

2ej. 567

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM



LESIONES PARODONTALES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESESENTA

LUIS ANTONIO LOPEZ GUTU
MEXICO, O. F. 1981



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
<u>CAPITULO PRIMERO</u>	3
MORFOLOGIA E HISTOFISIOLOGIA DE TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE.	
<u>CAPITULO SEGUNDO</u>	24
ETIOLOGIA	
a) Definiciones	
b) Factores locales	
c) Factores sistémicos.	
<u>CAPITULO TERCERO</u>	44
CLASIFICACION DE LESIONES GINGIVALES Y PARODONTALES.	45
<u>CAPITULO CUARTO</u>	51
a) Diagnóstico	
b) Pronóstico	
c) Plan de tratamiento.	

CAPITULO QUINTO

58

INSTRUMENTACION REQUERIDA PARA
TRATAMIENTOS PARODONTALES.

CAPITULO SEXTO

68

GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA

- a) Definiciones
- b) Indicaciones
- c) Técnicas
- d) Premedicación
- e) Postoperatorio.

CAPITULO SEPTIMO

87

PREVENCION DE LESIONES PARODONTALES

CONCLUSION.

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Uno de los padecimientos que con mayor frecuencia se presenta en un gran número de la población mundial, es la gran variedad de lesiones parodontales.

Por lo general, el profesionista odontológico no debe limitar su área de trabajo a restaurar o restituir los dientes con fines estéticos o funcionales, empleando para ello la gran variedad de modernos materiales y las técnicas más avanzadas; sino que debe estar capacitado profesionalmente para efectuar diagnósticos y tratamientos parodontales complejos.

En estadísticas realizadas en los Estados Unidos, los investigadores responsables de ésta, nos demostraron que por lo menos más de la mitad de la población que sobrepasa los 40 años han perdido por lo menos una pieza dentaria a consecuencia de enfermedad parodontal.

La realización de esta tesis está encaminada en

dar a conocer de una manera concreta y sencilla la importancia - que representa para el Odontólogo, conocer su anatomía, función, y etiología, así como los factores locales y sistémicos que en -- una determinada etapa pueden desencadenar lesión parodontal, - así como su prevención, tratamiento y técnicas quirúrgicas de - las que nos valemos para poder mantener o restituir al parodon- to, para que éste pueda cumplir su funcionamiento normal.

Es de suma importancia saber que el parodonto es un término que se refiere a la unidad funcional de tejidos que so stienen al diente, para que junto con éstos formen el dentoperio--
donto.

CAPITULO PRIMERO

MORFOLOGIA E HISTOFISIOLOGIA DE TEJIDOS DE
SOPORTE DEL DIENTE

Fundamentalmente la mucosa bucal se divide en tres diferentes zonas, que la clasificaremos de la forma siguiente:

Mucosa Masticatoria:

Que es la encía y mucosa de revestimiento que cubre el paladar duro.

Mucosa Especializada:

Que está compuesta por el dorso de la lengua.

Mucosa de Revestimiento:

Que consiste en el restante de la membrana de la mucosa bucal.

La encía es aquella parte de la mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

La encía en estado de salud presenta una serie de características válidas en la mayoría de pacientes que presenten un estado de salud parodontal, como puede ser las que se presentan en la mucosa masticatoria.

Color:

En la encía normal es de color rosa coral o rosa pálido, pero éste está sometido a cambios dados por el grado de queratinización del epitelio, el aporte sanguíneo, el espesor del epitelio y a la presencia de células que contienen pigmentaciones que se encuentran relacionadas con la pigmentación cutánea.

Contorno Papilar:

Las papilas deben llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto, y esto se encuentra en forma más redondeada en personas de mayor edad, con esto se quiere decir que con la edad la encía y mucosa se atrofia levemente.

Contorno Marginal:

Este rodea a los dientes y debe afinarse hacia los -

dientes (corona), para terminar en un borde delgado, los márgenes gingivales deben tener forma festoneada, pero ésta puede variar considerablemente de acuerdo a la forma de los dientes y la colocación de éstos en el arco, de la localización y tamaño del área de contacto proximal, y las dimensiones de los nichos gingivales vestibular y lingual.

Textura:

La encía presenta una forma lobulada y punteada semejante a la cáscara de naranja, pero ésta varía de persona a persona, y lo que es mejor varía en diferentes zonas de la misma boca; éste puntilleo es ausente en lactantes y aparece al rededor de los 5 años para ir aumentando hasta la edad adulta, para luego declinar en la senectud, es más prominente en caras vestibulares que en las linguales y puede no presentarse en algunas personas.

Microscópicamente el puntilleo son protuberancias redondeadas y depresiones alternadas de tejido conectivo cubiertas por epitelio escamoso estratificado.

La pérdida del puntilleo nos revela enfermedad pero éste se regenera después de efectuar cualquier tratamiento.

Consistencia:

La encía debe ser firme y resiliente con excepción - del margen libre que es movable; ésta debe estar unida firmemente al hueso alveolar.

Tamaño:

El tamaño de la encía corresponde a la suma del vo lumen de los elementos celulares e intercelulares y su vasculari zación y la alteración en el tamaño es una característica de en--fermedad.

Surco:

Es el espacio entre la encía libre y el diente, esta membrana de 1 mm. a 3 mm. está considerada como normal.

Morfológicamente la encía se divide en:

1. - Encía libre o Marginal

2. - Encía Insertada

3. - Encía Papilar o Interdentaria

La encía está sometida a una gran variedad de fenómenos que se presentan durante la masticación a los cuales por su forma estructural ésta presenta una gran adaptación al realizar la función masticatoria.

Encía Libre o Marginal:

Es la parte coronaria de la encía la cual no se encuentra insertada y rodea en forma de collar al diente y termina en forma de filo de cuchillo, y se encuentra delimitada de la encía insertada por el surco gingival que es una pequeña depresión poco profunda; esta encía puede ser separada del diente con facilidad con una sonda roma y al retirarla ésta vuelve a su lugar.

Encía Insertada:

Es la que continúa con la encía libre, ésta es firme resilente y estrechamente unida al hueso alveolar subyacente y al cemento. Está en las caras vestibulares de ambos maxilares

se extiende hasta la mucosa alveolar de la cual está separada por una línea reconocible que es la unión mucogingival y se puede encontrar ésta misma línea en áreas internas, en contacto con el piso de la boca, y en el paladar está por lo general, se encuentra - más clara por estar unida al hueso.

El ancho de la encía insertada es variable en las diferentes personas y en diferentes zonas de la misma boca, y ésta puede medir de menos de 1 mm. a 9 mm., ésta es más angosta - en áreas de premolares, en la de molares mide a veces 1 mm. o no existe, pero es más ancha en el maxilar superior que en el - maxilar inferior. A veces se usan denominaciones como encía - cementaria y encía alveolar para designar las diferentes porciones de encía insertada.

No se debe olvidar que ésta se caracteriza por presentar un puntilleo, pero éste puede variar según la edad, sexo o puede no estar presente en determinadas áreas.

Encía Papilar o interdientaria:

Esta ocupa el nicho gingival que es el espacio inter-

proximal situado por debajo del área de contacto de los dientes y contiene a la papila vestibular y la papila lingual o palatina y el col. Las papilas interdentarias son de forma piramidal, su superficie externa es afilada hacia el área de contacto interproximal y las superficies mesial y distal son levemente cóncavas; las papilas y los bordes laterales son una continuación de encía marginal de los dientes vecinos y la parte media de encía insertada. Cuando uno no se encuentra áreas de contacto dentario proximal la encía se encuentra unida al hueso y tiene forma redonda y lisa ausente de papila.

Surco marginal libre:

Es una delimitación que corre paralelo al margen gingival y ésta divide la encía libre y la encía insertada.

Mucosa alveolar:

Difiere de encía insertada por una unión laxa y es móvil a diferencia de la encía insertada que se encuentra adherida firmemente al hueso. La mucosa alveolar es de color rojizo y azulado, suave debido a que su epitelio es delgado y no está -

queratinizado, por lo que su color se lo confiere el tejido subyacente.

Col.

Es una depresión en forma de valle que se encuentra entre los espacios interdentarios de los dientes y que une las papilas vestibular con la lingual o la palatina. El contorno espesor y altura gingival pueden estar dados por diferentes factores como:

1. - Presencia de diastemas.
2. - Grado de erupción.
3. - Dientes ausentes.
4. - Posición de los dientes en los arcos.

El odontólogo no debe olvidar que uno de los indicios de enfermedad parodontal se encuentra en una serie de manifestaciones que se presentan en las papilas interdentarias como son:

1. - Enrojecimiento.
2. - Tendencia a sangrar con facilidad.

- 3.- Sensibilidad.
- 4.- Ablandamiento.
- 5.- Inflamación leve.

La encía contiene una serie de fibras entre las cuales podemos mencionar:

Fibras gingivales:

Que es un sistema de haces de colagena que se encuentra formando el tejido conectivo de la encía marginal, y sus **funciones principales son:**

- 1.- Ajustar la encía marginal al diente.
- 2.- Darle la suficiente rigidez a la encía para que pueda soportar las fuerzas de masticación sin separarse del diente.
- 3.- Unir la encía libre al cemento radicular y a la encía insertada adyacente.

Las fibras gingivales las podemos dividir en tres - grupos:

Fibras gingivales:

Estas fibras se encuentran localizadas en las caras vestibular, lingual e interproximal y se insertan en el cemento - por debajo del epitelio en el fondo del surco gingival. En la cara vestibular y lingual, van desde el cemento abriéndose del margin gingival y la encía marginal, terminando poco antes del epitelio.

