



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Generalidades Básicas en
Parodoncia.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

Irma Soriano Vilchis

Mary Cruz Vargas Sánchez

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

- CAPITULO I).- INTRODUCCION
- CAPITULO II).- ANATOMIA FISIOLOGIA E HISTORIA DEL PARODONTO.
- CAPITULO III).- ENFERMEDAD PARODONTAL.
- A).- ETIOLOGIA PATOGENIA
 - B).- CLASIFICACION Y SINTOMATOLOGIA
 - C).- DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO
 - D).- TRATAMIENTO
- CAPITULO IV).- PARODONCIA PREVENTIVA
- CAPITULO V).- CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Es tan importante conocer los trastornos periodontales que ha sufrido la humanidad para darnos cuenta del papel que ocupa esta disciplina en la odontología actual. La caries y la enfermedad periodontal son responsables del 92% de las mutilaciones.

Al finalizar el 4o. decenio de vida, la mayoría de dientes se extraen por trastornos pulpares resultado de caries y una pequeña parte por razones de enfermedad periodontal, pero después de los 35 años la enfermedad periodontal es la responsable principal de la pérdida de los dientes. La pérdida del órgano dentario no significa que dicho padecimiento se limita a grupos de esta edad, pues se considera que la enfermedad es un estado crónico y que su comienzo ha sido más temprano a la aparición de sus manifestaciones clínicas.

El cirujano dentista de práctica general y no solo el especialista en periodoncia, debe estar alerta para descubrir y tratar tempranamente la enfermedad periodontal, ya que dicho tratamiento, es simple y produce resultados positivos.

El concepto de cuidado periodontal implica una conciencia en la odontología actual: "La necesidad de eliminar todas las causas potenciales y el cuidado contra creación de condiciones que predispongan a dicho padecimiento.

CAPITULO II

ANATOMIA FISIOLOGIA E HISTORIA DEL PARODONTO

1.- DESCRIPCION DEL PARODONTO.

La estructura de soporte, protección y sostén de los dientes va a estar dado por los elementos blandos como: ENCIA Y LIGAMENTO -- PERIODONTAL, y elementos duros como: CEMENTO RADICULAR Y HUESO -- ALVEOLAR.

2.- ENCIA.

La encía es la membrana mucosa que se extiende desde la porción cervical del diente hasta el vestíbulo, la encía es parte de la mucosa bucal, la cual consta de tres zonas:

I).- Mucosa masticatoria, que tiene la característica de estar queratinizada.

a).- ENCIA

b).- PALADAR DURO

II).- Mucosa que recubre el dorso de la lengua, la cual es una mucosa especializada por las papilas que contiene.

III).- Mucosa de revestimiento, que cubre:

a).- LABIOS

- b).- MEJILLAS
- c).- MUCOSA ALVEOLAR
- d).- SUPERFICIE INFERIOR DE LA LENGUA
- e).- PARTE INTERNA DE LOS LABIOS
- f).- PALADAR BLANDO

CARACTERISTICAS NORMALES DE LA ENCIA

Es importante tener en cuenta el estado normal de los tejidos de soporte del diente, para diferenciarlo del estado patológico, --- siendo la encía libre como la insertada, de un color rosa coral, - dependiendo del grado de queratinización del epitelio.

El tamaño de la encía es la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización.

El contorno depende del tamaño y prominencia de las raíces de los dientes, así como su alimentación del arco, localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales vestibulares y lingual.

Su consistencia es firme y resistente, con excepción de la encía libre o marginal.

La textura superficial presenta un aspecto de cáscara de naranja, pero no así en la encía marginal y alveolar.

MORFOLOGIA CLINICA DE LA ENCIA

a).- ENCIA LIBRE O MARGINAL.- Es la parte de la encía no adherida al diente y que se encuentra rodeándolo a manera de collar, es lisa, brillante y si el punto de contacto es correcto presentará una forma piramidal.

Está constituida por un núcleo central de tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado, además por una capa de queratina, y haces de fibras colágenas que se extienden a la encía contigua y la mantienen firmemente adherida al diente.

La encía marginal forma la pared blanda del in esticio gingival, el cual está constituido por tejido conjuntivo fibroso, cubierto por epitelio escamosoestratificado no queratinizado, siendo su profundidad normal de 1.5 mm a 1 mm o no existir.

b).- ENCIA INSERTADA.- La encía insertada es la continuación de la encía marginal, encontrándose dividida por el surco gingival apenas perceptible, tiene aspecto de cáscara de naranja, color rosa coral, varía de acuerdo a la pigmentación cutánea, aporte sanguíneo, queratinización del epitelio, siendo firme y adherida al hueso debido a la densidad de sus fibras colágenas que se insertan al hueso proporcionándole firmeza e impidiendo su movilidad.

d).- ENCIA INTERDENTARIA O PAPILAR.- Corresponde al espacio interproximal o nicho gingival, comprende dos papilas: una vestibular y otra lingual en medio de estas dos papilas se encuentra el col o collado y su forma varía según el espacio interproximal, el cual puede ser piramidal, cuando existe contacto dentario interproximal correcto, o bien en ausencia de contacto interdentario la encía se encuentra firmemente adherida al hueso formando una superficie redondeada.

HISTOLOGIA

La encía está formada por tejido conjuntivo en contacto con el periostio, cubierto por epitelio escamoso estratificado, y ésta consta de cuatro capas, que son, de dentro hacia afuera:

- a).- CAPA BASAL.
- b).- CAPA ESPINOSA.
- c).- CAPA GRANULOSA.
- d).- CAPA QUERATINIZADA O PARAQUERATINIZADA.

a).- CAPA BASAL.- Es la capa más profunda del epitelio que está en contacto con el tejido conjuntivo por medio de la lámina basal, consta de dos capas: lámina lúcida, lámina densa.

La lámina lúcida se encuentra en contacto con las células basales del epitelio, y la lámina densa está en contacto con el tejido conjuntivo por medio de una capa de reticulina, compuesta por fi-

bras entrelazadas de ácido nucléico e hidratos de carbono.

Además en la capa basal encontramos: tonofibrillas o tonofilamentos, los cuales son medios de unión de las células basales.

La capa basal está formada por células columnares y contienen un núcleo grande las cuales al mirar a las capas más superficiales, el núcleo se va reduciendo aumentando el citoplasma y cambiando su forma poliédrica.

b).- CAPA ESPINOSA.- Está constituida por células aplanadas basófilas, que tienen núcleos contraídos, la cual es la más prominente del epitelio, se observa en el microscopio en forma de espinas, -- las tonofibrillas o tonofilamentos.

Además aparecen unos pequeños gránulos, adheridos a la membrana plasmática, llamados cuerpos de Adlon, constituidos por mucopolisacáridos fosfatados.

c).- CAPA GRANULOSA QUERATINIZADA O PARAQUERATINIZADA.- En esta capa las células se van aplanando y se reduce el núcleo.

Los gránulos que aparecen en la capa espinosa se engrosan y se -- empiezan a queratinizar, aparecen gránulos con queratohialina en su citoplasma, los cuales tienen tirosina y prolina, ayudando esto a la queratinización celular.

VASCULARIZACION

Existen tres fuentes:

- 1).- ARTERIAS SUPRAPERIOSTICAS.- que se extienden a lo largo de las superficies vestibular y lingual del hueso alveolar.
- 2).- VASOS DEL LIGAMENTO PARODONTAL.- que se extienden a el surco y se anastomosan.
- 3).- Arteriolas que emergen de la cresta interdental y se anastomosan con:
 - a).- Vasos del ligamento parodontal.
 - b).- Capilares del surco.
 - c).- Vasos de la siguiente cresta alveolar.

INTERVACION

Deriva de las fibras del ligamento parodontal y de los nervios labial, bucal y palatina, localizándose todas en el tejido conectivo, derivándose estas ramas del V par craneal o trigémino.

Las fibras son amielínicas, que se extienden desde el tejido conectivo hasta el epitelio y terminaciones nerviosas especializadas en la capa capilar de la lámina propia, comprendiendo los corpúsculos táctiles de Meissner y termorreceptores de Krause.

FISIOLOGIA

La encía cubre la superficie ósea y parte radicular de los dientes, adaptándose a la forma del hueso y órganos dentarios siendo ésta su función principal.

Una de las funciones de encía es la que presenta la adherencia -
epitelial, la cual impide la invasión bacteriana.

Debido a la queratinización de la encía, presenta resistencia al
trauma, a la infección y a la destrucción celular.

LIGAMENTO PERIODONTAL.- Es el tejido conectivo que rodea las raf-
ces de los dientes dándoles unión al hueso alveolar.

Las fibras de Sharpey son los extremos de las fibras principales
que se insertan en cemento y hueso.

Se insertan al hueso por medio de una sustancia osteoide y al ce-
mento por una sustancia cementoide.

FIBRAS:

a).- Fibras Gingivodentales.

b).- Fibras Periodontales.

a).- FIBRAS GINGIVODENTALES.- Se insertan a nivel del cuello en el
cemento, por abajo de la adherencia epitelial y se extienden a la
encía formando tres haces.

Las primeras se dirigen hacia la cresta de la encía.

Las segundas hacia la superficie externa de la encía terminando -
cerca del epitelio.

Las terceras a la parte externa de la cresta ósea.

FIBRAS CIRCULARES:

Rodean al diente en forma de anillo a nivel de la encía marginal no teniendo inserción fija en el diente, extendiéndose en el tejido conectivo.

FIBRAS TRANSEPTALES:

Se insertan en el cemento, a la altura de la adherencia epitelial y se dirigen al cemento del diente contiguo pasando por encima de la cresta ósea, formando haces horizontales.

b).- FIBRAS PERIODONTALES.

FIBRAS CRESTOALVEOLARES.- Se dirigen oblicuamente del cemento a la cresta alveolar, su función es ayudar a mantener el diente dentro del alveolo, así como resistir los movimientos laterales.

FIBRAS HORIZONTALES.- Se dirigen del cemento al hueso en forma perpendicular al eje mayor del diente, su función es colaborar a soportar los movimientos laterales.

FIBRAS OBLICUAS.- Se insertan en el cemento y se dirigen al hueso en dirección oblicua, siendo las más numerosas y su función es ayudar a repartir las fuerzas de la masticación sobre el hueso --

alveolar transformándolos en tensión.

FIBRAS APICAL S.- Se insertan en el cemento a la altura del foramen apical y se dirigen al fondo del alveolo, en forma irradiada, siendo su función: impedir que el diente se desaloje de su alveolo.

VASCULARIZACIÓN DEL LIGAMENTO PARODONTAL: Proviene de las arterias alveolares superior e inferior, y llega a el ligamento parodontal por tres orígenes:

- 1).- Vasos Apicales.
- 2).- Vasos que penetran desde el hueso alveolar.
- 3).- Vasos anastomosados de la encía.

INERVACION .- Profusamente inervado por fibras nerviosas sensoriales, capaces de transmitir sensaciones táctiles de presión, -- dolor y localización, por vías trigeminales.

FISIOLOGIA.- Es de vital importancia la función del ligamento parodontal, ya que se presenta como un obstáculo, para el inicio de la enfermedad parodontal.

Siendo, su funciones principales: Mecánica y Biológica.

MECANICAS:

- a).- Transmisión de las fuerzas masticatorias al hueso.
- b).- Unión dentaria al hueso.

- c).- El mantenimiento de la correcta relación entre los tejidos gingivales y los dientes.
- d).- La disminución del impacto de las fuerzas externas.
- e).- La protección de vasos y nervios con tejidos blandos para evitar que estos sean lesionados.

