hacerse un bisel más corto en el tejido blando y -- completar la gingivectomía-gingivoplastia. Si, por el contrario, el -- borde óseo subyacente es grueso y es necesario darle nueva forma, hay -- que utilizar el método del colgajo para poder exponer el hueso y modificar su contorno.

Esta técnica es de gran valor en la gingivectomía, ya que ayuda a evitar las complicaciones inesperadas de la exposición ósea debida al biselado, dificultad con la que puede tropezarse cuando se practica la gingivectomía por el método tradicional.

### Frenectomía.

Indicaciones de la frenectomía simple.

Antes de aplicar la frenectomía como forma de tratamiento de una



lesión de denudación, hay que establecer el papel del frenillo como factor causal de la exposición de la raíz. Esto puede determinarse fácilmente tirando del labio hacia adelante y observando los efectos de la -- tracción muscular en el área que circunda al frenillo y en el borde gingival.

La tensión producida de esta forma hace que empalidezca el área y que se retraiga el borde gingival de la superficie del diente, lo cual demuestra de manera palmaria el efecto de denudación del frenillo.

Si ha de practicarse la frenectomía simple para aliviar la tensión del frenillo hay que tener en cuenta las siguientes condiciones:

1. La exposición ha de ser mínima, es decir no ha de abarcar más de la mitad de la superficie radicular.
2. En la base de la zona denudada ha de haber cierta cantidad de encía adherida intacta.
3. Si el área denudada, o el segmento que la rodea, incluye bolsas periodontales, la base de éstas no ha de rebasar la banda de encía fija.

Cuando ya se ha producido una denudación excesiva o la base de la bolsa penetra en la mucosa alveolar, está indicado algún tipo de reposición gingival.

### Arsenal.

Con una sola excepción, el instrumental de la frenectomía es idéntico al utilizado en la gingivectomía. Algunos cirujanos dentistas creen preferible hacer la incisión con el bisturí de Bard Parker, aunque el bisturí para gingivectomía de Kirkland es ciertamente aceptable para este fin.

### Método.

Si el área en que existe la lesión de denudación está afectada por la enfermedad periodontal, puede combinarse el tratamiento de ambas lesiones. Cuando está indicada la gingivectomía se extirpan primero las bolsas por una de las técnicas previamente descrita y luego se procede a la frenectomía antes de poner el apósito para la curación de la herida. En los casos en que la denudación no va acompañada de alteraciones periodontales en las áreas adyacentes se realiza la frenectomía como técnica individual.

Si existiese enfermedad periodontal en los tejidos marginales -- contiguos, como si no existiese, se observa invariablemente cierta inflamación relacionada con el propio frenillo. Así, pues, como ocurre con todas las otras técnicas quirúrgicas, es indispensable el escariado y el alisado de las raíces antes de intervenir quirúrgicamente.

Después de inyectar la anestesia por infiltración se hace una --

incisión horizontal recta con un bisturí de Bard-Paker a través del frenillo y el periostio subyacente, generalmente a nivel de la unión mucogingival. La incisión se ha de extender hasta abarcar al menos la anchura de un diente a cada lado del defecto. Para asegurar la eliminación completa de las fibras profundas del frenillo, se separa el periostio del hueso debridando el área con el bisturí de gingivectomía.

Se debe tener la certeza de que se extirpa todo el epitelio gingival del área marginal de la superficie radicular afectada durante la intervención, pero ha de conservar el revestimiento conjuntivo. Asimismo, la superficie de la raíz afectada se ha de limpiar y alisar completamente con curetas afiladas. Se ha especulado sobre la posibilidad de que el raspado de la raíz y la eliminación del epitelio favorezcan la "reinserción rastretera", es decir, que cabe que el borde gingival avance lentamente en dirección a la corona por la superficie de la raíz durante el proceso curativo. Este fenómeno, observado con frecuencia en la clínica, produce un recubrimiento posoperatorio mayor de la superficie radicular con la encía fija madura.

