



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

152

SALUD Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

T E S I S

Que para Obtener el Título de:

“ CIRUJANO DENTISTA “

DIRIGI Y REVISÉ

26-II-81.

C. D. JOSÉ T. ESCOBILLO P.

P R E S E N T A N :

TERESA DE JESUS CAMARGO OVIEDO

MARIA DE LOURDES LANDA IBARRA

México, D. F.

1981



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

3
I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

- a) Antecedentes Médico-Dentales
- b) Examen Clínico
- c) Análisis Oclusal
- d) Evaluación Radiográfica

CAPITULO II

PERIODONTO NORMAL

- a) Ligamento Periodontal
- b) Cemento
- c) Proceso Alveolar

CAPITULO III

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

- a) Factores Extrínsecos
- b) Factores Intrínsecos

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

CAPITULO V

GINGIVITIS

- a) Gingivitis Ulceronecrotizante
- b) Gingivitis Descamativa Crónica

CAPITULO VI

CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS PERIODONTALES

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El contenido de este trabajo tiene como objetivo hacer notar la importancia de la salud con respecto a la enfermedad del periodonto. Muchas son las enfermedades que lo afectan, sin embargo aquí se hace solo un análisis general del equilibrio salud-enfermedad. En los capítulos expuestos se ha tratado de dar a conocer el proceso de un periodonto sano hasta que éste presenta una enfermedad periodontal como puede ser una gingivitis ulceronecrosante.

El propósito de nuestro tema es dar a conocer los factores que alteran al periodonto para poder prevenir la enfermedad, en caso de que ya esté presente, dar el tratamiento lo más pronto posible puesto que se obtienen mejores resultados en sus primeras fases.

Es necesario que nosotros como odontólogos elaboremos un estudio completo del paciente para poder valorar un periodonto sano de uno enfermo, esto es parte integral de nuestra práctica odontológica y nos sirve para dar el tratamiento indicado al paciente.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

Es un requisito muy importante, en ella se hará una valoración general del paciente, para ésto el odontólogo se ayudará de cuatro medios de diagnóstico: a)Antecedentes Médico-Dentales, b)Examen Clínico, c)Análisis Oclusal y d)Evaluación Radiográfica completa.

a)Antecedentes Médico-Dentales.-Generalmente se obtienen por interrogatorio en éste punto se harán preguntas específicas para determinar si existen antecedentes tales como cardiopatías reumáticas o lesiones valvulares congénitas, también es importante determinar si existen enfermedades hepáticas, afecciones renales, problemas cardiovasculares reflejados por presión arterial elevada (hipertensión), disfunciones endócrinas (como diabetes sacarina hiperparatiroidismo o trastornos de la tiroides), si existen antecedentes de epilepsia, anemia o hemorragias. Los antecedentes también proporcionarán información concerniente a si el paciente ha presentado alguna intolerancia o reacción poco común a los medicamentos, siendo de especial interés aquellos agentes quimioterapéuticos que pudieran utilizarse dentro del consultorio dental ,

siendo imperativo determinar que tipo de reacción se experimentó y a que antibiótico específico. Deberá determinarse si la reacción se debió a la fórmula química específica del anestésico o al hecho de que el paciente haya reaccionado a una inyección en la cavidad bucal, sin relación alguna con el anestésico utilizado. Es importante saber si el paciente tiene antecedentes de intolerancia o incapacidad a ingerir aspirina. Si ha indicado antecedentes de úlcera péptica o duodenal, incluso cuando haya sido tratada medicamente deberá dudarse si es adecuado usar aspirina o cualquier analgésico que la contenga. Cualquier reacción a medicamentos considerada como anormal, deberá registrarse junto con la información más completa posible con respecto al incidente específico, así como signos y síntomas. Es también importante determinar si el paciente está bajo tratamiento médico actualmente, si está tomando algún medicamento específico así como su dosificación si el paciente es del sexo femenino, es imperativo saber si está embarazada y en este caso, los meses de embarazo.

Antecedentes Dentales.—En este se harán preguntas con respecto

a experiencias dentales pasadas, información acerca de tratamientos anteriores, tiempo empleado en ese tratamiento, frecuencia con que el paciente busca su atención dental así como cualquier diagnóstico dental previo.

Es de especial interés saber si existen antecedentes de tratamientos periodontales: ¿Cuál fué la naturaleza del tratamiento anterior? ¿Cuán extenso fué desde el punto de vista de tiempo y de variedad de procedimientos? ¿Cuándo fué la última vez que el paciente estuvo sometido a una profilaxia dental? ¿En qué intervalo se llevaron a cabo la profilaxia o el raspado radicular? ¿Tiene el paciente antecedentes de gingivitis ulceronecrosante aguda? ¿Ha presentado alguna vez absceso periodontal? ¿Existen antecedentes de tratamiento Ortodóntico? ¿Se ha llevado a cabo alguna extracción dental o cirugía bucal?, es conveniente preguntar también si ha tenido complicaciones pre o posoperatorias.

Historia dental actual.-Como su nombre lo indica en ella se anotarán los síntomas dentales actuales: ¿Se quejan de mal aliento o mal sabor en la boca? ¿Se observan hemorragia de los tejidos gingivales al cepillarse los dientes, masticar o al despertar en las

mañanas? ¿Si existen dientes sensibles a cambios térmicos y especialmente a que variación de calor o frío? ¿Existe sensibilidad a los dulces? ¿Se observan áreas de impacción o retención de alimentos en la masticación? ¿Han observado alguna recesión gingival rápida o anormal? ¿Ha habido algún cambio en la posición dental (diastemas, apiñamiento)? ¿Son conscientes de que aprietan los dientes durante el día o que los "rechinan" durante la noche? ¿Con qué frecuencia se cepillan los dientes? ¿En qué secuencia en relación con las comidas? ¿Qué tipo de cepillo utiliza y qué técnica de cepillado? ¿Usa algún auxiliar de la higiene dental? ¿Cuáles con qué frecuencia y de qué manera?.Así también cualquier información adicional concerniente a algún hallazgo importante durante la visita inicial.

b)Examen Clínico.-Todo paciente debe ser sometido a un examen intrabucal y a uno extrabucal. El examen extrabucal se llevará a cabo por medio de observación y con uso de palpación. El examen intrabucal se hará en base a una secuencia ordenada ésto con el fin de no pasar por alto u omitir alguna zona que distorsione el diagnóstico de la enfermedad.

Aquí trataremos específicamente al periodonto, especialmente tejidos gingivales y dientes en relación con la salud periodontal del paciente.

El tejido gingival se evalúa en diferentes aspectos clínicos: color, tono, tamaño, nivel del margen gingival en relación con la unión amelo cementaria, profundidad de las bolsas parodontales, hemorragia gingival al menor estímulo, presencia de exudado, complicaciones mucogingivales, materia alba, placa bacteriana, cálculos y movilidad dentaria clínica.

c) Análisis Oclusal.—La oclusión desde el punto de vista de un periodontista, es relación funcional de los dientes inferiores con los superiores durante el movimiento mandibular.

La etiología de la gingivitis y formación de bolsas es provocada por la placa bacteriana y acumulación de otros factores locales al rededor del margen gingival.

Existen signos y síntomas clínicos específicos del trauma de la oclusión.

a) Síntomas Clínicos:

1) Dolor del diente a la percusión

- 2) Malestar de los tejidos periodontales alrededor del diente, especialmente tejidos apicales
 - 3) Malestar generalizado dentro del proceso alveolar
 - 4) Sensación de aflojamiento del diente.
- b) Signos Clínicos:
- 1) Sensibilidad del diente a la percusión clínica
 - 2) Recesión gingival, principalmente en las caras labial o vestibular
 - 3) Gran aumento de la movilidad dental
 - 4) Migración patológica del diente traumatizado
 - 5) Desgaste oclusal
- c) Signos radiográficos de oclusión traumática:
- 1) Pérdida de la continuidad de la lámina dura
 - 2) Ensanchamiento del espacio del Ligamento Parodontal
 - 3) Pérdida ósea en forma de cuña desde el área cervical en dirección apical
 - 4) Engrosamiento de la lámina dura
 - 5) Hipercementosis
 - 6) Resorción radicular

La evaluación de la oclusión se realiza como parte sistemática del examen periodontal. Dicha evaluación se realiza por medio de la clasificación de Angle; después se evalúa el desplazamiento y alineación con los dientes contiguos y antagonistas, al observarse ésto se registra también el movimiento de overjet y overbite.

Siendo esto que la oclusión se vuelve más importante cuando se encuentra alguna patología que pueda atribuírse directamente a las discrepancias oclusales, o en donde los componentes oclusales actúan como factores destructivos.

d) Evaluación Radiográfica.- El examen radiográfico es solo un instrumento que proporciona información limitada, pero que combinada con antecedentes dentales y clínicos nos conducirán a un diagnóstico definitivo. El examen radiográfico constará de: un examen periapical que consta de catorce películas intrabucales nos dará el registro de los órganos dentarios individualmente, en el examen de aleta mordible en posteriores, registrará caries en espacios interdentes, relaciones de contacto interproximal y zonas de retención de alimento; y tercero, el examen de radiografía panorámica dará una visión total de los registros óseos y dentarios así como de ser útiles pa-

ra detectar anomalías de desarrollo, lesiones patológicas de dientes maxilares y fracturas.

Para que dicho examen radiográfico sea de utilidad dentro de la Historia Clínica deberá poseer cualidades como: imagen clara y definida en lo que se refiere al área anatómica determinada, incluir su suficientes estructuras circundantes dentro de la región que está observando, que exista contraste apropiado entre los tejidos de diversas densidades así como la mínima distorsión de las imágenes incluidas.

El lugar de las radiografías en el diagnóstico periodontal es importante por un lado, y muy mal entendido por el otro, pues con excesiva frecuencia el diagnóstico de la enfermedad periodontal se hace por inspección de las radiografías, momento en el que la enfermedad ya lleva tiempo de establecida.