BIOLOGICA:

Tiene tres aspectos: formativo, nutritivo y sensorial.

FORMATIVO.- El ligamento parodontal interviene en la formación y reabsorción de las estructuras calcificadas adyacentes, es importante para la adaptación del parodonto a los esfuerzos funcionales, como también en la reparación de los tejidos calcificados.

NUTRITIVO.- Esta función dada por medio de los vasos sanguíneos y linfáticos, para proveerla de sustancias nutritivas a los tejidos del parodonto, dentina, cemento y hueso interviniendo también a la eliminación de los productos de deshecho de los tejidos parodontales.

SENSORIAL.- La inervación del ligamento parodontal dé un sentido de localización a los estímulos externos.

CEMENTO

Es un tejido conjuntivo de origen mezenquimatoso calcificado, que cubre la raíz del diente.

Está formado por una matriz interfibrilar calcificada y por fibras colágenas.

Compuesto de un 45 a 50% de matriz inorgánica que consta de cristales de hidroxiapatita, magnesio, calcio, fósforo y materia orgánica compuesta de colágenos, cementoblastos, osteoclastos y sustancia fundamental (condroitín sulfato).

Existen dos tipos de cemento: celular y acelular.

De la raíz.- En esta variedad de cemento encontramos cementocitos dentro de espacios aislados llamados lenguas cementarias, las cuales se comunican entre sí por pequeños canalículos ocupados por las prolongaciones citoplasmáticas de los cementocitos, donde las fibras de Sharpey ocupan una porción menor en su estructura.

Cemento acelular.- Ocupa la porción cervical del diente. Es más calcificado que el celular y se caracteriza por carecer de su estructura.

Cemento de transición.- Comprende el tercio medio de la raíz, el cual consta de cemento celular y acelular.

RELACION CEMENTO-ESMALTE:

Cemento sobre esmalte	60 a 65 %
Borde a borde	30 %
Dentina expuesta	5 a 10 %

FISIOLÓGIA DEL CEMENTO:

- 1).- Mantener al diente implantado en el alveolo.
- 2).- Permitir la continua readaptación de las fibras de Sharpey
- 3).- Compensar la pérdida del esmalte con la formación de cemento
- 4).- Aislar a la pulpa de los agentes externos patógenos, pues -- protege a la dentina radicular y a la vez a la pulpa.

3.- HUESO ALVEOLAR.- Se denomina hueso alveolar a la porción de los maxilares que forman los alveolos de los dientes, compuesto por tejido óseo compacto y tejido esponjoso o trabecular.

El hueso está formado por componentes inorgánicos tales como: --- calcio, fósforo, magnesio y pequeñas cantidades de potasio, sodio, cloro, fluor y hierro.

El componente orgánico lo constituyen: colágeno, mucopolisacáridos, osteocitos y osteoclastos.

Está compuesto por tejido compacto y tejido esponjoso o trabecular.

El tejido compacto comprende una pared interna llamada pared alveolar o lámina dura, presenta numerosas perforaciones para dar paso a vasos y nervios; correspondiendo a la zona donde se insertan las fibras de Sharpey y de una pared ósea externa que se encuentra cubierta por periodontio donde se adosa a la encía.

El tejido esponjoso o trabecular se encuentra entre la pared alveolar y la pared externa.

Consta también de un séptum interdentario, el cual forma un puente de unión entre las placas corticales. Limitado por las paredes de los alveolos.

Su aporte sanguíneo deriva de los vasos del ligamento periodontal, del conducto dentario y zonas que atraviesan las corticales interna y externa.

La forma del hueso varía según la anatomía de la raíz dentaria.

4.- FISILOGIA DEL HUESO ALVEOLAR.

El estudio microscópico del hueso alveolar lo revela como el menos estable de los tejidos periodontales. En condiciones normales sus estructuras intrínsecas están en constante fluctuación; es extremadamente sensible a todos los estímulos tanto externos como internos. La habilidad fisiológica del hueso alveolar se manifiesta microscópicamente por la presencia de formación y reabsorción ósea en forma constante, y una al lado de la otra, es un proceso de equilibrio y sujeto tanto a influencias locales como sistemáticas.

La formación ósea aparece como un borde marginal de osteoides en relación con una capa de osteoblastos poliédricos.

Las zonas de reabsorción se ven como concavidades irregulares en el margen óseo, ocupadas por osteoclastos multinucleares o células de tejido conectivo.

Este equilibrio fisiológico se manifiesta en el hueso alveolar -- en tres zonas claves:

- 1).- Adyacentes a la membrana periodontal
- 2).- En relación con el mucoperiostio o el periostio externo del hueso alveolar.
- 3).- A lo largo de las márgenes endostiales de los espacios medulares.

En zonas de tensión hay formación de hueso, en zonas de presión -- hay reabsorción.

CAPITULO III
ENFERMEDAD PARODONTAL

A).- ETIOLOGIA: CAUSAS

ETIOLOGIA.- Con el propósito de establecer un acertado diagnóstico clínico para poder atacar y prevenir la enfermedad parodontal debemos tener en cuenta, el conocimiento de los factores etiológicos de dicha enfermedad.

Dentro de los factores etiológicos, existen factores locales y factores sistémicos.

LOS FACTORES LOCALES.- Son factores que se encuentran en contacto con el diente y sus estructuras de soporte.

LOS FACTORES SISTEMICOS.- Son factores que se refieren a ciertas manifestaciones del estado general del paciente con influencia en el parodonto. Generalmente la enfermedad parodontal es provocada por ambos factores, pero no se deshecha la posibilidad de que actúen independientemente, siendo esto muy raro, por lo que el factor debe ser más intenso.

Existe un equilibrio entre los factores locales y sistémicos en el parodonto sano, pero al romperse dicho equilibrio, nos dará el inicio de la enfermedad parodontal.

La enfermedad parodontal puede clasificarse de acuerdo a sus factores etiológicos en:

A).- Enfermedad parodontal producida por factores locales, con

Influencia sistémica.

B).- Enfermedad periodontal producida por factores sistémicos, con influencias locales.

La cronicidad de los factores, ya sean locales o sistémicos, es una característica de la enfermedad periodontal.

FACTORES LOCALES.- Como ya se dijo anteriormente, son factores -- localizados, que se encuentran en contacto con el diente y sus -- estructuras de soporte, estos son:

- 1).- Desarmonía Articular.
- 2).- Respirador Bucal.
- 3).- Frenillo labial mal insertado.
- 4).- Stress.
- 5).- Malos Hábitos.
- 6).- Transtornos Salivales.
- 7).- Oclusión Traumática.
- 8).- Irritación por restauraciones defectuosas.
- 9).- Caries.
- 10).- Cepillado defectuoso.
- 11).- Impactación de alimentos.
- 12).- Residuos alimenticios.
- 13).- Cálculos Dentarios.
- 14).- Mucina.
- 15).- Materia Alba.
- 16).- Placa Dentobacteriana.
- 17).- Película Adquirida.

1) **DESARMONIA ARTICULAR.**- Es uno de los principales factores locales, de la etiología de la enfermedad parodontal, ya que la alineación incorrecta de los órganos dentarios ocasionará, entre otras alteraciones, acumulación de materia alba, placa dentobacteriana, impactación de alimentos, mucina, siendo esto por la imposibilidad de realizar una higiene adecuada, lo que nos traerá como consecuencia, caries, irritación gingival, etc., evolucionando así la enfermedad parodontal, llegando hasta la pérdida dentaria.

2).- **RESPIRADOR BUCAL.**- Aún no se ha demostrado en que la respiración bucal afecta a los cambios gingivales. Se cree que es producida por deshidratación de la encía, con disminución en su resistencia.

El respirador bucal se identifica, por eritema, edema, agrandamiento y un brillo superficial difuso en las áreas expuestas.

3).- **FRENILLO LABIAL MAL INSERTADO.**- Tracciona el margen gingival sano y favorece la acumulación de irritantes. En presencia de una bolsa parodontal el frenillo mal insertado, separa más la pared de la bolsa agravando más su estado, dificultando también el cepillado.

4).- **STRESS.**- El stress actúa a través de las glándulas endocrinas, particularmente el lóbulo anterior de la hipófisis y la corteza adrenal, produciendo cambios morfológicos y funcionales; entre estos cambios tenemos alteraciones inflamatorias, en vasos --

sanguíneas con hipertensión y úlcera gastrointestinal. Así, encontramos alteraciones a nivel parodontal, como ejemplo; bruxismo, que es un mal hábito, y uno de sus factores etiológicos es el stress o tensión nerviosa.

El bruxismo, es el apretamiento o rechinar de los órganos dentarios; el cual puede ser diurno o nocturno generalmente el bruxismo es inconscientemente y su etiología se debe a anomalías oclusales o stress, pudiendo actuar independientemente una de otra, o las dos al mismo tiempo.

5).- MALOS HABITOS.- El morder objetos, como agujas, pipas, utensilios de trabajo, palillos, lápicas, etc., son factores importantes en el comienzo y evolución de la enfermedad parodontal.

6).- TRANSFORMOS SALIVALES.- La xerostomía o boca seca y el respirador bucal, nos dá una disminución de saliva, lo que traerá como consecuencia, un aumento de gérmenes, así como una mayor adherencia de los alimentos a los dientes, actuando así como irritantes.

Las infecciones agudas, como; tifoides, diabetes, nefritis, parálisis facial, el uso de drogas, nicotina, stress, etc., nos traerán como consecuencia, la disminución de secreción salival; y como resultado de la ingestión de venenos, embarazo, menstruación - etc., encontramos un aumento de saliva o ptialismo, que generalmente nos provocará alteraciones.

7).- OCLUSION TRAUMATICA.- El trauma oclusal es la lesión de los tejidos parodontales producida por fuerzas oclusales. La fuerza - intermitente favorece la formación ósea, mientras que la presión constante origina: resorción ósea, dentaria apical y alteración - en el ligamento parodontal.

El traumatismo generalmente es provocado por contacto oclusal --- defectuoso de los órganos dentarios, o por restauraciones o próte- sis que interfieren en la oclusión.

El trauma de la oclusión se divide en tres etapas:

- a).- Lesión.
- b).- Reparación.
- c).- Cambio de morfología del parodonto.

Una fuerza es traumática, solo cuando el daño que produce supera la capacidad de reparación de los tejidos.

8).- IRRITACION POR RESTAURACIONES DEFECTUOSAS.- Los factores que provocan una alteración gingival y como consecuencia la resorción de la cresta marginal pudiendo ser la causa de una bolsa parodontal, mas irritantes locales evolucionando así la enfermedad parodontal; son los que a continuación se describen:

- a).- Prótesis mal ajustadas.
- b).- Falta de puntos de contacto.
- c).- Mala reconstrucción de las caras vestibular y lingual.
- d).- Obturaciones sobrepasadas.

9).- **CARIES.**- Como la caries se presenta casi en la totalidad de la población, es importante tener en cuenta este factor, ya que prolifera el número de gérmenes en la cavidad oral. Además de la impactación de alimentos en las cavidades de las coronas muy destruidas por caries profunda, provoca una patología pulpar que repercutirá en las estructuras parodontales.

10).- **CEPILLADO DEFECTUOSO.**- Origina alteraciones en la encía, -- abrición en los cuellos dentarios a consecuencia de un cepillado enérgico; por consiguiente se presentan cambios agudos y crónicos. Siendo los agudos dolorosos, con denudación de los tejidos como lo es el conectivo subyacente, y los crónicos tienen por consecuencia recesión gingival con denudación de la superficie radicular. Una deficiente técnica de cepillado provocará la no remoción de los factores locales etiológicos de la enfermedad parodontal.

