



147 707  
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GENERALIDADES DE LOS  
PADECIMIENTOS PERIODONTALES

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

EDUARDO ALEJANDRO MORRIS VELARDE

México, D. F.

1981



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FALLA DE

ORIGEN.

SERVICIOS DE  
MICROFILMACION.

## I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I. ANATOMIA HISTOLOGICA Y FISIOLÓGICA - DEL PERIODONTO .....	3
CAPITULO II. GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD PARO- DONTAL .....	11
CAPITULO III. TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PE-- RIODONTALES .....	25
CAPITULO IV. GENERALIDADES DE LAS TÉCNICAS EMPLE- DAS EN PERIODONCIA .....	32
CONCLUSIONES .....	45
BIBLIOGRAFIA .....	46

## INTRODUCCION

Este trabajo tiene como finalidad, exponer la conducta a seguir ante la enfermedad periodontal y dejar establecido que es una rama de la odontología actual de las más importantes, ocasionadas por un tratamiento y diagnóstico equivocadas.

Considero de gran importancia dejar estipulado el conocimiento de la constitución anatómica del periodonto, para ello, en el primer capítulo se tratará de la forma más explícita posible su estructura, con sus características y relaciones anatómicas, componentes histológicos y las funciones normales del periodonto.

La Etiología de la enfermedad periodontal es muy compleja, ya que está integrada por varios aspectos que actúan simultáneamente y comprenden una combinación de fenómenos que conocemos como enfermedad periodontal.

Clínicamente la clasificación de las enfermedades periodontales se dividen en: Procesos que afectan la superficie de la encía y procesos que afectan las estructuras más profundas; para esto, es necesario haber realizado pruebas clínicas, de laboratorio, estudios radiológicos y otros que nos per-

mitan diagnosticar la enfermedad, de acuerdo a los resultados obtenidos, elegir el tratamiento que deberá ser lo más acertado para evitar alteraciones posteriores.

Con éste breve estudio es mi intención darle la debida importancia a la periodoncia en la práctica diaria del Cirujano Dentista.

## CAPITULO I

## ANATOMIA HISTOLOGICA Y FISIOLOGICA DEL PERIODONTO.

LA MEMBRANA PERIODONTICA, es el tejido conjuntivo que rodea a la raíz del diente y lo adhiere al alveólo óseo, se continúa por el tejido conjuntivo de la encía. Son muchos los términos empleados para referirse a éste tejido, el término PERIODONTICO se deriva del griego Peri- alrededor de y Odous diente, señalando así la relación de este tejido con el diente; considerando que no sólo hace las veces del pericemento y perioatio para el hueso alveolar, sino que es principalmente un ligamento de suspensión, la expresión más adecuada para éste tejido es: Ligamento Periodontal.

## Anatomía.

ENCIA. Es la membrana que se extiende desde la porción cervical del diente, hasta el vestíbulo, cubriendo el proceso alveolar; anatómicamente se divide en:

ENCIA MARGINAL, limitada hacia incisal por el margen gingival y hacia linguoapical el límite es el principio de la inserción epitelial; es de superficie rosa oscura y textura aterciopelada y consistencia suave, se desprende con facilidad por medio mecánico o con una corriente de aire, forma el intersticio con la cara interna en donde se une al diente por medio de la inserción epitelial, sigue



una curva para unirse al segmento vecino, formando -  
la papila interdental, la que tiene piramidal que lo  
dan las superficies interproximales de los dientes.

LA ENCÍA INSERTADA, es un tejido denso y -  
punteado dándonos un aspecto de cáscara de naranja,  
limitada hacia incisal por la encía marginal y hacia  
apical, por la unión mucogingival; la encía inserta  
da está queratinizada y es más densa que la mucosa -  
alveolar. Es importante hacer notar que el color es  
muy variable de acuerdo a la tez y la raza de las -  
personas, debido a la concentración de melanina en  
esta zona.

MUCOSA ALVEOLAR, se extiende desde la en-  
cía insertada hasta incisal, hacia apical está limi-  
tada por el vestíbulo; es un tejido delgado, suave,  
laxo y no está queratinizado, no se encuentra adhe-  
rido al proceso alveolar, se desliza por medio de -  
la palpación lateral y se puede observar los vasos  
arteriales y venosos que nutren, es de un color más  
rojo que la encía insertada.