También se extienden hacia la parte externa del periostio del hueso vestibular y lingual y terminan en la encía insertada o en el periostio interproximal de las fibras gingivales, éstas van desde la cresta y la porción central de la encía interdental.

Fibras circulares:

Estas fibras rodean al diente en forma de anillos y están en el tejido conjuntivo de la encía marginal interdental.

Fibras transeptales:

Son fibras que se localizan en los espacios interpro

ximales, ya que van del cemento de un diente al cemento del diente vecino, formando haces horizontales y se localizan entre el epitelio del fondo del surco gingival y la cresta ósea interdental.

Ligamento periodontal:

Es una estructura de tejido conectivo denso que rodea a la raíz del diente y lo une al hueso alveolar, es una continuación de tejido conectivo de la encía insertada, su función fundamental es mantener al diente en su alvéolo y mantener la relación fisiológica entre cemento y hueso; éste se comunica con los espacios medulares a través de canales vasculares del hueso.

El ligamento periodontal tiene propiedades:

1. - Nutritiva
2. - Defensivas
3. - Sensoriales
4. - Formativas
5. - Físicas

Las fibras principales del ligamento periodontal son:

Fibras transeptales:

Son fibras que se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino, éstas se regeneran notablemente una vez producida la destrucción del hueso alveolar en la enfermedad periodontal.

Fibras de la cresta alveolar:

Estas fibras se abren en abanicos desde la cresta del proceso alveolar y se insertan en la parte cervical del cemento, su función es el equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales ayudando a fijar el diente a su alvéolo y a resistir los movimientos de lateralidad del diente.

Fibras horizontales:

Estas fibras se extienden desde el eje longitudinal del diente y van del cemento al hueso formando un ángulo recto - su función es similar a la del grupo de las fibras de la cresta alveolar.

Fibras oblicuas:

Estas constituyen el grupo más grande del ligamento

periodontal y constituyen el mayor soporte del diente. Contra las fuerzas masticatorias y van desde el cemento en dirección coronaria en sentido oblicuo respecto al hueso.

Fibras apicales:

Este grupo se extiende en forma de abanico desde la zona apical hacia el hueso circundante en el fondo del alvéolo, éste grupo no existe en raíces incompletas.

El ancho del ligamento periodontal varía de acuerdo a la edad de la persona y a las funciones que se ejercen sobre el diente, pero por regla general, éste tiene su porción más angosta en el tercio medio con relación al borde y al tercio apical por lo que se le compara con un reloj de arena.

Su función física abarca la transmisión de fuerzas oclusales al hueso, inserción del diente al hueso, mantenimiento de los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes, resistencia al impacto de las fuerzas oclusales y provisión de una envoltura de tejido blando para proteger los vasos y nervios.

La función formativa consiste en que el ligamento cumple las funciones de periostio para el cemento y el hueso.

Las células del ligamento periodontal participan en la formación y reabsorción de estos tejidos, formación y reabsorción que se produce durante los movimientos fisiológicos del diente en la adaptación del periodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones.

Funciones nutricionales y sensoriales: Provee de elementos nutritivos al cemento, hueso y encía mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático. La inervación del ligamento contiene sensibilidad propioceptiva y táctil que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes toma un papel muy importante en la función masticatoria.

Cemento:

Es de origen mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz de los dientes, y éste se continúa durante toda la vida y está comprobada una relación directa en -

tre la edad y el espesor de éste, ya que el depósito se hace más lento con la edad y se debilita la unión del cemento a la dentina.

Hay dos tipos de cemento, acelular (primario) y celular (secundario), que se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas de colágenas.

El cemento acelular o primario contiene lagunas o espacios aislados ocupados por cementocitos comunicados por medio de una serie de canalículos anastomosados. El cemento celular o secundario se dispone en láminas separadas por líneas de crecimiento paralelas al eje longitudinal del diente y presentan períodos de reposo en la formación de cemento y son más mineralizados que el cemento adyacente.

El cemento acelular en su mayor parte está ocupado por fibras de Sharpey que desempeña un papel importante en el sostén del diente; además contiene fibrillas de colágena calcificadas que se encuentran irregularmente o paralelas a la superficie. El cemento celular está menos calcificado y contiene me

nos fibras de Sharpey y se encuentran separadas por otras fibras que son paralelas a la superficie radicular o se encuentran al -- azar.

El cemento acelular por lo general cubre la mitad - coronaria de la raíz y el cemento celular se localiza en el tercio apical, y con la edad éste es el que más se acumula en el ápice y en el área de las bifurcaciones. El cemento intermedio es una zona mal definida que contiene remanentes de las células de la vaina de Hertwig incluidos en la sustancia fundamental calcificada.

El contenido inorgánico del cemento es de 46 por - 100 y es menor al del hueso, esmalte o dentina. Estudios Histoquímicos indican que el cemento contiene (matriz) complejo de - proteínas y carbohidratos con un componente proteico que contiene argenina y tirosina mucopolisacaridos neutros y ácidos en la matriz y el citoplasma de algunos cementoblastos.

Hay tres clases de relaciones del cemento:

1. - Cemento cubre el esmalte en 60-65 por 100 de los casos.

2. - Unión borde a borde en 30 por 100 de los casos.
3. - Y no hay contacto en el cemento y el esmalte en un 5-10 por 100 de los casos.

En la enfermedad periodontal el cemento adyacente al esmalte por regla general éste se desintegra y el esmalte forma rebordes que muchas veces son confundidos con cálculos en el raspado de los dientes.

Hueso alveolar:

Es también llamado proceso alveolar y es el hueso que se encuentra en el maxilar superior y en la mandíbula que forma el alvéolo de los dientes. El hueso alveolar propiamente dicho (lámina cribiforme) es la pared interna del alvéolo, el hueso de soporte o de sostén (hueso esponjoso) que está formado -- por una serie de trabeculas reticulares y el hueso compacto que forma las tablas vestibulares y linguales. El hueso alveolar se puede dividir en dos áreas pero funciona como una unidad ya que todas sus partes intervienen en el sostén del diente.

Las fuerzas oclusales se transmiten por el ligamento

to parodontal hacia la pared interna del alvéolo, esta pared interna está sostenida por trabeculas esponjosas las que a su vez es - tán sostenidas por las corticales vestibulares, linguales y las palatinas las cuales están perforadas por un gran número de cana - les por donde pasan los vasos linfáticos, vasos sanguíneos y nervios. El hueso alveolar está formado por osteositos, los cuales se encuentran en una matriz intracelular, la cual tiene compo - - nentes orgánicos y un inorgánico, el inorgánico compuesto por - calcio fósforo magnesio potasio, etc. y el orgánico está compues - to por colageno y mucopolizacaridos.

Contorno del hueso alveolar.

El contorno del hueso alveolar, sigue las prominencias de las raíces con depresiones verticales entre ellas que se adelgazan hacia el margen. La altura, el grosor de las láminas óseas vestibular y lingual son afectadas por el alineamiento de - los dientes y por la angulación de las raíces en el hueso. La porción cervical de hueso alveolar se encuentra considerablemente engrosada por vestibular como refuerzo, contra las fuerzas - - oclusales.

Liabilidad del hueso alveolar.

En contraste con su aparente rigidez, el hueso alveolar es el menos estable de los tejidos parodontales, su estructura está en constante cambio. El hueso es absorbido en zonas de presión y formado en zonas de tensión. La altura contorno y densidad del hueso alveolar, dependen de este equilibrio fisiológico que se manifiesta en tres zonas.

- 1.- Adyacente al ligamento parodontal.
- 2.- En relación con el mucoperiostio del hueso alveolar.
- 3.- A lo largo de los márgenes endostales de los espacios medulares.

Igual que el resto del sistema esquelético, el hueso alveolar depende de la estimulación funcional para la preservación de su estructura. Las trabéculas óseas alveolares, están alineadas de tal modo para proveer la máxima resistencia a las fuerzas oclusales con el mínimo de substancia ósea. Las trabéculas se encuentran remodelando y realineando de acuerdo con las modificaciones de las fuerzas oclusales.

El hueso es eliminado de las zonas en donde ya no es utilizado y construido en las zonas en donde lo exigen las nuevas necesidades. Las trabeculas aumentan en número y grosor cuando aumentan las demandas funcionales y disminuyen en grosor y número y se reducen de altura en los dientes antagonista, a esto se le llama atrofia por desuso. El hueso esponjoso aparece cuando la función requiere de la transmisión de fuerzas de tensión y compresión, el hueso alveolar tiene sus trabeculas orientadas en la trayectoria de las fuerzas de máxima tensión y compresión.

CAPITULO SEGUNDO

ETIOLOGIA DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL

- A). Definiciones.
- B). Factores locales.
- C). Factores sistémicos.

Etiología:

Por lo general la etiología de enfermedad parodontal está dada por los factores extrínsecos o también llamados factores locales y los factores intrínsecos o llamados factores sistémicos, los factores extrínsecos incluyen los factores inconscientes y funcionales correspondientes a la masticación, deglución y fonación y los intrínsecos son más difíciles de comprobar aunque también sean importantes.

La presencia de enfermedad parodontal está dada por una agresión básica física, química o microbiana, la cual se ve modificada por la resistencia del huésped.

Detección.

Para la detección de una lesión parodontal nos vale-

mos de cuatro fuentes informativas concernientes a la disminución de la resistencia del huésped.

- 1.- Historia médica del paciente.
- 2.- Exámen.
- 3.- Pruebas clínicas.
- 4.- Historia natural de la enfermedad.