11) **IMPACTACION DE ALIMENTOS.**- Es la acumulación o acunación forzada de alimentos sobre el parodonto por fuerzas oclusales, produciéndose en caras interproximales y superficies dentarias vestibulares o linguales.

Los factores que provocan el empaquetamiento mecánico de los alimentos sobre el parodonto o bien irritación superficial son:

La atracción oclusal provocando la transformación de las convexidades oclusales en fosetas oclícas, cúspides no desarrolladas, - la no existencia de puntos de contacto por:

- a).- Exodoncia del diente contiguo no reemplazado.
- b).- Diastemas.
- c).- Omisión de puntos de contacto de las restauraciones protéticas o incrustaciones.

12).- RESIDUOS ALIMENTICIOS.- La mayor parte de residuos alimenticios son eliminados rápidamente, dependiendo de su estado; los sólidos se eliminan más rápidamente que los líquidos, por ejemplo, zanahoria, jícama, perón, manzana etc., estos frutos y tubérculos estando crudos producen autoclisis.

Respecto a la temperatura, son eliminados más rápidamente los alimentos fríos que los calientes.

Los alimentos adhesivos, tales como higos, caramelos, pan, alimentos que contienen glucosa principalmente, así como chiclosos, chocolates, se adhieren a la superficie dentaria durante más de una hora. La eliminación de estos alimentos, depende de la viscosidad de la saliva, acción mecánica de la lengua, carrillos labios y distribución de los dientes en la arcada.

13).- CALCULOS DENTARIOS.- Es el principal irritante de los padecimientos parodontales.

Estos se depositan en la superficie de los tejidos duros o sea en los órganos dentarios, comunmente en superficies fásperas, y gene--

ralmente a la altura de los conductos excretores de las glándulas salivales. Por ejemplo a nivel del conducto de Stenon, de Wartho - 9supragingival0, superficies superiores vestibulares de los molares superiores y caras linguales de los anteriores inferiores.

Existen cálculos supragingivales y subgingivales.

El cálculo supragingival es originado por la saliva, el color es - blanco o blanco amarillento, de consistencia dura, arcillosa, pudiéndose pigmentar. Se localiza sobre la cresta gingival en la corona clínica. El cálculo subgingival es denso, duro, color pardo - oscuro, de consistencia pétreo, se localiza debajo de la cresta - de la encía marginal.

14).- MUCINA.- Constituida por una substancia blanda, mucilaginosa y adherente, así como por bacterias y a veces detritos alimenticios encontrándose en la región cervical de la corona clínica del diente en el cual se encuentra saliva gruesa que es fácilmente removible.

15).- MATERIA ALBA.- Es el principal irritante local, generalmente asociado a una gingivitis, localizada en la porción cervical de la corona del diente.

Es una substancia blanca amarillenta o grisácea, blanda y pegajosa. Formada por microorganismos, células epiteliales desmenuadas, leucocitos y una mezcla de proteínas, lípidos salivales y partículas --

de alimentos.

16).- **PLACA DENTOBACTERIANA.**- Ocupa el primer lugar como desencadenante de la enfermedad paradontal, es un depósito blando, amorfo, que se acumula y se deposita sobre las superficies dentarias - principalmente, sobre defectos estructurales del esmalte, fosetas, fisuras y cuello de los dientes.

Esta placa se puede remover por medios mecánicos, no es visible y solamente se puede observar mediante tinciones especiales.

Cantidades mesurables de placa, se producen dentro de las seis horas, una vez limpiado el diente, y su acumulación máxima se alcanza aproximadamente a los treinta días. La velocidad de formación de placa dentobacteriana, varía de una persona a otra, de diente a diente en una boca, de diferentes áreas en un diente.

La placa dentobacteriana está constituida; por un sustrato y microorganismos:

SUBSTRATOS:

- a).- Mucoides de la saliva, ejemplo: mucina.
- b).- Proteínas de la saliva del metabolismo bacteriano de la ingesta.
- c).- Mucopolisacáridos de la saliva y de las células epiteliales.

MICROORGANISMOS:

a).- Cocos y bacilos gram positivos (neisseria, estreptococos, los cuales producen hialurinasas que es una enzima, exotoxina y antígeno).

b).- Cocos y bacilos gram negativos que aparecen entre el segundo y tercer día y que producen endotoxinas, lipopolisacáridos y proteínas.

c).- Fusobacterium, Actinomicetes y Veillonella, anaerobios puros al madurar la placa (aproximadamente al séptimo día).

d).- Aparece Leptotrix y microorganismos filamentosos que van a formar una empanizada.

17).- PELÍCULA ADHIRIDA.- Se forma previamente a la placa dentobacteriana, es una película acelular, que se deposita sobre la superficie dentaria limpia, es una capa delgada, lisa, suave, trans

lúcida y difusa, distribuida sobre la superficie de la corona, en mayor cantidad cerca de la encía, mide de 0.05 a 0.8 micrones de espesor.

Es un producto de la saliva, que se encuentra libre de bacterias, de ácido periódico de schiff (PAS) positiva y contiene glucoproteínas, derivados de glucoproteínas, polipéptidos y lípidos.

FACTORES SISTÉMICOS.

Los factores sistémicos predisponen, agravan ó modifican la enfermedad paradental.

Generalmente actúan en combinación con los factores locales.

- A).- Trastornos o enfermedades nutricionales.
- B).- Trastornos o enfermedades endocrinas.
- C).- Enfermedades dermatológicas.
- D).- Epilepsia.
- E).- Factores hereditarios.

A).- Trastornos Nutricionales:

Tanto la hipovitaminosis, como la hipervitaminosis causan alteraciones paradentales, acompañados siempre de factores etiológicos locales.

HIPOVITAMINOSIS "A" .- Produce un aumento de la susceptibilidad a las infecciones, anomalías del crecimiento, forma y textura del -

hueso, ceguera nocturna.

HIPERVITAMINOSIS "A" .- Produce pigmentaciones melánicas en la piel, dermatosis escamosa, altera la menstruación.

COMPLEJO "B" .- Generalmente las anomalías parodontales atribuidas a la deficiencia de complejo "B" son ocasionadas por más de una de sus componentes.

Las anomalías producidas son: gingivitis, glositis, glosidinia, queilosis e inflamaciones de la totalidad de la mucosa bucal.

HIPOVITAMINOSIS TIAMINA (Vitamina B₁) .- Las enfermedades que presentará la cavidad bucal por deficiencia de tiamina son:

- a).- Hipersensibilidad de la mucosa bucal.
- b).- Vesículas que simulan herpes en mucosa bucal, paladar, debajo de la lengua, carrillos.
- c).- Neuralgia del trigémino.

NOTA: Inyectando vitamina B₁ antes de las intervenciones quirúrgicas se ha observado una pronta cicatrización.

HIPOVITAMINOSIS RIBOFLAVINA (Vitamina B₂) .- Las manifestaciones de la deficiencia de la riboflavina son: Queilosis y Glositis.

Glositis.- Se caracteriza, por un color magenta, atrofia de las

papilas provocando un aspecto brillante y liso.

Queilosis.- Comienza por un área pequeña viva, roja y dolorosa en la comisura de los labios, en la unión mucocutánea. Se agranda - la lesión y se cubre de una membrana epitelial blanca adhesiva.

El ácido nicotínico, pantotenato de calcio, o todo el complejo -- "B₂" pueden provocar esta lesión.

a).- Dermatitis.

b).- Diarrea.

c).- Demencia.

Alteraciones bucales: se observa frecuentemente glositis y estomatitis, hiperemia de la lengua y una superficie dorsal atrófica inflamación de la mucosa en determinadas zonas ó generalizada, acompañada de dolor y ardor.

HIPOVITAMINOSIS ACIDO PANTOTENICO.- Presenta queilosis angular hiperqueratosis con ulceración y necrosis de la encía y mucosa bucal resorción de la cresta alveolar, la mucosa bucal y los labios presentan un color rojo brillante.

En su inicio hay un aumento de flujo salival, pero despues disminuye.

HIPOVITAMINOSIS RIBOFLAVINA (Vitamina B₂).- Presenta estomatitis, glositis, ó lesiones de tipo seborrédico alrededor de la boca, nariz y ojos.

HIPOVITAMINOSIS ACIDO FOLICO.- Alteraciones generales: anemia macrocítica con eritropoyesis megaloblástica, lesiones gastrointestinales diarrea y mal absorción intestinal.

Alteraciones bucales: estomatitis generalizada, con glositis ulcerada, queilitis, queilosis. La estomatitis ulcerativa es un signo temprano, esteotorrea. Hay dolor, ardor y aumento en la salivación.

HIPOVITAMINOSIS CIANCOBALAMINA.- (Vitamina B₁₂).- Los tejidos -- más afectados son: nervios periféricos, lengua y (torrente circulatorio). La anemia perniciosa es la forma más grave de la deficiencia de vitamina B₁₂.

VITAMINA "D" Y ACIDO ASCORBICO (Vitamina "C").- La deficiencia de vitamina "D" en niños se manifiesta en forma de raquitismo, y en adultos se manifiesta en forma estomalacia.

La deficiencia de vitamina "C" se manifiesta por escorbuto: encías engrosadas, rojas, tumefactas, de consistencia blanda o esponjosa, con tendencia a sangrar fácilmente, se caracteriza por diétesis hemorrágica y retardo en la cicatrización de heridas.

HIPOVITAMINOSIS "K" "Vitamina de la coagulación".- Es importante para la formación del coágulo, necesaria para la formación de protrombina en el hígado. La deficiencia de ésta traerá como consecuencia hemorragia gingival excesiva, espontáneamente ó después del cepillado de los dientes.

La vitamina "K" la utilizamos para prevenir y controlar la hemorragia bucal anormal.

TRASTORNOS ENDOCRINOS.- Sus efectos varían con la edad en que se produce. El ritmo del metabolismo basal decrece, y el crecimiento se retrasa existiendo tres síndromes resultantes:

A).- Cretinismo.

B).- Mixedema Juvenil.

C).- Mixedema de Adulto.

A).- Cretinismo.- Maxilares pequeños y ritmo de erupción y retardo.

B y C).- Mixedema Juvenil y de adulto.- Hay destrucción paradontal y cambios degenerativos.

HIPERTIROIDISMO.- Es común en jóvenes y adultos, y sus síntomas son: pulso acelerado, hipertensión, nerviosidad, inestabilidad emocional y exoftalmia.

Manifestaciones orales: Los niños presentan erupción precoz, un rápido crecimiento ó desarrollo de dientes y maxilares, así como exfoliación temprana de dientes de primera dentición y erupción prematura de dientes de la segunda dentición.

Según la intensidad del hipertiroidismo, se presentará la osteoporosis de maxilar y mandíbula. En ocasiones encontraremos destrucción dental precoz y enfermedad periodontal.

HIPOPITUITARISMO.- Hay retardo de crecimiento de todos los tejidos. Si se presenta en la infancia determina el enanismo, enano pituitario, casi siempre proporcionado, y mentalmente normales.

Alteraciones orales: Los dientes de la primera dentición es retardada su exfoliación, y por lo tanto los dientes de la segunda dentición retardan su erupción, la formación coronaria es normal pero no así la radicular.

