

520.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Odontología**

**PARODONTOPATIAS : DIAGNOSTICO,  
PREVENCION Y TRATAMIENTO.**

**TESIS PROFESIONAL**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
**P R E S E N T A :**  
ARCELIA MARIA VERONICA JIMENEZ SOLIS

**México, D. F.**

**1981**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## T E M A R I O

OBJETIVO

INTROUCCION

- I. DEFINICION
- II. PREVENCIÓN DE PARODONTOPATIAS
- III. ANATOMIA PARODONTAL
- IV. DIFERENCIAS DE PARODONTO INFANTIL Y ADULTO
- V. HISTORIA CLINICA
- VI. INFLAMACION
- VII. CAUSAS QUE PREDISPONEN LA ACUMULACION DE PLACA BACTERIANA
- VIII. ETIOLOGIA DE PARODONTOPATIAS
- IX. CLASIFICACION DE LAS PARODONTOPATIAS
- X. TRATAMIENTO PARODONTAL
- XI. TECNICAS QUIRURGICAS
- XII. CIRUGIA
- XIII. APOSITOS PARODONTALES

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

## OBJETIVO.

Sin duda, la cavidad oral sana es un fiel reflejo del estado de salud de cualquier ser humano; por tanto, su exploración aportará datos para establecer un diagnóstico oral certero. Este documento tiene como principal objetivo reafirmar la importancia que tienen los tejidos del sostén del diente para el cirujano dentista y un total conocimiento sobre los mismos para establecer un diagnóstico correcto al enfrentar cualquier parodontopatía.

Siempre deberá tenerse en cuenta el concepto de ecología con relación a la parodontopatía, porque los traumatismos y las infecciones actúan constantemente en la boca y el equilibrio ecológico depende de diversos controles - de orden sistémico y el tratamiento estará destinado a fracasar si se descuida alguno de estos factores.

Una vez que se conocen los factores que actúan en la enfermedad parodontal y se ha diagnosticado correctamente, el tratamiento a seguir puede ir desde una simple corrección de técnica de cepillado hasta la intervención quirúrgica y, de ser así, el paciente debe ser educado y preparado para la -- rehabilitación de su cavidad oral.

La educación del paciente, no debe limitarse únicamente a casos de cirugía: el dentista tiene el deber de hacerle saber las medidas adecuadas para prevenir dichas enfermedades.

## INTRODUCCION.

Estudios realizados en otras naciones señalan que aproximadamente el 75% de la población adulta con más de 18 años es víctima de esta enfermedad - oral que, después de la caries dental ocupa el segundo lugar en frecuencia. Las investigaciones clínicas sobre las enfermedades parodontales han permiti

-tido observar que éstas no se presentan con diferencias muy marcadas en los distintos países, industrializados o no, sin importar tampoco zonas geográficas o grupos de población.

En los adultos se presenta con mayor frecuencia, aunque actualmente se ha encontrado una manifestación más o menos clara en la etapa de formación de los dientes.

Las enfermedades parodontales aparecen insidiosamente, comenzando sin señales precoces, dolor o alteración facial. Después de un inicio con firmeza, pasan paulatinamente a destruir las áreas proximales, provocando en ocasiones la pérdida del diente sano. Por lo general, la descripción de las manifestaciones periodontales comienza con la inflamación de las gingivas y de las superficies laterales de los dientes; después de algún tiempo, los bordes de la gingiva proximales al diente comienzan a retraerse, abriendo el camino para la infección e inflamación de la membrana periodontal que circunda la raíz del diente, con el posterior desenvolvimiento de una bolsa gingival y la posible complicación de un absceso periodontal. Cuando los procesos destructores son prolongados atacan al hueso adyacente y a medida que éste se destruye el diente se afloja y se sale de su posición.

Los investigadores aún no llegan a una conclusión definitiva sobre las causas precisas que originan las enfermedades periodontales. Aseguran que no son provocadas por un solo factor, local o general, pero que sí es resultado de la confrontación entre varios posibles agentes de ataque y de la resistencia ofrecida por los tejidos afectados. Para establecer un diagnóstico es necesario que el médico revise al paciente con alteraciones de la mucosa bucal, desde sus condiciones generales de salud hasta la investigación de la evolución de los factores etiológicos locales. La valoración -

minuciosa puede aportar datos muy importantes a pesar de la existencia de una interacción de múltiples factores, todavía incompletamente comprendida que determina la susceptibilidad a padecer ligeras úlceras bucales y la severidad con que puede expresarse esta clase de procesos patológicos. La intensidad del ataque y el desvanecimiento de la defensa son puntos de partida de las enfermedades que, al no ser atendidas, conducen en forma paulatina hacia puntos críticos de enfermedad.

El tratamiento de las enfermedades parodontales debe consistir en una combinación de medidas destinadas a la eliminación y la disminución de los -- factores patógenos y al fortalecimiento de la resistencia de los tejidos. No pueden existir recomendaciones ya establecidas en cuanto a las necesidades del tratamiento una vez que se ha establecido la importancia de los diversos factores etiológicos.

## TEMA I

### DEFINICIONES

Parodoncia: Es la rama de la odontología que estudia los tejidos de soporte del diente en salud y enfermedad así como la prevención y tratamiento de sus enfermedades. Está compuesto por los siguientes tejidos: encía, hueso alveolar, cemento y ligamento periodontal.

Parodontopatía: Es cualquier alteración patológica del parodonto, sin importar el o los tejidos que abarca, ni estado o sexo del paciente.

## TEMA II

### PREVENCIÓN DE PARODONTOPATIAS

Actualmente se está produciendo un importante cambio en la orientación de la odontología estrictamente terapéutica y terapéutica combinada con prevención, ya no basta con evitar la recurrencia de la patología periodontal sino que se desea abatir la afección inicial antes de su comienzo eliminando los factores etiológicos; para lograr este objetivo de largo alcance es indispensable recurrir a todas las energías combinadas del equipo dental y auxiliares parodontales. Probablemente, lo más importante es la educación y motivación del paciente, quien realizará tales técnicas. Por lo tanto, es lógico que el primer paso para la prevención radique en la educación del paciente.

La motivación para conservar la dentadura natural deberá iniciarla el propio paciente, y el dentista debe reforzar este estímulo, que no tendrá éxito si el paciente no posee la orientación básica o los deseos de lograr la salud dental. Al encontrarse ante una situación así, el médico tiene la obligación de predisponer al paciente de manera tal que pueda realizar su propia meta de conservar o restaurar la salud dental.

Debe explicarse al paciente qué es la placa, qué aspecto tiene, cómo daña al tejido y cómo puede controlarse. Se informa de que la placa bacteriana se forma después de seis horas de haber cepillado sus dientes. La etapa primaria es la formación de una película glucoproteínica, sin bacterias provenientes de la saliva; ciertas bacterias poseen afinidad por la "película adquirida" y se adhieren a ella y a las bacterias vecinas. La acumulación creciente de placa bacteriana se origina debido al aumento en el número de bacterias adherentes así como a la multiplicación de los habitantes

presentes. Estos microorganismos están firmemente adheridos a la película y poseen forma estructural definida.

En la primera etapa de educación al paciente se le muestra la acumulación de sarro, lo cual se realiza mediante un espejo amplificador, iluminación adecuada y una sonda paradontal. Además de la visualización de la formación de placa utilizando un agente revelador, se le exponen los instrumentos de higiene dental y las técnicas apropiadas que se consideren aplicables a sus necesidades particulares. Se demuestra la técnica de cepillado dental particular en modelos dentiformes; ya realizada esta demostración se entrega el cepillo al paciente para que él practique la técnica dentro de su cavidad oral frente a un espejo para que se observe.

#### IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DENTAL

Uno de los instrumentos más antiguos para la higiene dental es el cepillo dental, muy eficaz para eliminar placa, materia alba y residuos alimenticios. Los cepillos manuales básicamente son de dos tipos: de cerdas naturales (pelo hueco de cerdo) y de cerda nylon.

Técnicas de cepillado dental:

- A) Técnicas de movimiento.
  - a) Técnica de giro y golpe.
  - b) Técnica fisiológica (Smith-Bell).
- B) Técnicas de vibración y presión.
  - a) De Stillman.
  - b) Charter.
- C) Técnicas de movimiento, vibración y presión.
  - a) Stillman modificado.
  - b) Charter modificado.

D) Técnicas de movimiento y presión.

a) Cepillado horizontal.

b) Frote vertical.

c) De Fones.

E) Técnica del surco.

a) Bass

F) Técnica vibratoria y de surco.

a) Bass modificada.

La selección de una técnica de cepillado dental para un paciente específico no es una decisión arbitraria; tampoco es correcto enseñar a todos los pacientes el mismo método de higiene bucal ya que existen algunos signos clínicos usados como criterios para seleccionar técnicas de control de placa que son:

- \* Carácter del tejido gingival (contorno, tono, textura, tamaño y nivel del borde libre de la encía en relación al vestíbulo).
- \* Índice y ubicación geográfica de las acumulaciones bacterianas locales.
- \* Tamaño y contorno de la arcada dental.
- \* Inclinação, posición y contorno del diente individual.
- \* Presencia y ubicación de áreas desdentadas.
- \* Tipo de sustitución, si existe, para dientes ausentes.
- \* Destreza del paciente individual.
- \* Nivel de motivación del paciente individual.

#### SUSTANCIAS AUXILIARES EN LA LOCALIZACION DE PLACA BACTERIANA

El cepillo dental, no logra la eliminación total de la placa; en la mayor parte de las bocas, una selección del método apropiado de cepillado debe

iniciarse con un cepillo específico con características adecuadas de diseño, pues esto permitirá una higiene correcta; para complementar esta limpieza últimamente se han empleado agentes reveladores de placa, enjuagues bucales y dispositivos de limpieza interdental o interproximal.

\*\* Agentes reveladores. Desde el final de la década de los cuarenta se han usado soluciones reveladoras para dar al paciente un medio de identificar y visualizar la formación de placa bacteriana, así como la cantidad de acumulación. La intensidad de la coloración y la variación de colores depende del agente revelador, de las colonias bacterianas y, en algunos casos, del tipo de bacterias que se encuentran presentes. La presentación comercial de los agentes reveladores varían de líquidos a tabletas (Eritromicina, Fucsina y preparación de Yodo).

\*\* Enjuagues bucales. Hasta hoy los enjuagues bucales elaborados para erradicar la placa bacteriana han incluido antibióticos y antisépticos destinados a reducir el número de masa de microorganismos, enzimas para interferir con la matriz bacteriana celular y agentes destinados a reducir la tensión superficial de la adherencia de las colonias bacterianas, (Cepacol, Astringosol, Cepascaína, etc.).

\*\* Dispositivos de limpieza interdental o interproximal. La región interproximal ha sido reconocida durante cierto tiempo como el área principal de inicio de enfermedad periodontal. Recientemente se ha implantado el uso de dispositivos interdenciales para la higiene de esta zona: hilo dental encerado y sin encerar, banda dental y estimuladores interdenciales.

## TEMA III

### ANATOMIA PARODONTAL

Los tejidos de soporte del diente que forman el parodonto son:

ENCIA

LIGAMENTO PERIODONTAL

CEMENTO

HUESO ALVEOLAR

Estos componentes se conforman de la siguiente manera:

ENCIA. Es una encía macroscópicamente sana y normal encontramos:

ENCIA MARGINAL

ENCIA INSERTADA

ENCIA PAPILAR O INTERDENTARIA

Encía marginal o margen gingival se encuentra libre y rodeando al diente en forma de collar; es de fácil desprendimiento porque no está adherida al diente en una profundidad de 1 a 2 mm. La pared interna forma el intersticio gingival, de color rosa coral y su terminación es en forma de filo de cuchillo.

La encía insertada está adherida al diente y recibe las fuerzas de la masticación. Su color es rosa coral, de consistencia es blanda. Su característica principal es su puntilleo semejante a una cáscara de naranja, aparece alrededor de los 4 años, el adulto siempre lo debe presentar, aunque disminuye en la vejez. El puntilleo se debe a que esta encía está dada por las prolongaciones de tejido conjuntivo al epitelio. El tejido conectivo es rico en colagena, es un haz constituido por fibras, las fibras por fibrillas y las fibrillas por microfibrillas. Su función es mantener a la encía unida al diente y darle cierta rigidez a la encía a nivel de cemento.

El color de la encía está dado por tres factores:

- a) Grado o cantidad de melamina.
- b) Grado de vascularización.
- c) Grado de queratinización.

La mucosa o epitelio bucal es muy delgada y vascularizada. La mucosa bucal se divide en mucosa masticatoria, que reviste encía y paladar, la del dorso de la lengua que es una mucosa especializada y el resto de la boca está revestida de un epitelio de protección.

La encía interdentaria tiene forma triangular con base en apical, está debajo del área de contacto interdental y anatómicamente depende de la posición interdentaria; su pared interna forma el intersticio y su profundidad es de 2 mm. Las papilas lingual y bucal se unen en una depresión llamada COL, no es queratinizada, pero una vez que los dientes desaparecen, el COL también lo hace y se vuelve queratinizado. Aquí no hay puntilleo pues sólo tiene dos capas de tejido conjuntivo que son la basal y espinosa. El intersticio gingival está formado por la parte interna del margen gingival y la encía interdentaria, la pared cementosa del diente (que es un tejido duro) y en la cresta papilar se encuentra libre y a un nivel más profundo se une al diente por la adherencia epitelial. No es queratinizada ni existen prolongaciones papilares, pero en su cara masticatoria sí la presenta.