En la superficie de los dientes se acumulan muchas clases de depósitos que se clasifican en blandos y duros, unidos, adhesivos o poco adhesivos coloreados o incoloros transparentes u opacos.

Placa dentaria:

Llamada también placa mucoide o de León William.

Es un depósito blando amorfo granular que se coloca sobre las superficies, restauraciones de los dientes y los bordes subgingivales. El proceso de formación está dado por los siguientes pasos.

- 1.- Depósito de una cutícula o película.
- 2.- Colonización bacteriana y maduración de la placa.

3.- Mineralización.

La placa dentaria es eliminada por medio de la limpieza mecánica, pero en muchas ocasiones los enjuagatorios y chorros de agua no la eliminan totalmente, ésta cuando se encuentra en pequeñas cantidades no es visible salvo que se encuentre pigmentada o teñida por medio de sustancias reveladoras.

El color de ésta varía del gris al amarillo y por lo general se acumula en zonas que presentan grietas y rugosidades y en mayor cantidad en piezas posteriores en sus áreas interproximales tanto en la maxilar inferior como en el maxilar superior. Esta placa dentaria representa un factor determinante en la iniciación del proceso carioso y de enfermedad parodontal por la precipitación de sales salivales que favorecen la formación de sarro dentario.

Materia alba.

Constituye una causa común de gingivitis es de color amarillo o blanco grisáceo, blando y pegajoso y es menos

adhesivo que la placa dentaria, ésta se detecta sin la necesidad de colorantes y se localiza en las superficies dentarias, restauraciones, encías, y cálculos en el tercio gingival. Su limpieza es por lo general mecánica, aunque se puede eliminar con el chorro de agua, pero ésta se vuelve a formar en el curso de pocas horas. Se reconoce que es una concentración de microorganismos, células epiteliales descamadas, leucositos y una mezcla de proteínas y lípidos salivales.

Restos de alimentos:

Por lo general éstos son disueltos por las enzimas bacterianas y eliminadas de la cavidad bucal a los cinco minutos de haber comido, pero algunos quedan sobre los dientes y membrana mucoide, pero éstos son más fáciles de eliminar.

Mecanismos de empaquetamiento.

1. - Por cúspides impelentes.
2. - Mordida cruzada anterior.
3. - Desgaste oclusal.
4. - Pérdida del soporte proximal.
5. - Apertura oclusal permanente en espacios interdientales.

- 6.- Extrucción más allá del plano oclusal.
- 7.- Anomalías morfológicas congénitas.
- 8.- Dientes rotados.
- 9.- Nichos marcados entre dientes de cuello ancho.
- 10.- Inclinación bucolingual.
- 11.- Restauración mal construida.
- 12.- Falta de puntos de contacto.
- 13.- Situación incorrecta de los puntos de contacto.
- 14.- Contorno oclusal incorrecto.
- 15.- Extensión cervical ondulada en zonas mucosoportadas de prótesis parciales.
- 16.- Dientes ausentes no reemplazados.
- 17.- También hay empaquetamiento lateral de comida por la presión lateral de labios, carrillos y lengua, ésto es más común cuando hay nichos cervicales y gingivales grandes.

Cálculos.

Es una masa adherente calcificada o en calcificación que se forma sobre la superficie de los dientes naturales y prótesis dentales.

Cálculo Supragingival.

Es el cálculo sensible que se encuentra en la corona de los dientes hasta el borde gingival, éste por lo general, es -- blanco amarillento de consistencia dura arcillosa y se desprende fácilmente mediante un instrumento raspante; el color se modifica por factores como el tabaco o ciertos alimentos. Este se encuentra por lo general en las caras vestibulares de los dientes -- posteriores, como lo es en la zona de los dientes que se encuentran frente al conducto de Stensen y los dientes anteriores inferiores en su cara lingual frente al conducto de Wharton y más en centrales que en laterales y en casos extremos forma un puente a lo largo de todos los dientes.

Cálculo Subgingival.

Es denso y duro, pardo oscuro o verde negrusco -- de consistencia petrea y unido con firmeza al diente.

Encontramos el cálculo subgingival debajo de la -- cresta de la encía marginal y por lo general en bolsas periodontales y no es sensible en el examen bucal, sino hasta que se realiza

liza un sondeo cuidadoso con un explorador.

El cálculo supragingival está formado por los minerales que provienen de la saliva, mientras el cálculo subgingival está dado por el líquido gingival que se asemeja al suero. Ambos cálculos se originan en la adolescencia y aumentan con la edad.

Factores que favorecen la formación de Cálculo.

- 1.- Higiene dental defectuosa.
- 2.- Ingestión de carbohidratos.
- 3.- Mala técnica de cepillado.
- 4.- Caries retenedoras de placa bacteriana.
- 5.- Mal posición dentaria.
- 6.- Impactación de alimento.
- 7.- Cúspides impelentes.
- 8.- Restauraciones mal ajustadas o defectuosas.
- 9.- Anatomía dental defectuosa o defectos estructurales.
- 10.- Masticación unilateral.
- 11.- Ausencia de piezas.

12. - Diastemas.
13. - Dieta blanda o rica en carbohidratos.
14. - Aparatos ortodónticos alambrados.
15. - Respiración bucal.

Pigmentaciones dentarias:

Son depósitos de color sobre las superficies de los dientes que representan un problema estético y pueden desencadenar inflamación gingival y éstos pueden ser pigmentación par
da que se presenta en personas que no se cepillan adecuadamente.

Pigmentación tabaquicas que son manchas producidas por el tabaco en fisuras e irregularidades del esmalte y den
tina.

Pigmentación verde:

Se encuentra en superficies vestibulares de dientes anteriores superiores en la mitad gingival, se encuentra por lo general en niños y se debe a restos pigmentados en la cutícula
del esmalte.

Pigmentación metálica:

Es la pigmentación que producen los polvos metálicos inhalados por obreros industriales o por medicamentos suministrados por vía bucal y éstos se combinan con cutícula dentaria o penetran en la sustancia dentaria.

Trauma de la oclusión:

La lesión del tejido periodontal causada por fuerzas oclusales se denomina trauma de la oclusión, llamada también oclusión traumática y traumatismo, éste puede ser crónico o agudo y consta de tres etapas que son:

- A).- Lesión.
- B).- Reparación.
- C).- Cambio en la morfología del parodonto.

Que pueden estar causadas por:

1. - Fuerzas oclusales excesivas.
2. - La dirección de las fuerzas.
3. - Fuerzas oclusales insuficientes.
4. - Mal posición o aberración funcional, desarmo-

ña oclusal, desequilibrio funcional, distrofia -
oclusal.

Cambios clínicos atribuidos a trauma de la oclusión.

1. - Retención de alimentos.
2. - Hábitos anormales.
3. - Dolor facial difuso.
4. - Erosión.
5. - Recesión.
6. - Hemorragia gingival.
7. - Mordisqueo de carrillos.
8. - Sensibilidad de las superficies oclusales e inci
sales.
9. - Gingivitis ulceronecrosante aguda.
10. - Hiperplasia de la encía.
11. - Pericementosis
12. - Bruxismo.
13. - Masticación unilateral.
14. - Caries interproximal.
15. - Formación de cálculos subgingivales y gingivi-
tis.

Hábitos:

Toman un papel importante en la iniciación y progreso de cualquier lesión o enfermedad parodontal. Se clasifican de la forma siguiente.

Neurosis:

Morderse los labios o los carrillos, morder o llevar entre los dientes un palillo, empuje lingual, o morderse las uñas.

Hábitos ocupacionales:

Zapateros, tapiceros, carpinteros, que se llevan clavos o tachuelas a la boca o el morderse la boquilla de cualquier instrumento.

Hábitos misceláneos:

Fumar cigarrillos o pipa, mascar tabaco, métodos incorrectos de cepillado, respiración bucal, chuparse el dedo, etc.

Bruxismo:

Consiste en el rechinido continuo de los dientes durante el día o la noche, pero también puede presentarse en ambas, y esto está relacionado con el apretamiento o castaño de los dientes que produce un desgaste excesivo y un engrosamiento del ligamento parodontal.

Cepillado:

El cepillado puede causar traumas por ser un cepillado agresivo horizontal o rotatorio, puede producir alteraciones gingivales así como abrasión del diente.

Mal oclusión:

El mal alineamiento de los dientes en el arco favorece el acumulamiento de restos alimenticios, esto unido a la desarmonía oclusal lesiona seriamente al parodonto.

Restauraciones dentales defectuosas:

Las restauraciones dentales y prótesis defectuosas son causa común de lesiones gingivales y enfermedades parodon

tales. Los márgenes desbordantes son sitios de acumulación de restos de comida. Las restauraciones que no reproducen el contorno vestibular de los molares llevan la comida al margen gingival con la consecuente lesión gingival y parodontal.

El contacto proximal inadecuado o de localización incorrecta y la defectuosa armonía de surcos marginales y de desarrollo llevan al empaquetamiento de comida. Las restauraciones que no concuerdan con los patrones de desgaste oclusal existentes, producen desarmonía oclusal y por lo consiguiente lesiones parodontales.

Procedimientos Odontológicos:

El uso incorrecto de las grapas del dique de hule, de matrices, o bandas de cobre, producen inflamación gingival y a la larga desencadenan enfermedad parodontal. La separación imprudente, el empaquetamiento de amalgama en caras proximales.

Instrumentos musicales:

El tocar algún instrumento musical de viento, genera fuerzas sobre los dientes que pueden ser traumática para los tejidos gingivales y parodontales.

FACTORES SISTEMICOS.