#### Fisiología.

Las funciones del ligamento periodóntico -  
son las siguientes: Formativas, de sosten, sensiti  
va y nutritiva.

La función formativa, está desempeñada por  
los cementoblastos, los osteoblastos que constitu-  
yen la base estructural del cemento y del hueso y  
por los fibroblastos que forman las fibras de la -  
membrana.

La función de sosten consiste en mantener - la relación del diente con los tejidos circundantes, blandos y duros, lo que se realiza por medio de las fibras del tejido conjuntivo que constituyen la ma yor parte de la membrana.

Las funciones sensitiva y nutritiva, con re lación al cemento y al hueso alveolar, son desempeña das por los nervios y vasos sanguíneos.

La compleja relación entre los dientes y - sus tejidos de sosten, provoca cambios estructurales continuos durante la vida, entre los dos extremos; - el traumatismo continuo oclusal y la pérdida de la función, existen muchas etapas intermedias.

Si un diente pierde la función, la membrana periodontica se vuelve mas delgada, debido al uso de creciente de ese diente en particular, la disposi— ción regular de las fibras principales desaparece y la membrana periodontica se muestra como un tejido - conjuntivo dispuesto regularmente, el cemento se tor na más espeso, pero finalmente es aplástico, también el hueso alveolar se encuentra en estado aplástico o inactivo.

Las fibras de la membrana periodontica es tan dispuesta de tal forma que se adapta para llenar sus funciones; cualquiera que sea la dirección desde la cual se ejerza la fuerza sobre el diente, está - neutralizado por alguno ó por el conjunto de los - grupos de fibras principales que integran el ligmen to periodontal.

### Histología.

Los elementos esenciales del ligamento periodontico son las fibras principales, todas las cuales están adheridas al cemento. Los haces de las fibras se extienden desde el cemento hasta la pared alveolar; las fibras principales de la membrana periodontica son fibras blancas y colágenas del tejido conjuntivo y no pueden ser estiradas. La elasticidad de la membrana periodontica se debe a la disposición de las principales haces de las fibras, ya que éstas no son elásticas y se encuentran en un trayecto ondulado desde el hueso hasta el cemento, lo que permite un ligero movimiento del diente durante el esfuerzo.

Las fibras principales del ligamento periodontal, se pueden dividir por su posición en los siguientes grupos:

Las fibras del grupo gingival, son las que adhieren la encía a cemento, los haces de las fibras salen del cemento y pasan al interior de la encía libre y de la encía insertada.

Las fibras del grupo transeptal, unen los dientes adyacentes; los haces de las fibras corren mesial y distalmente desde el cemento de un diente, por encima de la cresta del alveolo hasta el cemento del diente vecino.

Fibras del grupo alveolar, adhieren el diente al hueso del alveolo, se subdividen en cinco grupos.

1º grupo de la cresta alveolar, los haces de las fibras de este grupo irradian desde la cresta de la apófisis alveolar y se adhieren a la parte cervical del cemento.

2º grupo horizontal, los haces corren perpendicularmente al eje mayor del diente.

3º grupo oblicuo, estas fibras son muy numerosas y constituyen el sosten principal del diente contra el esfuerzo oclusal; se encuentran adheridas al cemento un tanto apicalmente con respecto a su origen en el hueso.

4º grupo Apical, las fibras de este grupo se encuentran dispuestas irregularmente e irradian desde la región apical de la raíz hacia el hueso cicundante.

5º grupo Interradicular, desde la cresta del tabique interradicular, las fibras se extienden hacia la bifurcación, en dientes de raíz múltiple.

Fibroblastos.-Muchas de las fibras del ligamento periodontal, son fibroblastos típicos, se trata de células largas, delgadas estrelladas del tejido conjuntivo, se encuentran en la superficie de los haces de las fibras y probablemente sean activas contribuyendo a la formación y mantenimiento de las fibras principales.

Osteoblastos y Osteoclastos.- El hueso del alveólo se reabsorbe y se reconstruye localmente en forma constante; la reabsorción es producida por los

osteoclastos, y los osteoblastos inician la actividad para la formación del hueso y se encuentran a lo largo de la superficie de la pared de la cavidad osea, las fibras de la membrana periodóntica pasan a través de ella, se afianza en el hueso mediante la formación del hueso nuevo alrededor de los extremos de las fibras, se considera necesaria la presencia de los osteoblastos para adherir las fibras de la membrana periodóntica al hueso alveolar.