**LIGAMENTO PERIODONTAL.** La raíz del diente está unida al alveolo por un tejido conjuntivo especializado que sirve de pericemento al diente y de periostio al hueso.

En una inserción de tejido conectivo denso y uniforme del diente al hueso alveolar. Está constituido por una serie de fibras colágenas que amortiguan la masticación y mantienen al diente en su lugar. Al estar en ten-

-sión se observan rectilíneas y se ondulan en estado de relajamiento. En el ligamento encontramos macrófagos, restos epiteliales de Malases, cemento-blastos, osteoblastos, osteoclastos, vasos sanguíneos, linfáticos y nerviosos. Su forma se compara a la de un reloj de arena; ensanchado de sus partes cervical y apical y estrecho en el tercio medio.

Cuando hay movimientos fisiológicos de los dientes, siempre hay tensión; en el lado opuesto habrá presión para mantener el cemento y al hueso en equilibrio. Como ya se mencionó está compuesto por fibras que actuarán como amortiguadores en las fuerzas de masticación y mantienen al diente en su lugar.

#### Clasificación de las fibras que se encuentran en el ligamento:

Fibras de la cresta alveolar: Van de la punta de la cresta al cemento.

Horizontales: De la cresta alveolar al cemento llevan una dirección perpendicular, horizontal al eje del diente.

Oblicuas: Son las más numerosas y transforman la fuerza de masticación o tensión hacia el hueso. Van del cemento radicular a la lámina dura del hueso alveolar en dirección oblicua.

Apicales: Amortiguan y mantienen al diente en su lugar; van del ápice al hueso en forma irradiada. No existen en niños, sólo se encuentran en los dientes permanentes con raíces perfectamente formadas pues resisten a las fuerzas de masticación que tienden a desalojar al diente hacia afuera.

Tranceptales: Mantiene la distancia entre un diente y otro sosteniendo los puntos de contacto. Van desde el cemento de una parte mesial de un diente hasta el cemento en la parte distal de otro diente contiguo pasando por encima de la cresta alveolar.

Circulares: Rodean el diente en forma de collar.

CEMENTO. Es tejido conectivo calcificado y especializado. Su origen es mesenquimatoso: su función es la inserción de la fibras del ligamento y protección de la dentina protegiendo la raíz hasta el cuello anatómico - del mismo. Su color es más claro que la dentina y más oscura que el esmalte. Su dureza está dada por los cristales de hidroxapatita, que es un material inorgánico. Como materia orgánico encontramos fibras de colágena, precolágena y ácido condroitinsulfúrico; como materia inorgánica; magnesio, fósforo y calcio además de la hidroxapatita. Las células formadoras del cemento son los cementoblastos.

Existen dos clases de cemento:

- a) Cemento acelular o primario, y
- b) Cemento celular o secundario.

El cemento acelular se encuentra en el tercio cervical y parte del tercio medio. El cemento celular está en el tercio medio y zona apical donde hay grandes cantidades de cementocitos debido a las grandes cantidades y fuerzas de masticación, al igual que en las bifurcaciones y trifurcaciones de las raíces. Siempre está remodelándose hasta que el diente desaparece.

Hay tres tipos de unión dentro del cemento y el esmalte:

- 1) Cuando el cemento y el esmalte no se unen y hay entre ellos dentina secundaria.
- 2) Cuando están unidos borde a borde.
- 3) Cuando el cemento cubre o tapa al esmalte.

HUESO ALVEOLAR. El hueso alveolar está formado por una matriz orgánica, la cual está compuesta en un 35% por fibras colágenas, que contribuyen a la fuerza y elasticidad del hueso y una matriz inorgánica compuesta en un 65% por fosfato de calcio, carbonato de calcio, cloruro de calcio y magnesio y

de estos elementos depende la rigidez del hueso y su dureza.

A nivel celular encontramos osteoblastos, osteoclastos y osteocitos. El proceso alveolar es la porción de los maxilares que forma y sostiene los alveolos donde están colocados los dientes. La pared interna del alveolo la integran el hueso delgado que es compacto y se denomina hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de sostén (que consiste en trabéculas óseas y tablas vestibulares, palatinas, linguales de hueso compacto).

Entre diente y diente el hueso forma lo que se conoce como tabiques interdentarios o crestas alveolares. Estos elementos funcionan como una unidad ya que todos intervienen en el sostén del diente que recibe las fuerzas oclusales de la masticación. El contorno óseo se adapta a las prominencias de las raíces y a las depresiones verticales intermedias.

Las fuerzas oclusales que se transmiten desde el ligamento periodontal hacia la parte interna del alveolo son soportados por el trabeculado esponjoso, que a su vez es sostenido por las tablas corticales vestibulares y linguales.

La vascularización proviene de vasos sanguíneos del ligamento periodontal y espacios medulares y de pequeñas ramas de vasos periféricos que penetran en las ramas corticales.

Formación del hueso alveolar. Primero se forma una matriz llamada Matriz Osteoide (el hueso alveolar propiamente dicho de cresta de hueso a la otra cresta, coronando a ambas crestas y rodeando a la raíz del diente). Luego sigue otra capa de hueso joven llamada Fasciculado, donde se insertan las Ligas Charper y el cemento están calcificadas, no así en el hueso. Sigue la tercera capa que es el hueso compacto o Lámina Dura o Cribiforme y enseguida el hueso esponjoso. Hay una lámina vestibular y una lingual y entre ellas hueso esponjoso.

## TEMA IV

### DIFERENCIAS DE PARODONTO INFANTIL Y ADULTO

#### DIFERENCIAS Y CARACTERÍSTICAS ENTRE EL PARODONTO INFANTIL Y EL PARODONTO ADULTO.

En el parodonto infantil se localiza la encía marginal, la encía libre, la encía insertada, la encía alveolar y un predominio de vasos sanguíneos. - Asimismo la unión mucogingival, igual que en el adulto, es firme y su textura es aterciopelada, su color es más rojo debido a que hay gran cantidad de vasos sanguíneos y menor número de fibras de colágena, y las que existen están menos organizadas en comparación con las del adulto. El grosor del epitelio es menor al igual que el grado de queratinización, por lo que es más susceptible a cualquier ataque inflamatorio o a enfermedades. - La profundidad del surco gingival llega a medir 5 mm. y es considerado normal (en adultos la profundidad de este surco es de 2 mm. normalmente); la encía en los niños es más brillante que en los adultos; el puntilleo de cáscara de naranja es más denso y notable en los adultos, las fibras de colágena más abundantes y mejor organizadas en los adultos; menos vascularización en los adultos lo que propicia un color rosa coral.

El cemento es más delgado en los niños que en los adultos; es de fácil tendencia a hiperplasia de cemento y a hipercementosis; en cambio, su ligamento parodontal es ligeramente más ancho, las fibras perospicales del ligamento son menos densas, menos organizadas, menos numerosas por el mayor grado de vascularización, y el margen gingival es redondeado.

El hueso está compuesto en su relación corona-raíz por lámina dura o compacta y es más delgada presentando menor grado de calcificación; en cambio presenta mayor aporte sanguíneo y linfático. La forma de la cresta ósea -

es plana y es fácil encontrar diastemas.

Las fibras de la encía en los niños varia, encontrándose tres tipos:

- a) Gingivodentales (de la punta de la cresta alveolar a la cresta de la encía),
- b) transeptales, que dan de un diente a otro, pasando por la cresta del hueso, y
- c) circulares, que rodean al diente en forma circular.

## TEMA V

### HISTORIA CLINICA

#### Definición e importancia

La historia clínica es el proceso que se sigue para obtener y establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento a través de un interrogatorio, la inspección, la palpación y, algunas veces, con estudios de laboratorio. Con frecuencia se menosprecia la historia clínica, en ocasiones no se realiza o bien se hace de manera muy incompleta. La historia clínica es de inmenso valor, ya que constituye la primera ayuda que puede proporcionar la información más importante para establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento, y que también aportará los datos completos del paciente, el inicio y evolución de la enfermedad a combatir.

Si bien la práctica odontológica es ejecutada por todos en forma más o menos semejante, es frecuente que no se preste la debida atención.

Para que cumpla verdaderamente su función una ficha clínica deberá incluir los siguientes datos:

#### Datos administrativos:

Nombre del paciente, sexo, edad, estado civil, ocupación, lugar de naci- -

-miento, domicilio actual, teléfono de domicilio y el de trabajo, estudio socioeconómico.

Parte clínica:

Causa de la consulta (motivo de que haya acudido al dentista). Lo que el paciente siente y cómo lo expresa, describiendo exactamente la naturaleza y curso del procedimiento que motivó la consulta.

Interrogatorio o anamnesis:

- \* Tratamiento médico actual o anterior.
- \* Fármacos, cantidad y tiempo de tomarlos.
- \* Intervenciones quirúrgicas y molestias postquirúrgicas.
- \* Enfermedades graves.
- \* Alergias o reacciones a medicamentos y/o alimentos.
- \* Traducir médicamente el lenguaje del paciente.
- \* Selección de los datos.

Antecedentes familiares:

Datos importantes relativos a parientes sanguíneos, que padezcan, o hayan padecido Diabetes mellitus, Sífilis, Hemofilia, Tuberculosis, Cardiopatías de cualquier índole, Discrasias sanguíneas, Neoplasias, Epilepsia, etc.

Revisión de sistemas orgánicos:

Preguntas relativas a la función de diversos sistemas y aparatos orgánicos. Cabeza. Vista, oído, boca (comprendiendo todas las estructuras anatómicas de ella).

Cuello. Glándulas tiroides y nódulos linfáticos.

Aparato respiratorio. Tos, disnea, expectoración, dolor torácico, laringitis, faringitis, rinitis, etc.

Aparato cardiovascular. Dolor, disnea, edema, palpitaciones, hipertensión

arterial, hipotensión arterial, palidez, anemia, coagulación tardada, sangrados abundantes sin causa aparente, epistaxis, discracias sanguíneas, mareos, falta de aire, fatiga en esfuerzos pequeños.

Aparato gastrointestinal o digestivo. Náuseas, vómito, dolor a la deglución, anorexia, gastritis, dolor epigástrico, cólicos, diarreas, estreñimiento, tenesmo, problemas hepáticos, ictericia actual o anterior, crecimiento abdominal, etc.

Aparato genitourinario. Disuria, nocturia, frecuencia de micción, poliuria dolor en la micción, menarca, menopausia, dolores antes o durante la menstruación, duración de sangrado, anticonceptivos, número de hijos, número de abortos, enfermedades venéreas, etc.

Sistema endocrino. Obesidad, Diabetes Mellitus (poliuria, polifagia, poli-dipsia), rápida pérdida de peso o aumento de peso, hipertiroidismo o hipotiroidismo, etc.

Sistema nervioso. Cefalea, intranquilidad, trastornos en los órganos de los sentidos, sensibilidad, movilidad, coordinación, orientación, migrañas, epilepsias, doble imagen, etc.

Examen extraoral. Labios (color, consistencia, pigmentaciones, fisuras, tumores, ulceraciones, etc). Articulación temporomandibular (ruidos, malformaciones congénitas, etc.). Asimetría facial, estrabismo y alteraciones palpebrales.

Examen endobucal. Paladar duro, paladar blando, carrillo, lengua, piso de boca, glándulas salivales, encías, dientes, uvula, amígdalas, orificios de las glándulas salivales.

Diagnóstico. Serles radiográficas, biometría hemática, química de la sangre, biopsias y todos los análisis que ayuden a un diagnóstico correcto.

Plan de tratamiento. Puede ser médico, quirúrgico o combinado.

Epicrisis o juicio. Todo lo que sobreviene a la operación, evolución del paciente y alta.

### Ficha clínica parodontal

#### 1. Etiología:

Enumerar las causas de la parodontopatía en orden de importancia.

#### 2. Padecimiento actual:

Motivo de la consulta.

#### 3. Parodontograma:

Hacer uno, incluyendo todas y cada una de las piezas dentales con los siguientes datos:

- a) Marcar el margen gingival con color rojo.
- b) Marcar con color verde las bolsas parodontales.
- c) Marcar con color azul los abscesos existentes.
- d) Marcar las migraciones con
- e) Diente ausente se encierra en un círculo.
- f) Se marca con morado la caries.
- g) Con amarillo las obturaciones.
- h) Prótesis parcial removible en negro.
- i) Prótesis fijo café.
- j) Movilidad según sus grados 1º, 2º, 3º
- k) Dolor a percusión.
- l) Extraído, Intraído.
- m) Giroversión

El examen se debe hacer en todos y cada uno de los dientes, y en toda la encía.

4. Diagnóstico:

Aquí se puede recurrir a las series radiográficas a las características que presente la encía. También se establece un diagnóstico diferencial para un diagnóstico correcto.

5. Plan de tratamiento:

En esta fase el paciente ya habrá practicado la técnica de cepillado y saber si coopera o no. La técnica de cepillado es importante para cualquier tratamiento que se efectúe; entre éstos están:

- a) Odontosexis;
- b) Ginginectomia;
- c) Gingivoplastia;
- d) Balance oclusal;
- e) Exodoncia.

6. Epicrisis:

Momento en que se dá de alta al paciente.

TEMA VI

INFLAMACION

El hombre debe a la reacción de inflamación y reparación su capacidad para contener las lesiones y reconstruir defectos.