C A P I T U L O I I

PERIODONTO NORMAL

Para poder comprender como surge una enfermedad periodontal es necesario conocer la estructura y funcionamiento normal del periodonto. Los tejidos que lo componen forman una unidad biológica y funcional que va a servir para radiar, sostener y anclar por decirlo así, los dientes en los maxilares.

El periodonto está compuesto por la encfa y el sistema de inserción, éste lo conforma el hueso alveolar, el ligamento periodon--tal y el cemento.

Rasgos Clínicos

a) Estructura y función del Periodonto.

La encfa se divide en:

- 1) Margen gingival libre
- 2) Surco gingival
- 3) Encfa libre o encfa marginal
- 4) Encfa insertada
- 5) Unión mucogingival
- 6) Mucosa alveolar

7) Papila interdentaria (interproximal)

8) Unión dento gingival - surco gingival

- inserción epitelial

Hallazgos Clínicos.

El color de la encía insertada y marginal sencillamente es de color rosado coral aunque esto puede variar ligeramente según el tipo racial, grado de irrigación queratinización epitelial, pigmentación y espesor del epitelio.

La encía insertada está separada de la mucosa alveolar por una línea de unión claramente definida, la mucogingival. La mucosa alveolar es roja, lisa y brillante, no contiene queratina y es bastante delgada. La forma de la encía está sujeta a variaciones tales como la forma de los dientes, su alineación en el arco, ubicación y tamaño de los espacios interproximales.

La encía insertada tiene un aspecto punteado, en diverso grado. La cantidad del punteado varía de una persona a otra y en diferentes zonas de una misma boca, y no puede tomarse como señal definitiva de enfermedad. La encía suele ser firme y se encuentra estrechamente unida al hueso subyacente, la flaccidez de la encía es señal de

enfermedad gingival.

El ancho de la encía insertada varía en diferentes zonas de la boca, siendo mayor en la región de los incisivos superiores en donde puede medir hasta 9 ó 10 mm., la anchura mínima está en la región de los premolares inferiores en donde puede llegar a medir solamente 1 mm.

Por lo general, la profundidad del surco se considera normal cuando es de 2 mm. Esta medida se toma sondeando cuidadosamente con una sonda periodontal. Si el sondeo es mayor de los 2 mm., nos estará indicando la presencia de una bolsa y por lo tanto el resultado final de ésta es la pérdida ósea.

a) Ligamento Periodontal.- El ligamento periodontal es un tejido conectivo denso que une el diente al hueso alveolar, su función fundamental es mantener el diente en el alveolo y mantener la relación fisiológica entre el cemento y el hueso, también tiene propiedades nutritivas, defensivas y sensoriales (mecanorreceptoras).

El ligamento periodontal está compuesto de haces de fibras colágenas, substancia fundamental mucopolisacárida y muchas células que incluyen fibroblastos, macrófagos, osteoblastos, osteoclastos,

cementoblastos, vasos sanguíneos y nervios.

Durante el proceso de erupción, las fibras del ligamento periodontal se encuentran paralelas al diente, pero cuando los dientes entran en oclusión éstas adquieren una relación funcional. El elemento estructural principal del ligamento periodontal son las fibras principales o haces de colágenos que siguen un curso ondulado a través del espacio del ligamento periodontal. Las porciones terminales de las fibras principales se insertan en el cemento -- y en el hueso alveolar y se denominan fibras de Sharpey.

Organización y Función.

Fibras Principales.- El ligamento periodontal contiene fibras colágenas que se insertan de un lado en el cemento y del otro lado en el hueso alveolar. Estas fibras se van a organizar en cinco -- grupos denominados "haces de fibras principales".

1) Grupo de la Cresta Alveolar.- Los haces de fibras de este grupo se abren en abanico desde la cresta del proceso alveolar y se hallan insertados en la parte cervical del cemento.

2) Grupo de Fibras Horizontales.- Los haces de este grupo forman un ángulo recto respecto al eje mayor del diente y siguen el cur-

so del cemento al hueso.

3) Grupo Oblicuo.- Los haces de este grupo de fibras corren oblicuamente y se van a insertar en el cemento a lo largo apicalmente a su inserción en el hueso. Estos haces de fibras van a constituir el sostén principal del diente contra las fuerzas masticatorias.

4) Grupo Apical.- Los haces de este grupo se van a distribuir irregularmente pues se abren en abanico desde la región apical de la raíz hacia el hueso circundante.

5) Grupo interradicular.- Este grupo como su nombre lo indica corre sobre la cresta del tabique interradicular en las furcaciones de los dientes interradiculares, uniendo las raíces y las comunmente denominadas fibras transeptales.

Dentro del espacio del ligamento periodontal también se encuentran fibroblastos, células mesenquimatosas, cementoblastos, osteoclastos, macrófagos de los tejidos y cordones de células epiteliales denominadas "restos epiteliales de Malassez", cementículos, vasos sanguíneos y el aporte nervioso.

Los restos epiteliales de Malassez forman un enrejado en el ligamento periodontal y aparecen ya sea como racimos celulares aislados

dos, o como cordones entrelazados, según el plano de corte. Se les considera como restos de la vaina de Hertwig los cuales se desintegran durante el desarrollo del diente. Estos restos epiteliales pueden participar en la formación de quistes radiculares laterales o bolsas periodontales profundas.

Irrigación e Inervación.—El aporte sanguíneo del ligamento periodontal proviene de ramas de arterias alveolares que penetran en los tabiques interdentarios por los canales nutricionales. La inervación del ligamento periodontal es de naturaleza sensorial y las fibras son capaces de transmitir sensaciones táctiles, de presión, propioceptivas y dolorosas por vfa trigémina. Los haces nerviosos pasan al ligamento periodontal desde el área periapical y a través de canales desde el hueso alveolar.

Función del Ligamento Periodontal.

Las funciones del Ligamento periodontal son:

- 1) **Formativa.**—formación de cemento, hueso alveolar y ligamento periodontal
- 2) **De sostén.**—inserción de los dientes al hueso alveolar
- 3) **Protectora.**—absorción y disipación de fuerzas oclusales

(tiende a amortiguar el impacto de las fuer-
zas oclusales ejercidas sobre el hueso)

4) Propiocepción sensorial.-por medio del aporte nervioso

5) Nutritiva.-por medio del aporte de vasos sanguíneos

b) Cemento.

Es el tejido conectivo calcificado, que forma y cubre la superfi-
cie de la raíz anatómica del diente.

Su función principal es fijar las fibras del ligamento periodon-
tal a la superficie del diente. Gottlieb afirmó que la aposición
continua del cemento es necesaria para el mantenimiento de un perio-
donto sano.

Formación.-El cemento comienza a formarse durante las primeras fa-
ses de la formación de la raíz, las células se ubicarán cerca de la
dentina y depositarán la primera capa de cemento (cemento primario). En
esta fase se han convertido en cementoblastos funcionales. El ancho
del cemento de los dientes sanos aumenta durante toda la vida, este
aumento es mayor en el ápice de la raíz y menor en las zonas más co-
ronarias del cemento. Por lo general, la aposición del cemento au-
menta en relación lineal con la edad en los dientes sanos.

El cemento de los dientes con enfermedad periodontal, por el contrario no aumenta de igual manera. La resorción parece producirse con mayor frecuencia en dientes con enfermedad periodontal.

Cemento Primario y Secundario.—La cementogénesis inicial concluye cuando las raíces quedan completamente formadas. El cemento inicialmente depositado, es acelular y es relativamente afibrilar aunque contiene finas fibras que se extienden radialmente desde la dentina hasta la superficie. Los depósitos progresivos de cemento sobre la capa primaria son denominados cemento secundario, este cemento puede ser celular o acelular y contiene muchas fibras de colágena incluidas, asemejándose así al hueso fasciculado fibroso.

Unión Amelocementaria.—El cemento ubicado en la unión amelocementaria y el que se encuentra inmediatamente debajo de ésta, es de importancia clínica en procedimientos de raspado radicular. En la unión amelocementaria pueden existir tres tipos de relaciones en que participe el cemento: a) El cemento y el esmalte no se ponen en contacto, dejando dentina expuesta y tal vez una unión amelocementaria sensible en aproximadamente 10% de los casos, b) El

cemento y el esmalte forman una unión de borde con borde en 30% de los casos c)El cemento se superpone ligeramente al esmalte en 60% de los casos.

La sensibilidad de la raíz en la unión amelocementaria durante procedimientos de raspado puede atribuirse a la dentina expuesta, hipersensible al procedimiento.

El depósito de cemento continua durante toda la vida del individuo existiendo una relación directa entre edad y espesor del cemento, triplicándose dicho espesor entre los 11 y 75 años. El índice de incremento es menor en la unión amelocementaria y mayor en el área apical, siendo éste parte del proceso total de la erupción dental continua para compensar el desgaste oclusal.

Los dientes van a erupcionar en un esfuerzo por mantener un ritmo con la substancia dental perdida por la atricción, al erupcionar, quedará menos raíz en el alveolo, debilitando así el soporte del diente. Esto se va a ver compensado por el depósito continuo de cemento en el ápice radicular y en las furcaciones.

Función.-tiene dos funciones 1)anclar los dientes por medio del ligamento periodontal al hueso alveolar, 2)compensar parcialmente

el desgaste oclusal y la erupción dental.

c) Proceso Alveolar.-Es la parte del maxilar superior e inferior que forma y sostiene a los dientes. Como consecuencia de la adaptación funcional, se distinguen 2 partes en el proceso alveolar: el hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de soporte.

El hueso alveolar es una delgada lámina de hueso que rodea las raíces, en ella se van a insertar las fibras del ligamento periodontal.