Se aplica un apósito quirúrgico periodontal directamente sobre la herida y se mantiene durante tres semanas, cambiandolas semanalmente. En los casos del tipo que hemos descrito aquí, en los cuales, no se realiza una gingivectomía, el apósito no puede encajar adecuadamente en las áreas interproximales porque están ocupadas por tejido blando. Por ello puede resultar muy beneficioso aplicar una lámina seca de Burlew sobre el apósito para facilitar la retención.

Problemas que acompañan al frenillo aberrante.

La inserción de un frenillo en el borde gingival o en su proximidad presenta a menudo diversos problemas. En muchos casos, la tensión muscular, originada por el movimiento del labio y transmitida a los tejidos marginales a través de la inserción del frenillo, produce desgarro del tejido en una o más superficies radiculares. Esta alteración de la forma gingival contribuye a la retención de residuos y a la acumulación de la placa bacteriana, que generalmente origina una inflamación gingival, y finalmente periodontitis. En otros casos, en que el frenillo se convierte en un factor agravante que estimula la deterioración o impide la autorreparación.

Por ejemplo, después de la gingivectomía, un frenillo que antes de la intervención quirúrgica no afectaba a la salud gingival puede llegar a ser un factor anatómico local en el proceso morbosos debido a sus nuevas relaciones con el borde gingival.

Además de afectar al periodonto en forma nociva, el frenillo aberrante puede tener otras consecuencias indeseables. Aunque cualquier frenillo puede causar la denudación de las raíces, el que generalmente interviene es el frenillo mandibular anterior.

Porque el defecto resultante con frecuencia es molesto desde el punto de vista estético. Asimismo, la tracción muscular transmitida por

el frenillo puede dar origen a un área dolorosa traumatizada constantemente por los movimientos del labio. Es más, la inserción alta del frenillo plantea un problema de restauración sumamente difícil en el caso de que el estado periodontal progrese hasta el punto de que haya que sacrificar un solo incisivo mandibular y sean necesarias la sustitución,

#### Factores etiológicos de la denudación radicular.

Durante muchos años se creyó que la denudación radicular estaba relacionada con el trauma oclusal. Sin embargo, un gran número de estudios realizados en todo el mundo no han podido dar la relación de causa y efecto entre el trauma oclusal y las modificaciones de la encía marginal. Hoy día, dejando aparte el hecho de que una fuerza oclusal excesiva puede realmente mover un diente hacia vestibular a través del hueso alveolar y del tejido gingival y producir así la exposición de la raíz, el trauma se descarta como agente causal de la denudación.

El factor etiológico primordial se considera que es la inserción aberrante del frenillo.

La posición del diente en el arco puede desempeñar un importante papel secundario en la denudación de las superficies radiculares y - por este motivo debe mencionarse. Cuanto más acentuada es la inclinación del diente hacia vestibular, más delgados son el hueso y la encía que --

recubren la superficie de la raíz. Cuanto más delgados son el hueso y la encía, más susceptibles son las alteraciones inflamatorias. Cuando se combinan ambos elementos -un diente saliente y una inserción alta del frenillo- se produce una situación ideal para que se desarrolle la denudación de la raíz.

#### Métodos de corrección del frenillo.

Los objetivos de la terapéutica en los casos de denudación de la raíz son la supresión de los factores etiológicos (generalmente el frenillo) y la reparación del defecto. Según la importancia de la denudación puede elegirse una técnica determinada. Los tipos de intervención quirúrgica utilizados para corregir el frenillo varían desde una simple incisión que corta el frenillo, hasta las técnicas más complicadas de cirugía plástica; comprenden técnicas destinadas en esencia a detener la denudación y otras cuya finalidad es recubrir la superficie denudada de la raíz con tejido gingival. En este capítulo describiremos la frenectomía horizontal simple porque requiere menos capacidad diagnóstica y habilidad manual que otras técnicas quirúrgicas, e implica un menor riesgo de complicaciones.