La inflamación puede definirse como la respuesta de la economía a daño tisular que entraña reacciones nerviosas, vasculares humarales y celulares dentro del sitio lesionado. Esta respuesta sirve para destruir, diluir o detener al agente agresor y a las células que éste haya podido destruir.

La separación comienza durante la fase activa de la inflamación, pero termina después que ha neutralizado la influencia perjudicial, las células y los teji-

-dos destruidos son sustituidos por células vitales, aunque a menudo el defecto es cubierto por células fibroblásticas especializadas que forman cicatriz.

El carácter básico de la respuesta inflamatoria inmediata casi siempre es la misma, sin que influyan el sitio y el carácter del agente perjudicial.

La intensidad y la duración de la reacción inflamatoria pueden considerarse como un precario equilibrio entre atacante o agente agresor y huésped.

La inflamación aguda puede suscitar manifestaciones localizadas al sitio de lesión o acompañarse de cambios sistemáticos generales.

Los signos clínicos bucales de la inflamación se han caracterizado clásicamente como: calor, rubor, edema, dolor, y pérdida o disminución de función.

El calor y el rubor locales resultan de la dilatación de la microcirculación en las cercanías del foco lesionado.

El edema es producido principalmente por el escape de líquido que contiene proteínas plasmáticas y otros solutos de sangre hacia los tejidos perivasculares, fenómenos llamados trasudación y exudación.

El dolor se ha atribuido a compresión del líquido extravascular sobre las terminaciones nerviosas.

#### INFLAMACION PARODONTAL.

Los cambios de coloración de la encía, clínicamente son el primer fenómeno de la inflamación; no se define por lo poco que dura, pero en el segundo paso la vasoconstricción, se toma en cuenta lo siguiente:

- \* Color de piel del individuo y su influencia en la encía.
- \* Grosor de epitelio para saber el grado de queratinización y vascularización.

La encía sirve como parámetro indicativo de salud o enfermedad. En salud el

color de la encía marginal debe ser el mismo que el de la insertada; en la inflamación, lo primero que cambia de color es la papila (en la punta) ya que es la parte menos queratinizada y la más alejada del tejido conectivo, al aumentar la permeabilidad, el color rojo brillante invade todo el margen gingival, y se tiene una hiperemia activa y puede quedar en este estadio si no es suficientemente fuerte el proceso inflamatorio. Si esto continúa, hay salida de plasma y en cuanto se presenta edema; al haber edema de inmediato hay aumento de volumen y la encía se ve lisa, brillante y turgente. Si en este punto entra la parte defensiva y es lo suficientemente fuerte permitiendo que el fibroblasto forme colágena, el edema irá acompañado de fibrosis, en cuyo caso la encía se observa de color rosado muy similar al que se observa en salud. Está firme, pero aumentado de volumen y, por lo tanto, pierde su aspecto fisiológico y se queda en el estadio de fibrosis, pero la respuesta defensiva no es tal si el fibroblasto no forma colágena; aquí se inicia la salida de las proteínas y aumenta la viscosidad de la sangre y su color cambia de rojo brillante a obscuro y se encuentra una hiperemia pasiva. Al salir las células, aumenta más la viscosidad de la sangre y su velocidad se disminuye; en esta fase cambia el color de rojo obscuro a azulado y en cuanto se encuentra una estasis o sea el estancamiento total de la sangre, y el color de la zona afectada pasa de azuloso violáceo produciéndose la necrosis o muerte del tejido dañado. Al llegar a este punto es irreversible y, por lo tanto, hay necesidad imperiosa de eliminarlo, ya que de otro modo se afectan los tejidos vecinos.

#### FLORA BUCAL

A. Los microorganismos bucales son principalmente parásitos motivados de patogenicidad escasa o nula, pero algunos son patógenos verdaderos. Pueden desencadena una enfermedad bucal o complicar padecimientos causados por otros fac-

-tores porque la población microbiana está en balance simbiótico, varían de tiempo en tiempo y algunos grupos mantienen nivel relativamente constante; es variable también el porcentaje de organismos semejantes en la boca de cada paciente.

Los organismos normalmente que se encuentran poblando la cavidad oral son siempre estreptococos Alfa y Gamma, estreptococos anaerobios, filamentos gram-positivo, bacillos filiformes, vibriones, bacteroides, muchas formas de espiroquetas, cocos gram-positivos y gram-negativos, estreptococos hemolíticos, neumolíticos, actinomicetos y levaduras de varias clases que incluyen la Monilia.

#### B. Definición de placa bacteriana

Se denomina así a una capa de proteína salival que se adhiere a una pequeña porción de la superficie del esmalte dentario, principalmente a aquellas zonas no sujetas a autoclisis y en la que se adhieren posteriormente los microorganismos de la flora bucal. Los microorganismos que se encuentran en la placa bacteriana lo hacen con diferente frecuencia y diversas proporciones están en estrecha relación con la dieta, pues los alimentos ingeridos sirven de sustrato a las bacterias. Muchas de ellas no están restringidas a un sólo metabolismo y pueden utilizar alternativamente aminoácidos como fuente de energía o sustrato para su nutrición.

#### C. Microorganismos que se encuentran en la placa bacteriana

La placa bacteriana está compuesta por sustratos y microorganismos que llegan a poblarla.

El sustrato es una película adquirida, es acelular y compuesta por mucopolisacáridos y dextrana, levanos y proteínas de la ingesta, proteínas de la saliva, proteínas del metabolismo bacteriano y mucoides de la saliva.

El sustrato forma una matriz pegajosa donde se adhieren las bacterias, sin la

formación de esta matriz no hay formación de placa bacteriana.

Los microorganismos que se encuentran en esta placa son principalmente:

Estafilococos gram-positivos que producen la enzima Hialuridasa.

Estafilococos gram-negativos que producen Endotoxinas.

Bastones gram-negativos anaerobios como *Espiralis Barreia* y *Treponemas* que producen Endotoxinas.

*Bacterioides melanogénico* que produce Colagenasas y Proteasas.

Elementos filamentosos como el *Leptotrix* y *Actinomicetes* que son los calcificadores de la placa bacteriana, *Vaillonella*, *Selenomana Suptigeno* que produce la sustancia necrosante del epitelio.

Se calcula que existen de 200 a 500 millones de microorganismos en cada miligramo de placa bacteriana.

## TEMA VII

### CAUSAS QUE PREDISPONEN A LA ACUMULACION DE PLACA BACTERIANA

Higiene dental incorrecta.

Recesión gingival.

Mala posición dentaria.

Restauraciones mal ajustadas.

Enfermedades agudas (Enfermedad de Balsam).

Anatomía dental defectuosa.

Frenillos vestibulares muy profundos.

Prótesis defectuosas.

Dientes faltantes.

Cúspides impelelentes o de pistón.

Áreas de contacto defectuosas.

Masticación unilateral.

Respiradores bucales.

Sarro Intempestivo.

Cepillado dental imperfecto.

Ingesta (tipo de alimentación).

Lesiones cariosas próximo-cervicales.

Márgenes divergentes.

Diastemas.

Operculitis o pericoronitis (capuchón que tienen los dientes cuando erupcionan)

## TEMA VIII

### ETIOLOGIA DE PARODONTOPATIAS

En realidad, siempre hay una predisposición para la patología en el parodonto. Generalmente, la parodontopatía no es provocada por la base alimentaria, ya - han encontrado fósiles y se ha observado que tenían reabsorción de hueso. Para ordenar y abarcar las causas que originan la parodontopatía se han dividido en dos grandes grupos:

1. Causas locales.

2. Causas generales.

1. Factores locales. El lugar predisponente cubre los factores que originan la parodontopatía lo ocupa la acumulación de placa bacteriana, que en la niñez es cariogénica, es decir, ataca a los dientes y en épocas más maduras del niño se transforma en parodontogénica, atacando los tejidos de - sostén del diente; una vez que la placa bacteriana está establecida es - muy difícil quitarla, ya que está altamente organizada.

En pocas cantidades no se observa a simple vista; cuando aumenta de tama-

-ño y es apreciable, se observa gris o amarillenta. Una vez que ha calcificado se transforma en lo que se conoce con el nombre de sarro.

Existen dos tipos de sarro:

a) sarro supragingival,

b) sarro subgingival.

El primero siempre se coloca y se encuentra por arriba del margen gingival, no es muy calcificado, su color amarillento o blanquecino y es de fácil eliminación.

El segundo es muy duro, su color es oscuro, muy calcificado y bastante difícil de eliminar; se encuentra localizado por debajo del margen gingival.

2. Causas generales. El estado general de salud o enfermedad del individuo, repercute en el estado de salud o enfermedad de su parodonto. Entre los más comunes de este tipo tenemos:

Diabetes Mellitus.

Hiperparatiroidismo.

Anemias.

Discrasias sanguíneas.

Disfunciones ováricas.

Transtornos de nutrición.

Fármacos.

Stress.

Enfermedades infecciosas.

#### DIABETES MELLITUS

Entre las modificaciones bucales o causadas por la diabetes o concomitantes - ella se han descrito éstas: boca seca; critemo de la mucosa bucal, lengua saburral, enrojecimiento de la lengua, tendencia a la formación de abscesos para

-dontales, polipos gingivales pediculados, tumefacción de las papilas gingivales y enfermedad parodontal destructiva crónica con aflojamiento de las piezas dentales.

Hasta ahora no se ha aclarado si los cambios bucales atribuidos a la diabetes son en realidad causadas por la enfermedad en sí misma, o dependen de transtornos metabólicos, o de factores locales preexistentes o concomitantes.

En la diabetes se aumenta la susceptibilidad a infecciones más graves y hay retardo de la curación de tejidos bucales; sin embargo, la inflamación en la cavidad bucal de los diabéticos depende de factores locales.

La enfermedad parodontal es más grave en los diabéticos pues en biopsias de encía de estos pacientes se ha encontrado una microangiopatía similar a las observadas en los capilares y arteriales de la piel.

#### HIPERPARATIROIDISMO

El hiperparatiroidismo que suele ocurrir en los adultos, los maxilares revelan disminución generalizada de la densidad con trozos trabeculados delgados como encaje. En ocasiones las raíces dentales presentan aspecto excesivamente puntiagudos y puede haber movilidad de los dientes.

#### ANEMIAS

Existen varias clases de anemias y entre las mas comunes está la perniciosa, la provocada por deficiencia de hierro, la de glóbulos calciformes, la de Cooley. En la anemia perniciosa o macrocítica hipercrónica, la mucosa y los labios adquieren un color palido y amarillento y presentan ulceración por traumatismos insignificantes.

La palidez intensiva de la encía es un signo notable en la anemia perniciosa. La lengua se pone lisa y roja por la atrofia de las papilas fungiformes y filiformes, la deglución es dolorosa.

Anemia por deficiencia de hierro (microcítica hipocrémica).

Hay un color gris muy notable de la mucosa bucal, se producen cambios atróficos en la lengua si la anemia es intensa. En el paciente con anemia crónica puede desarrollarse un síndrome que incluye glositis, inflamación de mucosa bucal y orofaringe, disfagia que ha recibido el nombre de Síndrome de Plummer Vinsen. El borde rojizo de los labios es muy delgado, la abertura de la boca es estrecha y muchas veces hay queilosis angular. Esta anemia es más frecuente en la mujer y es provocada por la deficiencia de hierro y complejo B.

Anemia de glándulas calciformes. Hay osteoporosis generalizadas de los máxilares con alineamiento particular en los escalones de las trabéculas de los tabiques interdentes; hay palidez y color amarillento en la mucosa bucal.

Anemia de Cooley. (Eritoblástica o mediterránea).

Hay palidez y cianosis de la mucosa, maloclusión por crecimiento excesivo de la apófisis alveolar del maxilar superior, separación de dientes que produce grandes espacios interproximales.

**DISFUNCIONES OVARICAS**

Hay varios tipos de trastornos gingivales en los cuales se considera que la modificación de hormonas sexuales es el factor o inicio de la complicación.

La pubedad a menudo se acompaña de alteraciones notables como reacción a restos alimenticios u otros irritantes locales que ordinariamente sólo causarían cambios ligeros. La frecuencia y gravedad de los trastornos gingivales aumentan durante esta etapa, pero no necesariamente. Con un buen cuidado de la boca pueden evitarse.

Durante el ciclo menstrual hay pacientes que presentan trastornos menores como "encías sangrantes" periódicas, altas, vesículas herpéticas o úlceras en la cara interna de los labios, lengua o mucosa bucal. Estos trastornos se pueden

presentar 2 o 3 días previos a la menstruación, que desaparecen durante la gestación y reaparecen durante el puerperio.

El embarazo aumenta la reacción gingival a los irritantes locales, al incrementar la vascularidad de las encías. Así, se produce un cuadro clínico diferente del que se observa en ausencia de gravidez, ya que la vascularidad es el signo clínico más notable. La encía se inflama y cambia de color rojo vivo a rojo - azulado con aumento y tendencia a sangrar. El borde gingival es edematoso, -- brillante y a veces con aspecto de frambuesa.

Los cambios gingivales suelen ser indoloros.

Cuando se usan anticonceptivos por vía bucal la respuesta gingival a los irritantes locales se agrava, de modo similar al embarazo.

En la menopausia, va paralelamente a los cambios vaginales con respuesta a los cambios en estas mucosas. La paciente presenta una sensación seca y urente en toda la cavidad bucal; se aprecia eritema, brillante y difusa, en la mucosa bucal.