El hueso alveolar es un tejido especializado y duro con una matriz intercelular de colágena y calcificada, es también un tejido plástico, lábil y muy sensible a alteraciones en su función mecánica normal, de esta manera su desuso suele producir atrofia (disminución de tamaño) asociada a una pérdida de substancia mientras que en uso mayor irá acompañado de hipertrofia con un posible aumento de la masa ósea.

El hueso por naturaleza es esponjoso (reticular o medular), compacto (cortical) o bien alguna combinación de ambos.

El hueso esponjoso consiste en unas barras óseas conectadas y en

trezadas de espesor y forma variable.

El hueso compacto aparece como una masa dura y continua en la que pueden distinguirse los espacios con la ayuda del microscopio.

Las células del hueso, osteoblastos, osteocitos y osteoclastos, están íntimamente relacionados. Los osteoblastos o células formadoras de hueso, aparecen en la superficie ósea durante el proceso de crecimiento, desarrollo y remodelado. Estas células están frecuentemente presentes en una capa continua sobre la superficie del hueso. El osteocito es un osteoblasto que ha sido atrapado dentro de la matriz ósea. Los osteocitos se comunican entre sí por medio de un sistema de canaliculos que van de un osteocito a otro o a todo lo largo del hueso. El osteoclasto, es una célula gigante multinucleada que varía mucho en tamaño y en número de núcleos.

El hueso alveolar consta de dos láminas de hueso, cortical entre las cuales se halla una red de hueso reticular, en ella se encuentran médula ósea, vasos sanguíneos y fibras nerviosas.

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene a los alveolos dentarios y se desarrolla únicamente durante la erupción de los dientes. En pacientes con anodoncia (ausencia de dientes), no se

a hueso alveolar.

Desde el punto de vista morfológico, el proceso alveolar puede clasificarse en : a)hueso alveolar propiamente dicho (lámina dura o cribiforme), b)hueso alveolar de sostén y c)láminas óseas vestibular y lingual de maxilar y mandíbula.

El hueso alveolar propiamente dicho, se encuentra inmediatamente adyacente al ligamento periodontal y se denomina lámina dura. Las fibras principales del ligamento periodontal se van a insertar en esta área, el hueso alveolar de sostén, consiste en hueso trabecular o reticular que sostiene al hueso alveolar propiamente dicho e incluye la masa del proceso alveolar, por fuera del hueso de sostén, se van a encontrar las placas corticales labial y lingual, de naturaleza compacta. Van a ser más delgadas en el maxilar superior que en el inferior. A lo largo de ambos arcos, el hueso alveolar va a estar presente en diversas proporciones de hueso compacto y reticular. Existe poco hueso esponjoso en las caras vestibular y labial de dientes anteriores, inferiores y superiores, y en la cara vestibular de premolares y molares superiores. En caso de no haber hueso en las superficies vestibular y labial de las raíces,

estarán cubiertas únicamente por encfa (fenestraciones). Una fenestración es la presencia de una pequeña ventana ósea en una porción de la raíz con el resto de la superficie radicular cubierta por hueso. Siguiendo hacia atrás, los alveolos se vuelven cada vez más anchos para así dar lugar a las raíces de los molares, y por lo tanto, existirá un volúmen cada vez mayor de hueso reticular entre las láminas corticales, a excepción de las caras bucales de premolares y molares superiores. Clínicamente el hueso tiende a seguir la forma de las raíces, y por lo tanto existirán protuberancias óseas labiales y vestibulares directamente en las raíces, con depresiones interdetales entre ellas.

Radiográficamente, la cresta del hueso alveolar sigue las uniones cemento-esmalte adyacentes, y por lo tanto podría estar inclinada si dos dientes estuvieran al mismo nivel en sus uniones amelocementarias.

Generalmente la cresta del hueso alveolar está a 1mm. en sentido apical a la unión entre cemento y esmalte.

La forma festoneada de la papila interdientaria cambia de con -- torno junto con el hueso, está muy festoneada en la zona anterior

y se vuelve progresivamente más plana hacia la parte posterior.

En una radiografía el hueso alveolar propiamente dicho (lámina dura) está adyacente en un sitio al ligamento periodontal, y posee muchas perforaciones para permitir la entrada de vasos sanguíneos y nervios al hueso, provenientes del ligamento periodontal.

El hueso continuamente sufre cambios y remodelados (labilidad del hueso) ésta se mantendrá siempre por medio de un equilibrio fino entre formación y resorción ósea.

C A P I T U L O I I I

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Al estudiar la etiología de la enfermedad periodontal, se va a procurar descubrir las causas o factores que la provoquen es así que al ocuparse de ella, sea costumbre que se razone de los síntomas a la causa, y de la causa al remedio.

Los factores que ejercen influencia en la salud del periodonto se clasifican, en sentido amplio, en factores extrínsecos (locales) o intrínsecos (sistemáticos).

Las causas extrínsecas van a incluir los factores inconscientes y funcionales correspondientes a masticación, deglución y fonación. Las causas intrínsecas son importantes, pero resulta un poco difícil comprobarlas.

En el momento actual, el tratamiento debe orientarse fundamentalmente a la eliminación o corrección de los factores extrínsecos, en ausencia de etiología intrínseca demostrable.

a) Factores extrínsecos (locales)

1) Placa bacteriana

2) Cálculos

3)Materia Alba

4)Pigmentaciones dentarias

5)Impacción de alimento

6)Hábitos

7)Mal oclusión dentaria

8)Causas yatrogénicas

b)Factores intrínsecos (sistemáticos)

1)Diabetes

2)Influencias nutricionales

3)Trastornos hematológicos

a)Factores extrínsecos.

1)Placa bacteriana.—Es el común denominador de caries y enfermedad periodontal. La placa no es alimento ni residuo alimenticio, ni tampoco una bacteria bucal. Es un sistema bacteriano complejo, se acumula inicialmente sobre la superficie de la película adquirida (cubierta superficial de origen salival, de naturaleza esencialmente proteínica)

La progresión sistemática de las bacterias parece ser que producen estreptococos, estos tienen la capacidad de descomponer los hidratos

de carbono y producir ácidos a partir de azúcares.

La placa bacteriana es una masa constituida por muchos tipos de microorganismos incluidos en una matriz de origen bacteriano y salival que se forma sobre la pellicula adquirida supragingival y subgingivalmente.

La placa no es visible a simple vista excepto cuando se emplean soluciones reveladoras como el rojo de eritrocina. Lo que puede aparecer como una boca limpia en el examen clínico, puede no serlo al aplicar soluciones reveladoras en las áreas cervicales de los dientes.

La placa se va a encontrar firmemente adherida a las superficies dentales, y restauraciones, pudiendo solamente desprenderse con limpieza mecánica.

La función de la placa en la enfermedad periodontal parece estar bien establecida pero actualmente no se puede relacionar la periodontitis en ninguna especie bacteriana individual. Los componentes bacterianos de la placa son probablemente los principales agentes etiológicos de las enfermedades periodontales inflamatorias. El mecanismo de acción de las bacterias de la placa pueden clasificar

se en dos grandes grupos: 1) Iniciación directa de la inflamación por metabolitos microbianos y 2) Iniciación de la inflamación por componentes antigénicos de los microorganismos bucales, convirtiéndose a este proceso en inmunopatológico.

2) Cálculos.- Son masas calcificadas adherentes que se forman sobre las superficies de dientes naturales y prótesis dentales. El cálculo es placa mineralizada, por su ubicación se clasifican en cálculos supragingivales y subgingivales. El supragingival es visible y yace en posición coronaria a la cresta del margen gingival, por lo general es blanco o blancuzco amarillento, y se desprende con relativa facilidad de la superficie dental. Los depósitos más abundantes de cálculos supragingivales se producen con mayor frecuencia en las superficies vestibulares de molares superiores y en la superficie lingual de incisivos inferiores.

El cálculo subgingival.- Se ubica en posición apical a la cresta del margen gingival, y no es visible en un examen superficial.

La ubicación y extensión del cálculo subgingival requiere de un sondeo y palpación cuidadoso con algún instrumento afilado como

un explorador, así como la separación cuidadosa del margen gingival con un poco de aire a presión para poder observar el cálculo directamente. Por lo general, es denso y duro pardusco o negruzco, de consistencia pétreo y firmemente adherida a la superficie radicular.

El cálculo se adhiere a la superficie dental de diversas maneras creando así diversos grados de dificultad para retirarlo.

El cálculo es un factor patógeno importante en la enfermedad periodontal, y tiende a perpetuar la inflamación, la cual causa la profundización de la bolsa periodontal y la destrucción de tejido subyacente de soporte.

3)Materia Alba.—Es esencialmente una acumulación blanda y pegajosa de bacterias, células epiteliales descamadas, proteínas y leucocitos salivales, es menos adhesiva que la placa bacteriana y — tiende a formarse cerca del margen gingival. Puede formarse en dientes previamente limpios, en pocas horas, y durante los intervalos por ejemplo entre las comidas. La materia alba puede removerse mediante un chorro de agua, carece de estructura de placa pero posee el mismo potencial patológico.

4) Pigmentaciones dentarias.- Son depósitos de color sobre las su perfcies dentales que constituyen problemas estéticos, pero lo que es más importante, pueden generar irritación e inflamación - gingival. Son causadas por bacterias, alimentos, tabaco y otras substancias, son también el resultado de la pigmentación de la pe lfcula adherida por lo general incolora. Varfa en color y composi ción, así como su grado de adherencia a las superficies denta - les. Las pigmentaciones pueden clasificarse de la siguiente mane - ra:

1) Pigmentación por tabaco.- Son quizá las más frecuentes, se lo - calizan en las superficies dentales con tendencia a adquirir más fácilmente desechos bacterianos en sus superficies, dando por re - sultado una mayor inflamación. El tabaco proporciona pigmentacio nes superficiales y muy adheridas de color pardusco o negro, y coloración parda de la substancia dentaria. La pigmentación es el resultado de los productos de combustión del alquitrán de hulla y de la penetración de los jugos del tabaco en fosetas y fisu - ras de esmalte y dentina.