Hay retardo en el crecimiento de maxilar y mandíbula, siendo la mandíbula más pequeña que el maxilar.

HIPERPITUITARISMO.- Gigantismo o Acromegalia.

Presenta: prognatismo, macroglosia, diastemas e hipercementosis.

HIPOPARATIROIDISMO.- En niños encontramos hipoplasia del esmalte, y alteraciones en la calcificación de la dentina. El esmalte y la dentina en desarrollo presentan regiones calcificadas y no calcificadas alternadamente.

HIPERPARATIROIDISMO.- Produce desmineralización generalizada del esqueleto, formación de quistes óseos y tumores de células gigantes.

Alteraciones bucales: mal oclusión y movilidad dentaria; radiográficamente se observa osteoporosis alveolar y el trabeculado muy junto, además ensanchamiento periodontal.

DIABETES.- Manifestaciones orales: lengua sacurral, boca seca, indentaciones marginales, ardor de la mucosa, absesos gingivales ó periodontales recedivantes, papilas edematosas y movilidad dentaria.

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS.- Siempre presentan manifestaciones orales. Las lesiones bucales pueden señalar el comienzo de la enfermedad, pudiéndose dar un tratamiento oportuno.

En el Líquen Plano, Eritema multiforme y piostomatitis Vegetante únicamente se pueden diagnosticar por sus manifestaciones orales. Entre otras enfermedades dermatológicas con manifestaciones bucales tenemos: pénfigo, eritema multiforme, lupus eritematoso, epidermolisis bulosa distrófica, sífilis, tuberculosis.

Enfermedades Virales, como: Herpes Simple, Gingivoestomatitis Herpética Aguda, Herpes Zoster, Linfopatía Venérea, enfermedades de boca y herpangina.

EPILEPSIA.- Son accesos convulsivos, considerados como trastornos paroxísticos del Sistema Nervioso; con pérdida del conocimiento, o algunas veces con movimientos convulsivos ó sin ellos.

Entre las drogas utilizadas para su tratamiento está el dilantín sódico. El uso de esta droga repercute en el parodonto produciendo una hiperplasia gingival, por reacciones alérgicas al medicamento.

Pudiendo ser también ocasionada por factores irritantes locales, o por ambos.

B).- CLASIFICACION Y SINTOMAS

Es importante conocer una clasificación de las enfermedades parodontales, con el propósito de saber los signos y síntomas de las enfermedades parodontales, con el propósito de saber los signos y síntomas de la enfermedad parodontal, para establecer un diagnóstico más acertado.

A continuación se mencionará una clasificación de las más utilizadas:

I.- INFLAMATORIAS.

II.- DEGENERATIVAS.

III.- NEOPLASICAS.

I.- INFLAMATORIAS.- Siempre existirá un estado inflamatorio, hasta en el parodonto más sano, debido a la existencia de la flora bacteriana en el intersticio gingival, así como otros factores irritantes locales.

Los signos comunes de la inflamación son: tumor, rubor, calor y dolor.

A).- GINGIVITIS.- Es una inflamación de la encía, como una reacción a los irritantes locales y sistémicos.

Caracterizada por un contorno aumentado de volumen, cambios en la coloración, pasando del rosa coral a diferentes tonalidades de rojo, debido a una mayor vascularización a la cual se debe el tuer-

grado. Su textura variará por pérdida del puntilleo. Se puede encontrar pseudo bolsas gingivales. No existiendo migración de la inserción epitelial hacia apical, ni movilidad dentaria, presu poniéndose que el cemento, ligamento y hueso se encuentran sanos.

Generalmente no se presenta dolor. Si no se trata oportunamente se puede transformar en una parodontitis.

Existen diferentes tipos de gingivitis.

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE. También llamada Enfermedad de Vincent o boca de Trinchera.

Es una enfermedad aguda y recurrente.

Clinicamente se observa como una pseudomembrana necrótica, grisá cea. Poco adherente, principalmente en papilas interproximales.

El paciente presenta dolor irradiado en la encía, hemorragia, -- destrucción de las papilas, halitosis y aumento en la salivación.

Etiología: debida a enfermedades debilitantes, stress, fatiga, in somnio, tabaquismo, alcoholismo, falta de higiene oral, restauraciones incorrectas.

Tratamiento:

1.- Se limpian los cráteres con toques de agua oxigenada (H_2O_2) - al 3%.

11.- Se receta al paciente penicilina .rocafoa 3 800,000 U. --
300,000 U diarias 3 cada 12 hrs., por vía parenteral, o 250 mg.
cada 4 hrs por vía oral (tabletas). Si es alérgico a la peni-
cilina se la administrará Eritromicina.

GINGIVITIS DE LA PLEBERTAD.- Durante ésta etapa de la vida es --
frecuente que ocurra una respuesta exagerada a los irritantes.

Etiología: Está dada por la combinación de varios factores como
pueden ser: el no control de placa bacteriana, el ajuste endocri-
no, la exposición incompleta de las coronas anatómicas.

Es más frecuente en las mujeres.

Tratamiento: Odontoxesis, profilaxis, control de placa y una ali-
mentación balanceada.

GINGIVITIS DEL EMBARAZO.- Durante éste período, la gingivitis se
presenta debido a que existe una alteración endocrina pero nece-
sariamente debe actuar en combinación con irritantes locales.

La encía marginal e interdentaria se presenta de aspecto liso y -
brillante, adematizada, de color rojo brillante o rojo azulado, -
que sangra fácilmente, además de ser friable y inflamativa. Acentúan-
dola en el octavo y noveno mes del embarazo.

Tratamiento: consiste en realizar una odontoxesis, profilaxis y -
control de placa.

autocontrol de placa.

GI.GIVITIS HERPÉTICA.- Se presenta en forma de vesículas aisladas o múltiples, aproximadamente a las 24 horas se rompen, y dan lugar a úlceras dolorosas, de centro grisáceo o amarillento y de bordes rojizos.

Cuyo factor etiológico es el virus Herpes Simplex. Su duración es de 7 a 10 días. Puede aparecer en adultos.

Tratamiento: Aureomicina en pómada aplicada típicamente, o tabletas de 250 mg. cada 6 horas. Y una solución anestésica para colutorios, con el propósito de que el paciente pueda comer.

GI.GIVITIS ESCORBÚTICA.- Es la inflamación hemorrágica roja o azulada.

Cuyo factor etiológico, son los factores locales asociados a una deficiencia de ácido ascórbico (vitamina C).

Presentándose en la encía marginal y papilar generalizada, que extiende en menor grado hacia la encía insertada.

3).- PARADONTOSIS.- Enfermedad inflamatoria crónica que ataca tanto a la encía como a las estructuras periodontales.

Es consecuencia de una gingivitis no tratada oportunamente.

Etiología.- Irritantes locales. -

Se observa una inflamación gingival más acentuada que sangra con facilidad, además pérdida de puntilleo, migración apical de la inserción epitelial, formación de bolsos paradontales generalmente con exudado purulento, se pierde la propiedad de formar proco-mento, lo que imposibilita la inserción de las fibras de Sharpey observando también resorción de la cresta alveolar, así como movilidad de grado I y 2.

Síntomas:

- 1.- Generalmente indolora, sensibilidad a cambios térmicos alimentos y estimulación táctil.
- 2.- Dolor irradiado, profundo durante la masticación y después de ella, causado por el acunamiento forzado de alimentos dentro de la bolsa paradontal.
- 3.- Síntomas agudos, como dolor punzante y sensibilidad a lo dulce como a los cambios térmicos o dolor punzante.

Tratamiento:

Legrado: Curetaje, y gingivectomía.

Absceso Paradontal.- Inflamación purulenta, localizada en los tejidos periodontales, generalmente se localiza a un lado de la raíz.

Etiología: Debido a la profundización de la infección de:

- a).- Bolsas parodontales.
- b).- Por obstrucción de la luz de una bolsa parodontal.
- c).- Por eliminación incompleta de cálculos.
- d).- Traumatismo o perforación de la pared lateral de la raíz durante el tratamiento endodóntico.

Pudiendo ser agudo o crónicos.

Síntomas de abscesos agudos.- Dolor irradiado, sensibilidad a la palpación, percusión, movilidad dentaria y fiebre con malestar.

Clinicamente se observa una elevación en la zona lateral de la raíz.

El absceso crónico.- Se presenta como una fístula localizada en la mucosa gingival de la raíz. Puede presentar dolor sordo, leve elevación del diente y deseo de morder o de frotar el diente.

Tratamiento: Legrado y Curetaje a Colgaje, eliminación de cálculos dentarios, tejidos de granulación y tejidos esponjosos purulentos en el orificio de la fístula.

II.- DEGENERATIVAS.

Degeneración es el proceso patológico que se caracteriza por la incapacidad de las células a reaccionar en forma positiva ante una lesión.

Algunos cambios degenerativos son reversibles y otros irreversibles.

Gingivosis.- Gingivitis descamativa crónica.- Se presenta como la sím en forma de vesículas que se rompen, son de color rojo brillante y lisas localizándose en la encía labial, marginal o insertada.

Síntomas: Descamación epitelial que deja al descubierto el tejido conjuntivo subyacente. Por lo que el paciente presenta dolor, ardor y sensibilidad a cambios térmicos.

El paciente presenta dolor al comer alimentos condimentados, ácidos, asperos y bebidas carbonatadas. Rara vez sufre dolor espontáneo.

Etiología: Está bien definida, pero se cree que está relacionada con las deficiencias hormonales de las gónadas y deficiencias nutricionales.

Tratamiento: Raspaje y curetaje, eliminación de irritantes locales, aplicación tópica de corticoides (1% por 10%) en una base adhesiva.

Parodontosis.- Es la destrucción no inflamatoria, degenerativa crónica del parodonto.

Se caracteriza por atacar primero a los tejidos profundos y después a los tejidos superficiales. Así como por una migración y aflojamiento temprano de los dientes. Por lo que el tratamiento oportuno ocasionará la pérdida de los dientes por destrucción de los tejidos parodontales.

Encontrando destrucción en el grupo el ligamento periodontal, el caso se presenta necrosis, resorción ósea de tipo vertical con formación de bolsas infraóseas, pudiendo encontrar resorción ósea de tipo horizontal.

Generalmente presenta movilidad de grado 2 a 3. Encontrándose inflamación gingival progresiva en los estadios más avanzados de la periodontosis.

Etiología: Por desequilibrio metabólico, alteraciones hormonales, deficiencia nutricional, diabetes, sífilis, hipertensión.

Tratamiento: Lo principal es corregir el trastorno general básico y medidas locales, como Lagrado y Curetaje a Colgaje, ferulización y desgaste oclusal para ponerlo fuera de oclusión.

Enfermedades atróficas Peridontales:

Atrofia.- Es la disminución de tamaño de un órgano de sus elementos celulares, una vez alcanzada la madurez normal.

No es necesariamente un padecimiento patológico, puede ser causado por alteraciones excesiva e influencias tóxicas y químicas.

Ejemplo enfermedades atróficas:

Necrosis gingival.

Atrofia Alveolar.

Atrofia Parodontal.

Atrofia por desuso.

Atrofia senil

Enfermedades hiperplásicas periodontales:

Hiperplasia.-

Es el aumento de tamaño de un órgano, debido a un aumento de sus elementos celulares.

Diferenciándose de la hipertrofia, la cual es crecimiento excesivo debido al aumento de tamaño de sus elementos celulares.

Ejemplo de enfermedades hiperplásicas:

Hiperplasia gingival.

Hiperplasia papilar.

Fibromatosis.