#### TRANSTORNOS DE LA NUTRICION

Es indudable que los trastornos de la nutrición afecten el desarrollo y el mantenimiento de la salud de los tejidos bucales y su reacción a los factores locales. Ultimamente, se ha prestado atención a un aspecto poco explorado de la nutrición: sobre la flora bacteriana bucal. Por el efecto sobre las bacterias - de la boca, la composición de la diente puede influir en la distribución de tipos de gérmenes, su actividad metabólica y su potencial patógeno, que, por su parte afectan la presencia y la gravedad de la enfermedad bucal.

Se han relacionado las modificaciones específicas de la mucosa bucal con diferencias de los distintos componentes del complejo B; pero, por lo regular, la carencia es de varios elementos.

En la deficiencia de riboflavina se observan glositis atrófica, queilosis angular y gingivoestomatitis; la carencia de piridoxina, ácido nicotínico o pantoténico de calcio también produce queilosis angular. A la carencia de ácido nicotínico se le ha atribuido inflamación necrosante de las encías; la insuficiencia de vitamina D produce formación deficiente de Colágena, edema, hemorragias microscópicas en la encía y en las membranas parodontales. La falta de vitamina K provoca hemorragia gingival.

#### ENFERMEDADES INFECCIOSAS

##### Tuberculosis

No es raro y suele ser secundario a infección pulmonar. La lesión presenta como úlcera en la lengua, encías o mucosa bucal. A menudo comienza como nódulos rodeados de una zona roja que corresponden a tubérculos múltiples, que ulteriormente se ulceran; las úlceras se unen y forman una lesión externa de contorno irregular cubierta de una escara blanca grisácea. Las lesiones se caracterizan por causar dolor intenso y suele haber sialorrea notable. La biopsia descubre el cuadro inflamatorio granulomatoso característico.

##### Sífilis

Esta produce gran variedad de modificaciones en la mucosa bucal. En el periodo primario puede apreciarse chancros labiales e intrabucales.

El periodo secundario se caracteriza por placas mucosas y menos lesiones maculosas en la lengua. La sífilis terciaria puede provocar gomas en paladar duro, blando y lengua. El tejido cicatricial al curar las lesiones gomosas en la lengua origina un aspecto lobulado.

## TEMA IX

### CLASIFICACION DE LAS PARODONTOPATIAS

Para que exista o se desencadene una parodontopatía es indispensable la existencia de un irritante local.

Se clasifican en dos grandes grupos:

1. Inflamatoria.
2. Degenerativa.

La primera suele presentar dos caracteres distintos: agudo o crónico.

En la generativa localizamos la gingivosis y la parodontosis.

#### PARODONTOPATIAS INFLAMATORIAS AGUDAS:

- \* Gingivitis necrosante ulcerosa.
- \* Gingivitis viral o herpética.
- \* Gingivitis estreptocócica.
- \* Absceso periapical.
- \* Absceso Parodontal.
- \* Absceso gingival.
- \* Pericoronitis.

#### Gingivitis necrosante ulcerosa o ulceronecrotizante

Es una enfermedad que afecta a la encía; también se le conoce con los nombres de Gingivitis ulceronecrotizante membranosa, Enfermedad de Paul Vincent o Enfermedad Trinchera.

Su etiología es desconocida, pero se ha demostrado que se encuentra en pacientes que:

- a) Tienen respiración defectuosa.
- b) Posterior a una enfermedad de tipo debilitante.
- c) Stress emocional.

- d) Después de un trabajo intenso.
- e) En estudiantes.
- f) En homosexuales, o adictos a alcoholismo, tabaquismo y drogas.

Los síntomas son olor fétido, hemorragia gingival, aumento de salivación, dolor irradiado y corrosivo que se intensifica al contacto con los alimentos -- calientes o condimentados; puede haber aumento en la temperatura y en la presión; en casos agudos hay decaimiento del paciente.

El dolor se presenta porque quedan expuestas las terminaciones nerviosas del tejido conjuntivo subyacente. El olor se debe a la necrosis de la gingiva, -- hay sangrado que es espontáneo, adenitis regional, astenia, anorexia, y no es contagiosa. Puede ser local o generalizada.

Clínicamente se observa una pseudomembrana grisácea o amarillenta; esta pseudomembrana se puede retirar con facilidad con una torunta de algodón empapada -- en una solución de agua destilada. La encía está erosionada, el tejido es rojo brillante, sangrante y se manifiesta dolor. Al cicatrizar, la huella característica es de forma de cráter o de taza, en la cual se aprecian unas mesetas. En el tejido marginal hay inflamación aguda; en el epitelial hay necrosis, y -- en el conjuntivo ruptura de capilares.

Existen cuatro tipos de capas en la que se distinguen diferentes tipos de microorganismos:

- Zona 1. Hay bacterias y espiroquetas.
- Zona 2. Rica en neutrofilos, leucocitos y espiroquetas combinadas con leucocitos.
- Zona 3. Esta necrótica del tejido epitelial, hay células desintegradas, restos de fibras colágenas y algunos microorganismos.
- Zona 4. Varios tipos de microorganismos, pero predominan las espiroquetas de mediano y gran tamaño.

Tratamiento. Generalmente se usa antibiótico (Penicilina, Eritromicina, Lincomicina o Tetraciclina) para controlar las bacterias, y mucha higiene. Una vez cicatrizada se hace una gingivoplastia. Si se detecta gran stress, se recomienda al paciente consultar con su doctor para controlar el estado de angustia.

#### Gingivitis viral o herpética

Es una infección de la cavidad oral causada específicamente por el virus Herpes Simple. Este tipo de enfermedad se combina con otra infección. Es altamente contagiosa. Con frecuencia ataca a los niños, pero sobre todo a los que tienen carencias nutricionales y durante el embarazo.

Las zonas de proyección son boca, labios, mucosa, carrillos, paladar, pero más constantemente en los bordes de la lengua.

Aparece como un tipo de lesión difusa; la encía se presenta brillante; la mucosa adyacente alveolar con grados de abscesos y edema.

En el periodo primario es de color grisáceo, presentándose como una vejiga que a las 24 horas se rompe y forma úlceras dolorosas de color rojo en la periferia y color amarillento al interior. Altera la encía en forma difusa, al igual que la mucosa oral y los labios, pero en menor proporción.

Presenta un tipo de irritación generalizada, impidiendo la alimentación adecuada, específicamente se presenta dolor al formarse las ulceraciones, por el tacto, en el momento de la masticación, y durante la higiene. Existe Alitosis, -- también recibe el nombre de Gingivo-Estomatitis o Estomatitis Viral. Tiene un tiempo de duración de 7 a 14 días.

Tratamiento. Cuando se rompe la cubierta epitelial y queda expuesto el tejido conjuntivo se puede infectar con bacterias; en ese momento se debe aplicar antibiótico. Cura por sí sola.

### Gingivitis estreptocócica

Se presenta principalmente en los niños. Existe aumento de coloración en la encía así como de tamaño, intenso dolor, por lo que habrá dificultad al comer, al hablar y durante la higiene. Se produce Alitosis, hay Cialorrea, etc. Es altamente contagiosa. Al ser provocada por bacterias, puede ser atacada con antibióticos.

### Absceso periapical

Es un proceso supurativo crónico o agudo del periápice que es consecuencia de caries, traumatismos que resultan en necrosis pulpar, o bien, medicamentos endodónticos.

Clinicamente, en el absceso agudo, el diente está en forma ligera extruido del alveolo, el paciente sufre de gran dolor, puede haber fiebre y adenitis regional.

Radiográficamente tiene un progreso muy rápido y sólo puede verse un espaciamiento en el ligamento.

En absceso crónico por lo general no hay datos clínicos observables; radiográficamente representa una zona radiolúcida difusa en la zona apical.

El área de supuración está compuesta por una zona central de leucocitos polimorfonucleares en desintegración, rodeada por leucocitos y linfocitos; hay vasodilatación y el tejido que rodea la zona de supuración contiene exudado.

Tratamiento. Drenaje por apertura de la cámara o por extracción del diente, terapia endodóntica. Medicamentos a base de antibióticos.

Si no se trata, el absceso puede complicarse y presentarse por extensión de la infección la osteomielitis, celulitis, bacteremia o hasta trombosis en el seno cavernoso.

### Absceso paradontal

Es causado por procesos cariosos o traumatismos, restauraciones incorrectas que permiten la reincidencia de la lesión cariosa. Generalmente se forma una fístula que se debe a un punto menor de resistencia de los tejidos.

Casi siempre se localiza en el tercio medio radicular y lateralmente, hay dolor a la percusión, inflamación y movimiento.

Cuando hay agrandamiento gingival en la encía marginal, se presenta como una especie de hinchazón en la pared lateral de la raíz, y tiene varias formas de extenderse:

- \* Producida por bolsas paradontales y una penetración profunda de la infección a los tejidos paradontales.
- \* Extensión lateral de la inflamación proveniente de una superficie interna de la bolsa paradontal.
- \* Describe un trayecto tortuoso de la raíz y es profunda, por lo que no se encuentra salida para drenar.

Las bolsas pueden ser Supraosea, Infraosea y Tortuosa.

### Absceso gingival

El diente tiene la característica de ser sensible a la percusión y no se aprecia radiográficamente.

Tratamiento. En la primera consulta se recetan medicamentos a base de antibióticos (Penicilina o Eritromicina) y a las 24 horas un tratamiento quirúrgico.

### Pericoronitis aguda

Se refiere a la inflamación de los tejidos gingivales que rodean y se encuentran sobre un diente parcialmente erupcionado, encontrándose con mayor frecuencia en los terceros molares, de forma especial en la arcada inferior.

Lo inaccesible del área para una buena limpieza, así como el traumatismo poten-

-cial causado por dientes antagonistas; hace que este tejido sea especialmente vulnerable a una infección aguda. El potencial de crecimiento bacteriano unido a la menor resistencia del tejido suprayacente presenta todos los signos clínicos de inflamación.

El paciente con pericoronitis aguda se queja de dolor muy fuerte en la región afectada que puede extenderse hasta la garganta o hacia arriba, a lo largo de la rama del maxilar inferior. Es común la limitación de la abertura de la cavidad oral Trismus, agrandamiento de los nódulos linfáticos regionales y sensibilidad Linfadenitis, fiebre elevada e interferencias al deglutir.

Tratamiento. Al iniciar se recomienda la irrigación del área con una solución salina tibia por medio de un bombeo enérgico alrededor del área, lengua y carrillos.

Según la extensión de los síntomas pueden recetarse antibióticos por vía oral para aliviar malestares.

La terapéutica definitiva para exacerbaciones pericoronarias incluye la eliminación del tejido blando suprayacente o la extracción futura del diente.

#### ENFERMEDAD PARODONTAL CRÓNICA

##### A. Gingivitis

Existen diversos tipos de gingivitis, tales como Gingivitis marginal simple, Hiperplasia gingival, Gingivitis modificada por factores sistémicos, y Gingivitis atrófica.

Gingivitis marginal simple. Los cambios ocurren especialmente en el color gingival, hay un leve cambio de rosado a eritematoso; se presenta una ligera alteración del contorno, con expansión del margen gingival libre junto con la destrucción incipiente del tejido papilar; el dato más importante es la hemorragia gingival con el más mínimo roce, esto como resultado de la ulceración del epite

-ilo. Hay hiperemia activa, aumento en el número de células plasmáticas, linfocitos y algunos leucocitos polimorfonucleares en el tejido conectivo.

Hiperplasia gingival. Los hallazgos clínicos son aumento de tamaño gingival, alteración de la forma normal, cambio en el tono tisular, aumento importante en la profundidad del surco, formando una bolsa; ésta se clasifica como pseudo bolsa, ya que es causada por la expansión del tejido marginal en sentido coronario y no por un movimiento apical en la adherencia epitelial más allá de su nivel fisiológico. El tono del tejido gingival puede ser fibrótico o flácido (este último causado por un edema considerable, hiperemia y destrucción de fibras -- colágenas).

Dentro de las hiperplasias encontramos la fibromatosis gingival hereditaria y la gingivitis por dilantina.

La fibromatosis gingival hereditaria o fibromatosis idiopática o familiar es una proliferación progresiva de la encía, en especial de los elementos colágenos. Parece existir una etiología con implicaciones hereditarias o familiares. Desde el punto de vista clínico, existe agrandamiento gingival difuso generalizado, con frecuencia lo suficientemente extenso como para cubrir los dientes. Es un tejido denso, firme y con una considerable alteración en el contorno normal. Histológicamente es casi igual a la del fibroma, existe acantosis de epitelio, queratinización masiva, la lámina propia subyacente muestra fibrosis -- extensa con densos haces de fibras colágenas maduras, es relativamente avascular y distribución de fibroblastos jóvenes en toda el área. Hay una notable ausencia de células inflamatorias, capilares proliferantes e ingurgitación vascular; los cambios hiperplásicos parecen involucrar tanto al tejido epitelial -- como al conectivo subyacente.

La gingivitis por dilantina es una reacción de proliferación progresiva de la encía, relacionada con el uso de dilantina sódica, medicamento usado para con-

-trolar transtornos convulsivos, como la epilepsia.

Desde el punto de vista clínico, el grado de este agrandamiento gingival no específico parece variar en relación con el grado de irritación local. La respuesta del huésped a la irritación es también variable.

Algunos estudios indican que de 30 a 60% de los pacientes que toman dilantina sódica presentan hiperplasia gingival.