2) Pigmentación negra.- Se presenta por lo general, como una línea negra y delgada, en vestibular y lingual, cerca del margen gingival y como masas difusas sobre las superficies proximales. Se encuentra bastante adherida tendiendo a recurrir después de su eliminación, es más común en mujeres y puede producirse en bocas con higiene excelente.

3) Pigmentación Verde.- Como su nombre lo indica es por lo regular verde o verde amarillenta, de espesor considerable y se encuentra con más frecuencia en niños. Se cree que son restos pigmentados de cutícula del esmalte, pero esta teoría no ha sido aún comprobada.

Es de origen cromogénico y por lo general, se presenta en la mitad gingival de la superficie vestibular de dientes anteriores superiores e inferiores.

4) Pigmentación anaranjada.- Es menos común que la verde o parda, puede presentarse en las superficies palatinas o linguales de dientes anteriores. Se cree que dicha pigmentación es causada por bacterias cromógenas.

5) Pigmentación metálica.- Los metales y sales metálicas pueden introducirse en la cavidad bucal por medio de polvo que contenga me-

tal, o por fármacos administrados por vfa bucal.

Los metales se combinan con la pelfcula dentaria provocando un cambio permanente de color. El polvo de cobre produce una pigmentación verde, y el polvo de hierro una pigmentación parda. Los medicamentos que contienen hierro frecuentemente causan depósitos - negros de sulfito de hierro. La pasta dentrffica con fluoruro estañoso puede provocar también pigmentación negra si se encuentran presentes las bacterias apropiadas. Otras pigmentaciones metálicas que a veces se observan son las de manganeso (negro), mercurio(verde-negro), níquel (verde) y plata (negro).

Reiteramos que la principal importancia de las pigmentaciones -- dentarias es su propensión a retener desechos bacterianos en su superficie.

5)Impacción de alimentos.- Es la acuñaación forzada de alimentos en el periodonto, por las fuerzas oclusales. Se produce interproximal, vestibular y lingualmente. Es un factor muy común que contribuye en la etiología y desarrollo de la enfermedad periodontal, y el hecho de no reconocer la impacción de alimentos es causa frecuente de fracasos en un caso bien tratado en todos los demás aspectos.

El acuñamiento forzado de los alimentos se evita por lo general con la integridad y localización de los contactos proximales, el contorno de los bordes marginales y surcos de desarrollo por el contorno de las superficies vestibular y lingual. Un contacto proximal intacto impide el acuñamiento forzado de los alimentos en el espacio interproximal.

La ubicación del contacto es importante para proteger los tejidos contra la impacción de alimentos, estando la ubicación óptima del contacto cervico-oclusal en el área de mayor longitud mesiodistal del diente, proximal a la cresta del borde marginal.

La ausencia de contacto, o un contacto poco satisfactorio, conduce a la impacción de alimentos.

6) Hábitos.-Empuje lingual, consiste en presionar con fuerza y persistencia, la lengua contra los dientes, en especial en la región anterior.

En vez de colocar el dorso de la lengua contra el paladar, con la punta de la lengua ubicada detrás de los dientes superiores en la deglución, la lengua es empujada hacia adelante contra los dientes anteriores superiores e inferiores. El empuje lingual ha sido deno-

minado "deglución invertida" y da por resultado: 1) mordida abierta anterior, 2) presión excesiva en los dientes restantes, actuando como factor codestructor en la formación de bolsas infraóseas, 3) Mayor movilidad de los dientes involucrados, 4) impacción de alimentos contra los márgenes gingivales y 5) migración dental.

Bruxismo.—Se define como triturar, rechinar o apretar repetida o continuamente los dientes durante el día o la noche o durante ambos en actividades no funcionales como serían la de masticación o deglución.

Los signos o síntomas del bruxismo incluyen desgaste oclusal, exposición de dentina subyacente, fractura de los dientes, movilidad dental aumentada en especial en la mañana, músculos adoloridos, mandíbula cansada, dificultad para abrir la mandíbula al despertarse, trastornos en la articulación temporomandibular, sonidos de trituración engrosamiento de la lámina dura, y ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

Las fuerzas excesivas producidas por el bruxismo pueden causar mayor movilidad dental. Quienes sufren de bruxismo durante la noche, con frecuencia se despiertan en la mañana con los dientes al

go flojos, pero al llegar el mediodía regresan a un estado casi normal.

La presión excesiva aplicada al periodonto durante el bruxismo, puede actuar también como factor codestructor en la enfermedad periodontal, provocando formación de bolsas infraóseas.

Fumar.- Los hábitos como, fumar pipa, cigarrillos o masticar tabaco, también crean problemas periodontales. Como ya se mencionó la colocación, calor y humo creado por pipas, cigarros habanos y cigarrillos surten efecto nocivo sobre el periodonto.

En términos generales, el fumar no provoca grandes cambios gingivales. El mantener la pipa en un lugar fijo puede provocar desgaste dental, diastemas, migración y cambios traumáticos en los tejidos periodontales de soporte.

Se ha registrado una mayor frecuencia y gravedad de enfermedad periodontal en fumadores pues aumenta la acumulación de placa bacteriana, con una mayor frecuencia de cálculos en fumadores de pipa que en los de cigarrillos.

Se ha observado que las mujeres entre los 20 y 39 años, y los hombres entre los 30 y 59 años que fuman cigarrillos, tienen do --

ble oportunidad de presentar enfermedad periodontal o quedar desdentados en comparación con los no fumadores.

Respiradores bucales.—Frecuentemente se asocian a la gingivitis y periodontitis con respiración bucal.

Las alteraciones gingivales incluyen eritema agrandamiento gingival, y un brillo superficial difuso en las áreas expuestas, por lo general en la región de incisivos inferiores y superiores.

Con frecuencia, la encía se encuentra claramente delimitada de la mucosa normal adyacente no expuesta, por un claro cambio de color.

No ha sido demostrada la manera exacta en que la respiración bucal afecta a los cambios gingivales, pero su efecto dañino se atribuye por lo general a irritación por deshidratación de la superficie.

La respiración bucal puede ser por hábitos o puede poseer una etiología funcional. Un ejemplo de etiología funcional sería cuando los dientes han erupcionado en relación profunda de manera tal que los labios están constantemente separados.

Traumatismo debido al cepillo dental.—Puede ser agudo o crónico, el agudo da por resultado abrasiones y laceraciones de los tejidos

blandos, incluyendo encfa insertada y mucosa alveolar.

Por lo general se debe a un cepillado enérgico u horizontal utilizando cepillo duro. La cicatrización se produce en aproximadamente una semana, pero el método de cepillado debe ser corregido para evitar la recurrencia de la abrasión.

El traumatismo crónico puede provocar recesión gingival con pérdida de encfa y hueso subyacente, dando por resultado la exposición de la superficie radicular. El cepillarse vigorosamente en dirección horizontal con un cepillo relativamente duro, o con una pasta dental muy abrasiva, puede provocar un defecto en forma de copa, en cemento y dentina, denominado desgaste cervical, dando por resultado pérdida de la estructura dental.

7) Maloclusión dentaria.- El apiñamiento o traslape (superposición) de los dientes creará una situación anatómica difícil de mantener con cuidados caseros, pues entre los dientes se acumulará placa bacteriana debiendo darse a este tipo de pacientes instrucción especial acerca de los cuidados que deberá observar en casa.

Una sobre mordida anterior profunda, ya sea horizontal o vertical, puede provocar empaquetamiento de alimento en la arcada opuesta, así

como irritación sobre el tejido gingival por los dientes mismos.

La maloclusión conduce a traumatismo oclusal, y de esta manera ser un factor codestructor en la enfermedad periodontal.

8) Causas Yatrogénicas.- Estas se refieren a problemas creados por el hombre, incluyen operatoria dental, prótesis inadecuadas, traumatismos causados durante procedimientos operatorios y aparatos ortodónticos mal colocados.

Operatoria dental inadecuada.- Los márgenes desbordantes de cualquier material dental causarán irritación física a la encía pero lo que es más importante, provocarán la acumulación de placa bacteriana.

Las relaciones de contacto inadecuadas provocarán falta de desviación y flujo fisiológicos, de manera que los desechos tenderán a acumularse y convertirse en un factor contribuyente en la impacción de alimentos interproximalmente.

Ciertos materiales restauradores pueden terminarse mucho más finalmente en el margen gingival que otros y por lo tanto acumulan menos desechos bacterianos. El oro, porcelana y resinas pulidas, tienen el mismo potencial para retener desechos, pero por lo general, el oro puede tener una terminación más fina que las resinas, pues muchas -

resinas son porosas y ásperas, y por lo tanto acumulan desechos con mayor facilidad.

Protésis inadecuadas. los puentes fijos son el mejor tratamiento que hay para substituir dientes ausentes, pero tienden a acumular desechos y en ciertos casos pueden provocar el aflojamiento de los dientes pilares.

Es importante también que los contornos de las restauraciones de ban planearse de tal manera que los desechos y alimentos sean des - viados de la superficie gingival de la restauración.

Es importante que el espacio interproximal permanezca lo superfi - cialmente abierto como para poder lograr la limpieza de esa zona. Uno de los errores más comunes al construir coronas e incrustaciones es el de ocupar todo el espacio interproximal, comprimiendo así la en - cfa y con ello, permitir que reaparezca la enfermedad periodontal - debido a la incapacidad del paciente para limpiar el área.

Los márgenes de las restauraciones protésicas deben ajustarse lo más posible a las superficies del diente pues cualquier margen de bordante acumulará desechos.

Es mejor para el tejido gingival, colocar los márgenes supragingi

valmente pues dicha terminación puede ajustarse perfectamente bien al diente y no provocar irritación alguna en la encfa.