Enfermedades traumáticas periodontales:

Trauma Periodontal.- Es debida a fuerzas mecánicas repetidas, ejercidas sobre el perodonto, que sobrepasan su umbral fisiológico de tolerancia.

III.- ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS PERIODONTALES.

Neoplasia:

Es el crecimiento anárquico, desordenado e independiente de ciertas células del cuerpo.

Se clasifican en: benignas y malignas.

Características de la neoplasia benignas:

- 1.- Crecimiento lento
- 2.- Si encapsulados.
- 3.- No producen metástasis
- 4.- No alteran el estado general del paciente.

Características de las neoplasias Malignas:

- 1.- Crecimiento rápido
- 2.- No encapsulados
- 3.- Producen metástasis
- 4.- Afectan el estado general del paciente.

Las neoplasias malignas se encuentran más expuestas a sufrir cambios degenerativos y necróticos.

Para la obtención de un diagnóstico preciso, es necesario realizar una biopsia.

Biopsia.- Exámen microscópico de un fragmento de tejido cortado - de un órgano afectado.

El Cirujano Dentista únicamente intervendrá las neoplasias benignas las malignas las remitirá al especialista.

Ejemplo de neoplasias benignas.-

Fibroma:

Su origen es debido a irritantes locales. Es una masa prominente, de tamaño variable aunque no alcanza una gran dimensión. Que se origina en el tejido conectivo o del ligamento parodontal. De crecimiento lento, forma elíptica., superficie lisa, es firme y nodular. Teniendo el riesgo de convertirse en maligno.

Métodos para la toma de la biopsia:

Cuando la lesión sea grande se tomará una muestra representativa.

Si se presenta el caso de cambios patológicos en una misma lesión, se tomará una muestra de la zona que contenga toda la variedad patológica y si no es así se tomará varias muestras pequeñas.

Técnica de la biopsia:

Incisión.- Se realizará con bisturí. Se llevará a cabo en tejidos blandos.

Electrocirugía.- Se realizará con electrocauterio, que cortará y coagulará. Se utilizará en tumores muy vascularizados.

Sacabados.- Se utilizará para pequeñas muestras de tejido en lugares inaccesibles. Ejemplos: seno maxilar, paredes faríngeas laterales o posteriores.

Curetaje.- Se utilizará para tomar muestras de cavidades óseas o trayectos fistulados.

Papiloma.-

Es una lesión pequeña, circunscrita cuyo origen es debido a irritantes mecánicos.

Es una protuberancia, de color gris o blanco grisáceo, duro, de aspecto verrugoso. Encontrándose aislado o en grupo.

Hemangioma.-

Tumor benigno de los vasos sanguíneos, generalmente se presenta en mucosa bucal, labial, lengua, etc.

Son de tipo capilar ó cavernoso, siendo los más comunes los de tipo capilar, que son blandos, bien delimitados, pediculados e indolorosos, con contorno liso, abultado o irregular. De color rojo oscuro al púrpura que a la presión empalidecen.

C).- DIAGNOSTICO. Y PRONOSTICO

Diagnóstico es el conocimiento de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que sufre el organismo ante un agente moroso, es el proceso mediante el cual se reconoce la naturaleza de una enfermedad.

Es de vital importancia elaborar un buen diagnóstico para poder efectuar un tratamiento adecuado a las condiciones y características de cada paciente.

La recopilación de los datos por obtener basado en la historia clínica, que será elaborada con los métodos de exploración: interrogatorio, inspección, palpación, percusión, auscultación, punción, medición y métodos de laboratorio entre los cuales destaca la interpretación radiográfica.

El diagnóstico debe cubrir tres etapas principales:

- 1).- INTERROGATORIO.
- 2).- INSPECCION ARMADA.
- 3).- INTERPRETACION RADIOGRAFICA.

1).- INTERROGATORIO.- Basado en una serie de preguntas que se harán al paciente, con el fin de averiguar la causa o motivo de la visita al cirujano dentista.

Del interrogatorio obtenemos los síntomas y datos generales como son: nombre, domicilio, edad, datos patológicos, no patológicos,

intervenciones quirúrgicas, intolerancia a medicamentos, alimentos ó bebidas etc.,.

Si el paciente llega al consultorio con un dolor excesivo, es necesario, eliminar éste antes del interrogatorio.

Al realizar el interrogatorio, pondremos atención a las preguntas que se le harán al paciente; no debemos utilizar tecnicismos, y las preguntas deberán ser claras y concretas.

El diagnóstico debe estar basado en la evaluación general del paciente, así como en el examen detallado de la cavidad oral.

El interés y la atención deben dirigirse al paciente que padece la enfermedad y no simplemente a la enfermedad.

2).- INSPECCION ARMADA.- Se lleva a cabo con el auxilio de instrumental especializado, que facilitará la localización de trastornos en los tejidos de soporte del diente.

Los métodos de la inspección armada para la localización de padecimientos parodontales, son:

- a).- Inspección.
- b).- Palpación.
- c).- Percusión.
- d).- Pruebas de laboratorio.
- e).- Transiluminación.

a).- INSPECCION.- Se lleva a cabo mediante la localización de cálculos dentarios, supra y subgingivales, materia alba, restos alimenticios etc. Medición, ésta es con auxilio de instrumental, nos permite conocer la presencia, localización y profundidad de las bolsas parodontales, por medio de un instrumento llamado parodontómetro.

b).- PALPACION.- Este método se realizará con los dedos del operador o con ayuda de un instrumento, de esta manera nos damos cuenta del estado de la encía, carrillos, labios y mucosa oral y revisando el grado de movilidad dentaria, que a continuación se enumeran:

- 1).- Movilidad fisiológica o normal.
- 2).- Movilidad de primer grado o ligera.
- 3).- Movilidad de segundo grado o moderada.
- 4).- Movilidad de tercer grado o acentuada en todas direcciones.

Para conocer el grado de movilidad dentaria, se coloca el dedo índice en las caras linguales o palatinas y con ayuda de un instrumento se hace presión en la cara vestibular, y el movimiento del diente se percibirá en la yema del dedo.

c).- PERCUSION.- La percusión ayuda a localizar lesiones inflamatorias agudas de la membrana parodontal.

Generalmente la percusión se lleva a cabo en el mango de cualquier instrumento. La percusión se hará en sentido vertical y ho

rizantal al eje longitudinal del diente.

Si se manifiesta una reacción a la percusión vertical, es signo de una alteración pulpar ó inflamación del ligamento periapical; y si por el contrario hay reacción a la percusión horizontal es signo de una alteración del ligamento parodontal.

d).- PRUEBAS DE LABORATORIO.- Son coadyuvantes en el diagnóstico de la enfermedad ó definitivas para establecerlo (casos como neoplasias orales).

Se realizan por medio de frotis, cultivos bacterianos, ó por medio de biopsias como ya se dijo anteriormente en casos de neoplasias.

e).- TRANSLUMINACION.- Es una variante de la inspección que consiste en la aplicación de un haz luminoso a través de los tejidos que nos ayudará a localizar cálculos dentales infragingivales, en caras proximales de los órganos dentarios, así como para identificar caries interproximales.

3).- INTERPRETACION RADIOGRAFICA.- Las radiografías, como auxiliar en el diagnóstico de la enfermedad parodontal, es importante aunque no sustitutivo del exámen clínico, ya que nos permitirá establecer un diagnóstico, pronóstico al instituir el tratamiento más adecuado y preciso.

No debemos basarnos estrictamente en las radiografías ya que estas pueden sufrir distorsiones.

En una radiografía observaremos si existe lo siguiente:

- a).- Resorción de la cresta.
- b).- Engrosamiento de la membrana parodontal.
- c).- Estado de la raíz.
- d).- Caries de la raíz.
- e).- Disposición trabecular.
- f).- Relación del hueso alveolar interproximal.
- g).- Grosor del hueso alveolar interproximal.
- h).- Resorción ósea interradicular.

C).-DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

Historia clínica:

La historia clínica en parodontia, se puede dividir en dos anexos:

- 1.- Antecedentes patológicos del paciente.
- 2.- Parodontograma que es la reproducción de los datos obtenidos a través del estudio clínico y radiográfico.

En la historia clínica parodontal se analizará:

- a).- Tratamientos previos.
- b).- Estado de salud actual.
- c).- Antecedentes patológicos familiares.
- d).- Hábitos.
- e).- Oclusión.
- f).- Prótesis.
- g).- Apreciación radiográfica.
- h).- Pruebas de laboratorio.
- i).- Diagnóstico.
- j).- Plan de tratamiento.

Es importante mencionar todos los datos etiológicos por orden de importancia, ya que esto constituye un entrenamiento adecuado y - objetivo para la práctica dental.

Los datos en donde debemos hacer hincapié, desde el punto de vis-

ta radiográfico son:

- a).- Relación corona raíz.
- b).- Posición y forma de la raíz.
- c).- Grado de calcificación del hueso, ya que a mayor calcificación mejor pronóstico.
- d).- Resorción ósea, que puede ser horizontal o vertical.
- e).- Zonas de hipercementosis; producida por trauma oclusal o patológico del tejido pulpar.
- f).- Espacio del ligamento parodontal. Si está aumentado indica, que existe edema e inflamación del mismo.

La edad avanzada del paciente, o la falta de estímulo por dieta blanda, o por ausencia de un diente antagonista, se puede manifestar por una atrofia del ligamento parodontal.

Es importante que todos los pacientes que van a recibir un tratamiento parodontal, se les haga un estudio radiográfico ya que sin él, el diagnóstico no podrá efectuarse totalmente ni de una manera sistematizada.

Nombre del paciente _____

Lugar y fecha de nacimiento. _____

Dirección domicilio. _____ Tel: _____

Dirección donde trabaja. _____ Tel: _____

Ocupación. _____

MOTIVOS DE LA CONSULTA:

- 1.- Tratamientos previos dentales. _____
- 2.- Tratamientos parodontales. _____
- 3.- Tratamiento Ortodóntico. _____
- 4.- Exodoncias. _____
- 5.- Historia de hemorragias en exodoncias. _____
- 6.- Otras hemorragias. Hematoma y petequias. _____
- 7.- Experiencia a la anestesia local y general. _____
- 8.- Capillado dental, cómo y cuantas veces. _____
- 9.- Uso de palillos, hilo dental, estimuladores. _____
- 10.- Gingivorragia, espontánea. _____
- 11.- Sensibilidad (frío, calor dulces, ácidos, al capillarse). _____
- 12.- Sensibilidad dental o gingival a la presión de la masticación. _____
- 13.- Masticación, semiunilateral o bilateral. _____
- 14.- Halitosis, mal sabor de la boca. _____
- 15.- Sialorrea. Xerostomía. _____
- 16.- Bricomanía, contracciones musculares. _____
- 17.- Hábitos de lengua, labios, carrillos, morder objetos, uñas, lápices, pipas, dedos. _____
- 18.- Respiración bucal. _____
- 19.- Otros datos. _____