La frenectomía simple suprime el factor etiológico responsable de la exposición de la raíz, aunque no sirve para reparar totalmente el defecto mediante el recubrimiento de la superficie de aquella con tejido blando. No obstante, tiene la ventaja de que permite predecir el resulta

do, quedará eliminada la tracción del frenillo sobre el borde gingival y se evitará que prosiga la denudación. Limitando su uso a los casos en que la exposición de la raíz es mínima, el Cirujano Dentista presta una asistencia eficaz y rápida sin verse implicado en los procedimientos quirúrgicos más delicados, en los cuales el resultado, aunque probablemente más beneficioso, es menos seguro.

## CAPITULO VIII

### TRATAMIENTO DE AFECCIONES PERIODONTALES AGUDAS

#### Gingivitis ulcerativa necrótica.

Las dos afecciones periodontales dolorosas, agudas, que con mayor frecuencia ve el Cirujano Dentista son la gingivitis ulceronecrosante aguda (infección de Vicent, boca de trinchera) y el absceso periodontal. Los pacientes que presentan una de estas afecciones plantean problemas especiales porque suelen requerir un tratamiento urgente.

#### Incidencia.

Los datos históricos demuestran que se daban casos de gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA) hace ya más de dos mil años. Algunos de los informes más antiguos sobre lo que probablemente era esta dolorosa enfermedad describen su aparición entre las tropas de la antigua Grecia, corroborando así lo que se sabe en la actualidad acerca del grupo de edad que suele verse afectado por este proceso morbozo.

La incidencia de GUNA es más elevada entre los grupos de individuos jóvenes, adolescentes o de poco más de 20 años, como en las fuerzas armadas y en los colegios. Un estudio efectuado entre los nuevos alumnos de un colegio puso de manifiesto que 2.5% padecían gingivitis ulcerativa necrótica. Se cree que la aparición de esta enfermedad está rela



cionada de una forma u otra con la tensión asociada con este período de la vida de una persona joven.

### Etiología.

Durante muchos años se creía que las bacterias eran la causa de la GUNA y por la misma razón se suponía que era contagiosa. Sin embargo el hecho de que los investigadores no hayan conseguido la transmisión directa de la enfermedad de un paciente a un individuo sano ha llevado a la conclusión de que, aunque las bacterias tal vez están relacionadas -- con la inflamación, la causa primordial de la infección es la susceptibilidad del huésped.

Las bacterias asociadas con la GUNA se encuentran corrientemente en la flora oral normal, pero al parecer proliferan durante el proceso morboso. El microscopio electrónico ha descubierto espiroquetas en la profundidad de la capa necrótica del tejido gingival.

Diversos estudios aparecidos durante el período siguiente a la segunda guerra mundial indican que la fatiga, el nerviosismo y la ansiedades contribuyen a reducir la resistencia del huésped. Los dentistas de las fuerzas armadas, en dos informes independientes, observan que la incidencia de GUNA aumentaba cuando los soldados volvían a sus bases después de un permiso o cuando se preparaban para irse a la base.

Entre los estudiantes de los colegios también se ha visto con -- frecuencia la enfermedad en los períodos en que iban a incorporarse al -- colegio o cuando regresaban a su hogar. También se ha mencionado el hábito de fumar como un factor local que podría actuar como irritante; es posible que un individuo que trata de hacer frente a un problema emocional fume muchos cigarrillos en el transcurso del día. Se han dado casos en consultorio dental que en épocas en que hace su aparición esta enfermedad, el paciente tiene una historia de alguna tensión emocional.

#### Diagnóstico.

El principal rasgo clínico de la GUNA es la necrosis del epite-- lio y del tejido conjuntivo en las áreas interdetales. Sobre el área -- necrótica hay una capa de lo que se ha descrito como "seudomembrana gris", compuesta de fibrina, células epiteliales descamadas, leucocitos, y cierto número de bacterias. También pueden estar afectadas las encías margi-- nales, ulceradas o tumefactas y rojas o presentar áreas de hemorragia -- espontánea.