Debe de comprenderse que la periodontitis es una enfermedad inflamatoria y que su agente etiológico principal en un 90% a 95% de los casos es la placa bacteriana.

b)Factores intrínsecos.-Es posible que los factores intrínsecos - contribuyan a la producción de la enfermedad periodontal.

Las causas intrínsecas se pueden dividir en factores demostrables y no demostrables. Algunas enfermedades demostrables han sido asociadas a periodontopatías, se incluye en ellas diabetes no controlada, leucemia, deficiencias nutricionales, cambios endócrinos en embarazo, pubertad y stress.

1)Diabetes.-Desde a mediados del siglo XIX se ha relacionado a la diabetes con enfermedad periodontal. A pesar de que las opiniones difieren bastante con respecto a la relación exacta entre la diabetes y las enfermedades bucales en los pacientes diabéticos se ha descrito una diversidad de cambios bucales, tales como: 1)estomatitis diabética, 2)periodontoclasia diabética, 3)sequedad de la boca, 4)lengua roja y saburral 5)eritema difuso de la mucosa bucal 6)mar-

cada tendencia a formar abscesos periodontales, 7) encfa sensible e inflamada, 8) mayor frecuencia de enfermedad periodontal y 9) grave pérdida ósea angular y horizontal.

La diabetes no provoca ni periodontitis ni bolsas periodontales. Pero existen razones para creer que altera la reacción de los tejidos periodontales tanto a los irritantes locales como a las fuerzas oclu sales ya que puede acelerar la pérdida ósea en enfermedad periodon— tal, y también retrasar el proceso de cicatrización postquirúrgica en algunas personas.

La distribución y gravedad de los irritantes locales y fuerzas oclu sales afectan la gravedad de la enfermedad periodontal en diabéticos, de igual manera que en pacientes normales, aunque la reacción en el diabético puede ser más grave.

La enfermedad periodontal en pacientes diabéticos no sigue ningún patrón fijo. En muchas ocasiones son comunes las alteraciones gingivales y periodontales; en otros pacientes, la pérdida ósea puede ser bastante grave e impresionante, pues en pacientes con diabetes juvenil, puede existir una gran destrucción del hueso de soporte muy notable a causa de la corta edad del paciente.

Desde el punto de vista práctico, el diabético controlado, se trata de manera muy parecida al paciente normal; sin embargo, el odontólogo debe estar consciente de que en ciertas ocasiones los pacientes diabéticos pueden reaccionar más lentamente al tratamiento, sufrir la afección con mayor gravedad, por ser más susceptibles a irritantes locales.

2)Influencias nutricionales.--No existe ninguna deficiencia nutricional que por sí misma cause periodontitis, bolsas periodontales ó pérdida ósea, pues es necesaria la presencia de irritantes locales como la placa bacteriana para producir dichos resultados. Desde el punto de vista teórico es posible que existan personas en quienes los irritantes locales no sean lo suficientemente graves como para producir enfermedad periodontal detectable clínicamente, y que pueda causar trastornos gingivales y periodontales, si su efecto sobre el periodonto fuera agravado por deficiencias nutricionales. Sin embargo, el grado en que el estado nutricional pueda ser alterado antes de afectar a los tejidos bucales es cuestión individual para la cual no existen medidas.

Se ha encontrado que ninguna deficiencia vitamínica, proteínica,

mineral o de hidratos de carbono por sí misma sea la causa de cualquier forma de enfermedad periodontal pues debe existir un irritante local para que la deficiencia nutricional pueda provocar una reacción.

La vitamina "C" es la deficiencia vitamínica más mencionada y relacionada desde el punto de vista etiológico, a gingivitis y periodontitis. Se hace notar que la deficiencia vitamínica "C", no provoca inflamación gingivitis o periodontitis por sí misma.

Si existe gingivitis o periodontitis en un paciente con deficiencia vitamínica "C" estará ésta siendo causada por irritantes locales pero puede ser exagerada debido a la deficiencia.

Otro factor que puede desencadenar la etiología de la enfermedad periodontal son las dietas blandas, porque favorecen a la acumulación de placa y cálculos debido a la ausencia de hábitos diarios de limpieza.

3)Trastornos hematológicos.-El sangrado anormal y difícil de controlar en la encía u otras zonas de la mucosa bucal, constituye clínicamente un trastorno no hematológico.

Las manifestaciones bucales de alteraciones hematológicas se pro

ducen con mayor frecuencia en casos de leucemia mielógena y linfática subaguda y muy rara vez en leucemia crónica.

En todas las formas de leucemia, la irritación local es el factor desencadenante.

Los cambios clínicos que se producen en leucemia aguda y subaguda son: color cianótico y difuso, agrandamiento edematoso de la encía con diversos grados de inflamación gingival con ulceración y necrosis.

C A P I T U L O I V

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Diagnóstico.—Se define como el arte de reconocer e identificar una enfermedad; para poder llegar a éste, el odontólogo deberá poseer cierta información con el fin de poder realizar una evaluación. Esta información, se derivará de la historia médico-dental de un examen clínico y de un examen radiográfico completo.

El resultado de todo ésto, junto con cualquier otro procedimiento adicional especial, como modelos de estudio, pruebas de laboratorio clínico, etc., proporcionarán al odontólogo una mayor información para un diagnóstico apropiado.

Por lo general, el diagnóstico de la enfermedad periodontal es únicamente un aspecto de diagnóstico total de la patología dental existente; por lo tanto no será raro que después de una evaluación completa el paciente pueda tener cuatro o cinco diagnósticos que reflejen la enfermedad dental presente, pues cada diagnóstico será la correlación de signos y síntomas específicos de la patología dental existente.

En el diagnóstico deberá utilizarse terminología apropiada a mane-

ra de que quede claro en el expediente del paciente el grado de las diversas afecciones que existan en el momento de la evaluación.

Sin un diagnóstico exacto y definitivo, no se podrá ofrecer un plan de tratamiento. Sin embargo, deberá recalcarse, que no existe fórmula específica para establecer un pronóstico absoluto ó un plan de tratamiento absoluto.

Pronóstico.—Se define como la apreciación de la evolución de la enfermedad y la predicción de la respuesta al tratamiento, por ello la precisión del pronóstico depende de la exacta y completa información recogida durante el examen.

El pronóstico depende mucho de la capacidad que posea el odontólogo para reconocer y eliminar o regular los factores que produce la enfermedad, corrigiendo el daño que la pueda haber generado.

El pronóstico es una proyección de la reacción anticipada al tratamiento, y un juicio sobre los resultados a largo plazo del tratamiento, reflejará la conservación de la dentición.

Glickman enumera diversos factores que han de considerarse para establecer un pronóstico general, estos son:

1) Cantidad de la pérdida ósea ocurrida en relación con la edad cro

nológica del paciente.

- 2) Extensión de la pérdida ósea ocurrida en relación a la cantidad de factores etiológicos locales presentes.
- 3) El número de dientes restantes en relación a su distribución y extensión de la destrucción de los tejidos de soporte.
- 4) La morfología dental individual, anatómica y clínica, según se relacione a la proporción corona-raíz.
- 5) Los antecedentes generales del paciente.
- 6) La actitud del paciente en relación a sus deseos por conservar la dentición y su buena disposición para realizar los procedimientos de higiene bucal que sean necesarios.

Deberá comprenderse con ésto, que la elaboración del pronóstico, no se basa en un absoluto científico, sino más bien en el criterio empírico del terapeuta basado en su experiencia clínica.

Muchas variables que no pueden ser controladas por el Odontólogo desempeñan un papel importante en el tratamiento del paciente, pues como primer factor y frecuentemente el más importante es la motivación del paciente y su capacidad para cooperar con las reglas de higiene que debe seguir para el cuidado de su boca; segundo factor,

que la extensión de la patología, dependerá del momento en que el paciente llegue al consultorio, tercero, que el terapeuta deberá saber si el paciente estará dispuesto a regresar con regularidad para la programación de sus visitas de control necesarias y someterse al tratamiento cooperando y cuarto, que tendrá que averiguar si existen factores emocionales que en lo futuro puedan ser obstáculo al mantenimiento del metabolismo tisular normal.

El pronóstico se puede determinar como: bueno, reservado o malo, pues muchas veces unos dientes tienen un pronóstico y los demás tienen otro, en estos casos el pronóstico se hará diente por diente.

Factores que afectan al pronóstico:

1) Bolsas.-extensión localización profundidad y complejidad.

Las bolsas más someras tendrán mejor pronóstico. Las bolsas profundas pueden tener pronóstico más favorable cuando los niveles óseos son altos (bolsas falsas). Por lo general, es más fácil eliminar bolsas que se hallan en dientes unirradiculares, las bolsas en multirradiculares presentan problemas especiales cuando hay lesiones de furcaciones. Por lo general, cuando más accesible es la bolsa, mejor es el pronóstico.

2) Pérdida ósea.—Extensión, localización y complejidad.

Cuando mayor e irregular es la pérdida ósea, peor será el pronóstico. Cuando la pérdida ósea es horizontal, la eliminación de la bolsa es más fácil. Cuando es irregular, vertical o hay defectos óseos ahuecados, hay que tomar en cuenta la posibilidad de hacer osteoplastia, intentar el injerto ó el trasplante óseo. Como regla, cuanto más complejo es el tratamiento requerido, peor será el pronóstico.

3) Movilidad dentaria y su causa.

Los dientes con bolsas profundas y pérdida ósea tienen pronóstico más favorable cuando los dientes están firmes y fijos, pero cuando la lesión es mayor con pérdida ósea muy extensa, la movilidad dentaria adquiere importancia. Los dientes con solo 4 ó 5 mm. de hueso remanente o con movilidad de clase 2 ó 3 tienen pronóstico dudoso.