- 20.- Salud actual. _____
- 21.- Cambios recientes de su peso. _____
- 22.- Cuando vio por última vez al médico; por qué. Nombre Dirección
teléfono. _____
- 23.- Tratamiento general y medicinas que está tomando en la actuali-
dad. _____
- 24.- Tratamiento general y medicinas que ha tomado previamente. _____
- 25.- Menstruación, embarazo, lactancia, menarca, menopausia, hijos,
abortos y experiencias bucales en estas épocas. _____
- 26.- Diabetes. _____
- 27.- Alergias. _____
- 28.- Cardiopatías. _____
- 29.- Epilepsia. _____
- 30.- Fiebre reumática. _____
- 31.- Reumatismo, artritis. _____
- 32.- Gastrointestinal. _____
- 33.- Hepatitis. _____
- 34.- Gripe, sinusitis, dolores de cabeza frecuentes, medicación. _____
- 35.- Discrasias sanguíneas. _____
- 36.- Cáncer, Tuberculosis. _____
- 37.- Otras enfermedades generales. _____
- 38.- Enfermedades nerviosas, psíquicas, vitalidad, decaimiento. _____
- 39.- Estados de tensión. Stress. _____
- 40.- Sueño, alista, necesidad de hipnóticos. _____
- 41.- Tensión durante sus citas dentales. _____
- 42.- Otros datos. _____

- 43.- Dieta, consistencia, calorías, proteínas, hidratos de carbono, grasas, sales minerales, vitaminas, agua o bebidas. _____
- 44.- Estado nutricional. _____
- 45.- Otros datos. _____
- 46.- Antecedentes familiares, padres, hermanos, etc. _____
- 47.- Cara, labios, mejillas, lengua, piso de la boca, paladar, garganta, glándulas salivales. _____
- 48.- Nódulos linfáticos. _____
- 49.- Exostosis. _____
- 50.- Encía, color, consistencia punteada, lisa. _____
- 51.- Pruebas térmicas y eléctricas. _____
- 52.- Sensibilidad a la percusión. _____
- 53.- Dolor a la presión en la región periapical. _____
- 54.- Uromatostasis. _____
- 55.- Impacto alimenticio. _____
- 56.- Exudado. _____
- 57.- Serra supra y sub-gingival. _____
- 58.- Sobreoclusión vertical, horizontal. _____
- 59.- Traumatismo gingival por los antagonistas. _____
- 60.- Forcilla cruzada. _____
- 61.- Forcilla abierta. _____
- 62.- Malposición dentaria. _____
- 63.- Dientes supernumerarios. _____
- 64.- Dientes incluidos. _____
- 65.- Oclusión traumática. _____
- 66.- Contactos prematuros en céntrica. _____

- 67.- Interferencias en los movimientos mandibulares. _____
- 68.- Oclusión. _____
- 69.- Anclusión. _____
- 70.- Abrasión, erosión. _____
- 71.- Otros datos. _____

PADECIMIENTO ACTUAL:

.....

.....

APRECIACION RADIOGRAFICA.....

.....

.....

PRUEBAS DE LABORATORIO:

.....

.....

DIAGNOSTICO:

.....

PLAN DE TRATAMIENTO:

SUGERION PARA RESTAURACION PROTÉSICA:

.....

.....

TRATAMIENTO	FECHA	TRATAMIENTO EFECTUADO
TECNICA DE CEPILLADO...
ODONTOANALISIS.....
GINGIVECTOMIA.....
SIGMIOPLASTIA.....
ESTILOPLASTIA.....
DILATAIONCIA.....
OTROS TRATAMIENTOS.....

d).- TRATAMIENTO.

Tratamiento de la enfermedad periodontal:

El tratamiento periodontal: son los medios con los cuales se elimina la enfermedad y se restablece la salud de los tejidos periodontales.

El objetivo del tratamiento es la eliminación tanto de los factores locales, como de los factores sistémicos.

Un auxiliar del tratamiento, es utilizar en ocasiones los fármacos:

TECNICAS DE TRATAMIENTO

- 1.- Raspado y curetaje.
- 2.- Gingivectomía.
- 3.- Gingivoplastia.
- 4.- Técnica de colgaje.
- 5.- Osteotomía y Osteoplastia.
- 6.- Cirugía mucogingival.
 - a).- Extensión del vestibulo.
 - b).- Extensión de la encía invertida.
 - c).- Frenilactomía.

RASPADO Y CURETAGE.

Entre los diferentes métodos que dispone la terapéutica paradon-
tal encontramos el raspado y curetaje, denominado también odonto-
xesis o legrado.

Raspado.- Técnica por medio de la cual se elimina los irritantes
que se encuentran adheridos a los tejidos duros (esmalte y cemen-
to).

Curetaje.- Procedimiento para la eliminación de tejido enfermo lo-
calizado en la pared lateral del intersticio gingival normal o pa-
tológico, denominado bolsa.

Objetivos principales:

- a).- Eliminación de irritantes de la bolsa paradontal.
- b).- Eliminación del tejido epitelial ulcerado y el te-
jido conjuntivo expuesto al medio bucal en la pa-
red lateral del intersticio gingival.

Al efectuar curetaje, se provoca ruptura de los capilares de la -
bolsa paradontal, lo que produce una hemorragia que eliminará los
elementos figurados de la sangre, plasma, suero, bacterias, de-
tritus alimenticios y hará disminuir el volumen de la encía y por
tanto el edema y la inflamación.

GINGIVECTOMIA.

La gingivectomía es una serie de procedimientos quirúrgicos encaminados a la eliminación total de la bolsa paradental, mediante el corte de las paredes que lo forman.

Objetivos de la gingivectomía:

- a).- Eliminar encía enferma que forma la pared lateral de la bolsa paradental.
- b).- Eliminación de irritantes locales en el intersticio paradental.
- c).- Devolver la forma y función normal a la encía.

Indicaciones de la gingivectomía:

- a).- Bolsas gingivales en las cuales la pared de las -- bolsas está formada por tejido fibroso denso (fibrosis gingival).
- b).- Bolsas supraóseas con resorción horizontal.
- c).- Cráteres interdentarios.
- d).- Fisuras gingivales.
- e).- Erupción activa alterada.
- f).- Falta de armonía anatómica del margen gingival.
- g).- Hiperplasia medicamentosa (dilatación sédico).

Contraindicaciones de la gingivectomía:

- a).- Alteraciones en el estado general que hacen peli-

gros. cualquier intervención quirúrgica.

- b).- Bolsas muy profundas que ponen de manifiesto gran -
destrucción de hueso alveolar.
- c).- Bolsas infraóseas.
- d).- Abscesos paradontales.

Técnica quirúrgica de la gingivectomía:

Anestesia.- Por infiltración.

Márquese las bolsas.- Las bolsas de cada superficie se exploran con una pinza marcadora de bolsas núm. 27g.

Incisión.- La encía se puede cortar con bisturíes periodontales, es coplejo o tijeras.

La remoción de la encía enferma es una parte importante de la gingivectomía, pero el instrumento que para ello se emplea no afecta al resultado del tratamiento.

La elección se basa casi siempre en la experiencia individual; pero se recomienda los bisturíes periodontales núm. 20G., para las incisiones en la parte vestibular y lingual y distal del último diente del arco. Los bisturíes núm. 22G y 23G. Se usan para complementar las incisiones interdientales donde se precise, y los bisturíes Bard-Parker núm. 11 y 12 y las tijeras se usan como instrumentos auxiliares. Se puede usar las incisiones continua o discontinua se -

gún lo prefiera el operador. La incisión discontinua se comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector anterior, siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose a través de la encía interdientaria hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. La otra incisión se comienza allí donde la anterior cruza el espacio interdientario, y se lleva hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente hasta llegar a la línea media.

La incisión continua se comienza en la superficie vestibular del último diente y se lleva hacia el sector anterior sin interrupción, siguiendo el curso de las bolsas hasta la línea media. Las inserciones de los frenillos que están en este trayecto de las incisiones se recolocarán para evitar tensiones sobre la encía durante la cicatrización.

Una vez hechas las incisiones en la superficie vestibular, el proceso se repite en la superficie lingual.

Incisión distal.— Una vez concluida las incisiones vestibulares y linguales, se las une en la superficie distal del último diente. La incisión distal se realiza con bisturí periodontal n.º. 200 o n.º. 211 colocado debajo del fondo de la bolsa y bi el lado de modo que coincida con las incisiones vestibulares y linguales.

La incisión se hace por encima de los puntos que marcan el curso de las bolsas y la cresta del hueso. Debe estar lo más cerca a hueso sin exponerlo para eliminar el tejido blando coronario a hueso.

La incisión se biselará a aproximadamente a 45° con la superficie dentinaria. Es muy importante donde las paredes de la bolsa están agrandadas y fibrosas. El bichel mal hecho una masa fibrosa que demandará más tiempo del normal para la formación del contorno y fisiológico. Mientras tanto la acumulación de placa y alimentos puede dar lugar a nuevas bolsas parodontales.

La incisión de dientes adyacentes a zonas desdentadas.

Se hacen las incisiones corrientes sobre la superficie vestibular y lingual. Además se hace una incisión individual a través del reborde desdentario por apical a las bolsas y cerca del hueso. Las bolsas que lindan con espacios desdentados no deben ser eliminados como unidades separadas, porque esto crea espacios en la encía que complican la prótesis ulterior.

Inmediatamente después de la eliminación de la bolsa parodontales se prosigue con el raspaje y curetaje y eliminación de cálculos dentarios, etc. La eliminación del tejido de granulación y cálculos se desprende con el uso de curetas.

APÓSITO QUIRÚRGICO

Antes de la colocación del apósito Quirúrgico se debe observar perfectamente cada diente para detectar restos de tejido blando o cálculos, después de lo cual la zona se lava varias veces con agua tibia y se cubre con un trozo de gasa doblada en forma de U para calmar la hemorragia, ya que está impide la adaptación del apósito quirúrgico.

Antes de colocar el apósito la superficie cortada debe estar cubierta por el coágulo. El coágulo protege la herida y proporciona un andamio para los nuevos vasos sanguíneos y células del tejido conectivo que se forman durante la cicatrización.

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE DESPUES DE LA GINGIVECTOMIA TOTAL.

Instrucciones para el Sr.

La operación que fué realizada en sus encías ayudará a conservar sus dientes. Y por favor, lea detenidamente las siguientes instrucciones:

Hemos colocado un apósito quirúrgico sobre las encías para protegerlas de irritación. El apósito previene el dolor, ayuda a la cicatrización, etc. El apósito debe quedar colocado el mayor tiempo posible. **NO LO quite.** Si se desprenden partículas de él durante la semana, no se preocupe por ello en tanto no sufra dolor. De lo contrario acuda al consultorio. Lleve una alimentación blanda, -- huevos, gelatina, cereales, sopa, leche, etc. Evite frutas cítricas, jugo de frutas, alimentos muy condimentados y bebidas alcohólicas, le causarán dolor. Durante las dos semanas siguientes, puede complementar su dieta con multivitaminas. No fume el calor y el humo irritan sus encías.

Los enjuagatorios puede usarlos diluidos en agua para que sienta su boca fresca, limpie el apósito con un cepillo blando, también es útil un aparato de irrigación de agua. Permanezca en su casa --

el día que vuelva del hospital.

Evite ejercicios violentos de todo tipo.

La hinchazón no es rara en particular en zonas que demandarán procedimientos quirúrgicos extensos. Puede haber una que otra mancha de sangre en la saliva las 4 ó 5 horas después de la operación. Esto no es raro y corregirá. Si sangra más, tome un trozo de gasa, dígale forma de "U", tómelo entre los dedos pulgar e índice, aplíquelo sobre los dos lados del apósito y sosténgala bajo presión 20 minutos. No lo retire durante este lapso de tiempo. Si la hemorragia no cesa al cabo de 20 minutos, por favor, póngase en contacto con el consultorio.

GINGIVOPLASTIA.