Segunda característica importante de la GUNA es el dolor, el pa-- ciente experimenta constantes molestias y el área es sensiblemente dolo-- rosa al tacto y al sondeo. Como la afección es tan dolorosa, a menudo -- se descuidan las medidas de higiene oral, lo cual tiene por consecuencia la acumulación de placa bacteriana en toda la boca.

Se han comunicado otros síntomas, no siempre presentes en esta enfermedad, tales como halitosis (fedor oris) y malestar general. A veces se observa un ligero aumento de la temperatura, pero no es un hallazgo constante. Una temperatura muy alta indica que existe algún otro trastorno distinto de la GUNA.

El diagnóstico de la GUNA no debería plantear ningún problema, aunque en el pasado se la ha confundido a menudo con la estomatitis --gingival herpética primaria. La GUNA tiene un aspecto muy típico cuya característica principal es la necrosis de las papilas interdentes, -- que pueden quedar enteramente destruidas. En la estomatitis gingival herpética no se produce esta necrosis de las papilas.

#### Tratamiento.

Actualmente esto se trata con el uso de aparatos de ultrasonido, ha hecho el desbridamiento menos doloroso para el paciente.

El procedimiento usual es desbridar todas las áreas ulceradas -- con curetas o con aparatos de ultrasonido en la primera visita al consultorio. Si se utilizan instrumentos manuales, se pasa una cucharilla grande por cada uno de los espacios interproximales para extirpar la -- mayor cantidad posible de placa y residuos acumulados. Como la manio--bra es dolorosa y la hemorragia abundante, el curetaje se efectúa rápi--damente y no se intenta terminar el desbridamiento en esta sesión. El tratamiento inicial se encamina más bien a la eliminación de los depósitos

grandes y a la abertura de las áreas interproximales para facilitar el lavado oral.

En caso de que se empleen los instrumentos de escariado ultrasónicos (Cavitron) en la sesión inicial, se aplica un toque suave con una punta de movimiento rápido.

Después del desbridamiento inicial se indica al paciente que se enjuague la boca enérgicamente con agua templada, cada hora, en su casa. Este lavado oral se prescribe para efectuar una limpieza mecánica de las áreas afectadas. Por eso, los preparados comerciales para enjuagues que contienen agentes bacteriostáticos o bactericidas no son más beneficiosos que la simple agua templada.

Los antibióticos solamente están indicados cuando el paciente de GUNA padece una afección general evidente. Las molestias disminuyen con los enjuagues y con preparados analgésicos y sedantes.

Los antibióticos nunca se deben prescribir al azar, su empleo como analgésicos carece de fundamento y su aplicación tópica nunca está indicada.

Se le indica al paciente que vuelva a las 24 hrs. y se repite el desbridamiento. Se programan citas a intervalos de 24 horas, con un total de cuatro o cinco visitas. Al terminar este período generalmente ha

cesado la gingivitis aguda.

Es característico de los pacientes susceptibles a la GUNA que no completan una serie de visitas; no vuelven a proseguir el tratamiento - en cuanto se calman las molestias. Asimismo, los pacientes que completan una serie de tratamientos no manifiestan gran interés en la asistencia posterior para vigilancia de su estado. Al terminar el periodo agudo de la GUNA puede dejarse al paciente con las cicatrices de la enfermedad -papilas romas o cráteres gingivales interdetales. Por la doble razón del aspecto estético y de la eliminación de los cráteres de tejido blando que resultaría difícil mantener limpios de placa bacteriana, - el tratamiento completo de la GUNA implica cirugía del tejido blando. - Está indicada una gingivectomía-gingivoplastia para restaurar la topografía gingival en su forma y contorno originales.

#### Absceso periodontal.

Este puede desarrollarse a consecuencia de una lesión traumática aguda, generalmente se produce como una exacerbación aguda de una bolsa periodontal preexistente. La bolsa periodontal, o surco gingival patológico, se desarrolla en un periodo de tiempo prolongado y por consiguiente constituye una afección crónica. No obstante, la bolsa puede experimentar una transición del estado crónico al agudo si se obstruye su orificio de salida. Cuando el cierre impide el drenaje del exudado purulento de la bolsa, la acumulación de pus produce un aumento constante de la presión y se desarrolla un absceso sumamente doloroso.