Los cambios tisulares se inician por lo regular en las áreas interdetales y tienden a expandirse; con el tiempo se unen las extensiones del tejido papilar a lo largo del margen gingival.

El contorno tisular puede aparecer como lobulado o en forma de mora; los cambios pueden ser locales o generalizados.

Son notables la acantosis del epitelio, mayor actividad fibroblástica y aumento en la proliferación de los vasos sanguíneos.

Gingivitis modificada por factores sistémicos. Durante el embarazo se observa una reacción exagerada de la encía a factores locales. Existe posibilidad que los cambios gingivales sean el resultado del efecto de la progesterona.

Hay una pérdida considerable del tono tisular, agrandamiento papilar y hemorragia gingival causada por la más leve presión.

Gingivitis durante la pubertad 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 y "enrollamiento" de la encía marginal, con distensión pronunciada de los tejidos interdetales; el color tisular varía de eritematoso al pardo rojizo, con gran pérdida simultánea del tono tisular. Hay hemorragia gingival y al igual que la gingivitis por el embarazo, los cambios inflamatorios se reducen después de la pubertad (inicio del sistema hormonal).

Gingivitis atrófica. Esta afección se caracteriza por la recesión gingival con pérdida ósea alveolar correspondiente; hay cambios papilares y marginales leves en relación con la acumulación de desechos alimenticios y bacterianos alrededor de los contornos irregulares.

La etiología de la recesión gingival puede incluir todos o algunos de los componentes como el trauma oclusal, mala posición dentaria, traumatismo por el cepillado dental o parodontitis previa.

Parodontitis. El término parodontitis se refiere a la inflamación de los tejidos parodontales más profundos (aquellos que comprenden el mecanismo de inserción); esto significa que la inflamación involucra cemento, hueso alveolar y ligamento parodontal.

La inflamación del mecanismo de inserción implica la destrucción de éste, la cual por lo general es indolora y progresiva. La parodontitis siempre se inicia con una gingivitis, la cual generalmente se debe a factor local, en especial a placa bacteriana, extendiéndose la inflamación desde la encía y tejidos blandos hasta las estructuras subyacentes. Al destruirse progresivamente el mecanismo de inserción, cada vez habrá menos soporte para los dientes, y el resultado final será la exfoliación de los mismos.

El tejido más importante involucrado en el soporte del diente es el hueso alveolar; la pérdida de altura ósea da como resultado un aumento en la movilidad y pérdida futura de las piezas dentales.

Por lo regular, los signos y síntomas de la periodontitis son los mismos que los de la gingivitis: alteraciones del color, forma, tamaño, contorno, consistencia y textura de la encía, así como la hemorragia gingival y el exudado purulento del margen gingival, pero los signos y síntomas característicos de la periodontitis son destrucción del hueso de soporte, formación de bolsas parodontales

-les (que causan migración apical de la adherencia epitelial), recesión gingival que indica pérdida de la inserción tanto de tejidos blandos como duros, movilidad dental progresiva, una zona rojiza que se extiende del margen gingival a la mucosa alveolar, extrusión y migración de los dientes, desarrollo de diastemas e inflamación en la unión mucogingival.

Las bolsas parodontales se han definido como la profundización patológica del surco gingival. Desde una perspectiva microscópica, la bolsa parodontal es un proceso inflamatorio crónico caracterizado por un infiltrado celular crónico en cambios epiteliales degenerativos y concomitantes.

Este proceso inflamatorio se presenta como una masa de tejido granulomatoso inflamatorio crónico en área gingival inmediatamente adyacente a la pared lateral y a la base de la bolsa. Las bolsas parodontales se clasifican en:

a) bolsa gingival o relativa, y

b) bolsa absoluta que a su vez se subdivide en bolsas ósea e intraósea.

La bolsa gingival o relativa se produce en la gingivitis y no en la parodontitis; la adherencia epitelial no emigra en dirección apical sino que hay agrandamiento coronario del margen gingival y dá lugar a una hiperplasia gingival. La presencia de la bolsa absoluta significa que se ha producido pérdida ósea alveolar y una auténtica parodontitis. Como ya se mencionó estas bolsas se subdividen en supraóseas e infraóseas. Las primeras, es la profundización patológica del surco donde la adherencia epitelial ha emigrado apicalmente, pero se encuentra coronaria a la cresta del hueso alveolar horizontal. En las segundas, la adherencia epitelial emigró apicalmente con relación a la cresta del hueso alveolar y en realidad emigró hacia un defecto del hueso. Se caracterizan por pérdida ósea alveolar vertical o angular.

## PARODONTOPATIAS DEGENERATIVAS

### Gingivosis o gingivitis descamativa crónica.

Su cuadro clínico incluye una descamación superficial del epitelio que es de grado variable, la superficie tisular es de color rojo grisáceo en zonas aisladas, como resultado de la descamación. El color tisular varía de eritema intenso a magenta, al de cianosis "parda"; el epitelio puede estar desgarrado con bastante hemorragia; la textura superficial es lisa y brillante; por lo general, se encuentra edema difuso así como distorsión del contorno gingival en las áreas afectadas, y casi siempre la mucosa gingival total está involucrada, clasificándose en difusa y generalizada, pero también puede ser local. El síntoma principal es el dolor; el paciente no tolera cambios térmicos leves, alimentos duros o condimentados.

Esta afección se encuentra por lo general en mujeres menopaúsicas, y durante muchos años se creyó que el equilibrio hormonal alterado era el principal factor etiológico, pero el uso del microscopio electrónico sugiere que es una forma de enfermedad dermatológica, aunque hasta la fecha no se ha encontrado una etiología verdaderamente clara y precisa.

Desde el punto de vista histológico el epitelio escamoso estratificado es bastante atrófico en las áreas no ulceradas, las proyecciones epiteliales son cortas o ausentes y es frecuente encontrar edema interepitelial; puede haber células inflamatorias en la capa basal y el epitelio puede encontrarse totalmente separado de la membrana basal subyacente.

### Periodontosis.

Es una enfermedad degenerativa que afecta al mecanismo de inserción. Esta afección es de etiología desconocida y se formula su diagnóstico principalmente por su patrón clínico poco común y por la edad del paciente afectado.

Unicamente la dentadura permanente resulta con este tipo de afección, pero no al grado de alterar la secuencia de erupción normal.

La primera alteración microscópica es desorganización y desprendimiento de las fibras del ligamento periodontal.

Hay ensanchamiento del ligamento periodontal y reducción o cese de la formación del cemento en la superficie radicular. La segunda etapa es proliferación de la adherencia epitelial a lo largo de la superficie radicular para reemplazar a la inserción del ligamento periodontal. La etapa microscópica final incluye ataque por el proceso inflamatorio y la formación de bolsas.

La periodontosis tiene un cuadro clínico preciso que afecta a pacientes jóvenes entre los 15 y los 25 años de edad. El cuadro clínico más común es la destrucción periodontal extensa y pérdida ósea angular alrededor del primer molar superior o inferior, o ambos, así como de los incisivos centrales y laterales superiores o inferiores, o de ambas arcadas. Se observan bolsas periodontales profundas alrededor de los primeros molares jóvenes con lesiones de trifurcación o bifurcación. Los tejidos gingivales, después de un avance importante, muestran la mayor parte de los cambios inflamatorios avanzados, tales como cambio de color acianótico o magenta, pérdida del tono tisular, variaciones en el contorno normal y posible supuración de las bolsas a la presión digital.

Con frecuencia se produce migración patológica de los dientes anteriores superiores y se observa considerablemente movilidad dentaria unida a la presencia de las bolsas periodontales bastante profundas; un hallazgo negativo muy importante es el examen clínico es la ausencia relativa de factores locales que expliquen la intensa destrucción existente, ya que la pérdida ósea es de tres a cuatro veces más rápida que la observada en la periodontitis.

Generalmente, existe pérdida total de la cresta de la lámina dura alrededor de

los dientes involucrados, dejando el margen crestal borroso, se observan defectos angulares extensos en forma semilunar o de arco, extendiéndose desde distal del segundo premolar a mesial del segundo molar; los defectos son bilaterales y afectan a la misma área en el lado opuesto.

Parece existir una tendencia familiar, siguiendo la línea materna, en la que se encuentran diversos casos de esta afección; también se han realizado trabajos considerando los constituyentes químicos de la sangre y se ha encontrado que hay una proporción muy grande de personas que tienen sangre tipo B con parodontosis en comparación con la población general.

Infortunadamente, el diagnóstico en esta etapa de nuestro conocimiento se basa principalmente en signos radiográficos, en el patrón clínico de la patología y la ausencia de factores locales. Sin un conocimiento total de la etiología de esta enfermedad, se considera que el pronóstico para conservar la dentadura en presencia de periodontosis generalizada es muy pobre.

En esta enfermedad, primero hay destrucción de hueso y después de encía, por lo que también recibe el nombre de Atrofia Alveolar Difusa.

## TEMA X

### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PARODONTAL

Diagnóstico se define como el arte de reconocer e identificar una enfermedad. Como ya se vio, para llegar a un buen diagnóstico el examinador debe poseer in formación para realizar su evaluación.

Por lo general, el diagnóstico en la enfermedad parodontal es únicamente un as pecto del diagnóstico total de la patología dental, cada diagnóstico es la co rrelación de signos y síntomas específicos de la patología dental existente. Sin diagnóstico exacto y definitivo no podrá ofrecerse un plan de tratamiento

lógico y con éxito.

El pronóstico es una proyección de la reacción anticipada al tratamiento y un juicio sobre los resultados a largo plazo del tratamiento. Hay muchas variables que influyen en la formulación del pronóstico; la más importante es la experiencia del terapeuta, pero no existe una fórmula específica para establecer un pronóstico absoluto o un plan de tratamiento absoluto. Para obtener el pronóstico en general se deben considerar los siguientes factores:

- \* Cantidad de pérdida ósea ocurrida en relación con la edad cronológica del paciente.
- \* Extensión de la pérdida ósea ocurrida en relación a la cantidad de factores etiológicos locales presentes.
- \* El número de dientes restantes en relación a su distribución y extensión de la destrucción de los tejidos de soporte.
- \* La morfología dental individual, anatómica y clínica, según la relación corona raíz.
- \* Antecedentes generales del paciente.
- \* Actitud del paciente en relación a sus deseos por conservar la dentición y buena disposición para realizar los procedimientos de higiene bucal necesarios.

#### PLAN DE TRATAMIENTO PARODONTAL

Un plan de tratamiento es un resumen en el que se enumeran cronológicamente los procedimientos terapéuticos previstos a realizar para eliminar la actual enfermedad parodontal.

El plan de tratamiento debe formularse mediante una combinación de comprensión de las enfermedades dentales y su potencial de corrección, además del sentido común. Es necesario utilizar una o varias modificaciones, según se presenten

nuevas complicaciones. Varios factores influyen en el plan de tratamiento final, entre los que se incluyen:

- \* Capacidad del dentista para ejecutar ciertos procedimientos dentales.
- \* Las limitaciones económicas de los pacientes.
- \* Grado de avance de la parodontopatía en el momento del examen.
- \* Los deseos del paciente para salvar su dentadura.

El tratamiento parodontal consta de varias fases, pero las cinco fundamentales son:

1. Fase general.
2. Fase higiénica.
3. Fase de reevaluación.
4. Fase quirúrgica.
5. Fase de control de enfermedad parodontal.

1. Fase general. Normalmente, se comprende y acepta que las causas que originan o inician la parodontopatía son factores locales encontrados en la placa y sarro; en estos factores casi siempre son las bacterias, y la gravedad, progresión e intensidad del estado parodontal se acentuará con la menor resistencia u obstáculo a la capacidad reparadora del huésped o paciente. La fase general del tratamiento no la realiza el dentista, sino más bien en consulta con el médico, pues si existe alguna información de la evaluación o de los antecedentes clínicos que causen preocupación acerca del estado general del paciente, el médico que atiende al paciente es la mejor fuente de información para obtener esos datos.

La meta de esta fase es ayudar al cuerpo y a su capacidad reparadora eliminando o estableciendo y estabilizando las afecciones generalizadas del paciente;

por lo tanto, la fase general no puede eliminar la patología parodontal, pero si el tratamiento parodontal no toma en cuenta esta fase cuando está indicada, podría comprometer los resultados del tratamiento.

2. Fase higiénica. Está encaminada hacia la eliminación de los factores loca les responsables de los cambios inflamatorios en el parodonto. Es importante instruir al paciente sobre el cuidado apropiado de la cavidad oral a manera de evitar la reacumulación de componentes etiológicos locales, y se deben corregir las discrepancias oclusales o factores yatrogénicos.

La fase higiénica comprende varios procedimientos:

\* Se sugiere extracción de el o los dientes cuando:

- a) El pronóstico parodontal no tiene esperanza y la retención sería un riesgo para el o los dientes contiguos.
- b) La sistomatología está asociada con la retención.
- c) Existen antecedentes de exacerbación aguda en ese diente.

\* La limpieza dental o raspado se efectúa para eliminar todos los detri tos bacterianos calcificados de las coronas y raíces dentales. La vi sita inicial de la fase de raspado se puede dedicar al desbridamiento del sarro gingival, subgingival y manchas de las coronas clínicas.

\* Durante los procedimientos de limpieza dental y alisado radicular, el paciente debe recibir instrucción fisioterapéutica bucal y control de placa bacteriana, haciendo hincapié en la información apropiada sobre la etiología de la parodontopatía y la importancia de los cuidados en su domicilio.