Es la remodelación de la encía con el propósito de crear un contorno gingival fisiológico y anatómico. Esto es con el objeto de que permita el paso libre de los alimentos y no se acumulen en la encía y la irrite, además para que ayude a la autoclisis, y con el paso de los alimentos estimule la encía.

Generalmente no se realiza cuando se ha hecho una gingivectomía correcta. Pero si no es así se lleva a cabo. O bien independientemente, por la falta de vértice en las papilas interdientarias, cráteres gingivales, o mal alineamiento de los dientes.

Fases de la gingivoplastia:

- a).- Bisel de margen gingival.
- b).- Hacer un adelgazamiento de la papila para darle -- terminación de filo de navaja.
- c).- Adelgazamiento de la encía insertada.
- d).- Creación de surcos interdientales verticales para -- permitir el paso de los alimentos.

TRATAMIENTO.

Antes de empezar el tratamiento es recomendable hacer primero una odontoxésis, con el propósito de eliminar los irritantes locales -- que se puedan encontrar en la cavidad bucal. Además de un pulido a las superficies dentinarias para que se pueda adherir la encía.

La gingivoplastia se puede realizar con bisturí, piedras de dia--

ante o electrocirugía.

Anestesia.- La anestesia será por infiltración, de preferencia en las papilas interproximales, con el objeto de lograr una anestesia inmediata, rigidez en los tejidos, además de una isquemia y menor sangrado al intervenir. Para poder llevar a cabo la gingivoplastia con bisturí, la encía debe estar adherida al diente, no edematosa.

Al hacer la incisión la inclinación del bisturí será de 45° posteriormente se colocará el bisturí vertical y paralelo al margen gingival y se raspará para dejar la superficie lisa y obtener un mejor bisel.

Para la gingivoplastia con piedras de diamante, éstas deben ser de grano grueso, de alta velocidad y deben girar en un movimiento que vá de la encía al diente, además utilizarse un chorro de agua tibia y aire constante.

El bisturí eléctrico, puede usarse con un mínimo de presión, para obtener contornos curvos, y los márgenes agudos para el festoneado. Nunca deberá tocarse el hueso con el electrodo, tampoco las obturaciones metálicas, ni usar espejo dental en la boca. El electrodo debe mantenerse en movimiento constante utilizándose en forma de ,inzel.

TÉCNICA DE COLGAJO.

La técnica de colgajo nos permite una correcta inspección y acceso

a los tejidos parodontales enfermos, permitiéndose una mayor visibilidad.

Utilizando en los siguientes casos:

- a).- Bolsas parodontales profundas, ya sea supraóseas o infraóseas.
- b).- Para realizar una osteotomía y osteoplastia correctas.
- c).- Abscesos parodontales.
- d).- En caso de raíz desnuda.

Anestesia: Es por infiltración, ya sea local o regional.

La anestesia regional nos dará más tiempo de trabajo.

La anestesia local nos dará hemostasia, por lo que obtendremos un campo más limpio.

Se hará una incisión vertical siguiendo el cuello de los dientes con un bisturí hoja 3 # 12, hasta llegar a hueso con el objeto de desprender la encía hasta periostio. Separaremos la encía del hueso por medio de una legra.

Hacemos dos incisiones liberatrices, perpendiculares a los extremos de la primera incisión. Se levantará el colgajo mucoperiostico.

Posteriormente eliminamos los irritantes locales (cálculos dentarios, tejidos de granulación, detritus alimenticios etc.), por me

dio de raspaje y curetaje. Con la cureta que se raspará la superficie del diente, de apical e incisal u oclusal. El curetaje se podrá hacer también con hoja de bisturí # 15 o bisturí de Golman Fox.

En presencia de aristas en el hueso se redondean. Lavamos con suero fisiológico antes de volver el colgajo a su lugar. En presencia de un colgajo grande se recortará con tijeras, se adosa y se sutura con puntos interproximales con hilo cada 3 ó 4 cerdas con el tejido opuesto, y se coloca una tela de telfa sobre los puntos de sutura para que no se adhieran con el apósito al retirarlo. A los 6 días se retira el apósito y los puntos. Este tratamiento no se dá antibioterapia, se dá una dieta blanda, y debe ser ingerida por lo menos una hora después de la intervención.

OSTEOTOMIA Y OSTOPLASTIA.

Osteotomía.- Es la técnica utilizada para la remoción de tejido óseo.

Osteoplastia.- Es la técnica indicada para devolver al hueso su anatomía y fisiología.

Estando en ambas técnicas íntimamente relacionadas.

Indicaciones:

- 1.- En presencia de bolsas interproximales profundas con defecto en el tejido óseo.
- 2.- Cuando por consecuencia de una deformación ósea --

existe una meseta en la encía interproximal.

3.- Cuando el contorno gingival fisiológico no puede ser logrado únicamente por cirugía mucogingival.

4.- En órganos dentarios con buco o lingueversión y presencia de una bolsa paradontal en el lado opuesto.

Técnicas

1.- Anestesia.- Es por infiltración, ya sea local o regional según el área por tratar.

2.- La incisión.- Se llevará a todo lo largo del proceso alveolar hasta hueso, aproximadamente de 1 a 2 mm. hacia vestibular. Además de dos cortes liberatri- ces perpendiculares a la primera incisión, con el ob- jeto de obtener más visibilidad.

Utilizamos un osteotomo lima o piedra de diamante para regularizar el hueso alveolar y darle su forma correcta. Al utilizar el osteo- tomo para eliminar las irregularidades óseas, será necesario utili- zar la lima inmediatamente con el propósito de eliminar las estrías, para que no actúen como irritantes y retarden la cicatrización.

Al utilizar las piedras de diamante, haremos uso de un chorro de agua tibia, para disminuir la temperatura producida por la fricción de la piedra. Se verificará la superficie ósea alveolar pasando suavemente el dedo, hasta no hallar ningún desnivel.

Se lavará con suero fisiológico, para eliminar los residuos que se encuentran sueltos.

Después se colocará el colgajo en su posición inicial pero antes será preciso recortarlo de 1 a 2 mm. según lo requiera, pues generalmente sobre un poco de tejido gingival después de la intervención.

Posteriormente se suturará el colgajo en su posición, con el objeto de que no se desplace. Y lo haremos perfectamente con seda --- tres curos y con aguja a-traumática.

Finalmente procedemos a la colocación del apósito. Si suturamos --- colocaremos tela de telfa sobre los puntos.

A los 8 días retiramos el apósito y los puntos de sutura si es necesario un nuevo apósito se colocará igualmente por 8 días.

Se indicará al paciente ingerir una dieta blanda, y por lo menos --- una hora después de la intervención. Así como no realizar ejercicios bruscos, no fumar.

Cirugía bucingival:

- a).- Extensión del vestíbulo.- Está indicada en el caso de que el fondo de una bolsa paradontal esté cerca o al mismo nivel de la unión mucogingival.

Técnicas:

- 1.- La anestesia por infiltración local o regional.
- 2.- Se realiza primero la gingivectomía.
- 3.- Se procede a realizar dos incisiones verticales a un diente -- del área por intervenir, a cada extremo. Y obtendremos un colgaje por disección submucosa, se deja un poco de submucosa y perioste - cubriendo al hueso.
- 4.- Se baja el colgaje apicalmente de su posición original, y -- los bordes laterales del colgaje de sutura. Se cubre con tafeta, - sobre ésta el cemento quirúrgico.
- 5.- A la semana se quita el apósito y se reemplaza por otro igual, previamente lavamos con suero fisiológico tibio, y se dejará este - apósito dos semanas. Se observa la cicatrización, en caso necesa--- rio se colocará otro apósito por una semana más.

b).- Extensión de la encía incertada:

Es recomendable cuando como consecuencia de la gingivectomía la encía incertada se ve disminuida en su longitud vertical, lo que estará - como consecuencia la retención de comida y la posible aparición de bolsas parodontales. Por lo que es necesario hacer la extensión de la encía incertada.

Técnicas:

- 1.- Se anestesia la zona correspondiente por infiltración, ya sea

local o regional.

2.- Se procede a hacer una incisión por intersticio gingival, siguiendo el contorno de los órganos dentarios, y posteriormente dos incisiones liberatrices a los extremos de la incisión.

3.- Mediante el uso de una lagra o de un instrumento romo, se separa la encía incertada y la mucosa alveolar del periostio y hueso.

4.- Se separa el colgajo en dirección labial y apical. después recortaremos a lo largo de la encía marginal del colgajo. Y de considerarlo necesario se puede profundizar el vestíbulo.

5.- Se lava con suero fisiológico, espereamos que se forme el coágulo, en donde se encuentra expuesto el periostio, y posteriormente se coloca el apósito quirúrgico, permaneciendo en la boca dos semanas.

Posteriormente se retira, se lava cuidadosamente con suero fisiológico. se colocará un nuevo apósito por una semana. En las primeras 72 horas se recetarán antibióticos para prevenir una posible infección, así como analgésicos, al igual que una dieta blanda y que será ingerida por lo menos una hora después de la intervención, etc. La fisioterapia debe ser menos rigurosa que la habitual. Frenillo es el repliegue de la mucosa bucal que va desde la cara interna del labio a insertarse a sus respectivos procesos alveolares superior e inferior.

Frenectomía.- Es la técnica por medio de la cual se realiza la remoción radical de todo el frenillo, encontrándose éste problema con mayor frecuencia en la zona de incisivos laterales, pudiendo también presentarse en la zona de premolares y caninos.

La presencia de un frenillo de inserción muy larga, impedirá el realizar una fisioterapia oral adecuada, además de la formación de --bolsas paradontales. Al encontrarse el frenillo en la cara externa de la bolsa o próxima a ella, puede complicar la eliminación de la bolsa paradontal. También provoca la aparición de fisuras que traerá como consecuencia la exposición del órgano dentario.

Además ocasiona la formación de diastemas, así como alteraciones --fonéticas en las letras R, S, V, T y todas las letras en la que la lengua se apoya en el paladar.

Frenillo labial.- Es el repliegue de la mucosa bucal, que va desde la cara interna del lado e insertarse en la línea de unión de los --procesos maxilares superiores.

Constitución histológica del frenillo.

- 1.- Epitelio escamoso estratificado.
- 2.- Tejido submucoso con tejido glandular.
- 3.- Tejido conjuntivo con fibras musculares.

Clasificación de los diastemas originados por los frenillos según Monti.

- a).- Provoca un diastema en donde los ejes longitudinales de los incisivos son paralelos.
- b).- Provoca un diastema en donde los ejes longitudinales de los incisivos son convergentes hacia las coronas.
- c).- Provoca un diastema en todos los ejes longitudinales de los incisivos son divergentes en las coronas.

Técnica:

Anestesia.- Se administrará por infiltración local, cuya administración será muy lenta para evitar el levantamiento de los tejidos, así la pérdida de relaciones anatómicas de las mismas.

2.- Se extiende el labio hacia afuera y delante, y para distender el frenillo se colocan dos pinzas hemostáticas tomando los extremos del frenillo, y se hacen dos incisiones con el bisturí o tijeras. La primera entre el instrumento y la encía, y la segunda entre el instrumento y el labio, el tejido se desprende en forma de "V".

3.- Hágase una incisión horizontal, separando las fibras, y diséque en forma roma hacia el hueso.

En este momento, si el operador lo considera necesario se realiza la profundización del vestíbulo, si éste es necesario para proporcio-

nar espacio para la reposición del frenillo.

4.- Se limpia el campo operatorio y se taponca con trozos de gasa para que cese la hemorragia. Se sutura con punto aislado y encima se coloca telfa, pero teniendo en cuenta que en algunos casos no es necesario suturar.