Los Osteoclastos, se cree que en su origen proviene de las células mesenquimatosas indiferenciadas de la membrana periodóntica; encontrándose únicamente durante el proceso de reabsorción del hueso, así como se hacen presentes durante el proceso de reabsorción de la raíces de los diente primarios.

Se presume que el citoplasma de los osteoclastos produce una substancia que disuelve los componentes orgánicos del hueso quedando liberado su contenido mineral, que es eliminado por humores orgánicos o ingerido por macrófagos, cuando termina el proceso de reabsorción, los osteoblastos desaparecen.

Cementoblastos.-Son células de tejido conjuntivo que se encuentran en la superficie del cemento, durante la primera fase del desarrollo los cementoblastos aparentemente por su acción enzimática elaboran una sustancia homogénea, el tejido cementoide; durante la segunda fase la calcificación se

realiza depositándose las sales de calcio en el compuesto cementante de las substancias intercelulares simultáneamente el componente orgánico cambia radicalmente haciéndose soluble por las enzimas proteolíticas.

Tejido Intersticial.- Los vasos sanguíneos linfáticos y nervios de la membrana periodóntica se encuentra entre los espacios existentes de los haces de las fibras principales y se hallan rodeadas por tejido conjuntivo laxo o tejido intersticial en el cual figuran fibroblastos, histocitos, células mesenquimatosas indiferenciadas y linfocitos.

Vasos Sanguíneos.- La provisión de sangre de la membrana periodóntica se deriva de 3 fuentes:

1a. Fuente.- Vasos sanguíneos que entran en la región periapical, unidos con los vasos sanguíneos que irrigan la pulpa.

2a Fuente.- Vasos sanguíneos que son ramas de las arterias intralveolares que pasan a la membrana a través de las aberturas de la pared alveolar.

3a. Fuente.- Vasos sanguíneos de la membrana periodóntica que pasan cerca de la encía donde se anastomosan con vasos sanguíneos que pasan por encima de la cresta alveolar desde el tejido gingival.

Linfáticos.- Existe una red de vasos linfáticos que sigue el trayecto de los vasos sanguíneos.

neos, la corriente vá desde la membrana hacia el interior del hueso alveolar adyacente, continuando hacia los ganglios linfáticos.

Nervios.-Los nervios siguen el mismo trayecto que los vasos sanguíneos, forman un plexo abundante dentro de la membrana periodóntica, se pueden encontrar tres tipos de terminaciones nerviosas.

- 1).- Los que terminan con una dilatación en forma de perilla.
- 2).- Los que forman ases ó anillos alrededor de los haces de las fibras principales.
- 3).- Extremos libres de las fibras que son ramificaciones del eje principal; no tienen vainas mielínicas.

Estructuras Epiteliales.- Se encuentran dentro del cemento, pero no en contacto con el mismo, son sin duda algunos remanentes del epitelio que forman la vaina epitelial radicular de Hertwing que en las etapas de la formación del cemento se rompe formando cordones que persisten como una red paralela a la superficie de la raíz.

## CAPITULO II

## GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Al estudiar la etiología de la enfermedad periodontal, debemos mencionar dos factores:

- 1).-Que la enfermedad puede afectar todo el periodónto, ó sólo parte de él.
- 2).-Que el concepto de enfermedad periodontal como entidad patológica única es errónea, pues se trata de un complejo patológica integrado por varios factores que actúan simultáneamente, a esto se debe que la etiología se convierta en una combinación de fenómenos en vez de formar una sola entidad.

Los factores etiológicos pueden clasificarse en: A).-Irritantes Locales y B).- Irritantes Generales. Los primeros actúan directamente sobre el periodonto, mientras que los factores generales la resistencia a la desintegración y la respuesta a la agresión en la capacidad de reparación modifican el efecto de los irritantes locales.

## a).-Factores Irritantes Locales.-

Irritantes gingivales; Actúan mediante una influencia irritante directa modifica solamente por la habilidad del huésped para resistirla ó para reparar el daño. La inflamación gingival temprana junto con cálculos dentales, suele ocasionar cambios de color en el margen gingival, dando la impresión de un cuello separado del resto de la



encia insertada y perdida del punteado, según va avanzando la enfermedad, se observa la recesión, la fibrosis y todas las demás características, teniendo entre las más importantes la cronocidad de la lesión periodontal, como el factor causal está siempre presente - se establece un proceso inflamatorio crónico.