\* El control de caries es un componente importante en esta fase, pues - la lesión cariosa puede afectar la higiene bucal óptima y actuar como factor etiológico en la inflamación del parodonto reteniendo los dese

-chos bacterianos y provocar pérdida de contacto dental adyacente.

3. Fase de reevaluación. El tratamiento parodontal activo se logra con un nuevo y completo examen del estado parodontal del paciente. El parodonto se evalúa cuidadosamente siguiendo el plan del examen clínico inicial y los estados actuales se comparan al momento del inicio del tratamiento.

El examinador evalúa la motivación del paciente así como su destreza manual para llevar a efecto los controles de placa prescritos; en este momento se decide la fase quirúrgica o bien iniciar la fase de control periodontal. El terapeuta debe poseer ciertas bases para justificar su decisión de someter al paciente a la fase de control de enfermedad, saltando la fase quirúrgica, encontrando entre las más importantes:

- \* Cuando se logran resultados definitivos con la fase higiénica.
- \* Si existen factores generales no controlados.
- \* La reacción del huésped al tratamiento inicial es mala.
- \* Si el paciente carece de motivación suficiente para controlar efectivamente la placa.
- \* Cuando el paciente es incapaz de someterse a un plan de tratamiento total dental que pueda incluir terapéutica endodóntica, restaurativa u ortodóntica junto con el tratamiento parodontal.
- \* El paciente, por temor o por falta de recursos económicos, no puede o no desea seguir el tratamiento quirúrgico.
- \* Debido al avance original de la afección no se puede justificar la cirugía parodontal para lograr mayor salud que la encontrada en el momento de terminar la fase higiénica.

4. Fase quirúrgica. Tiene como objetivo la eliminación de complicaciones mucogingivales por corrección de los defectos estudiados con anterioridad. El plan

de tratamiento quirúrgico definitivo se determina en el momento de la reevaluación, que incluye la información sobre las áreas que requiere este tratamiento. La meta principal de esta fase es la eliminación o reducción de la profundidad en las bolsas parodontales, restablecimientos de un surco gingival fisiológico con recubrimiento epitelial intacto, la reducción de la inflamación crónica - presente en el tejido conectivo próximo, restablecimiento de color, contorno y tono gingival fisiológico, provisión de la arquitectura ósea subyacente fisiológica, provisión de encía adherida funcional, de acceso para control de placa bacteriana y fisioterapia bucal.

5. Fase de control de enfermedad parodontal. El control de la enfermedad parodontal es el más largo de la terapéutica periodontal, ya que se debe continuar mientras el paciente conserve su dentición natural, esté técnicamente disponible para las visitas de control y conserve el nivel suficiente de motivación y educación para las visitas clínicas necesarias.

Los aspectos individuales se presentarán por orden cronológico y según su sucesión dentro del tratamiento.

La fase de control de la enfermedad consta de varias partes, entre las que encontramos las siguientes:

- \* Reexaminación. El odontólogo debe revisar diariamente el registro de pacientes, antes que éstos lleguen; esto sirve para recordar los problemas bucales particulares observados en visitas anteriores.
- \* Fisioterapia bucal reevaluatora y control de placa. Usando colorantes el paciente se deberá enjuagar para evaluar el control de placa. El dentista debe ser capaz de evaluar y determinar qué problemas o dificultades impiden al paciente el control deseado de la enfermedad y encaminarlo nuevamente para vencer la parodontopatía.

El objetivo final será estimular al paciente, permitiéndole proporcionar sus propios incentivos; es muy importante que el odontólogo tenga buena relación con los pacientes y sea capaz de modificar su actitud - si considera que problemas personales o de salud han influido en la - pérdida de incentivos para su salud bucal.

## TEMA XI

### TECNICAS QUIRURGICAS

Es el conjunto de elementos que se aplican a la cirugía para actuar con orden. Toda intervención quirúrgica es aplicada sobre tejidos vivos y su finalidad es restablecer el estado de salud; por lo tanto no debe omitirse cualquier consideración de orden médico que conduzca al conocimiento de las consideraciones vitales y fisiológicas de los elementos sobre los cuales se actuará. Una intervención puede ser efectuada brillantemente sobre el cadáver, pero, al ejecutarlo - en vivo, resulta un fracaso completo por se incompatible con las leyes biológicas y fisiológicas del organismo interesado.

Esta condición nos hace estimar que la habilidad quirúrgica y mecánica deben estar aunadas a la reflexión científica para obtener un resultado satisfactorio; esto demuestra una vez más la relación entre la cirugía y la medicina.

La cirugía puede considerarse como un medio terapéutico urgente en los casos que se requiere una intervención inmediata e inaplazable, o como recurso profiláctico, rehabilitadora de las funciones orgánicas y como agente corrector de la morfología.

Preparativos para la operación. El conjunto de circunstancias bajo las cuales se efectúa como factor determinante en el éxito o el fracaso de ésta, por lo que el cirujano debe poner particular atención en los cuidados antes, durante y des

-pués de la operación.

Cuidados preoperatorios. Son las medidas de tipo local que deben adoptarse para asegurar un alto porcentaje de éxito en la operación. Entre las medidas generales están la elaboración de la historia clínica, tiempo de sangrado del paciente, tiempo de coagulación, química general de sangre y orina, presión, temperatura, y en general el estado de salud del paciente.

Respecto a medidas locales, se resumen en una sola: que la región esté lo menos contaminada posible.

Asepsia y antisepsia. La cirugía moderna tiene la finalidad de excluir, inhibir o destruir los microorganismos que contaminan una herida; así se localizan dos grandes componentes de gran importancia: la asepsia y la antisepsia.

Asepsia: Se usa este término para designar la exclusión de microbios patógenos en su totalidad en determinada zona, o lugar.

Antisepsia: Son los métodos que se utilizan para eliminar a los microorganismos.

Esterilización. Es la destrucción absoluta de microorganismos patógenos, y se puede efectuar a través de una solución química bacteriostática.

La esterilización se puede efectuar por tres medios:

\* Autoclave.

\* Ebullición.

\* Química.

Autoclave: Es por medio de vapor de agua o calor seco, a una temperatura de 200° C durante 30 minutos. Antes de colocar el instrumental en la autoclave debe estar perfectamente lavado con agua, jabón y seco.

Ebullición: El agua hirviendo es otro método bastante común en los lugares apartados; se recomienda agregar un poco de bicarbonato de sodio al agua para aumentar la acción.

Química: Es la que se lleva a efecto por compuestos químicos. Para que los desinfectantes sean efectivos deben ser penetrantes y disolventes; por ejemplo, - alcohol, benzal, bicloruro de mercurio, etc.

Las condiciones hemáticas tienen gran importancia desde el punto de vista preoperatorio, no sólo por ser la sangre el transporte de oxígeno y del anestésico, sino porque es el medio que permite establecer un equilibrio hidroelectrostático: En toda intervención quirúrgica debe aplicarse como medio preventivo junto con el anestésico un sistema de venoclisis que permita transmitir los líquidos necesarios para conservar el balance hidroelectrostático (para conservar el volumen y la cantidad de sangre con el fin de evitar el choque hipovolémico y la hipoxia). La fijación de la venoclisis es indispensable para tener la seguridad de que ésta funcione durante todo el acto quirúrgico (cuando el vaso no se puede alcanzar se necesita poner al descubierto quirúrgicamente y así realizar una venofunción o venoclisis con seguridad).

El estado psicológico del paciente, es otro aspecto de igual importancia pues ya que la sola idea de someterse a una intervención, por sencilla que sea, provoca temor, principalmente en los últimos momentos de conciencia. Por ello es necesario tranquilizar e infundir confianza al paciente, además de administrar una premedicación destinada a tranquilizarlo induciéndolo a un sueño suave y tranquilo.

Quirófano. Es el centro de actividad quirúrgica y requiere de ciertas condiciones, tales como tener un tamaño que permita las maniobras sin dificultad; las paredes deben estar revestidas de un material terso y fácil de lavar (azulejo, vidrio o vidriolita); los ángulos de las paredes deben ser dihedros y redondeados para evitar la acumulación de polvo y gérmenes; conviene que la luz del día entre lateralmente, porque si penetra en forma central deslumbra y estorba el campo ya que se crean sombras. La iluminación del campo debe hacerse con luz arti-

-ficial condensada que penetre hasta el fondo del campo quirúrgico; esta luz debe ser filtrada a través de un cristal de cuarzo que impida el paso de rayos infrarrojos (luz fría) ya que el calor condensa y daña los tejidos, la temperatura de la sala debe ser constante entre los 35°C y 36°C, así como tener puertas giratorias, antesala, vestidor, baño y sala de descanso.

NORMAS QUE DEBEN OBSERVAR EL CIRUJANO Y LAS PERSONAS QUE VAYAN A ENTRAR EN EL QUIROFANO (incluyendo la vestimenta del médico)

1. Bañarse
2. Ponerse el equipo estéril, que consiste en:
  - a) Turbante (gorro para cubrir el cabello).
  - b) Cubreboca (cubre boca y nariz para no contaminar al hablar y respirar).
  - c) Camiseta de tela de algodón con manga corta.
  - d) Pantalón de algodón, amplio con pretina de jareta para ajustarlo a la cintura.
  - e) Un par de botas de tela para cubrir los zapatos y aislar el polvo que puedan llevar.
3. El cirujano debe pasar al salón de lavabo que está antes del quirófano donde se cepillará manos y brazos (empezando de la punta de los dedos hasta el codo en un lapso de 10 a 20 minutos); después procederá a fro-társelas con alcohol en un recipiente preparado. Realizada esta tarea, la enfermera auxiliar deberá ayudarlo a ponerse los guantes quirúrgicos estériles. Después de esto ya estará listo para entrar al quirófano.

#### EQUIPO Y MUEBLES DEL QUIROFANO

Debe existir una mesa de operaciones, uno o dos sillones de posición recta, mesas de instrumental semicirculares o cuadradas, oxígeno y equipo de anestesia general

y local; es indispensable tener una vitrina donde se guarde el material de curación y equipo instrumental estéril.

El respaldo de sillón, los brazos y el cabezal se deben cubrir con compresas estériles o mantos de campo.

#### ACTO QUIRURGICO U OPERATORIO

En la práctica de toda técnica quirúrgica se llevan a efecto tres tiempos que son: incisión, operación propiamente dicha y hemostasis y sutura.

Incisión. Debe efectuarse con un solo trazo y perpendicular a la dirección de los tegumentos; poseer dirección, amplitud y forma y, de ser posible, soporte óseo. Incisión significa "abrir tejidos" y siempre se debe tratar de conservar la integridad del mismo para que la cicatrización sea a expensas de éstos.

Existen diferentes formas de tomar el bisturí:

- \* Como pluma de escribir (para incisiones de mucosa).
- \* Como garfio (para grandes incisiones en la piel, y para cortar tendones).
- \* Como cuchillo de mesa para incisiones mucho más grandes, cortar tendones y ligamentos.

Al proyectarse una incisión se toma en cuenta:

- \* Las condiciones anatómicas para no lesionar órganos o regiones nobles o estéticas.
- \* Deben ser paralelas a los pliegues de la piel o líneas de tensión.

Operación. Depende del tratamiento que se siga.

Hemostasis y sutura. La hemostasis son los procedimientos por los cuales se cohibe la hemorragia; esta fase es muy importante en todo procedimiento quirúrgico. La hemostasis se realiza por si sola cuando la hemorragia proviene de pequeños vasos por la acción del coágulo y la obliteración de la luz de los pequeños va--

-sos capilares. Si la hemorragia proviene de vasos de mayor calibre, la hemostasis se logrará mediante diversos procedimientos, tales como químicos, físicos y biológicos.

\* Químicos. Entre éstos están los fármacos llamados hemostáticos, -coagulantes; que favorecen la formación y retracción del coágulo como el percloruro de hierro, y el ácido oxálico, que son vasoconstrictores que obran y actúan disminuyendo la luz de los vasos, también la adrenalina y la epinefrina.

\* Físicos. La temperatura produce vasoconstricción y, por lo tanto, hemostasis; las altas temperaturas carbonizan los lípidos y producen una escara o costra la cual sirve como taponamiento. Esto es lo que sucede en la electrodesecación o electrocoagulación.

La presión directa sobre la herida y el trayecto del vaso sangrante se puede hacer por medio de pinzas; pero la forma definitiva de cohibir la hemorragia es por medio de la ligadura del vaso sangrante.

\* Biológicos. Son de origen orgánico, como la espuma de fibrina celulosa, y algunos estrógenos conjugados (como el Premarin, Hemofibrine y Novocel).

Para efectuar la sutura existen distintos tipos y materiales. Así como la incisión es el paso preliminar en toda técnica quirúrgica, la sutura es su complemento y la firma del buen cirujano; así pues, como se lleve a cabo ésta, se tendrá el tipo de cicatrización. La sutura tiene por objeto unir los planos incididos para tener una buena cicatrización, debiéndola hacer por planos y empleando la clase de sutura y material adecuado para cada uno de ellos.

Los materiales de sutura son múltiples, pero en general se clasifican en absorbibles y no absorbibles.

\* Absorbibles. Son de origen biológico, y el clásico es el Catgut, fabricado con intestino delgado de carnero, de tres a diez ceros y en tres tipos: simple, semicrómico y crómico. El simple se reabsorbe en 48 horas, el semicrómico de 5 a 7 días y el crómico de 7 a 10 días.