Los factores sistémicos son los estados sistémicos que afectan en forma adversa a los tejidos parodontales, pero se ha dicho que para que esto pueda ocurrir se deben acompañar de sistemas locales. El estado nutricional del individuo, es indiscutible que causa lesión parodontal, pero se debe considerar que una dieta puede ser bien balanceada en vitaminas, minerales, proteínas pero es blanda trae como consecuencia la acumulación de restos alimenticios que ocasiona enfermedad parodontal, en cambio es bien sabido que una dieta de alimentos fibrosos y firmes estimulan a la encía.

Deficiencia de vitamina A:

Produce metaplasia queratinizante del epitelio, aumento de la susceptibilidad a las infecciones, perturbaciones del crecimiento, forma y textura del hueso.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

Deficiencia del complejo de vitamina B:

Produce gingivitis, glositis, glosodinia, quelosis e inflamación de toda la mucosa oral.

Deficiencia de vitamina C:

Produce pérdida de hueso alveolar, gingivitis, agrandamiento hemorrágico rojo azulado de la encía, pero para que esto suceda deben estar acompañadas de factores locales.

Deficiencia de vitamina D:

La falta de calcio y fósforo produce trastornos en la formación y calcificación de huesos y dientes.

Deficiencia de proteínas:

Produce degeneración del ligamento parodontal, osteoporosis del hueso alveolar, retardo en la reposición de cemento y en la cicatrización de las heridas, reducción de altura del hueso alveolar, pérdida ósea marcada en relación con la inflamación gingival.

Deficiencia de Hierro:

Provoca atrofiyas lingual, reducci3n de la queratini-
zaci3n del epitelio de la lengua, glositis y quelosis angular.

Deficiencia de fluor:

Deabetes:

Est3 considerada como una enfermedad que ocasiona trastornos en la estructura del parodoncio en su transcurso la enfermedad conduce a disociaci3n de prote3nas, existen procesos degenerativos y de disminuci3n de las reacciones inflamatorias.

Los pacientes diab3ticos experimentan muchos cambios orales como; sequedad de la boca, eritema difuso de la mucosa oral, lengua saburral y rojo, tendencia a la formaci3n de abscesos parodontales, enc3as grandes, papilomas gingivales, polipoides, aflojamiento de dientes, con destrucci3n alveolar tanto vertical como horizontal.

En pacientes diab3ticos con mala higiene bucal y c3lculos puede haber gran inflamaci3n gingival, bolsas profundas y abscesos parodontales, en diab3ticos juveniles hay a menu

do gran destrucción parodontal.

Trastornos Hemáticos:

A menudo la primera inducción de un trastorno hemático ocurre en la boca. Los trastornos gingivales y parodontales asociados con las discracias sanguíneas, deben ser considerados en término de las interrelaciones fundamentales entre tejidos orales y sangre y órganos hematopoyéticos.

Leucemia:

En todas las enfermedades de leucemia, las irritaciones son factores precipitantes de los cambios orales. Los cambios que pueden ocurrir en la leucemia son: coloración rojiazulada, cianótica, difusa con superficie brillante de toda la mucosa gingival, margen gingival redondeado y tenso, pérdida de las papilas interdentarias con ulceraciones, necrosis y formación de pseudomembranas, abscesos graves, reabsorción ósea generalizada, ausencia de cortical, espacio parodontales difusos e irregulares, osteoporosis, elevación subperióstica en la región mentoniana y en otros huesos.

Anemia:

Es cualquier deficiencia en la cantidad o calidad de la sangre, manifestada por una reducción en el número de eritrocitos y en la de hemoglobina, ésta causa palidez difusa de la encía.

Lengua Lisa:

Se caracteriza por el sangrado y coagulación prolongada y tiempo de sangrado normal.

Trastornos Psicosomáticos:

Se entiende como efectos perjudiciales resultante de la influencia psíquica lesiva sobre el control orgánico de los tejidos, esto se produce de dos modos:

1o. - Por el desarrollo de hábitos lesivos a los dientes parodontales como son; bruxismo, hábitos labiales, linguales, movimientos de la mandíbula o posiciones disfuncionales o con interposición de objetos extraños como lápices, uñas, pipas, tabaco, etc.

2o. - Por el efecto directo del sistema autónomo sobre el equilibrio fisiológico de los tejidos parodontales como son: la alteración de circulación vascular, la disminución de secreción de la saliva, influencia sobre los músculos de la masticación, perjudica los movimientos mandibulares y lesión de la Articulación Temporo Mandibular.

CAPITULO TERCERO

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES

Clase de enfermedad gingival	Histopatología	Etiología
Gingivitis no complicada		
Gingivitis marginal crónica	Inflamación crónica	Irritación local (mecánica química, bacteriana.)
Gingivitis ulceronegrosante aguda.	Inflamación negrosante aguda con formación de una seudomembrana.	Desconocida; se sospecha del complejo bacteriano fusospiroquetal.
Gingivostomatitis herpética aguda y otras infecciones virales.	Inflamación aguda con formación de vesículas.	Herpes simplex y otros virus.
Gingivitis alérgica.	Inflamación aguda con intensa respuesta vascular.	Diversos alérgenos (polen alimentos).
Gingivitis inespecífica.	Inflamación con ulceración o sin ella.	Irritación local (química, mecánica, térmica).
Tuberculosis y sífilis.	Inflamación granulomatosa específica.	Bacteriana; M. tuberculosis, T. pallidum.

Moniliasis y otras infecciones fúngicas.	Inflamación y úlcera con capa superficial gruesa de hongos.	Micótica; moni-
--	---	-----------------

Pioestomatitis vegetante.	Hiperqueratosis y acantosis del epitelio. Inflamación granulomatosa con abscesos miliares enteros.	Desconocida.
---------------------------	--	--------------

GINGIVITIS COMBINADA

Dermatosis que afectan a la encía (liquen plano, pénfigo eritema multiforme, lupus eritomatoso).	Inflamación crónica con cuadros característicos de las diferentes dermatosis.	General (desconocida) más irritación local.
--	---	---

Gingivitis descamativa crónica (gingivosis).	Atrofia epitelial con descamación, degeneración de la membrana basal y sustancia fundamental conectiva e inflamación.	General (desconocida) más irritación local.
--	---	---

Gingivitis menopáusica crónica (gingivitis atrofica senil).	Atrofia epitelial con degeneración de la membrana basal y sustancia fundamental conectiva e inflamación.	Hormonal más irritación local.
---	--	--------------------------------

Penfigoide benigno de membrana mucosa.	Inflamación crónica degeneración epitelial con vesículas subepiteliales; la histopatología varia.	General (desconocida) más irritación local.
--	---	---

GINGIVITIS CONDICIONADA

Gingivitis en el embarazo y la pubertad.	Inflamación más vascularización exagerada y edema.	General e irritación local.
--	--	-----------------------------

Gingivitis en la deficiencia de vitamina C.	Inflamación más de generación colágena y hemorragia intestinal.	General e irritación local.
---	---	-----------------------------

Gingivitis en la leucemia.	Inflamación más infiltración difusa de leucocitos proliferantes.	General e irritación local.
----------------------------	--	-----------------------------

AGRANDAMIENTO GINGIVAL

Inflamatorio.	Inflamación aguda y crónica.	Irritación local (química, microbiana, térmica, mecánica).
---------------	------------------------------	--

Hiperplástico no inflamatorio.	Hiperplasia no inflamatoria del epitelio y tejido conectivo.	Dilantina, hereditaria, ideopática.
Combinado.	Hiperplasia del epitelio y tejido conectivo más inflamación sobreagregada.	Irritación local sobre agregada al agrandamiento gingival no inflamatorio.
Condicionado.	Inflamación modificada por afecciones generales.	Irritación local más condicionamiento general hormonal (embarazo pubertad); leucemica, deficiencia de vitamina C.
Neoplásico.	Formación de tumores.	Desconocida.
Del desarrollo.	Inflamación crónica.	Localización de la encía sobre el esmalte durante la erupción, más irritación local.

RECESION**Atrofia gingival**

Denudación de cemento con migración de la adherencia epitelial en dirección al ápice radicular.

Fisiología (envejecimiento) Patología; traumatismo mecánico (cepillos, retenedores) posición anormal de dientes. Combinada con traumatismo mecánico, inflamación (asociada con irritación local) - por desuso. Idiopática.

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES PERIODONTALES

TIPO	HISTOPATOLOGIA	ETIOLOGIA
PERIODONTITIS.		
Periodontitis simple (periodontitis marginal).	Inflamación crónica de la encía, bolsas periodontales; resorción ósea; destrucción del ligamento periodontal y exfoliación del diente.	Irritación local.
Periodontitis compuesta.	Inflamación crónica, resorción de hueso alveolar y cemento; destrucción del ligamento periodontal combinada con cambios vasculares, degenerativos y necróticos en el ligamento periodontal; aumento de la frecuencia de bolsas infraóseas y destrucción ósea angular (vertical).	Irritación local más desarmonía oclusal.
PERIODONTOSIS.		
Periodontosis temprana.	Degeneración no inflamatoria del ligamento periodontal, osteólisis (?), disminución de la formación de cemento (?).	General (?).
Periodontosis avanzada (síndrome periodontal)	Degeneración no inflamatoria de tejidos periodontales de soporte complicada con inflamación o trauma de la oclusión, o ambos.	General (?) más irritación local o desarmonías oclusales o una y otras.

**TRAUMA DE LA
OCCLUSION.**

Cambios degenerativos y necróticos en los tejidos periodontales de soporte con tendencia al ensanchamiento del ligamento periodontal y resorción ósea angular (vertical).

Desarmonia oclusal.