### Rasgos clínicos.

El absceso periodontal aparece como un área tumefacta, generalmente blanda y roja, en la cara vestibular o en la lingual del arco, pero rara vez en ambas simultáneamente. Esta zona es dolorosa y sensible a la presión y el diente afectado sumamente sensible a la percusión más ligera. Además, el diente suele presentar movilidad y extrusión.

El absceso periodontal parece preferir las bolsas estrechas y -- profundas, especialmente en las áreas interradiculares. Los abscesos -- pueden ocurrir después del raspado inicial, cuando se estrecha el orificio de una bolsa profunda por la retracción del margen gingival que acompaña a la resolución de la inflamación.

La pérdida del hueso alveolar en el área de una bolsa periodontal es lenta pero la destrucción ósea en presencia de un absceso periodontal es severa y rápida. La inflamación aguda, caracterizada por un gran número de leucocitos polimorfonucleares, posiblemente explique la rápida pérdida de hueso.

### Diagnóstico diferencial.

El absceso periodontal se ha de distinguir del absceso periapical. El diagnóstico se hace principalmente por sondeo y comprobando la vitalidad de los dientes del área del absceso.

Una bolsa profunda asociada con un diente con vitalidad en un -- área con un absceso prueba que se trata de un absceso periodontal. Un -- diente carente de vitalidad, con una bolsa profunda o sin ella, indica -- un diagnóstico probable de absceso periapical. A veces un absceso peria -- pical drena en el espacio del ligamento periodontal junto al diente y -- sale al surco gingival, dando la impresión de un absceso periodontal. -- Si el diente carece de vitalidad, y hay pocos signos de periodontitis en -- otras áreas de la boca, hay que sospechar mucho de que se trata de un -- absceso periapical.

La radiografía no suele prestar gran ayuda para el diagnóstico -- diferencial. En un absceso reciente, tanto si es periodontal como si es -- periapical, la pérdida de hueso no suele ser lo suficiente importante pa -- ra que se pueda discernir radiográficamente.

Sin embargo, si la lesión data de algún tiempo, la radiografía -- puede presentar una zona radiolúcida periapical que indicaría un absceso -- periapical.

Algunos diferencian el absceso consecutivo a la obstrucción del -- orificio de una bolsa periodontal (considerado como verdadero absceso -- periodontal) y el absceso que se desarrolla a consecuencia de un trauma -- tismo agudo (que se considera a veces como absceso gingival más que pe -- riodontal). Una herida penetrante producida por una cerda de cepillo -- de diente, o algún material extraño incrustado, como una cáscara de gra --

no o una astilla de mondadientes, pueden causar un absceso gingival. -- Los signos y síntomas de ambos abscesos son muy similares, y lo mismo -- ocurre con el tratamiento. Así, pues la diferenciación tiene escasa importancia clínica para el odontólogo.

### Tratamiento.

El primer objetivo del tratamiento es aliviar el dolor, el segun do la eliminación de la bolsa. Ambos pueden lograrse sin extraer el --- diente. En realidad, debería hacerse hincapié en que los abscesos perio dontales por sí solos no constituyen motivo suficiente para la extracción. Si las extracciones están indicadas es por otras razones distintas de la presencia de abscesos.

El primer paso para disminuir las molestias del paciente es esta blecer un drenaje. Muchas veces los pacientes comprueban que el drenaje del área que contiene el absceso suprime las molestias y por experiencia aprenden a forzar la evacuación del contenido de la bolsa presionando -- con el dedo sobre el absceso. Si no se ha establecido un drenaje, se -- puede obtener ya sea a través del surco o por medio de una incisión pene trante sobre el propio absceso. Con una sonda, un explorador curvado o una cureta es posible explorar la base del surco con el fin de descubrir el orificio de la bolsa y establecer el drenaje a través del surco. Si no es posible localizar el orificio o si el área del absceso presenta -- fluctuación, una incisión penetrante en el centro del absceso con una - hoja de escapelo permitirá la salida inmediata del pus. Posteriormente



puede practicarse con precaución un breve raspado de la superficie de la raíz y de la pared interna de la bolsa. La exploración del surco, la incisión y el raspado suele llevarse a cabo sin administrar anestesia. Para facilitar el drenaje continuo se prescriben enjuagues salinos tibios que el paciente ha de realizar en su hogar. En ningún caso se aconseja la aplicación externa de calor.