\* No absorbibles. Son de origen vegetal (hilos de algodón, lino, etc.), animal (seda, crín de caballo, etc), mineral (alambre de acero plata y oro) y sintético (dermalón, nylon, etc., derivados de la celulosa, y que además tienen la ventaja de ser más resistentes y mejor tolerados por los tejidos).

Cada uno de estos materiales tiene sus indicaciones en las diferentes suturas y la finalidad a la cual están destinados.

Los materiales absorbibles se emplean en los puntos que quedan englobados en el espesor de los tejidos, nunca se debe usar este material en la piel, pues están indicados los materiales no absorbibles en piel.

Para retirar un punto se debe cortar por un extremo próximo a la piel y sacarlo de tal manera que el material de sutura que se encuentra hacia afuera no penetre a los planos profundos ya que se contaminaría, dando lugar a la formación de abscesos y como resultado una cicatrización contaminada o viciosa.

#### CUIDADOS POSTOPERATORIOS

\* El pulso y la respiración deben ser registrados cada 30 o 60 minutos, hasta que sean estables. Un descenso de presión arterial debe ser comunicada de inmediato al cirujano.

\* Respecto a la ingestión y excreción se deberá ordenar una dieta específica.

\* Se debe registrar la ingestión y excreción de líquidos para regular

el equilibrio hídrico.

- \* Los medicamentos que deben administrarse son narcóticos para aliviar el dolor, incluyendo los sedantes y analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios, y, en los casos que lo requiera, la administración de insulina o cortisona, el tratamiento se debe continuar.
- \* Practicar nuevamente exámenes de laboratorio.
- \* Se recomienda reposo absoluto hasta el momento de que se le dé de alta al paciente.

#### INSTRUMENTAL QUIRURGICO

Se clasifican en dos grandes grupos, según el tejido sobre el cual se va a actuar: para tejidos duros y para tejidos blandos.

Tejidos duros: Legra, lima para hueso, alveolotoma, forceps, elevadores, fresas quirúrgicas, curetas.

Tejidos blandos: Bisturí de hojas fijas o intercambiables, tijeras, pinzas hemostáticas (de mosquito, Kacker y Kelly), pinzas de disección (de diente de ratón o lisas), jeringa, agujas, etc.

También es común encontrar la siguiente clasificación:

Instrumentos de exploración: Espejo, pinzas de curación, explorador, jeringa y cartucho con anestesia.

Instrumental de incisión: Bisturí (hoja fija o intercambiable), tijeras quirúrgicas curvas o rectas, sonda acanalada, pinza de presión.

Instrumental de hemostasis: Pinzas Kelly, Crille, Rochester, y Alice (se usan para extirpar tejido), y las pinzas hemostáticas, que pueden ser curvas o rectas.

Instrumental especializado: Separadores de Mayo y Farebuff de diferentes tamaños, legra, lima, pinza de luma o alveolotomo, cucharilla, forceps, elevadores C K 6 y estuche de profilaxis.

Instrumentos de sutura: Portaguas, agujas (curvas o rectas), hilo, (algodón, seda, catgut, etc.).

## TEMA XII

### CIRUGIA PARODONTAL

Se practica con el fin de corregir las condiciones gingivales u óseas que dificulten la buena higiene dental. El tratamiento no puede tener un pronóstico favorable si no es posible lograr que el paciente practique una higiene dental eficaz; al no obtener esta cooperación, los resultados del tratamiento serán dudosos y la cirugía parodontal no resulta indicada.

El tratamiento elemental parodontal consta de revisión y odontosexis profunda, - recomendando una higiene bucal eficaz lo más frecuente posible. Posteriormente, debe existir una disminución del fenómeno de inflamación y una reducción del tamaño y profundidad de las bolsas.

Este fenómeno debe ponerse en operación antes de todo tratamiento quirúrgico.

Si después de este tratamiento elemental existe morfología gingival de las bolsas que no permitan la higiene correcta, se atacan quirúrgicamente estos defectos.

El examen de algunas de las técnicas quirúrgicas más usadas proporciona conocimientos sobre la nomenclatura apropiada así como indicaciones para seleccionar - uno u otro procedimiento.

Los factores que causan la afección parodontal se deben eliminar por medio de un raspado antes de corregir los defectos óseos o de tejidos blandos, que son el resultado final del proceso patológico.

## ODONTOSEXIS, RASPADO O LIMPIEZA DENTAL

El raspado es una técnica exigente y meticulosa, con ciertos prerequisites básicos para lograr raspado y alisado eficaces.

El raspado según se define actualmente es un procedimiento dirigido a las superficies de la corona y raíz del diente para eliminar desechos y depósitos que son factores etiológicos de la inflamación gingival; también recibe el nombre de Odontosexis o limpieza dental.

La Odontosexis o raspado tiene por objetivos:

- \* Eliminar todos los irritantes blandos y calcificados.
- \* Reducir o eliminar la inflamación presente en el tejido parodontal.
- \* Eliminar la éxtasis circulatoria, resultado de la irritación marginal.
- \* Reducir la abundante flora bacteriana de las bolsas.

Debe señalarse que el alisado radicular se considera como una continuación de la técnica de raspado, ya que se alisa la superficie radicular al remover todo el cemento y dentina necróticos y otras imperfecciones que provocan aspereza o irregularidad; estos defectos de superficie causan retención de bacterias.

Existen tres formas de tomar los instrumentos de profilaxis:

1. Agarre de pluma fuente: El instrumento es sujetarlo entre pulgar, índice y tercer dedo, tomándolo en la unión del mango y el tallo, descansando este (tallo) sobre el lado del tercer dedo formando un ángulo con la superficie de la uña. La activación del instrumento se efectúa por un movimiento giratorio de la muñeca y antebrazo. Se puede utilizar el dedo anular como apoyo.
2. Agarre de pulgar y palma: El mango del instrumento se empuña con la palma de la mano, tercero, cuarto y quinto dedos sujetando el -

mango, la yema del pulgar se encara hacia la del indice, utilizando este dedo como punto de apoyo y para la acción de guía.

3. Agarre de pluma fuente modificado: El pulgar y el segundo dedo - sostienen el instrumento, pero mucho más arriba del mango. El -- tercer dedo se utiliza con el propósito de que haya un buen punto de apoyo y para dirigir el instrumento con movimiento de soporte de abrazadera lateral.

El uso de visión directa o indirecta depende de la posición del paciente, ubicación del diente sometido al raspado, superficie específica del diente y comodidad del operador.

Para hacer más eficaz el raspado debe haber:

- \* Descanso digital apropiado y agarre seguro del instrumento.
- \* Afilado óptimo del instrumento.
- \* Iluminación óptima del área.
- \* Control apropiado de la hemorragia gingival y eliminación de desechos después del desprendimiento.
- \* Utilización del instrumento apropiado para la superficie dental - específica.
- \* Acceso suave y cuidadoso al tejido.

El raspado restringido a la estructura dental ubicada arriba de la línea gingival se denomina raspado supragingival, y se puede usar el escarificador en forma de hoz. Se debe recordar que un escarificador consta de tres partes que son: - mango abultado, tallo cónico y hoja o borde de trabajo.

En la mayor parte donde se encuentra profundidad en las bolsas, el raspado no se puede hacer en una sola visita, ya que el factor etiológico esta por debajo de la línea gingival (denominándose raspado subgingival), y es un procedimiento terapéutico parodontal preciso y muy exigente. Las visitas se realizan mejor dividiendo

las arcadas dentales en secciones. El tiempo requerido en este tratamiento influirá en la planeación del tratamiento subsecuentes.

El sarro subgingival está incrustado con mayor fuerza, y hay gran preocupación por las lesiones al tejido blando, puesto que la pared de la bolsa lateral ha inflamado los tejidos conectivos y epiteliales.

Alisado radicular. Tiene por objeto proporcionar superficies radiculares óptimamente lisas, a manera de reducir el potencial de acumulación bacteriana.

La tesura de la superficie anatómica de la raíz depende del nivel del borde libre de la encía y se puede realizar supra o subgingivalmente.

En el alisado radicular se elimina totalmente la capa delgada de cemento, dejando expuesta la dentina subyacente; esto no implica aumento en la sensibilidad o de caries. El aplanado o alisado radicular es realmente una continuación del raspado aplicándose también los mismos instrumentos.

Es muy difícil hacer el raspado profundo y definitivo de una región en una sola visita ya que los desechos bacterianos blandos y calcificados han provocado edema de los tejidos circundantes con pérdida de tono tisular y su contorno. Existe hemorragia excesiva debida al tejido granulomatoso y a epitelio ulcerado de la pared de la bolsa.

Es recomendable que la evaluación se efectúe con explorador, mismo que debe hacer un contacto muy meticuloso con todas las superficies y contornos de la raíz y determinar de esta manera la eficacia de tales procedimientos en la fase higiénica. También se le reconoce como curetaje gingival, y existen contraindicaciones específicas de este tratamiento como procedimiento quirúrgico:

- \* Cuando los tejidos gingivales están firmes y fibróticos, lo cual reduce al mínimo cualquier resultado logrado por la contracción tisular.

- \*\* En el lugar de una inflamación aguda, donde la potencialidad de extender la infección es grande.
- \* Cuando la pared gingival es muy delgada y existe mayor posibilidad de perforar a través de la encía lateral y así ocasionar secuelas secundarias.
- \* Cuando la bolsa es amplia es amplia en dirección vestibulo-lingual.
- \* En el sitio de una oclusión traumática.

Estuche de profilaxis. Son instrumentos para la remoción del sarro dental. Encontramos varias formas y usos:

- \* Forma de media luna: Para eliminar el sarro en cuellos dentales.
- \* Forma de hoz: Uno pequeño y uno grande; se usa para la eliminación de sarro en las áreas interdentes.
- \* El instrumento de Gracey: Para áreas proximales posteriores.
- \* El instrumentos de Jacquettee: Para eliminar sarro en áreas lingual y vestibular.

#### GINGIVOPLASTIA

Es un procedimiento quirúrgico encaminado a dar nueva forma a los tejidos marginales de la encía desde la superficie externa hacia el diente.

Esta técnica se usa para proporcionar un contorno tisular más fisiológico y promover mejores condiciones de acceso para el cuidado a domicilio a fin de mantener la salud gingival.

Se puede realizar con el uso de hojas quirúrgicas. Es posible utilizar anestesia local, ya que no tiene caso usar la regional en una operación tan sencilla. Su indicación no es precisamente la eliminación de la bolsa, ya que únicamente nos limitamos a modelar el borde gingival. Al finalizar éste se recomienda la

colocación de apósito dental, que actuará como obtundente, hemostásico y protector físico de la herida.

#### GINGIVECTOMIA

Este procedimiento quirúrgico tiene por objeto eliminar la profundidad de la bolsa mediante la resección del tejido que se halla coronario a la base de la bolsa.

Las indicaciones para una gingivectomía son las siguientes:

- \* Presencia de tejido fibrótico.
- \* Contracción insuficiente durante el raspado.
- \* Bolsas supraóseas.
- \* Banda insuficiente de encía adherida después de la operación.
- \* Agrandamiento gingival.
- \* Contorno gingival anormal.
- \* Abscesos gingivales (o parodontales).

La elección de la gingivectomía debe ser después que se realizó el raspado y alisado radicular definitivos (puesto que reducen la profundidad de las bolsas).

#### TIEMPOS OPERATORIOS DE LA GINGIVECTOMIA

Anestesia: Se usa la técnica local (superior o inferior).

Puntos sangrantes: Se marca la profundidad de la bolsa usando sonda parodontal, colocándola primero hasta el fondo de la bolsa, y después esta profundidad se vuelve a medir y se señala sobre la superficie externa del tejido gingival. La bolsa se observa como puntos sangrantes localizados.

Incisión: Se hace una incisión en línea recta continua usando bisturí Kirkland con hoja 15 o 16. Una variación de esta incisión en línea recta puede ser interproximalmente y sobre las líneas palatinas y vestibulares. La angulación de la hoja en las regiones interproximales debe proporcionar a la incisión una inclinación apropiada. Para cortar los tejidos interproximales se usa una hoja 5 o 6.

Se corta desde la superficie mesial de un diente hasta la superficie distal - del diente próximo.

Un instrumento como el cuchillo de Kirkland se puede emplear tanto en vestibular como en palatino y se activa con un movimiento parecido al de la sierra moviéndose vestibulo-lingualmente, aplicando al mismo tiempo presión en dirección mesial o distal. El tejido gingival se va cortando desde la base del tejido conectivo subyacente, hasta que hay unión total en sentido vestibulo-lingual y mesial-distal de la incisión, que inicialmente se realizó con el cuchillo de Kirkland y se unió interproximalmente con una hoja 5 o 6.

Raspado: Generalmente, se usa una cureta grande para eliminar la masa del tejido. Después de la eliminación de tejido gingival papilar y marginal inflamado se hace un bicel para proporcionar un contorno posoperatorio ideal. Finalmente, se coloca un apósito parodontal cubriendo el área total de la herida, y extendiéndose en forma ligera más allá de la periferia de la herida.

Se afirma que una gingivectomía resulta estética si la fase higiénica se efectúa en primer lugar, y no estética si el raspado y aplanado radicular no se realizan antes de la gingivectomía.