**ATROFIA
PERIODONTAL.**

Atrofia premenil

Reducción de la altura del periodonto.

Desconocida.

Atrofia por desuso

Adelgazamiento del ligamento periodontal, adelgazamiento y disminución de la cantidad de fibras periodontales, alteración de la disposición de los haces fibrosos, espesamiento del cemento, reducción de la altura del hueso alveolar.

Disminución de las fuerzas oclusales o ausencia de ellas.

CAPITULO CUARTO

DIAGNOSTICO

Para un tratamiento correcto es esencial un diagnóstico acertado. Además del reconocimiento y diferenciación de las enfermedades parodontales, y éste debe incluir una valorización general del paciente y una consideración de la cavidad bucal, éste además debe ser sistémico y organizado con una finalidad específica. El profesional no sólo debe recaudar datos sino que debe encontrar los hallazgos por medio de exploración armada para adquirir una explicación coherente del problema.

El diagnóstico debe de responder a una serie de preguntas como son: ¿cuáles son los factores locales que causan la inflamación gingival y en su caso las bolsas parodontales?, ¿el odontólogo debe corroborar la existencia o no de un trauma de la oclusión?, ¿hay cambios visibles de tejidos gingivales y parodontales causados por factores locales o si son sistémicos?.

El diagnóstico debe de reunir datos suficientes para describir con exactitud el problema del paciente con una sola re-

visión, y para ésto debemos tener en cuenta una serie de observaciones clínicas que se efectúan en cuanto el paciente llega al consultorio, y éstos pueden ser, su aspecto facial, manera de caminar, postura, respiración, piel, zona submaxilar, zona parotídeas, nariz, cuello. El estudio radiográfico es importante en la elaboración del diagnóstico por los hallazgos que nos proporciona.

PRONOSTICO

Es la predicción de la duración, curso, y terminación de la enfermedad, y la posibilidad de su respuesta al tratamiento. El pronóstico depende en gran parte de la capacidad y determinación del paciente por conservar su salud dental y parodontal ya que sin la ayuda de éste ningún tratamiento cumplirá su fin.

Cuando la inflamación es el único proceso patológico el pronóstico será bueno siempre y cuando podamos eliminar los irritantes locales y el paciente coopere con la higiene bucal correcta. Si se presenta inflamación como factor secundario su

puesto a un cambio gingival de origen sistémico, el pronóstico en gran parte depende del control del estado sistémico y de la eliminación por el tratamiento local de las causas inflamatorias. En las enfermedades parodontales el pronóstico puede referirse a to dos los dientes o a un diente en particular, y debe tomar en cuenta la lentitud o rapidez con que avanza la enfermedad, ya que -- cuando el proceso es lento y la lesión vieja, el pronóstico será -- favorable, pero cuando ésta lesión es reciente y presenta cam-- bios óseos acentuados, con movilidad dentaria el pronóstico será malo.

El pronóstico siempre es más satisfactorio en dientes multiradicales que en dientes uniradicales y más malo -- cuando presenta una raíz corta y cónica y éste pronóstico está basado en el mayor y mejor tejido de soporte de los dientes multi-- radicales.

PLAN DE TRATAMIENTO

Es una guía para establecer un programa organiza-

do de procedimientos y recursos para reestablecer la salud, y es tá basado en decisiones que toma el profesional, por ejemplo: - sobre qué dientes se deben conservar y cuáles deben ser extraí - dos, o decidir qué técnica manual o quirúrgica debe aplicar, y - qué restauraciones debe aplicar en dientes que le servirán como pilares y éste plan puede ser modificado por circunstancias im - provistas.

Nos debe interesar más la conservación de dientes que nos presentan mayor seguridad de conservarse y sanar y -- cumplir su función, que los dientes que nos presentan duda so -- bre su poder de salvación y regeneración.

El plan de tratamiento se puede dividir en 4 fases:

1. - Fase de tejidos blandos: Consiste en la elimi - nación de la inflamación gingival y la eliminación de bolsas paro - dontales y de los factores que los causan; restauración de caries remodelado de las caras libres y proximales y rebordes oclusa - les marginales de las restauraciones para poder obtener buenos puntos de contactos y la máxima excursión de alimentos, y elimi

nación de malos hábitos perniciosos.

2. - Fase funcional: Esta consiste en la óptima relación oclusal de toda dentadura y se efectúa por medio de ajustes-oclusales, restauraciones, tratamientos ortodónticos, prótesis, ferulización rehabilitación oclusal, eliminación de bruxismo y el apretamiento de los dientes.

3. - Fase Sistémica: Una vez iniciado el tratamiento se deben tomar precauciones para que no interfieran en la salud oral, los estados sistémicos, y que una vez terminado éste se preserve la salud, esto se logra con una correlación de el odontólogo con el médico general, ya que las alteraciones sistémicas pueden afectar la respuesta tisular de los procedimientos terapéuticos.

4. - Fase de Mantenimiento: Consiste en la preservación y conservación de la salud parodontal e incluye la capacitación adecuada de la higiene bucal de cada paciente, citación en intervalos regulares para conservar la salud del parodonto, las necesidades de ajustes oclusales y radiografías de control.

CAPITULO QUINTO

INSTRUMENTAL

Existe un variado número de instrumental destinado exclusivamente para el tratamiento de las enfermedades parontales y a la vez ésta variedad está diseñada para cumplir una finalidad específica.

Existen instrumentos para:

1. - Remoción de sarro.
2. - Curetaje de encía y eliminación de tejidos enfermos.
3. - Alisamiento de superficies radiculares.

Por la gran cantidad de instrumentos que existen para una sola finalidad se presentan en muchas ocasiones confusiones por lo que con la experiencia se seleccionan un menor número de instrumentos que cumplen todas las necesidades y en ocasiones estos instrumentos tendrán que ser reducidos para poder ser alojados dentro de bolsas periodontales sin dañar las superficies dentarias o encías.

CLASIFICACION DE INSTRUMENTAL

1. - Sonda y pinzas marcadoras.
2. - Exploradores.
3. - Azadas.
4. - Raspadores superficiales.
5. - Raspadores profundos.
6. - Curetas.
7. - Limas.
8. - Instrumental para eliminar el tejido gingival.
 - a) Bisturi parodontales.
 - b) Escarpelos.
 - c) Instrumentos para electrocirugía.
 - d) Instrumentos para electrocauterio.
9. - Instrumentos para Limpieza y Pulido.
 - a) Tacitas de goma.
 - b) Porta Pulidores.
 - c) Tiras para pulir superficies radiculares y coronarias.
 - d) Cepillos de Cerdas.

10. - Aspirador.

SONDAS Y PINZAS MARCADORAS

SONDAS.

Es un instrumento con un extremo cilíndrico que se va adelgazando y termina en forma roma. El extremo está marcado en milímetros, y se proyecta del cuello en ángulo obtuso para que pueda llegar a las superficies del diente y determinar el contorno de las bolsas.

PINZAS MARCADORAS.

Las pinzas marcadoras, son de Crene-Kaplan modificadas son un par de instrumentos en forma de pinzas de algodón. Un extremo es agudo y doblado en ángulo recto con el ángulo del eje del instrumento, el otro es recto y romo. Se introduce el extremo recto hasta el fondo de la bolsa, y se cierra el instrumento creando así un punto sangrante en la mucosa correspondiente al fondo de la bolsa.

EXPLORADORES.

Son instrumentos delicados y livianos, uno de sus ex tremos tiene forma de has y el otro extremo se halla contraangu lado, con el extremo doblado en ángulo recto. Este instrumento - se utiliza para localizar los depósitos subgingivales antes del ras paje, para controlar la superficie ya alisada y también nos sirve para determinar las profundidades de las bolsas.

AZADAS.

Las azadas de Macall, se utilizan para alisar las su perficies radicales; esto comprende la remoción de los fragmen tos adheridos de sarro subgingival y del cemento reblandecido.

RASPADORES SUPERFICIALES.

Estos instrumentos los usamos para eliminar los - depósitos supragingivales. Entre otros tenemos raspadores de - "C.I.", los de Jaquette.

RASPADORES PROFUNDOS.

Estos los utilizamos para la eliminación de depósitos profundos y supragingivales. Entre otros tenemos los de Younger-good # 7 y 8, los de Morse, etc.

Curetas.

Se utilizan en el tratamiento de las paredes blandas de la bolsa parodontal, eliminación de pequeños depósitos sobre la superficie radicular. Tenemos entre otros, las curetas de Julian Smith # 5 y 6, las de Gracey.

LIMAS.

Estas nos sirven para alisar o dar un terminado a las superficies dentarias. Entre otras tenemos, las de Hutchinson, las de Towner.

INSTRUMENTOS PARA LA ELIMINACION DEL TEJIDO GINGIVAL.

Los instrumentos de cirugía de Kirklan # 12, 13, 14. Este grupo de instrumentos lo utilizamos para la técnica de la gingivancia o gingivectomia, nos sirve para desprender la encía marginal después de la incisión y para la eliminación de fragmentos -

de tejido que muchas veces pueden quedar adheridos a la enca --
marginal. Los bisturíes de Orban tienen forma de lanza y nos sir
ven para unir interproximalmente las incisiones vestibulares y --
linguales en la gingivectomia.

INSTRUMENTOS PARA LIMPIEZA Y PULIDO.

- A) Tacitas de Goma.
- B) Porta Pulidores.
- C) Cepillos de cerdas.
- D) Tiras para pulir superficies coronarias y radicu
lares.

Todos estos últimos instrumentos son para el termi
nado de cualquier procedimiento parodontal.

ASPIRADOR.