La segunda fase del tratamiento (es decir la eliminación de la -bolsa) se puede empezar tan pronto como ceden los síntomas agudos y el -paciente se ve libre de molestias. En este estadio se trata al paciente la periodontitis inflamatoria crónica, que se supone ha precedido a la -aparición del absceso periodontal, aunque tal vez sea el absceso el primer signo de la enfermedad.

El tratamiento consiste en aplicar las técnicas periodontales --convencionales adecuadas a la extensión que haya alcanzado la destrucción.

La técnica de colgajo ha ganado amplia aceptación, esta técnica es aplicable a los casos en que el proceso morbosos, ha producido deformidades en el hueso que actúa de soporte, que necesita cirugía ósea para -restablecer un patrón arquitectónico fisiológico.

Técnica del colgajo que se aplica a la erradicación del absceso periodontal:

1. El diagnóstico diferencial del absceso periodontal se ha de hacer mediante sondeo clínico, pruebas de vitalidad y examen radiográfico.
2. Se ha de aliviar el estado inflamatorio agudo mediante drenaje del absceso antes de efectuar la técnica del colgajo.
3. Se administrará anestesia local en inyección en la parte profunda del vestíbulo y en las caras laterales de la localización del absceso.
4. Se desprende un colgajo mucoperióstico. Se hacen incisiones verticales con el bisturí de Bard-Parker, al menos a un diente de distancia del absceso en las caras mesial y distal. Con el mismo instrumento se cortan las papilas interproximales y se desprende el colgajo con un elevador de periostio.
5. Se raspan completamente las superficies radiculares con curetas. Se extirpa también todo el tejido inflamatorio crónico de la pared interna del colgajo, recortándola cuidadosamente con tijeras dentadas.
6. Se repone el colgajo y se sutura en su posición original. Para la sutura se suele usar una aguja curva atraumática y seda 000 a 0000.
7. Se cubre el área con un apósito periodontal; puede utilizarse la lámina seca de Burlew para que ayude a retener el apósito y los puntos de sutura y si es preciso se pone uno nuevo durante el período similar.
8. Cuando se quita el apósito periodontal (a los cinco o diez --

días) el paciente ha de seguir el régimen de cuidados caseros anteriormente descritos.

9. Conviene la observación posterior en visitas periódicas.

## CAPITULO IX

### COMPLICACIONES DE LA TERAPEUTICA PERIODONTAL

#### 1. Prevención y conducción de las complicaciones quirúrgicas.

La mejor manera de tratar las complicaciones en la terapéutica - periodontal es evitar que se desarrollen. Sin embargo, hay ocasiones en que pese a haber tomado las precauciones necesarias surgen aquellas. -- Las técnicas periodontales producen a veces dolor o hemorragia posoperatoria, se pierde el apósito periodontal, y los tejidos no cicatrizan --- bien, o aparece una sensibilidad dolorosa de la raíz. Aunque ninguna de ellas amenace la vida del paciente, todas producen ansiedad y merecen la atención del Cirujano Dentista.

#### 2. Dolor posoperatorio.

Después de cualquier intervención quirúrgica son de esperar algunas molestias. Hay que advertir al paciente sobre esta posibilidad en - tal caso es aconsejable la prescripción de algún analgésico.

Un brote súbito de dolor después de una intervención quirúrgica puede obedecer a un cambio de posición del material de curación. Otra - causa puede ser la infección de la herida, si esto se llega a presentar se procede a retirar el apósito y dejar que drene, seguido de la utiliza - ción de la terapéutica antibiótica.