El término firme, es una simplificación, ya que todos los dientes, salvo que tengan anquilosis, poseen un grado de movilidad. Sin embargo, existe una asociación directa entre el aumento de movilidad y el empeoramiento del pronóstico. El pronóstico será malo, cuando la pérdida ósea esté avanzada y cuando los factores sistemáticos no son corregidos.

El diente que puede ser girado o intruído tiene una lesión más grave que el diente que se luxa en sentido vestibulolingual o mesiodistal. La movilidad que se origina en el ensanchamiento del ligamento periodontal y no en la pérdida del soporte alveolar tiene pronóstico más favorable.

Al determinar el pronóstico, se debe correlacionar la movilidad con otros hallazgos clínicos y radiográficos. La movilidad refleja directamente una alteración y su medición es útil para planear el tratamiento y valorar los resultados.

4) Etiología.—Cuando los signos de la enfermedad son atribuibles a la inflamación, la situación es menos grave que cuando la inflamación no parece ser la causa.

Cuando se reconocen fácilmente los factores etiológicos, tales como mala higiene bucal o presencia de depósitos, la corrección se hará con mayor rapidez. Cuando los dientes se han inclinado, han emigrado o girado la higiene bucal puede ser difícil y puede estar impedida la eliminación de las bolsas, entonces el pronóstico será peor. Por lo general cuanto más obvia es la etiología, más fácil será el tratamiento.

5) Duración de la enfermedad, extensión y naturaleza de la afección.

El pronóstico también tiene relación con la extensión, naturaleza y duración de la afección. Cuando hay una lesión extensa, en un paciente de edad, hay mayores posibilidades de prolongar la vitalidad de la dentadura de modo que concuerde con lo que se calcula va a durar la vida del paciente.

Un paciente con una enfermedad sistemática constituye un problema mayor que un paciente cuya salud es excelente.

6) Morfología Dentaria.- Forma de la corona, forma de la raíz relación entre corona y raíz.

Cuando más favorable sea la relación entre corona y raíz, mejor será el pronóstico. Los dientes con raíces cónicas o cortas y finas tienen peor pronóstico que los que tienen raíces anchas y gruesas.

Plan de tratamiento.- Se define como un programa organizado de procedimientos para eliminar los signos y síntomas de la enfermedad y restablecer la salud.

Un plan de tratamiento se basa en los hallazgos del examen en el diagnóstico, en la etiología presuntiva de la enfermedad y en el pro

nóstico. Se requiere de esfuerzo planeado entre el paciente y el odontólogo.

La finalidad del tratamiento periodontal es detener el proceso de destrucción, que de otra manera llevaría a la pérdida de los dientes y establecer condiciones bucales conducentes a la salud periodontal. Por lo general el tratamiento debe ser un programa ordenado y limitado a las medidas directas necesarias para conseguir el resultado.

Dentro del plan de tratamiento se proyecta también un programa de mantenimiento del estado de salud, sin que ocurran mayores avances de la enfermedad durante un tiempo razonable.

El Plan de Tratamiento se compone de una serie de pasos; el paso inicial estará orientado hacia la eliminación de la inflamación, sin embargo es preciso aclarar que podrá ser necesario recurrir a modificaciones o variaciones del plan de tratamiento original debido a que resulten nuevas complicaciones, siendo dirigido a eliminar toda enfermedad periodontal existente.

Al final de la fase del plan de tratamiento se hará una revalorización sobre el grado de mejora obtenido, esto se logrará comparan

do los resultados del tratamiento preliminar con la fecha clínica inicial.

Por lo general en el Plan de Tratamiento periodontal se procede a hacer intervenciones restauradoras como caries que sin embargo algunas veces no demandan atención inmediata. Según los casos, estas restauraciones serán temporales porque se hará la reconstrucción una vez concluido el tratamiento periodontal.

En resumen, los procedimientos a seguir en el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento son los siguientes:

* 1) Examen:

a) Entrevista

1) Molestia principal 2) Historia médica

b) Examen radiográfico

* 2) Diagnóstico

* 3) Pronóstico

* 4) Plan de tratamiento

* a) Raspaje y alisamiento radicular

* b) Instrucción de control de la placa (se repite en sesiones sucesivas)

- c) Ajuste oclusal preliminar
- * d) Raspaje radicular
- 0 e) Eliminación de otros factores extrínsecos (márgenes des--
bordantes, extracciones, obturaciones temporales)
- * f) Revaloración
- 0 g) Ferulización temporal
- 0 h) Cirugía
- 0 i) Pequeños movimientos dentarios
- 0 j) Ajuste oclusal definitivo
- * k) Raspaje radicular y enseñanza de control de placa
- * l) Examen posterior al tratamiento
- 0 m) Plan de tratamiento restaurador
- 0 n) Establecimiento de un programa de mantenimiento (después
del tratamiento) de atención periodontal preventiva
- *.-Pasos obligatorios en todos los pacientes
- 0.-Usar cuando sea necesario

C A P I T U L O V

GINGIVITIS

Existen diversos tipos de gingivitis, tales como:

- 1)Gingivitis marginal o simple
- 2)Hiperplasia gingival
- 3)Gingivitis modificada por factores generales
 - a)Gingivitis durante el embarazo
 - b)Gingivitis durante la pubertad
- 4)Gingivitis atrófica
- 5)Gingivitis descamativa crónica (gingivosis)
 - a)Gingivitis ulceronecrozante

1)Gingivitis marginal o simple.-Esta afección puede ser de naturaleza aguda o crónica, y por lo general se debe a la acumulación de desechos bacterianos. Los cambios gingivales pueden ser localizados o generalizados pero casi siempre comprenden únicamente tejidos marginales o marginales-papilares.

Se va a caracterizar por un ligero cambio de color rosado (leve) a eritematoso (moderado) con una ligera alteración del contorno normal o expansión del margen gingival libre junto con destrucción incipien

te de tejido papilar además como dato más importante es la hemorragia gingival con el más mínimo roce. Por lo regular la primera y única queja del paciente es la presencia de "enfías sangrantes", lo cual es temporal. Este sangrado se asocia en especial al cepillado dental.

Existe también cierta pérdida de continuidad del epitelio del surco.

2) Hiperplasia gingival.- Este tipo de gingivitis se va a caracterizar por el aumento en el tamaño gingival, alteración de la forma normal y cambio en el tono tisular.

Existe un aumento importante en la profundidad del surco, formando una bolsa, ésta se clasifica como pseudo-bolsa o bolsa relativa ya que está causada por la expansión del tejido marginal en sentido coronario y no por un movimiento apical de la adherencia epitelial. El tono del tejido puede ser fibrótico ó flácido, este último debido a edema considerable, hiperemia y destrucción de fibras colágenas.

3) Gingivitis modificada por factores generales.

a) Gingivitis del embarazo.- Esta es una gingivitis no específica en

donde el diagnóstico definitivo se formula en relación con la etapa física del embarazo.

Existen diferentes opiniones con respecto al porcentaje de mujeres embarazadas que presentan gingivitis clínica. En estudios realizados se señala que de un 40 a 65% en mujeres embarazadas se produce mayor cambio gingival durante el primer trimestre de embarazo, siguiendo con una ausencia del aumento inflamatorio durante el siguiente período de tres meses, con un aumento final del índice inflamatorio en el último trimestre.

Muchos estudios han demostrado también que hay un aumento importante de movilidad dentaria durante el embarazo, pero este cambio es totalmente reversible después del parto en caso de no haberse producido destrucción ósea importante.

b) Gingivitis de la Pubertad.—Este tipo de gingivitis como su nombre lo indica, aparece durante la pubertad y es una inflamación no específica iniciada por factores locales y modificada por los cambios hormonales que acompañan a la pubertad.

Los signos gingivales clínicos se caracterizan por agrandamiento, expansión del margen gingival con distensión pronunciada de tejidos

interdentales. El color varfa de eritematoso a pardo rojizo, con una gran pérdida simultánea en el tono tisular. Al igual que en la gingivitis del embarazo, los cambios inflamatorios sufren una reducción considerable después de la pubertad.

4)Gingivitis atrófica.-Esta gingivitis se caracteriza por recesión gingival con pérdida ósea alveolar correspondientes. Presenta cambios papilares y marginales leves en relación con la acumulación de desechos alimenticios y bacterianos alrededor de los contornos irregulares. El hallazgo clínico predominante es la recesión. Otros signos encontrados son márgenes eritematosos con un surco poco o nada profundo, o con una pérdida del tono tisular.

5)Gingivitis descamativa crónica (gingivosis).-Esta afección se encuentra en mujeres de mayor edad. El cuadro clínico incluye una descamación superficial del epitelio, en grado variable. La superficie tisular es de color rojo grisáceo en zonas aisladas, como resultado de esta descamación. El color tisular varfa de eritema extenso a magenta, al de la cianosis parda. Existe cierta tendencia a presentarse eritema en donde la acumulación de desechos provoca inflamación marginal secundaria. El epitelio puede estar desgarrado y puede haber

bastante hemorragia. La textura es lisa y brillante. Por lo general, se encuentra edema difuso así como distorsión del contorno gingival normal en las áreas afectadas. El síntoma principal es dolor, el paciente no tolera cambios térmicos leves, alimentos duros o condimentados.

a)Gingivitis ulceronecrosante aguda.-La gingivitis ulceronecrosante (GUN) es una infección aguda de la encía. Se le conoce también como "Gingivitis de Vincent" y "Boca de trincheras" por su gran frecuencia en los soldados que se encontraban en las trincheras durante la primera guerra mundial. El nombre actual se deriva de los síntomas clave: necrosis, ulceración e inflamación de la encía.

Signos y Síntomas:

- 1)Ulceración de las papilas interdentarias
- 2)Hemorragia
- 3)Instalación repentina
- 4)Dolor
- 5)Olor desagradable

La enfermedad se ha clasificado en : aguda, subaguda y crónica. Esta diferenciación clínica se basa en la intensidad, duración e instala--

ción de la infección y no en el tipo de inflamación.