Cálculo Dental.-El más destacado de todos - los irritantes gingivales, es el depósito del cálculo dental que se origina con la placa de mucina, las cuales están formadas de una substancia blanca musilaginosa y adherente que se acumula en la porción cervical y debido a la composición química de la saliva se convierte en materia calcareo que actúa en forma de - cuna y causa una seria irritación al periodonto. La - manera más eficaz de combatir este padecimiento es conservando una dentadura funcional conbinada con una higiene oral adecuada, que mantenga los dientes libres de toda adhesión. Otro factor importante es la naturaleza física de la dieta. Una superficie limpia, presenta una región más difícil para que se acumulen en sarro, ya que éste tiende a formarse más rápidamente en la superficie áspera y sin acceso a la autoclisis, la encía cambia de coloración de texturas y fácilmente sangra ante el más pequeño estímulo.

Impacto de los Alimentos.- Hay que distinguirlo de la simple acumulación de detritus alimenticio ya que en este caso el impacto forroso de los alimentos contra la encía hace presión sobre el tejido., existe acumulación de alimentos entre dos dientes de-

bido al punto de contacto defectuoso o por la acción de una oclusión traumática. El impacto de los alimentos guarda relación con la anatomía del diente, con los contactos interproximales, con la posición de los márgenes gingivales y los contactos con los antagonistas.

Irritación por restauraciones incorrectas.

Este tipo de irritación es muchas veces la causa de la inflamación gingival y de la resorción de la cresta alveolar, actúa igual que cualquier otro irritante directo en los tejidos blandos, como son constantes en su naturaleza, a excepción de los aparatos removibles, puede ser clasificados igual que el cálculo.

Respiración Bucal.- El papel de la respiración bucal como causa del trastorno periodontal, se debe a que ejerce su acción por deshidratación de la encía por pérdida de resistencia del tejido. También es posible que el trastorno se deba a resequecedad de toda la cavidad bucal, dando como resultado la pérdida de la acción protectora de la saliva o del equilibrio de la flora bacteriana.

Cepillado Incorrecto.- La irritación causada por el cepillado incorrecto no solamente puede dar como resultado una abrición ó resección de la encía y de la abrición de la superficie de los dientes, también se observan hendiduras gingivales que pueden ser consecuencia del movimiento rotato-

rio con un cepillo de cuerdas duras, en éste caso la lesión es más pronunciada en la superficie vestibular, ya que es más difícil que el paciente utilice el cepillo con tanta libertad en la superficie lingual ó palatina.

Irritación causada por hábitos nocivos. Son muy numerosos y entre ellos tenemos el uso de los lápices, clavos, pasadores, alfileres, chuparse los dedos, la presión de la lengua hacia los dientes y, la gran mayoría de las veces la lesión está localizada en una región de inida.

Trauma Oclusal.- Es de suma importancia, su efecto se ejerce sobre el aparato de inserción, está incluida entre el grupo de lesiones destructivas ocasionadas por la mala función a la que ha estado sometido el diente, las cuales pueden encontrarse alrededor de un sólo diente, de varios ó de toda la arcada. Las lesiones consisten en la reabsorción de la superficie radicular, desprendimiento del cemento alteraciones en la membrana periodontal y reabsorción del hueso alveolar y lámina dura.

#### Factores Generales.

Aunque es probable que los trastornos generales rara vez causen problemas en el periodonto, cuando ésto sucede, la lesión causada no necesariamente es igual a las lesiones periodontales corrientes; Una discracia sanguínea puede causar alteraciones en la encía ó en el aparato de inserción debidas

a escleroma. Son muchas las enfermedades que afectan el periodonto, entre ellas las más importantes son la diabetes, carencias nutricionales, trastornos gastrointestinales, alergias, epilepsia, ésta - última debido al dilantín sódico, que provoca una hiperplasia fibrosa característica. Por otro lado - las enfermedades periodontales que tienen causa local pueden ser complicados o influenciados por un padecimiento general, de otro modo, los trastornos en la salud general de una persona, pueden producir cambios en el tono y resistencia vital de los tejidos periodontales, haciéndolos más susceptibles a irritantes menores.