### 3. Hemorragias posoperatorias.

Las hemorragias posoperatorias son raras, si el cirujano dentista toma las medidas necesarias. Antes de colocar el apósito debe estar cohibida toda la hemorragia. Generalmente la presión ejercida por el dedo -- con esponjas de gasa es eficaz a este propósito. La colocación cuidadosa del apósito sobre las heridas que no sangran contribuyen a una buena hemostasia. Si el paciente evita toda actividad enérgica y las ingestiones de alimentos calientes en las primeras 8 horas del posoperatorio es poco probable que se produzca la hemorragia.

Si el paciente acude al consultorio para un tratamiento urgente el Cirujano Dentista debe quitar el apósito y los coágulos adherentes e irrigar suavemente el área para determinar el punto exacto de la hemorragia. Generalmente, basta una ligera presión sobre este punto para cohibir la hemorragia. Si se diera el caso sumamente improbable de que la hemorragia procediera de una arteriola, se debe pinzar el extremo de la arteriola con una pinza hemostática y ligarla con una sutura, dejando al paciente en observación durante media hora, procediendo después a colocar nuevamente el apósito.

### 4. Pérdida del apósito periodontal.

El desprendimiento de un apósito periodontal no constituye una situación de urgencia. El apósito se coloca en un principio para proteger la herida quirúrgica y para evitar molestias al paciente al impedir

el contacto directo de los alimentos y líquidos. Su presencia o ausencia no afecta a la velocidad ni a la calidad de curación y no existe peligro en caso de que se desprenda el apósito y no sea sustituido.

#### 5. Falsa cicatrización.

El retraso o las deficiencias de la cicatrización suelen estar relacionadas con el desarrollo de un excesivo tejido de granulación. El exceso de granulación suele producirse en las áreas interproximales, pero en algunas ocasiones abarca toda la superficie de la herida. Este tejido se caracteriza por su aspecto granuloso, y de color rojo intenso, sangra con facilidad al tocarlo, pero no es doloroso. Está formado por tejido conjuntivo proliferativo joven con abundantes células endoteliales, pero carece de fibras nerviosas. El tratamiento es quirúrgico, así mismo es indispensable que el paciente cuide meticulosamente su higiene oral para mantener el área libre de placa bacteriana durante el período de cicatrización.

#### 6. Sensibilidad de las raíces.

La sensibilidad de las raíces, en general, es un estado transitorio y relativamente benigno; se le explica al paciente que esa molestia irá disminuyendo gradualmente en un plazo no muy largo. Pero si no disminuye se recurrirá a los métodos de desensibilización como son:

1. Tratamiento con aceite de oliva caliente.
2. Tratamiento con pasta de Fosfato dicálcico.
3. Tratamiento de soluciones y pastas con Fluoruro Sódico, etc.

## 7. Prevención de los fracasos posoperatorios.

Si el paciente no está totalmente decidido a dedicar el tiempo y la energía necesarios a la higiene oral después del tratamiento, es inevitable la recidiva de la enfermedad.

El factor etiológico más importante en la enfermedad periodontal, es la Placa bacteriana, ya que no se puede eliminar para siempre con ningún método terapéutico.

## 8. Factores generales que complican la terapéutica.

### 1. Historia de las lesiones cardíacas.

Los pacientes con una historia de cardiopatía reumática o congénita, u otras formas de lesión cardíaca, son especialmente susceptibles a la endocarditis bacteriana. Cuando pasan bacterias al torrente sanguíneo pueden alojarse en las válvulas cardíacas lesionadas o en otras partes del endocardio y causando problemas de endocarditis bacteriana. Por esta razón cualquier bacteremia transitoria, como la que puede producirse tras la manipulación de los tejidos orales blandos, extracciones dentarias, o intervenciones quirúrgicas en la boca constituyen un peligro potencial para tales pacientes.