El diagnóstico nace del aspecto clínico de las lesiones. Las papilas interdentarias se presentan erosionadas, carcomidas o recortadas por efecto de la destrucción ulcerativa, las lesiones se encuentran cubiertas por una pseudo membrana blanquecina, amarillenta o gris.

La encía que rodea las úlceras es de color rojo subido, cuando se le toca sangra.

Localización y extensión de la lesión.—Las puntas de las papilas interdentarias son atacadas primero, en forma característica, aunque la enfermedad progresivamente afecta al margen gingival.

Pueden ser atacadas todas las zonas de la boca, la distribución de la enfermedad no sigue ninguna forma fija y es diferente de una boca a otra.

Cuando la lesión avanza, aparecen cráteres en el tejido interdentario. Al mismo tiempo hay proliferación leve del tejido adyacente a la zona necrótica. Esta combinación de necrosis con proliferación da lugar a que se formen diversos contornos de las encías marginal y papilar.

La fase necrotizante genera la pérdida de gran cantidad de tejido ,

especialmente en zonas interproximales, afectando tanto al tejido blando como al soporte óseo subyacente.

Tratamiento.-La extensión del tratamiento y el instrumental varían según la gravedad y extensión de la afección. En caso de existir signos y síntomas sistémicos como temperatura elevada, malestar y anorexia se aconseja una terapéutica a base de antibióticos. El fármaco de elección es la penicilina V, 250 mg. cada 6 horas. Dependiendo de lo extenso que sean los síntomas sistémicos, el tratamiento puede cambiarse a 500 mg. para empezar y una tableta 4 veces al día durante siete días. Si el paciente es alérgico a la penicilina, se prescribirá 250 mg. de eritromicina, una tableta o cápsula 4 veces al día, tomándola con leche para evitar trastornos gástricos.

Para el paciente que presenta síntomas generalizados, se recomienda descanso en cama cuando menos 2 días, ingestión de líquidos para mantener el equilibrio de electrolitos y una dieta rica en proteínas.

El paciente que no presenta síntomas generales, deberá ser atendido inmediatamente siguiendo un programa ya establecido. Los tratamientos deberán distribuirse en base a mayores citas, este intervalo

especialmente en las últimas 3 citas, puede modificarse ya sea programándolas a intervalos más cortos o espaciándolas, dependiendo esto de la respuesta tisular.

En la primera cita se eliminará cuidadosamente la pseudomembrana y la masa necrótica usando torundas de algodón humedecidas con peróxido de hidrógeno al 3% eliminándose con esto desechos bacterianos blandos y cálculos, tratando de no traumatizar el margen tisular. El raspaje y alisamiento radicular están totalmente contraindicados pues causaría muchas molestias y se arriesgaría al paciente a una bacteremia. Es útil usar el cavitron en este momento para realizar el lavado y eliminar los cálculos suavemente.

El paciente puede tomar analgésicos tales como aspirina o acetaminofen, 2 tabletas cada 4 horas, cuando haya dolor.

Se instruye al paciente para que en su casa lleve una higiene cuidadosa, abundante ingestión de líquidos, dieta blanda rica en proteínas y empleo de un enjuague oxigenado cada 2 horas, así también se le indicará que utilice un cepillo con cerdas largas, de varios peñachos, como serfan el LACTONA No. 19. La técnica de cepillado es la de frote horizontal simple ó método de Fones, aplicando una presión

mínima al tejido, haciendo girar en círculo el mayor diámetro posible.

En el segundo día, se siguen los mismos procedimientos del día anterior. Se observan en supragingival más desechos bacterianos calcificados debido a la contracción de los tejidos marginales. La disminución del edema, la hiperemia y el exudado dará por resultado una menor masa tisular lo que revelará estos cálculos.

En la tercera cita, 48 horas después de haber visto al paciente los síntomas deberán haberse reducido bastante. Se continúa el procedimiento de raspado, en este momento se utilizan raspadores o curetas. Se inicia el alisamiento subgingival, de manera superficial. El paciente recibe ahora instrucciones de como usar el hilo dental para eliminar la placa bacteriana interproximal en la zona supragingival.

En la cita del quinto día se dá por terminado el raspado y alisamiento de la raíz. Se continúa con el control de placa bacteriana con el hilo dental, en este momento es aconsejable cambiar la técnica de cepillado de Fones por la de Stillman modificada, en donde se coloca el cepillo para la acción de barrido o giro más cerca de las coronas dentales con movimiento rápido y ligeramente mesiodistal este movi-

miento hace que las cerdas se forcen en los espacios proximales y con ello limpia la zona y da masaje a los tejidos gingivales, o también la de Bass modificada, en ésta el cepillado de las caras vestibulares y linguales se forzan las cerdas entre las hendiduras gingivales y en los surcos de los dientes formando un ángulo de 45° de esta manera las cerdas del cepillo se forzan y con movimientos cortos se desaloja todo el material blando de los dientes.

En el séptimo día el paciente ya no debe presentar síntoma alguno, deberá haberse controlado la inflamación. Es posible que el contorno fisiológico no esté todavía presente en este momento.

Se cita al paciente en una o dos semanas más para un examen periodontal definitivo y evaluación general, éstas se programarán según sean necesarias.

Deberán tomarse radiografías de aleta mordible pues por medio de ellas se podrá observar la integridad ósea de la cresta así como presencia de caries.

En caso de ser necesaria una cirugía para remodelar la encía, ésta deberá posponerse hasta 6 semanas después de que haya sido controlada y eliminada la enfermedad.

Al concluir el tratamiento periodontal, se volverá a examinar y valorar al paciente antes de darlo de alta. En este examen se hará una nueva ficha para registrar la profundidad de la bolsa, movilidad dentaria, y apreciación de la capacidad del paciente para realizar su higiene bucal.

Una vez concluido el tratamiento periodontal, la encía debe ser rosada, y unida con firmeza a los dientes. El punteado puede desaparecer después de la cirugía pero aparecerá después gradualmente en un lapso de varios meses. Los márgenes gingivales deben ser delgados y afirmarse hacia los dientes. Las papilas interdentarias vistas vestibularmente deben ser cónicas y la encía festoneada.

Al completarse todo el tratamiento dental, el estado de salud del periodonto debe ser óptimo, sin embargo ésto depende y demanda há--bitos apropiados por parte del paciente a pesar de algunos resultados negativos, ocasionales, por lo general el tratamiento y mante --nimiento preventivo del periodonto requiere de la necesidad de vol--ver a tratar algunas zonas, sirviendo ello, para extender el éxito del tratamiento y prolongar la vida útil de la dentadura natural.

C A P I T U L O VI

CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS PERIODONTALES

Los instrumentos periodontales dentro de lo que es la enfermedad periodontal tienen un papel importante como es lograr un periodonto sano estos instrumentos se clasifican en tres grupos: 1)Simples, 2)Quirúrgicos y 3)De pulido y limpieza.

1)Simples:

a)Sondas Periodontales

b)Pinzas marcadoras de bolsas

c)Exploradores

d)Raspadores Superficiales

e)Raspadores Profundos

f)Azadas

g)Cinceles

h)Curetas

i)Limas

2)Instrumentos Quirúrgicos:

a)Azadas Quirúrgicas

b)Bisturfes periodontales

- c) Interdent
- d) Instrumentos quirúrgicos de Kirkland
- e) Elevador Periódstico
- f) Tijeras
- g) Aspiradores
- 3) Instrumentos para limpieza y pulido
 - a) Taza de goma
 - b) Porta pulidor
 - c) Cepillo de cerda
 - d) Tira de Papel

De acuerdo al instrumental citado cabe decir que cada uno de ellos esta diseñado para una función específica así como puede ser la eliminación de cálculos, alisado de las superficies radiculares, curetaje de la encía o bien la remoción de tejido enfermo. La cantidad de instrumentos que existen induce a confusiones por utilizarse todos ellos al mismo fin es por esto que a continuación se hace una breve explicación de cada uno de ellos.

1) Simples.

a) Sondas Periodontales.- Tienen como finalidad localizar marcar y

determinar la bolsa periodontal sobre la superficie dentaria individual que se caracteriza por ser una hoja en forma de varilla troncocónica, calibrada con marcas cada un milímetro ó dos, punta roma redondeada. Para poder medir la bolsa se introducirá la sonda con presión firme y suave hasta el fondo de la misma.

b) Pinzas marcadoras de bolsas.-Este instrumento por su forma es parecido a las pinzas de algodón, está provista de una punta aguda y doblada formando un ángulo recto, la otra es roma y regularmente arqueada para así poderse adaptar al contorno dentario cuando éste se introduce a la bolsa. A su vez las hojas están unidas al cuello mediante una curva en forma de cuello de ganso esto nos servirá para marcar diferentes superficies del diente ya que para marcar una bolsa la punta roma se alinea con el eje mayor del diente y se introduce hasta el fondo de la misma.

c) Exploradores.-Existen muchos tipos de exploradores de los cuales el más usual es el combinado de números 23 y 17, este instrumento consiste en una hoja en forma de S y con una curvatura en ángulo recto en el extremo y la otra tiene forma de hoz. Este explorador se usa para localizar depósitos subgingivales antes de raspar y a su vez contro-

lar la lisura de la raíz después del tratamiento.

d) Raspadores superficiales.-existe un juego de raspadores de extremo doble para quitar depósitos supragingivales. Entre este juego se encuentra un raspador Universal con dos hojas en la misma línea del mango 1G y 2G, una de ellas tiene forma de hoz con los dos lados aplanados y el otro trapezoidal con un corte transversal, otro tipo de raspador que se utiliza es el 3G y 4G , presenta un par de hojas en forma de hoz y cuellos angulados. La superficie de este instrumento está formado por su parte interna ancha y se afina hacia la punta. Los bordes cortantes se encuentran unidos en la superficie interna y laterales. Existe un raspador superficial más fino con dos pequeñas hojas trapezoidales cada una con dos bordes cortantes.