Este aparato es indispensable para todos los proce-
dimientos parodontales, pues nos da mejor visibilidad.

DISPOSICION DEL INSTRUMENTAL.

Los instrumentos deben conservar en la mesa una -

disposición y acomodo que permitan al cirujano encontrarlos rápidamente sin pérdidas de tiempo, que repercuten sobre la operación y por consiguiente en el paciente. Por lo tanto, es muy útil - que el instrumental tenga un orden fijo en la mesa.

Al retirar cada instrumento y usarlo, el cirujano - vuelve a colocarlo en el mismo lugar donde lo tomó. Se acostumbra a dividir la mesa en cuatro cuadrantes, los cuales están destinados siempre a recibir los mismos instrumentos.

Los cuadrantes los designamos simplemente A, B, -

C, D.

A. - Sector anterior derecho.

En este sector se colocan los instrumentos destinados a seccionar los tejidos blandos separarlos y mantenerlos: bisturíes, pinzas de disección y dientes de ratón, tijeras rectas, - pinzas de Kocher, de algodón, de balloneta, espejo bucal, explorador, legras, espátulas romas, jeringa, anestesia en cartuchos.

B. - Sector posterior derecho.

Destinado para los instrumentos que se usan para la osteotomía y tratamiento de la cavidad ósea. Pinzas gubias, osteotomo, fresas quirúrgicas para hueso, cucharillas para hueso.

C. - Sector posterior izquierdo.

En este sector se colocan: a la derecha, los instrumentos destinados a la sutura: aguja y porta aguja, sutura: catgut, seda, etc. Al lado izquierdo: exploradores, gasa cortada en trozos, un godete con suero fisiológico, una jeringa hipodérmica.

D. - Sector anterior izquierdo.

Este sector se designa para los instrumentos especiales para cada operación, en nuestro caso instrumentos parodontales.

COMPRESAS.

Se denominan compresas, los trozos de género de hilo o algodón, que sirven para cubrir la mesa de instrumentos y proteger el campo operatorio. Se usan dos tipos de compresas, las fenestradas, o las simples, según que operemos al paciente -

sentado o acostado. Para cuando el paciente está sentado, empleamos una compresa que mandamos preparar, de género de hilo o algodón de forma cuadrilatera de 80 cms. por 120 cms. de largo. En la unión de su tercio superior con los dos inferiores existe -- una perforación de forma oval con sus bordes dobladillos, que permiten una vez acabada y colocada la compresa sobre la cabeza del paciente, dejar al descubierto sus ojos y su boca.

Otros operadores prefieren envolver la cabeza del paciente con una compresa a modo de turbante y colocar otra sobre el cuello del paciente, nada hay que objetar a este procedimiento.

En caso de operar a un paciente acostado y con anestesia general, debiendo el anestesista vigilar al paciente, la posición de las compresas varía algo, se coloca una compresa sobre el pecho del paciente y otra sobre la cabeza, cubriendo hasta la nariz, estas compresas se fijan entre sí con pinzas de campo.

AUXILIAR DEL CIRUJANO.

Ayudante. - El papel en la cirugía bucal es de gran

importancia. Su posición a la izquierda del paciente dominando el campo y teniendo acceso a él. La índole de sus funciones requiere que deba seguir los movimientos del cirujano. La función de sostener los separadores que levantan el labio o los colgajos, para que sea efectiva, debe estar designada a otro ayudante o a la enfermera practica. En todo caso, el ayudante puede sostener los separadores con la mano derecho y secar o hacer otras manio -- bras con la mano izquierda.

Enfermera. - La enfermera practica tiene el papel de sostener los separadores. En tal caso se coloca detrás del paciente, ella siempre debe tener acceso y visión del campo operatorio. Cuando el ayudante es el que separe, la enfermera usa el aspirador o seca el campo con las pinzas de bayoneta y gasa.

CAPITULO SEXTO

GINGIVECTOMIA.

Es el tratamiento de elección que se lleva a cabo para eliminar quirúrgicamente la presencia de bolsas parodontales, y significa excisión de la encía; la gingivectomía para que logre su cometido se tiene que efectuar dos pasos muy importantes.

1. - Excisión de la encía enferma.
2. - Raspaje y alisamiento de las superficies radiculares.

Para que la intervención nos proporcione los máximos resultados, éstos dos procedimientos deben ser efectuados en forma completa.

La gingivectomía está indicada en:

1. - La iniciación de bolsas supraóseas profundas.
2. - La eliminación de bolsas infraóseas.
3. - Abscesos parodontales.
4. - Lesiones de bifurcaciones y trifurcaciones.
5. - Agradamientos gingivales.

6. - Defectos gingivales: cráteres gingivales y festones.
7. - Capuchones pericoronarios.

EFFECTIVIDAD DE LA GINGIVECTOMIA.

La efectividad de la gingivectomia deriva de:

1. - Eliminar el tejido gingival enfermo, que obstruye las superficies radiculares y da visibilidad y accesibilidad.
2. - Al eliminar el tejido edematoso y fibroso, y los irritantes locales, se crea un medio local favorable para la restauración del contorno fisiológico por el proceso de cicatrización.

Bolsas que se deben eliminar por gingivectomia:

1. - Cuando las bolsas tienen una profundidad tal que no se puede ver el tartaro separando la pared blanda de la bolsa con una sonda o con un chorro de aire tibio.
2. - Cuando la pared de la bolsa es firme y fibrosa -

por lo persistiría aún después de la eliminación de los irritantes locales.

3. - Cuando por cualquier razón hay una duda en la mente del operador sobre la posibilidad de eliminar la bolsa con raspaje y curetaje, la existencia de esa duda indica la necesidad del uso de la gingivectomía.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA DEL DR .ROBINSON.

Preparación.

La boca del paciente puede ser preparada para la gingivectomía, por medio de un raspaje preliminar y la eliminación de otros irritantes para reducir la inflamación antes de la cirugía. Este raspaje previo reduce la hemorragia durante la gingivectomía, pero no mejora la cicatrización postgingivectomía, ni la arquitectura gingival. Reduce la incidencia de bacteremia durante la gingivectomía.

El paciente con infecciones gingivales agudas, éstas deben ser tratadas primero, el paciente debe estar libre de síntomas por lo menos un mes antes de la gingivectomía.

PREMEDICACION.

Para pacientes apresivos deben de premedicarse 30 minutos antes de la anestesia con un sedante como nembutal -- (100 mg.).

ANESTESIA.

La gingivectomia es una operación dolorosa. Debe mos asegurárselo al paciente desde el principio y hacer una anestesia completa local ya sea infiltrativa, o troncular.

SECUENCIA DEL TRATAMIENTO.

El paciente con formación generalizada de bolsas pa rodontales, la boca se tratara por cuadrantes a intervalos semanales. El Dr. Kirkland, recomienda empezar por el cuadrante inferior derecho, a la semana siguiente, el cuadrante superior derecho, para así permitir al paciente, masticar por el lado izquierdo, en las dos semanas siguientes se operan los dos cuadrantes izquierdos, superior e inferior. Al hacer la gingivectomía de un cuadrante deben tratarse todas las lesiones parodontales que existan en dicho cuadrante.

Es indispensable en la gingivectomía el uso del aspirador, que nos permite una visión clara de cada superficie radicular, facilitándonos la eliminación completa de tartaro y el alisamiento de la superficie, nos permite también ver la extensión de las lesiones de los tejidos blandos y óseos, y nos evita el pasaje de la sangre al piso de la boca y a la orofaringe con las consiguientes molestias para el paciente.

MARCACION DE BOLSAS.

Las bolsas las exploramos con una sonda y luego las marcamos con las pinzas marcadoras de bolsas de Crene-Kaplan modificadas.

Se introduce el extremo recto de la pinza, hasta el fondo de la bolsa y el nivel se marca cerrando la pinza. Se marcan todas las bolsas vestibulares y linguales de todo el cuadrante que se va a operar. Cada bolsa se marca en diversos sitios de manera que quede una línea o contorno de puntos sangrantes.

Resección de la encía.

La encía la podemos reseca con bisturíes parodontales, bisturíes rectos, tijeras, electrocirugía, electrocauterio. La eliminación de la encía enferma es una parte importante de la gingivectomía, pero el instrumento con el que se realice no afecta al resultado del tratamiento.

Incisiones.

Hay dos clases de incisiones:

1. - Incisión discontinua.

Se comienza en la encía vestibular en el ángulo distal del último diente y se lleva hacia adelante, siguiendo el curso de las bolsas, a través de la encía enferma interdientaria y hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente.

La incisión siguiente comienza en donde terminó la incisión anterior, cruza el espacio interdental del diente siguiente y va hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. Se continúa así hasta llegar a la línea media.

2. - Incisión continua.

Comienza en vestibular del último diente y sigue hacia adelante sin interrupción siguiendo el curso de los puntos sangrantes que marcan el fondo de las bolsas, hasta llegar a la línea media. Debe prestarse atención especial a la inserción del frenillo labial, porque si está muy cerca de la incisión de la gingivectomía, este frenillo impedirá la buena cicatrización y nos llevará a la recidiva de la bolsa parodontal.

Ya hecha la incisión vestibular se hace del mismo modo la incisión lingual. Una vez hechas las dos incisiones se hace la incisión distal la cual une estas dos incisiones en la parte distal del último diente erupcionado.

Profundidad de la incisión.

Un punto importante de la gingivectomía es la profundidad de la incisión. Debe ser apical a los puntos que marcan la profundidad de la bolsa y entre el fondo de la misma y la cresta ósea. Debe estar tan cerca del hueso como sea posible, pero sin exponerlo, de modo que eliminemos todo el tejido blando coronario al hueso.