En los pacientes con una historia positiva de cardiopatía, se -- llevará a cabo una premedicación con antibióticos por dos razones: la -- primera, para prevenir una bacteremia o disminuir su importancia y su --

duración en caso de que se produzca; la segunda, para erradicar cualquier bacteria que pudiera desarrollarse en las válvulas cardiacas, con el fin de evitar su colonización que causaría una endocarditis.

## 2. Diabetes.

La diabetes es un trastorno crónico del metabolismo de los carbohidratos producido por la deficiencia de la insulina. Estos pacientes son más susceptibles a infecciones. Un paciente con buena higiene oral pero que muestra signos de destrucción periodontal severa, y tiene una historia familiar de diabetes, se puede sospechar de un prediabético.

Los pacientes con abscesos gingivales o periodontales múltiples con una historia familiar de diabetes también pueden ser diabéticos no diagnosticados. Si se llegara a confirmar esta sospecha, se debe premedicar al paciente antes de cualquier intervención quirúrgica.



## CONCLUSIONES

- Los avances en el tratamiento de la enfermedad periodontal se han obtenido a través de la conuinación multidisciplinaria y metodos curativos de la cirugía parodontal, pero básicamente el éxito se debe al conocimiento que debe tener el paciente de dicha enfermedad, lo que permitirá diagnosticarla a tiempo.

- La prevención de la enfermedad parodontal debe aplicarse en ausencia de la enfermedad, debe comenzar con la salud y buscar la manera de preservarla utilizando métodos sencillos y poco costosos, y que tenga aplicación universal, que permita llegar con ella a los sectores mayoritarios de la población.

- La parodoncia preventiva busca la preservación de la dentadura natural previniendo el comienzo, el avance y la repetición de la enfermedad gingival y parodontal, con la participación consciente y total del odontólogo, su personal auxiliar y el paciente.

- Es necesario incrementar la educación del paciente a este respecto, así como las campañas de orientación sobre los principales signos y síntomas de la enfermedad parodontal.

- La enseñanza de técnicas adecuadas de higiene bucal debe dirigirse a motivar al paciente para inculcar en él un deseo de mantener lim

pia su boca en beneficio propio y no solo por satisfacer la exigencia -- del Cirujano Dentista.

- El paciente debe comprender que su participación en la prevención de la enfermedad gingival y parodontal es de máxima importancia ya que ninguna otra rama de la medicina brinda la oportunidad de que sea el propio paciente quien coopere tan eficazmente en la protección de la enfermedad.

- La prueba final de la eficacia del tratamiento periodontal está en si la pérdida de dientes puede ser prevenida o no. En la actualidad se dispone de tratamientos eficaces para prevenir la enfermedad y de tener el avance de la destrucción una vez presente la periodontitis. -- Además existen abundantes pruebas de que el tratamiento periodontal reduce en mucho la mortalidad dental.

- Cada odontólogo general debe estar familiarizado con los principios y técnicas del tratamiento periodontal.

Para poder comprender la enfermedad periodontal -su iniciación-, progresos y tratamiento- el dentista debe estar familiarizado con los tejidos afectados.

- El no diagnosticar y tratar o hacer el tratamiento periodontal disponible a nuestros pacientes causará problemas dentales innecesarios y pérdida de dientes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Periodontología Clínica de Glickman.  
5a. Edición.  
Dr. FERMIN A. CARRANZA.  
Traduc. Marina Beatriz González Grandi.  
Editorial Interamericana.  
México, D.F., 1983.
  
2. Las especialidades odontológicas en la práctica general.  
Dr. Alvin L. Morris.  
Harry M. Bohannan.  
Traduc. Dr. Guillermo Mayoral Herrero.  
Editorial Labor, S.A.  
5a. Edición. 1983.
  
3. Odontología Preventiva II.  
Facultad de Odontología.  
División Sistema de Universidad Abierta.  
México, D.F. 1982.

4. Endodoncia Práctica.

Kuttler.

Editorial Alfa.

México, D.F.

5. Cirugía bucal.

Ries Centeno.

Editorial El Ateneo.