**Factores Psíquicos.-** Cada vez es mayor la relación entre los factores psicómaticos y las manifestaciones periodontales, la ansiedad y problemas emocionales, producen manifestaciones en la saliva y en los tejidos parodontales, por ejemplo la gingivitis necrosante ulcerosa, cuya etiología es el stress.

#### **Clasificación.-**

Clinicamente la clasificación de las enfermedades periodontales puede dividirse en procesos patológicos que afectan la superficie de la encía, que penetren en las estructuras más profundas muy próximas a los dientes en su parte radicular. Las enfermedades que afectan la superficie pueden dividirse en: Inflammatorias sin destrucción de los tejidos, y en Destruidores de los tejidos por necrosis

las primeras pueden ser activas y dar origen a un aumento de volumen por hiperplasia o edema.

La enfermedad periodontal comprende cuatro entidades clínicas distintas:

1).-Gingivitis marginal.- Suele ser una hiperplasia indolora del borde gingival sin supuración ni destrucción de la superficie.

2).-Gingivitis necrosante-ulcerosa.-Es un proceso inflamatorio más agudo que la gingivitis marginal, con necrosis de zonas pequeñas o grandes de superficie gingival expuesta.

3).-Periodontitis.- Es una destrucción crónica que penetra por el surco gingival y se aproxima a las raíces dentarias, formando bolsas, acompañada de proceso inflamatorio y supuración en grado variable, desde oculta, hasta profusa, el hueso subyacente sufre resorción lenta y el manguito epitelial fijo migra en dirección apical recubriendo la raíz de los puntos en que ha quedado destruida la fibra del ligamento periodontal.

4).-Traumatismo Periodontal.- Lesiona el ligamento periodontal, cuando es intenso puede producir resorción del hueso alveolar, movilidad de los dientes y resorción de la raíz, pero no determina la formación de bolsas ni alteraciones superficiales de ningún tipo, si continúa durante mucho tiempo y es severo, puede causar resorción del hueso de sosten adyacente al hueso alveolar.

## CRUPO I.-

Gingivitis sin destrucción de la superficie.

Gingivitis Marginal.- La inflamación clínicamente visible casi siempre forma parte de la enfermedad gingival debido a la presencia constante de microorganismos e irritantes, la reacción inflamatoria puede estar localizada en el tejido que rodea a uno ó más dientes o generalizado. La intensidad de la reacción inflamatoria depende de la constitución orgánica y hereditaria del paciente, así como de la duración ó intensidad del irritante local; la reacción del borde gingival se observa con frecuencia sobre las raíces prominentes, en áreas de reabsorción por el cepillo y los puntos en que las fibras musculares ó el frenillo se insertan muy cerca del borde gingival. En éste grupo la encía puede estar tumefacta, desviada o retraída, uno de los primeros signos de la enfermedad es la pérdida del aspecto graneado debido a la destrucción de la capa superficial de la encía, la superficie se torna brillante, abullonada ó forma gruesos gránulos, la coloración vá desde el rojo intenso hasta el magenta. En pacientes con dientes apisonados ó superpuesto es muy fácil que se desarrolle un problema periodontal en que las papilas cambien su forma original, en forma plana, invertida ó hipertrófica. La gingivitis puede estar limitada a una ó más papilas interdenciales, en cuyo ca

so recibe el nombre de Gingivitis papilar, ésta puede afectar todo el margen gingival, las papilas y la encía marginal se hallan afectadas por la demarcación entre encía marginal encía fija y mucosa - alveolar no desaparece.

Gingivitis difusa generalizada.- Este tipo de afección comprende a toda la encía y a la mucosa alveolar, desaparece la línea de separación - entre los tejidos, éste tipo de gingivitis se presenta en pacientes con una enfermedad general que intensifica la reacción, pero también se observa - frecuentemente como extensión del proceso inflamatorio producido por irritantes superficiales en el área marginal el proceso inflamatorio sigue el tejido que es el conjuntivo que sostiene los vasos - sanguíneos de la zona.

En los tejidos enfermos puede haber un exudado en el carácter seroso, purulento y hemorrágico, la hemorragia producida por el sondeo es debida a la ulceración del epitelio del surco, la ruptura puede ser diminuta pero expone los capilares del corrión.