Inclinación de la incisión.

La incisión debe tener una inclinación de bicel de - aproximadamente 45 grados con la superficie del diente. La incisión debe de crear dentro de lo posible, la forma festoniada normal de la encía siempre que ésto no implique dejar parte de la pared de la bolsa. La pared de la bolsa debe ser eliminada en forma completa aún que esto implique dejar un contorno anormal.

Una vez eliminada la pared de la bolsa se limpia el campo y se examina. Antes de comenzar el raspaje eliminamos el tejido de granulación, de modo que la hemorragia proveniente de ésta no dificulte el curetaje. Se usan para esto las curetas de Julian-Smith # 5 y 6.

Se elimina el tartaro y el cemento necrosado, se alisa la superficie radicular con los raspadores de Ivori C. I. superficiales, con los raspadores profundos de Yuoger-Good # 7 y 8, y las azadas. El éxito de la gingivectomía depende en gran parte a la remoción completa del tartaro y del alisamiento radicular.

Antes de colocar el apósito debemos limpiar muy -- bien todo, debemos controlar cada cara del diente, en busca de - tartaro y restos de tejido blando; después de lo cual la zona se la va varias veces con una solución antiséptica tibia y se cubre con una gasa doblada en forma de "U", se dice al paciente que muerda y la mantenga así hasta que cese la hemorragia. Si la hemo -- rragia no es cohibida perfectamente, interfiere en la adaptación y endurecimiento del apósito parodontal.

Antes de colocar el apósito, las superficies de la - herida deben estar cubiertas, por el coágulo sanguíneo, el cual protege la herida y favorece la formación de los nuevos vasos - sanguíneos y las células conectivas durante la cicatrización.

TECNICA DE BICEL INVERTIDO.

INDICACIONES:

Esta técnica la podemos utilizar para el tratamiento de las bolsas parodontales con paredes gingivales fibrosas y abultadas que ocasionalmente se ven en la zona palatina poste -- rior.

Consiste en la incisión de la cara interna de la bolsa en un ángulo agudo con el diente y por debajo del fondo de la bolsa la incisión elimina la pared enferma de la bolsa, crea accesibilidad a los apósitos radiculares y reduce el esperar de la encía remanente.

Se lava la zona con suero fisiológico tibio, varias veces y se revisan las paredes luego suturamos con puntos aislados interproximalmente, y se cubre la herida con apósito parodontal, el que se retira después de siete o diez días.

En comparación con la incisión corriente de la gingivectomía, ésta técnica ofrece la ventaja de no exponer tejidos conectivo. Sin embargo, la encía remanente se contrae un poco y uno de los inconvenientes de la técnica es que puede persistir la bolsa parodontal.

GINGIVOPLATIA.

Definición.

La técnica de la gingivoplastia, es el procedimiento

por el cual se da a la encía su forma y contorno fisiológico, que -
permite la libre excursión de los alimentos sin dejar que se acumulen
residuos que ocasionan la recidiva de la enfermedad.

Indicaciones.

Puede ser incluida en la gingivectomía o en el legrado y curetaje, si se produce tejido gingival incorrecto que puede dañar la salud parodontal.

La gingivoplastia puede ser usada como auxiliar en -
los siguientes casos:

1. - Eliminación de agrandamientos gingivales, grietas, cráteres, etc.
2. - En el tratamiento de las bolsas parodontales, -
cuya pared es densa y fibrosa y no blanda y edematosa.
3. - En deformidades del hueso alveolar producidas
por parodontitis y que después del tratamiento, se observan en -
el contorno de los tejidos gingivales sanos.

Técnica de la Gingivoplastia.

Se hace tanto en la encía marginal como en la encía-adherida. Consiste según el caso de los siguientes pasos:

1. - Bichelado del margen gingival.
2. - Formación de un contorno gingival festonado.
3. - Adelgazamiento de la papila interdental y de los márgenes gingivales irregulares.
4. - Formación de los surcos verticales interdenta-les en la encía adherida.
5. - Formación del deslizamiento interdental de las papilas interproximales, para facilitar el deslizamiento de los alimentos por los mismos.

MODELADO DE LA ENCIA.

El modelado de la encía puede hacerse con:

- a). - Bisturíes parodontales.
- b). - Piedras de diamante montadas de grano grueso.
- c). - Con electrocirugía.

a). - BISTURIES PARODONTALES.

Cuando se hace la gingivoplastia con bisturíes parodontales,

la incisión sirve:

1. - Para eliminar la encía marginal enferma facilitando la visibilidad y accesibilidad para el legrado correcto y limpieza de las superficies radiculares.

2. - El bicelado conveniente de la incisión para conseguir un contorno adecuado.

b). - CON PIEDRAS DE DIAMANTE.

Cuando se hace la gingivoplastia con piedras de diamante, es necesario tratar primero las enfermedades **gingivales**, **resecando primero la encía marginal edematosa** después se legra y se ali-san las superficies radiculares. Las piedras rotatorias son movidas rápidamente a lo largo de la superficie gingival, variando en la presión ejercida de acuerdo a la cantidad de tejido a remover. El área operatoria es lavada y cubierta con apósito quirúrgico, - el cual es removido una semana después si la cicatrización es - buena después de dos semanas se comienza con la fisioterapia adecuada.

La finalidad de este tratamiento paradontal es la ob

tención de un contorno gingival funcional, de lo contrario la presencia de tejido gingival fibroso y de un contorno inadecuado después del tratamiento parodontal indica que éste no ha sido efectuado con la técnica adecuada.

Por lo tanto, tomando en cuenta la cicatrización normal de la encía producirá un contorno gingival patológico, es muy importante eliminar los irritantes y demás factores locales como parte de un correcto tratamiento de las bolsas parodontales y deformidades gingivales y obtener así una correcta cicatrización gingival que nos dé como resultado unos márgenes gingivales que llenen las características estéticas, funcionales y fisiológicas.

APOSITO PARODONTAL.

Hay muchos apósitos quirúrgicos y parodontales. El apósito de Kirklan-Kaiser, es de fácil manejo y fácil colocación, da un tiempo adecuado de trabajo, y una vez fraguado es suficientemente firme para resistir las fuerzas de masticación.

El apósito parodontal se prepara a partir de un pol-

vo y un líquido, lo mezclamos en una loseta, el polvo y el líquido, hasta que se forme una masa, la que se sigue amasando con los dedos, hasta incorporar a ella tanto polvo como sea posible, y obtener una consistencia de masilla dura.

El apósito se aplica dividiendo la masa del apósito en cilindros de largo del cuadrante tratado. Uno de los cilindros, se coloca para vestibular, con un gancho en distal, el cual abraza al último diente por lingual, luego lo presionamos suavemente para que se adapte a lo largo del margen gingival incidido e interproximalmente el otro rollo lo colocamos por lingual, lo unimos con el apósito vestibular por lingual en distal, y luego lo llevaremos hacia adelante hasta la línea media, con ligera presión se une interproximalmente con el apósito vestibular.

Antes de despachar al paciente tenemos que verificar que el apósito no interfiera con la mucosa oral, con la lengua y con la oclusión.

FUNCIONES DEL APOSITO PARODONTAL.

Las funciones del apósito parodontal son:

1. - Controlar la hemorragia postoperatoria.
2. - Disminuir la posibilidad de infección y hemorragia postoperatorias.
3. - Haciendo la función de férula, fijando los dientes disminuyendo su movilidad.
4. - Facilita la curación al eliminar, los factores traumáticos superficiales, durante la masticación, e irritación provocada por los restos de alimentos y productos bacterianos.

DURACION Y REMOCION DEL APOSITO PARODONTAL.

El apósito durará en la boca del paciente entre siete y diez días. La remoción se hará entre los siete y diez días, lo desprenderemos con un instrumento de Kirkland # 14, ejerciendo ligera presión. Se quitan los restos del apósito de entre los espacios interproximales y las partículas adheridas a los dientes, se lava la zona suavemente con un chorro de agua tibia, haciéndola pasar por entre el espacio interproximal para eliminar el apósito que pueda quedar allí.

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA EL PACIENTE .

Al terminar de efectuar el tratamiento del cuadrante correspondiente hay que hacerle algunas recomendaciones al paciente, acerca del cuidado postoperatorio que debe observar:

1. - No quitar el apósito quirúrgico.
2. - Evitar alimentos calientes durante las tres siguientes horas de operación.
3. - Si hay dolor, tomar el tipo de analgésico recomendado por el cirujano dentista.
4. - Ingiera solamente dieta semisólida y evite frutas cítricas.
5. - No fumar.
6. - Los enjuagatorios podrán usarse después de 24 horas.
7. - Limpie las partes de la boca que fueron tratadas anteriormente o no ha sido tratadas.
8. - No desarrolle actividades bruscas, pero si haga

sus actividades normales diarias.

9. - Si surge alguna complicación inesperada, comuníquese con el cirujano dentista a su consultorio, lo más pronto posible.

CAPITULO SEPTIMO

PREVENCION COMO SOLUCION A LOS PROBLEMAS DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

La prevención aplicada a la odontología se refiere a los tratamientos o mecanismos empleados para impedir o interceptar afecciones tanto dentarias como parodontales que podrían afectar al estado sistemático que tiende a destruir o hacer menos efectivas en su función.

La mayor parte de las enfermedades parodontales es el descuido de la boca en primera instancia, ya que secundariamente podríamos mencionar el descuido de las lesiones iniciales causadas por factores etiológicos no controlados, cuyo progreso también permite la destrucción de los tejidos de soporte, - así como el descuido de la boca tratada con tendencia a las residuas ocasionalmente se puede encontrar algunas formas de enfermedad parodontal de etiología desconocida.