#### COLGAJOS

La elevación de colgajos parodontales se ha vuelto muy popular en las últimas décadas para tratar este tipo de enfermedades, ya que permiten eliminar el tejido que forma la pared de la bolsa, así como algo de los tejidos gingivales marginales. Al levantar el colgajo, se pueden observar las estructuras óseas subyacentes y, en caso indicado, realizar procedimientos quirúrgicos para corregir defectos óseos.

La terapéutica del colgajo es bastante flexible; los colgajos mucoperiosticos de espesor completo, permite reclinar todo el componente gingival y el periostio sub

-yacente separándolos del proceso alveolar de sostén. Los colgajos de espesor parcial laminares se reclinan mediante disección cortante. Puede haber una combinación de colgajos de espesor total y parcial en una misma área quirúrgica.

Los tiempos operatorios son:

1. Asepsia y antisepsia.
2. Anestesia (local o en puntos regionales).
3. Combinación de incisiones iniciales.
4. Reclinación del colgajo.
5. Raspado del tejido granulomatoso restante.
6. Raspado y aplanado radicular definitivo.
7. Cirugía ósea, en caso de ser indicada para corregir los defectos resultantes de esta afección.
8. Colocación del colgajo en la posición deseada.
9. Estabilización del colgajo con sutura.
10. Colocación del apósito quirúrgico parodontal.

Requisitos del colgajo: Para que ayude, beneficie y, más aún cumpla su función - debe poseer las siguientes características:

- a) Descanse sobre tejido sano.
- b) Tener una base amplia y un aporte sanguíneo adecuado.
- c) Evitar la incisión en ángulo para facilitar la cicatrización y evitar la necrosis.
- d) La incisión debe ser de un solo trazo, y el bisturí tener filo adecuado.
- e) Hacerlo suficientemente grande y amplio, yendo más allá de la patología ósea, para facilitar las maniobras, visibilidad y cicatrización de los tejidos parodontales, así como el sostén de los mismos.

Técnica de cuña proximal. Las técnicas de cuña proximal son una variación del procedimiento de colgajo que generalmente se realiza en la region de la tuberosidad del maxilar superior, área del triángulo retromolar del maxilar inferior, en distal del último diente de una arcada o en mesial de un diente próximo a una zona desdentada.

Se han presentado varios diseños para esta técnica de modificación de colgajo, pero el principio básico es realizar dos incisiones por lo menos, distales o mesiales al diente y llevar estos cortes paralelamente a la pared gingival externa formando así una cuña cuya base sería el periostio que recubre al hueso, y el vértice la superficie gingival coronaria. El desprendimiento de la cuña de la base perióstica y la eliminación de los tejidos involucrados en la región distal y de la bolsa, también reducen el volumen tisular y permiten el acceso al tejido óseo subyacente.

Los tiempos operatorios son:

- \* Asepsia y antisepsia.
- \* Anestesia local si es superior, o regional si es inferior.
- \* Insiciones.
- \* Retiro de los tejidos involucrados.
- \* Hemostasis.
- \* Aplicación del apósito parodontal.

#### OSTEOPLASTIA

El cirujano puede recurrir a las técnicas modernas que comprende la manipulación del tejido óseo, y entre éstas se encuentra la osteoplastia. Este procedimiento es muy similar a la gingivoplastia en el sentido de que no se propone eliminar las paredes de la bolsa sino únicamente a contornear y remodelar las estructuras subyacentes. Se diferencian en que la gingivoplastia actúa a nivel de la gingiva

y la osteoplastia a nivel óseo.

Tiene como fin la eliminación de bordes y cráteres óseos, y se puede realizar con martillo y cincel, pinzas gubia, lima y legra o instrumentos rotatorios de alta o baja velocidad.

El hueso que se elimina no de soporte, lo cual significa que la reducción ósea no reduce el hueso que está insertando al ligamento parodontal.

Los tiempos operatorios ya se describieron en Colgajos.

#### OSTEOTOMIA

La técnica de osteotomía se dirige a eliminar defectos óseos o bolsas infraóseas eliminando sus paredes.

Aquí el hueso sí se clasifica como de soporte, pero se sacrifica por considerarse que al eliminarse la bolsa bien vale el precio pagado al perder algo del tejido de inserción.

Después de eliminar las paredes de la bolsa ósea, se realiza algo de contorneado para proporcionar la arquitectura ósea más óptima, en la que pueden conformarse y mantenerse los tejidos gingivales suprayacentes.

También se consideran los tiempos operatorios en Colgajos.

#### APOSITOS PARODONTALES

Hay varios tipos en la presentación de estos apósitos; unos vienen en forma de polvo y líquido, separados y listos para mezclar (Wondrpak), o bien en forma de tubos que contienen uno el acelerador y otro el material base.

El Wondrpak contiene polvo de rosina, óxido de cinc y ácido tánico y el líquido (que contiene eugenol con pequeñas cantidades de sustancias adicionales).

Al mezclar la curación para un cuadrante, se utilizan aproximadamente 10 gotas de líquido y se incorpora gradualmente el polvo de manera parecida a la usada en la restauración temporal de óxido de cinc y eugenol. Durante la espatulación se de-

-be tener cuidado de incorporar lenta y totalmente el polvo en el líquido antes de añadir el polvo adicional. La espatulación continúa hasta que la mezcla tenga una consistencia espesa (como de masilla), entonces se coloca en un polvo adicional y se amasa con los dedos hasta lograr una mezcla no adherente.

A menos que se logre la consistencia apropiada sería imposible obtener cohesión del apósito en sentido interproximal o sobre lingual o vestibular en la herida. Se enrolla el apósito o curación en una tira larga y delgada, un tercio más larga del área que se va a cubrir. Se aplica una tira sobre vestibular y se empuja suavemente en dirección interproximal con presión digital; debe haber control de saliva y una buena hemostasia. Se repite la operación de lado palatino o lingual, con una pequeña tira enrollada alrededor del diente más distal y uniendo entre sí las dos tiras largas.

La presión digital se dirige hacia la estructura dental en sentido interproximal y ligeramente a apical; se usa un instrumento para comprimir suavemente el apósito en cada espacio interproximal tanto en lingual como en vestibular. Se hace una ligera extensión para proporcionar cierta protección adicional en caso de fragmentación o deterioro del apósito; sin embargo, no deberá extenderse sobre la superficie de oclusión de los dientes, o sobre inserciones musculares ni sobre la región del repliegue mucobucal, puesto que una de las secuelas posoperatorias más dolorosas son las de sobreextensión de la curación que provoca ulceraciones sobre la mucosa.

La curación se recorta con cureta, escalpelo o algún otro instrumento cortante, ya que para entonces debe haber un endurecimiento del apósito.

Antes de dar por concluido este tratamiento, debe existir la seguridad de que no hay hemorragia.

Otro tipo de apósito es el que no contiene eugenol, y actualmente tiene gran au-

-ge entre los parodontistas, pues estudios realizados demostraron que provoca necrosis ósea marginal cuando es aplicado directamente sobre el tejido óseo subyacente. La elaboración de los apósitos sin eugenol se denominan 'Fat Pack', que se mezclan de tipo similar a los que contienen eugenol. También encontramos el "Coe Pack", que consta de dos tubos, uno de color pardo (acelerador) y otro de color rosado (base), dos longitudes iguales de apróximadamente tres centímetros de material son suficientes para cubrir un cuadrante de cirugía.

El material se coloca sobre un pliego de papel de tamaño mediano no recubierto de cera, y se incorporan las dos pastas hasta lograr un color beige claro, se deja fraguar, y cuando hay calor al tacto se amasa con los dedos para lograr la consistencia de masilla, con previa colocación de vaselina, agua o jabón líquido en las manos para evitar que se adhiera a las mismas.

La curación se aplica primero en las partes interproximales en pequeñas cantidades y después estrechas tiras horizontales que unen estas áreas interproximales. Los principios de retención de estos apósitos son los mismos que los que contienen eugenol, y la ligera extensión más allá de la periferia de la herida, así como también la evaluación de la sobreextensión y las posibles trabas en tejidos blandos. Si se han colocado suturas como parte del cierre de la herida quirúrgica, se debe tener sumo cuidado al retirar el apósito de no romper la sutura en el tejido de cicatrización, ya que con mucha frecuencia el material de sutura se adhiere al apósito. Esta complicación se evita cubriendo la sutura con hoja metálica estéril o telfa antes de aplicar la primera curación; las suturas subyacentes quedarán expuestas dentro del apósito, entonces el odontólogo debe cortar con cuidado cada hilillo de sutura a un lado del nudo con tijeras quirúrgicas para liberar el material de sutura.

Quando se retira una sección del apósito, todo el componente de sutura se vendrá

con el mismo; los que no, se retirarán suavemente con pinzas de curación. Cada paciente debe recibir información verbal y escrita adecuada, explicándole las posibles secuelas postoperatorias; es muy importante que el paciente sienta confianza de que cualquier complicación se puede tratar con relativa facilidad, y que siempre estará disponible el odontólogo en caso de surgir alguna complicación postoperatoria poco común.

Si el paciente pierde prematuramente la curación al masticar sobre el área, o al cepillar o estimular sin cuidado los dientes bajo la curación, o de alguna otra manera que trastorne su colocación, se le instruye para que vaya de inmediato al consultorio antes que se produzca cualquier otra complicación en la herida.

Al retirar el apósito final, de dos o tres semanas, después del procedimiento quirúrgico, se realiza un raspado cuidadoso de la corona clínica para eliminar todos los fragmentos de curación y cualquier cálculo que haya pasado desapercibido.

El odontólogo debe explicar al paciente lo que puede esperar durante esta fase postquirúrgica inmediata, que puede incluir una sensación de "rareza" en la boca al retirar el apósito, debido a la nueva ubicación del margen gingival y mayor acceso al área interdental; mayor movilidad dental pasajera provocada por el edema de la fase de cicatrización y hemorragia transitoria menor de los tejidos interdentales, la sensibilidad dental al frío, etc.

En el momento de la evaluación higiénica debe evaluar la región quirúrgica para asegurarse que no hay tejido granulomatoso excesivo ni epitelización inadecuada.

## CONCLUSIONES

Ha quedado establecida la importancia de la cavidad oral como un medio de diagnóstico para medir el grado de salud o enfermedad del individuo, y cómo puede el estado general del paciente influir en sus estructuras orales, pudiéndose presentar una alteración patológica en los tejidos de sostén del diente (parodonto).

Que para establecer un buen diagnóstico debemos tener presentes todos los factores ecológicos (con sus características locales y generales) que rodean al paciente y así establecer un tratamiento con pronóstico exitoso.

Podemos concluir que es preponderante la educación del paciente para que tome conciencia de la importancia de un parodonto sano y no limitarnos únicamente al paciente con parodontopatía, porque resulta muy cómodo, práctico y menos riesgoso prevenir que operar.

Conociendo la sintomatología de las parodontopatías, se puede hacer y establecer el diagnóstico diferencial y aplicar el tratamiento adecuado.

Para finalizar, se hace hincapié en que cada paciente requiere de un tratamiento específico y propio, el cual se inicia eligiendo la técnica de cepillado que mejor aprenda y a la cual se adapte mejor, la odontosexis o raspado según la afección y, sólo en caso necesario, la intervención quirúrgica con los cuidados necesarios y las precauciones postoperatorias indicadas.

## BIBLIOGRAFIA

- Archer W., Harry: Cirugía bucal, Editorial Mundi, S. A.  
Buenos Aires, Argentina, 1968.
- Burket Lester, Williams: Medicina oral, diagnóstico y tratamiento, Editorial Interamericana. México, 1977.
- Glickman, Irving: Periodontología clínica, Editorial Interamericana.  
México, 1977.
- Goldman, Henry Maurice: Periodoncia, Editorial Interamericana.  
México, 1975.
- "Historia Clínica, primer mandamiento de la relación odontólogo-paciente".  
El Odontólogo Moderno, EDICOM, Vol. III, No. 16,  
febrero, 1975.  
México, D. F., pp. 30-32.
- Olivares Sosa, Raymundo: "La boca como fuente de diagnóstico", El Odontólogo Moderno, EDICOM, vol. V, No. 9, diciembre, 1976. México, D. F., pp. 16, 18, 19, 20, 23, 24.
- Orban Balint, Joseph: Teoría y práctica de periodoncia, Editorial Interamericana.  
México, 1975.
- Quiroz Gutiérrez, Fernando: Tratado de anatomía humana, Editorial Porrúa.  
México, 1975.
- Ries, Centeno: Cirugía bucal, Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina, 1976.
- Sáenz Beard, Carlos: "Mecanismos de defensa de la cavidad oral", El Odontólogo Moderno, EDICOM, vol. 5 No. 11, abril-mayo, 1977.  
México, D. F., pp. 23, 24, 26, 27.

"Cuidado con las enfermedades periodontales", El Odontólogo Moderno. EDICOM, vol. 5, No. 11, abril-mayo, 1977. México, D. F., pp. 28, 30, 31, 32, 34.

Ship, Iwíng I. y Galili, Dan A. : "Significado sistémico de las alteraciones bucales", Medicina de Postgrado, Editorial Novaro. Internacional, S. A., vol. III, No. 1, enero, 1975. México, D. F., pp. 12 a 22.

Stone, Stephen y Kalis, Paul J.: Periodonología, Editorial Interamericana. México, 1978.

Thoma, Robert G. y Gorlin, Henry: Patología oral, Editorial Salvat. Barcelona, España, 1975.