La manera de utilizar estos instrumentos es evitar que dejen muescas en los dientes, por lo que se tratará de lograr una angulación aproximadamente menor de 90° respecto a la superficie dentaria.

La forma de utilizar este instrumento es colocando un borde cortante tomando el cálculo supragingival a la altura de la cresta del margen gingival y con movimiento firme se desprende hacia la corona. Este movimiento se repite hasta eliminar los cálculos visibles.

e) Raspadores profundos.-Números 7G y 8G, este instrumento se usa para la remoción de depósitos profundos. Es más fino que los raspadores superficiales y nos da acceso a profundizar a las bolsas con un mínimo de traumatismo en los tejidos blandos, esta formado por hojas largas, estrechas y en forma de hoz, la superficie interna es cóncava y la externa redondeada. Los bordes cortantes formados por la unión de los bordes laterales de las superficies internas y externas las cuales terminan en punta aplanada y redondeada.

La forma de utilizarse es introduciendo la hoja en la bolsa de manera que forme un ángulo inferior a 90° con el diente hasta localizar el cálculo subgingival el cual se desprende en dirección a la corona.

Otro raspador es el que tiene doble extremo con una pequeña hoja en forma de uña cada uno de ellos, su hoja es levemente curvada con un borde cortante recto bicelado a 45° , está diseñado para el raspaje profundo de dientes posteriores, particularmente las zonas de las fugaciones.

f) Azadas.-Estas azadas sirven para alisar y pulir superficies radicales y también eliminar restos de cálculos y cemento ablandado, es tan diseñados a doble extremo para dar acceso a todas las superficies

radiculares. La hoja se encuentra angulada a 99° , su borde cortante esta biselado a 45° , la hoja es ligeramente arqueada para que así mantenga contacto en dos puntas sobre una superficie convexa.

El uso de estos instrumentos tiene la finalidad de estabilizar y prevenir muescas en la raíz, para lograr este paso se introduce la hoja hasta la base de la bolsa periodontal hasta hacer contacto en dos puntos sobre una superficie convexa, y se activa con movimiento firme hacia la corona.

Entre otros tipos de azadas tenemos las de Mc.Call No. 3 y 4, es un juego de seis azadas diseñadas para dar acceso a todas las superficies dentarias.

g) Cinceles.-Generalmente se utilizan en la parte anterior de la boca, su diseño es adaptado para superficies proximales de dientes demasiado juntos lo cual permite el uso de otros raspadores. La forma del instrumento es de doble extremo, con un cuello curvo y uno recto para facilitar la limpieza; las -

hojas ligeramente curvas y el borde cortante recto, tiene un bisel a 45°.

h) Curetas.-Se tienen la cureta Universal y las de Gracey. La cureta Universal consiste en un cuello angulado con una hoja en forma de cuchará, la superficie externa es redondeada y la interna es plana de estas dos superficies se forman dos bordes cortantes. Se utilizan para las paredes blandas de bolsas periodontales y eliminar el tapiz externo de la adherencia epitelial, también se usan para eliminar fibras periodontales de paredes de defectos óseos a su vez sirven para desprender fragmentos de cálculos y alisar superficies radiculares.

Las curetas de Gracey, es un juego de curetas que vienen como instrumento de doble extremo, presentan diferente angulación.

Las curetas de Gracey tienen la misma finalidad que la anterior eliminar fragmentos de cálculos, alisar superficies radiculares y curetear los tejidos blandos. Estos instrumentos tienen la cualidad en el diseño de sus cuellos lo que permite un movimiento amplio en las superficies dentarias.

i) Limas.-Anteriormente eran de mucha utilidad para raspar y alisar raíces, se observó que este instrumento deja estrías y rugosidades so

bre las superficies radiculares. Por lo que se optó a no ser utilizadas, pero si pueden usarse para eliminar márgenes desbordantes de obturaciones.

2) Instrumentos Quirúrgicos:

a) Azadas Quirúrgicas.- La forma de este instrumento es de una hoja aplanada y su convexidad es pronunciada en su parte terminal. Esta azada es útil para alisar superficies radiculares después de algún procedimiento quirúrgico. La finalidad de este instrumento es desprender las paredes de las bolsas después de la incisión de una gingivectomía.

b) Bisturtes periodontales.- Es un instrumento de extremo doble y un par de hojas en forma de raspador, su periferia es un borde cortante formado por la unión de las superficies proximales. Se utiliza en gingivectomía y otras cirugías periodontales.

c) Interdent.- Instrumento de doble extremo diseñado para eliminar tejido interdentario durante la gingivectomía. Se utiliza para colgajos periodontales y para incidir la pared interna de bolsas infraóseas. Está formado por un par de hojas y sus bordes son afinados, existen -- otros tipos de Bisturtes periodontales como los de Orban que proporcionan acceso a zonas interproximales. Los de Buck que son en forma

lanceolada y los de Monahan Lewis que tienen hojas intercambiables.

d) Instrumentos quirúrgicos de Kirkland.- Los bisturtes periodontales de Kirkland es un juego completo diseñado para la técnica de gingivectomía, están adaptados para remover tejido enfermo después de una incisión para limpieza de superficies radiculares.

Proporcionan acceso a las superficies dentarias y alisamiento de las raíces. Cabe decir que son instrumentos pares que consisten en una hoja delgada aplanada y unida a un cuello angulado, sus bordes son en la superficie externa elíptica y la interna recta.

e) Elevador perióstico.- Este instrumento tiene diversas funciones en cirugía periodontal. Esta constituido en un extremo en forma redondeada y el otro por una hoja recta.

f) Tijeras.- Sirven en la cirugía periodontal para recortar márgenes de colgajos, agrandar incisiones en abscesos periodontales, eliminar lengüetillas de tejido durante una gingivectomía e inserciones musculares en una cirugía mucogingival. Existen diferentes formas de tejido con mango curvo y hoja biselada curva con estriaciones y tijeras curvas y rectas.

g) Aspiradores.- Son muy necesarios en todo tipo de cirugías perio-

dontales quirúrgicas. Entre los aspiradores tenemos la cánula de Fra^zzier es sencilla y eficaz, su forma y su tamaño permiten acceso a todas las zonas. Para eliminar el tejido y los residuos atrapados tiene un estilote adaptado para este fin.

Instrumentos para limpieza y pulido.-Aquí se utilizan la taza de goma, el portapulidor, el cepillo de cerda y la tira de papel estas se emplean para limpiar y pulir las superficies dentarias.

a)Las tazas de goma.-Consisten en una pieza ahuecada con estrías en su interior también pueden venir sin ellas. La forma de utilizarlas es usando un contraángulo para profilaxia. Se utiliza la pasta limpiadora esta se debe conservar húmeda para minimizar el calor al hacer fricción a medida que gira la taza. Se debe tener cuidado en la forma de utilizar esta taza ya que el uso enérgico de estas puede quitar una capa de cemento, el cual es muy delgado en la zona cervical.

b)El portapulidor.- Este es un instrumento de mano diseñado para sotener una punta de madera, esta punta se utiliza para aplicar la pasta pulidora sobre el diente.

c)Cepillos de Cerda.-Hay diferentes formas de cepillos pueden ser en forma de rueda y de taza y se usan en la pieza de mano con pasta

pulidora abarcando solamente a la corona para evitar lesión del cemento.

d) La tira de papel.-Se utiliza con pasta pulidora para pulir las superficies proximales ya que con otro tipo de instrumento no es posible la limpieza, se debe tener especial cuidado en no dañar la encfa.

Por último la zona se lavará con agua tibia para eliminar los restos de pasta.

CONCLUSIONES

Se ha observado que la enfermedad periodontal es uno de los padecimientos que abarcan un gran porcentaje de personas, sobre todo en edad adulta que es donde la enfermedad periodontal ha sido la causa principal de la pérdida de piezas dentarias.

El proceso de la enfermedad es de evolución lenta y progresiva ya que pudo haber estado presente en dichas personas desde su juventud sin que los signos hubiesen sido percibidos por ellos.

Por lo mismo es necesario hacer del conocimiento al paciente lo importante que es conservar su dentadura y para lograrlo es menester darles una explicación general de como se desarrolla esta enfermedad indicándoles que ésta se genera principalmente por residuos alimenticios, prótesis mal adaptadas, mal posición dentaria ó alteración de la mucosa gingival, todo esto afecta la salud del periodonto, produciendo resección gingival para dar paso a la movilidad dentaria y por consecuencia a la pérdida de las piezas si no es tratada oportunamente ya que las indicaciones expuestas resultan ser los causantes directos que contribuyen a la enfermedad periodontal.

Es claro que esta enfermedad es curable siguiendo una serie de cuidados constantes para el mayor éxito del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Periodoncia de ORBAN, Teoría y Práctica IV Edición, Editorial Interamericana, 1975.
- 2.-Periodontología de STEPHEN STONE Y PAUL J. KALIS, Editorial Interamericana, 1978.
- 3.-Medicina Interna de FARRERAS ROZMAN VIII Edición, Editorial Marín.
- 4.-Compendio de Urgencias en Medicina de GORDINER-HILL, Editorial Marín.
- 5.-Periodontología Clínica de GLICKMAN IRVING, Editorial Interamericana, 1974.
- 6.-Periodoncia de GOLDMAN HENRY, SHLUGER, COHEN, CHAIKIN, FOX , Editorial Interamericana, 1960.
- 7.-Odontología para el niño y el adolescente de RALPH E. MC. DONALD, Editorial Mundi, Junio 895
- 8.-ADM. Revista Oficial de la Asociación Dental Mexicana, Volumen XXXV No. 2, Marzo, Abril, 1978.