Glickman incluye tres fases de la parodoncia preventiva son:

a). - La prevención de la iniciación de la enfermedad.

- b).- La prevención de los efectos irritantes de la --
misma.
- c).- La prevención de la recidiva.

La primera se concentra a la eliminación de los irri
tantes locales y a las fuentes de irritación local, es de suma im -
portancia y se puede conseguir por medio de los procedimientos -
profilácticos orales tanto en el consultorio como aquellos que se -
deberán seguir en el hogar.

El control de placa es parte integral en la preven--
ción de la salud parodontal, así como el tratamiento ya institui -
do cuyo objetivo es emitir la acumulación de Placa Bacteriana, sa
rro sobre las superficies dentarias y tejidos adyacentes, pues de
no existir ésto ayuntaríamos a la formación de irritantes locales.

El modo más seguro de controlar la Placa Bacteria-
na es la limpieza mecánica con cepillo de dientes, dentrífico, ag
tringentes, el control de la placa es la clave de la prevención de
enfermedades parodontales.

Una ayuda valiosa para detectar la placa bacteriana acumulada, son las soluciones reveladoras, como resulta difícil distinguir la placa, se aplican colorantes para hacerla visible. Se puede usar fucsina básica eritrosinada o pardo bismark, esto facilita los esfuerzos del paciente para eliminar la placa. La solución de fucsina básica imparte color rojo brillante a la placa, - las pigmentaciones y los depósitos calcificados, la mucosa de los labios, carrillos, piso de la boca y lengua, algunos pacientes objetan usar la solución ya que la coloración no es tan duradera pero no tiñe la placa con tanta nitidez siendo más difícil su detección.

TIPOS DE CEPILLOS DENTALES.

Entre los diferentes tipos de cepillos dentales encontramos diversos tamaños, diseños, longitud, distribución de cerdas, dureza de cerdas, etc.

Encontramos cerdas naturales y sintéticas, las hay duras, medianas y blandas, éstas son más flexibles, limpian -- por debajo del margen gingival y alcanzan mayor superficie inter

dentaria interproximal pero no eliminan por completo los depósitos grandes de placa.

Las cerdas de dureza mediana limpian mejor que las blandas y traumatizan menos la encía y abracionan menos las piezas dentarias. El cepillo dental debe tener acceso a todas las áreas de la boca, la elección del cepillo del gusto personal ya -- que la eficacia y el potencial lesivo de cualquier cepillo depende de su uso.

Existen cepillos eléctricos que nos ofrecen buenos resultados, principalmente a individuos impedidos y para la limpieza alrededor de los aparatos de ortodoncia.

TECNICAS DE CEPILLADO DENTARIO.

El tiempo de cepillado que se necesita para la limpieza, varía en cada paciente y dependerá de la frecuencia del cepillado. Existen varias técnicas de cepillado, en todos los métodos, la boca se divide en dos secciones; se comienza por la zona de molares superiores izquierdo, se cepillan en la misma forma

por palatino y posteriormente en la arcada inferior.

TECNICA DE CHARTES.

Se coloca el extremo de las cerdas en contacto con el diente y el tejido gingival con una angulación de cuarenta y cinco grados hacia el plano oclusal, se mueve el cepillo a lo largo de la superficie dentaria hasta que los costados de las cerdas abarquen el margen gingival haciendo un movimiento de barrido repitiéndolo área por área. Para limpiar las áreas oclusales acti
varemos el cepillo en forma rotatoria.

TECNICA DE BASS.

Esta técnica se lleva a cabo con cepillo de cerdas blandas se coloca el cepillo de manera que los costados de las cerdas queden contra la superficie vestibular, palatina y lingual con una angulación aproximada de cuarenta y cinco grados, las cerdas internas quedan en contacto con el diente y los extremos de las cerdas contra el margen gingival, con un movimiento vibratorio hacia adelante y hacia atrás sin mover las cerdas de su

posición, ésto se llevará a cabo empezando en la zona de los molares superiores derechos.

TECNICA DE FONES.

El cepillo se presiona firmemente contra los dientes y la encía, el mango del cepillo queda paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares a la superficie dentaria vestibulares, el movimiento del cepillo será rotatorio con los maxilares ocluidos, abarcando dientes y encía.

TECNICA DE STILLMAN.

El cepillo se coloca de modo que la punta de las cerdas queden en parte sobre la encía y parte en la porción cervical de los dientes, las cerdas deben ser oblicuas al eje del diente y orientadas en sentido apical. Se ejerce presión lentamente sobre la margen gingival hasta producir un empaldecimiento perceptible. Se separa el cepillo para que vuelva la sangre a la encía. Se aplica presión varias veces, y se hace un movimiento rotatorio suave con los extremos de las cerdas en su posición.

Las superficies oclusales de los molares y premolares se colocan con las cerdas perpendiculares al plano oclusal y penetrando en profundidad en surcos y espacios interproximales.

TECNICA DE STILLMAN MODIFICADO.

Este es un movimiento vibratorio cambiando con el movimiento del cepillo en sentido del eje mayor del diente. El cepillo se coloca en línea mucogingival, con las cerdas dirigidas - hacia afuera de la corona y se activa con movimientos de frota-- miento o de barrido en la enca insertada, en el margen gingival y en la superficie dentaria; se gira el mango hacia afuera de la - corona y se vibra mientras se mueve el cepillo.

TECNICAS AUXILIARES DE LA LIMPIEZA.

SEDA DENTAL.

Hay dos tipos de seda dental, una es redonda y la - otra es plana, de la redonda hay encerada y sin encerar, se utiliza de la siguiente manera: Cada extremo de la seda se enrolla alrededor del dedo medio de cada mano, el dedo que corresponde

a la cara lingual del diente se coloca en la encía manteniendo tensada la seda, luego se pasa al punto de contacto de los dientes -- con un movimiento de rotación hacia la papila gingival y cuidando de no cortar la encía. Una vez colocada la seda se hace movimiento de dentro y fuera varias veces, haciendo presión en las caras proximales de los dientes.

PALILLOS DE MADERA DE BALSA.

Stim-u-dents o palillo de madera de balsa, se recomienda a pacientes cuya anatomía intermedia indique su uso, son de forma triangular, se moja el palillo para que no sea tan quebradizo y se colocara en la zona interdientaria la base triangular debe de estar en contacto con la encía, se hace un movimiento de dentro hacia afuera en forma de cuña sin mover el palillo de su zona.

WATTER PICK.

Actúa mediante un chorro de agua intermitente, es útil cuando hay puentes complicados y aparatos ortodónticos fi -

jos o por fracturas, acumulan residuos de comida, debemos usarlos con cuidado para no lesionar los tejidos blandos, reducen la inflamación gingival y elimina bacterias de la cavidad oral.

ESTIMULADOR INTERDENTARIO.

Se compone de una punta de caucho en forma de cono fija al mango del cepillo o a un mango de plástico. Masajea y estimula la circulación de la encía interdentaria ayuda a quitar residuos de la zona interproximal.

No se recomienda cuando se realizó un procedimiento quirúrgico, se coloca la punta en el espacio interdentario, en dirección coronaria se ejerce presión sobre la encía con movimiento horizontal, la estimulación interdientaria se efectúa desde vestibular y desde lingual.

CONCLUSION

CONCLUSION

Es de suma importancia el saber que el propósito de la odontología en general y de la parodoncia, es el de prevenir, y preservar, y mantener el estado de salud de los dientes y de la cavidad oral en general. Pero desgraciadamente aún con los medios preventivos conocidos no son suficientes, por lo que muchos dientes son extraídos por caries y aún en un mayor índice por enfermedades parodontales.

Para poder reconocer las enfermedades parodontales debemos saber y conocer el estado de salud del parodonto, desde sus elementos que lo forman, y como actúan; ya que cuando uno de estos elementos o estructuras sufren una alteración, las demás estructuras sufren alteración inmediata o mediata.

Es de suma importancia para el cirujano dentista el conocimiento de la enfermedad parodontal y su etiología, para poder establecer un diagnóstico correcto, y seguir una técnica adecuada del padecimiento, ésta es dada por las manifestaciones

clínicas, la técnica adecuada es de importancia ya que se debe seguir sus indicaciones y contraindicaciones, y su realización de dicha técnica, ya que muchas veces podríamos caer en errores que nos ocasionarían malos ratos.

La gingivectomía es el método de elección para eliminar quirúrgicamente las bolsas parodontales profundas y cuando la pared de la bolsa es firme y fibrosa, y persistente aún después de eliminar los irritantes locales, y cuando en la mente del operador exista la duda sobre la posibilidad de poder eliminar la bolsa con un raspaje y curetaje. La gingivectomía siempre va acompañada de la gingivoplastia.

Es muy importante establecer para cada paciente una técnica adecuada de cepillado, control personal de placa, el uso de seda dental y del estimulador de goma, al igual que una dieta adecuada, etc., como complemento del tratamiento parodontal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dr. Irving Glickman PERIODONTOLOGIA CLINICA
- 2.- Dr. Balint Orban PERIODONCIA
- 3.- Dr. Kurt H. Thomas CIRUGIA BUCAL
- 4.- Dr. Brucket PARODONCIA
- 5.- Dr. G.Riez Centeno CIRUGIA BUCAL
- 6.- Golman Schluge-Fox Cohen TERAPEUTICA PERIODONTAL
- 7.- Golman Schluge-Fox Cohen PERIODONCIA.