Posteriormente colocamos el apósito, se retira después de dos semanas. Luego colocaremos dos apósitosmas, con una duración de una semana cada uno. O sea para que se forme una mucosa sana se requiere de un mes a partir de la fecha de la intervención.

El paciente deberá fumar por irritante. No deberá comer hasta después de una hora de la intervención, etc.

Frenilectomía por medio del colgajo:

Se realizará por medio de un colgajo, la incisión será en forma de "Z" se realizará por medio de un colgajo, el colgajo superior se llevará hacia abajo, el colgajo inferior hacia arriba, y se sutura en las reposiciones. En esta intervención la cicatriz queda muy marcada.

CAPITULO IV

PARODONCIA PREVENTIVA

La enfermedad paradontal es una de las principales causas de la -- pérdida dentaria, además de otros padecimientos dentales y se presenta en un gran porcentaje de la población.

Por lo tanto consideramos de suma importancia la prevención de --- las enfermedades paradontales. Es deber del cirujano dentista enseñar una educación bucodental, con el propósito de prevenir padecimientos orales.

La educación bucodental se llevará a cabo a nivel social y particularmente a nivel de consultorio.

Para poder ejercer una acción preventiva en la comunidad, es necesario que el individuo comprenda y tenga conciencia de la importancia de la conservación de sus órganos dentarios y estructuras de soporte. Ya que los padecimientos paradontales afectarán a sus estructuras, y de no tratarse oportunamente el padecimiento, será necesario ejercer una acción drástica, la cual será la exodoncia.

Una vez que el paciente comprenda ésto, se le enseñarán las diferentes técnicas de profilaxis, recomendándole al paciente que comunique estas enseñanzas a sus hijos; creando así conciencia social.

Además de explicar los beneficios de la prevención paradontal; ---

que son entre otros, conservar sus dientes y la buena salud de sus estructuras de soporte, lo que nos permitirá ejercer una aceptable masticación y por consiguiente obtener una nutrición satisfactoria. Así como la estética y fonética, que nos brindan los órganos dentarios que influyen directamente sobre el paciente para su buen desenvolvimiento social, pues esto le evitará volverse introvertido, retraído e insociable; como sucede con pacientes que presentan alitosis.

FACTORES QUE INTERVIENEN PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

Además de ser factores preventivos, intervienen en la recuperación podyoprtratoria de intervenciones parodontales.

- A).- PROFILAXIS DE LA CAVIDAD BUCAL
- B).- LIMPIADORES INTERDENTARIOS
- C).- IRRIGADORES BUCALES

A).- PROFILAXIS DE LA CAVIDAD BUCAL.

- 1).- Cepillo de dientes.
- 2).- Dentrífico
- 3).- Técnica de cepillado.

1).- CEPILLO DE DIENTES.- Es esencial para la provención, ya que usándolo en forma mecánica elimina placa bacteriana y materia al-

reduciendo así la presencia de la enfermedad parodontal.

La presentación de los cepillos los hay de gran variedad, diversos tamaños, dureza de cerda, diseño, longitud, y distribución de las cerdas etc.

La elección del cepillo adecuado para cada paciente estará sujeta a la morfología clínica bucal especificada de cada paciente. Además se encuentran cepillos eléctricos recomendados para los individuos impedidos o no diligentes para el cepillado dental.

CONDICIONES QUE DEBE REUNIR EL CEPILLO.

- a).- Las cerdas del cepillo dental deberán estar en grupos o manojos, formando tres o cuatro hileras.
- b).- Estas cerdas estarán dispuestas en una porción longitudinal de 3cm. en promedio.
- c).- El ancho de la disposición de los penachos será de 8 a 10 mm.
- d).- La altura de las cerdas será de 12 mm.
- e).- La distribución de los penachos será de tal forma que permitan su fácil higienización.
- f).- Las porciones terminales de las cerdas formarán un plano recto.
- g).- El mango del cepillo debe ser recto; no son recomendables los mangos en ángulo, puesto que la fuerza aplicada no será uniforme.

- h).- El tamaño del cepillo dental será de acuerdo a la edad del paciente y morfología de la arcada. Dependiendo de las características bucodentales de cada paciente, las cerdas serán blandas, medianas o duras.

VENTAJAS QUE PROPORCIONA UN BUEN CEPILLADO

- 1).- Elimina la película adherida, placa dentobacteriana, materia alba, mucina, y restos alimenticios.
- 2).- Previene la formación de cálculos dentarios.
- 3).- Estimula la queratinización de los tejidos gingivales, lo que los hará más resistentes a los irritantes mecánicos y bacterianos.

2).- DENTRIFICOS.- Es el complemento para la limpieza y pulido de las superficies dentarias, siendo su presentación en forma de pasta, polvo y líquido.

El uso de dentríficos aporta:

- a).- Una eliminación y disolución de restos alimenticios y mucoides.
- b).- Pueden llegar a sitios inaccesibles para el cepillo, mediante los oxidantes y disolventes de grasas.
- c).- Contribuye psicológicamente para que el paciente realice un cepillado más fácil y agradable.

TECNICAS DE CEPILLADO

Son los métodos que permiten efectuar una higiene dental adecuada,

Para obtener resultados satisfactorios, como preventivos, el cepillado deberá ser minucioso y constante.

Las técnicas de cepillado más comunes son las que a continuación se enuncian:

A).- TECNICA DE STILLMAN MODIFICADA.

B).- TECNICA DE CHARTERS.

C).- TECNICA DE FORBES.

AO.- TECNICA DE STILLMAN MODIFICADA.- Es una de las técnicas más usadas y recomendadas.

Con las arcadas separadas se coloca el cepillo de manera que las cerdas estén en contacto con la encía marginal y principio de la encía insertada, para producir izqueña.

Se realiza un movimiento de barrido hacia incisal u oclusal, en caras vestibulares de todos los dientes en ambas arcadas, inmediatamente después las caras oclusales o masticatorias se cepillarán en forma circular.

Las caras linguales y palatinas se cepillarán igualmente con un mo

vimiento en forma de barrido hacia incisal u oclusal.

B).- **TECNICA DE CHARTERS.**- Se coloca el cepillo sobre los dientes, con una angulación de 45° , con las cerdas orientadas hacia la corona, se desliza el cepillo hasta que el costado de las cerdas lleguen al margen gingival; después se harán movimientos rotatorios haciendo presión con el costado de las cerdas sobre el margen gingival; además las cerdas deberán penetrar en los espacios interproximales, tanto en caras vestibulares como palatinas o linguales de cada diente, en las caras oclusales las cerdas deberán penetrar en los surcos, fosetas y fisuras, haciendo movimientos rotatorios, no de barrido.

C).- **TECNICA DE FONES.**- Los dientes deberán estar en oclusión; las cerdas del cepillo en posición perpendicular al eje longitudinal del diente, y se harán movimientos circulares en las caras vestibulares de ambas arcadas simultáneamente. Posteriormente por lingual o palatino se cepillarán en la misma forma.

Las arcadas oclusales o masticatorias se cepillarán con movimientos ateroposteriores.

B).- **LIMPIADORES INTERDENTARIOS.**- En primer lugar tenemos el HILLO DENTAL, el cual se utiliza eficazmente para la eliminación de placa interproximal. Se toma una porción de hilo seda dental por los extremos y se hará pasar a través del área de contacto, haciendo movimientos vestibulolinguales firmes hacia atrás y hacia adelante,

sin hacer presión ni forzando para no lastimar encía.

Esta técnica se realizará primero en la cara distal del último ---
diente y posteriormente en su cara mesial, pasando después a la --
cara distal del diente contiguo, y así sucesivamente.

CONOS DE HULE.- Se pueden encontrar independientemente o bien adap-
tados a los extremos de los cepillos.

Se utiliza para áreas inaccesibles al cepillo dental, principalmen-
te espacios interproximales, para reducir la inflamación interpapi-
lar y aumentar su queratinización.

Otros limpiadores como los palillos de madera, puntas de plástico y
limpiapipas se utilizan para la limpieza interdientaria y de las --
furgaciones, especialmente en los espacios en que no penetra el co-
no de hule, y para eliminar residuos inmediatamente después del tra-
tamiento parodontal.

C).- IRRIGACIONES.- Las hay de muchos tipos, su acción es expulsar
su chorro de agua fijo o intermitente a través de una boquilla.

Es eficaz para la higiene bucal como auxiliar del cepillado; se --
recomienda en pacientes con aparatos ortodónticos y protéticos.

CAPITULO V).- CONCLUSIONES

El estudio de la enfermedad de los tejidos de soporte, desde el punto de vista histórico, es de suma importancia, pues nos informa cuáles han sido los padecimientos parodontales que ha sufrido el hombre a través de su existencia.

El mantenimiento saludable de los tejidos parodontales y los resultados clínicos esperados del tratamiento, consisten en: impedir la pérdida de hueso alveolar, eliminación de bolsas parodontales, saciación de hemorragias gingivales, obtención de eficiencia masticatoria, y prevención de las residivas.

Para conseguir los resultados anteriores, no solo debe abordar el tema desde el punto de vista local, sino también general. La práctica parodontal moderna está dedicada al tratamiento de la enfermedad por medio de procedimientos locales.

El tratamiento orgánico de la enfermedad parodontal basado en la comprensión de mecanismos etiológicos generales específicos no ha llegado a la etapa de procedimiento de rutina.

Al hacerse cargo del tratamiento local de la enfermedad parodontal, el operador no debe confundirse por las disciplinas técnicas hasta perder de vista los aspectos generales del problema parodontal del paciente.

Generalmente se reconoce que existe una multitud de factores locales, orgánicos y psicomórficos, que contribuyen por sí mismos o en conjunto a constituir factores etiológicos de la enfermedad parodontal.

El efecto de los factores locales es más evidente, y pueden estar asociados a factores generales.

La importancia de factores locales y generales en la etiología y evolución de la enfermedad periodontal exige la eliminación o corrección efectiva de los mismos. Los resultados obtenidos por medio del tratamiento dependen de las siguientes consideraciones:

El cuidado y eficiencia con que se ha hecho el tratamiento local; el grado en que los factores locales sean realmente responsables de la enfermedad.

La primera de estas consideraciones es obvio, pues no existe sustituto para la prolijidad y eficiencia con que los factores etiológicos locales sean totalmente eliminados o corregidos.

La segunda consideración es necesario definirla, ya que el efecto de los factores locales se modifica por el estado general del paciente, ya que en un paciente debilitado el efecto de la inflamación será mayor que en un paciente sano.

Actualmente se reconoce que existen diferentes técnicas para el tratamiento de una misma lesión y el esfuerzo del operador debe ser guiado a determinar qué es lo que cada técnica ofrece y los casos específicos en que puede ser usado en forma efectiva.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- PERIODONCLOGIA CLINICA
Irving Slickman
Editorial Interamericana
Cuarta edición
- 2.- CLINICA DE PARODONCIA
Luis Legarreta Reynoso
Editorial Fournier
Primera edición
- 3.- PERIODONCIA
Henry M. Goldman
Editorial Interamericana
Primera edición
- 4.- ENFERMEDAD PARODONTAL AVANZADA
Richard John F.
Editorial Labor
Segunda edición
- 5.- CIRUGIA BUCAL
G. A. Ries Conteno
Editorial el Ateneo
Séptima edición
- 6.- PARODONCIA
Balint Orbau
Editorial Interamericana
Primera edición.