El tamaño de la encía constituye un signo clínico común de la enfermedad gingival, los tejidos aumentan el volumen por la hiperplasia que es el aumento del número de células conservando la disposición normal del tejido. El aumento de volumen por inflamación aguda, se debe a edema y a

formación de abscesos, se producen anomalías en la anatómica por presencia de exostosis y otros bultos óseos que pueden estar cubiertos por encías de espesor normal, generalmente es posible hacer el diagnóstico mediante la observación, el sondeo y la palpación, con frecuencia se observa gingivitis marginal cuando brotan los dientes mientras la encía libre se haya situada sobre la parte convexa de la corona, en ésta posición la encía sufre un traumatismo constante por el paso del alimento durante la masticación; la hiperplasia ligera que causa aumento del volumen y redondeamiento de los bordes gingivales, produce una línea festonada debido a una irritación crónica, a menudo es consecuencia del uso traumática del cepillo dental, frecuentemente ésta enfermedad se observa durante el tratamiento con dilantin sódico, en tales casos la encía hiperplástica es firme, elástica e indolora, a no ser que exista también inflamación por irritación local.

La fibromatosis gingival hereditaria presenta un aumento más uniforme de la encía marginal la hiperplasia puede también acompañar a los cambios hormonales que se producen en la adolescencia, en la gestación y en la menopausia, puede observarse mucho éste problema en pacientes leucémicos por infiltración de célula leucémica.

OTRAS CAUSAS DE IRRITACION SUPERFICIAL.-



Puede producirse irritación debajo de — una placa total por presión excesiva, alergia al ma terial protesico ó infiltración. La causa de la in flamación es una moniliasis, los resgos clínicos — son impresos porque la cándida alvicans penetra — realmente en el material protésico y en lugar de — clásico forro blanco la reacción es ertiomatosa sin que se forme ninguna membrana ni revestimiento, de otro modo la infiltración por monilias se caracteri za por la formación de una capa gelatinosa blanca — que suele hallarse en la mucosa bucal, pared posterior de la faringe y lengua.

#### GRUPO II

Gingivitis con destrucción de la superfi— cie.-

Las formas más comunes de gingivitis con destrucción de la superficie son las gingivoestomatitis herpica primaria y recidivante, la gingivitis necrosante ulcerosa; su aspecto superficial es simi lar pero mediante la observación cuidadosa puede di ferenciarse. El herpes, se caracteriza por la apari ción de un grupo de fístulas sobre la base eritomatososa y la gingivitis necrosante ulcerosa se carácte riza por necrosis de las papilas interdentesales.

La gingivitis herpética tiene como sínto mas la aparición de unas pequeñas vesículas que se rompen y forman úlceras con base gris y los bordes

rojos, las papilas interdentes no aparecen aisladas sino tumefactas y rojas junto con el resto de la encía, no son destruidas por necrosis, aparecen úlceras en la lengua, labios y mucosa oral; es muy común, que se presente en niños pequeños, las úlceras son poco profundas, sus características básicas son: Ser contagioso y la infección primaria no mejora con los antibióticos; La gingivitis hepática primaria, es una enfermedad inflamatoria aguda que es resultado de una infiltración inicial producido por herpes simple. La infección secundaria es ocasionada por el mismo virus y pueden aparecer en el mismo lugar a intervalos regulares, la temperatura puede reelevarse a tal grado que produce deshidratación, - esto sucede en niños, pero en adultos puede evolucionar sin fiebre y de alivio espontáneo.

Las vesículas se rompen en un período de 24 horas a 48 horas, dejando una úlcera irregular - poco profunda, con base amarilla y necrótica que puede infectarse y rodearse de una zona hiperdémica, hay dolor a la masticación, las úlceras cicatrizan de 7 a 10 días sin dejar huella.

#### Gingivitis necrosas ulcerosa.-

Presenta úlceras necróticas que afectan - las puntas de la papila interproximal y despiden un olor necrótico típico, se halla limitado en la encía y produce la desaparición de las papilas por - ulceración; generalmente sólo se observa en perso-

nas adultas, a diferencia de las gingivitis herpética que es muy común en niños. Las úlceras son bastante profundas, no presentan características de enfermedad contagiosa ya que más bien se debe a factores generales como el Stress que actúa simultáneamente con el irritante local; los síntomas agudos mejoran con la administración de antibióticos.

#### Gingivitis Descamativa.-

Es una inflamación difusa crónica que se caracteriza por el desprendimiento del epitelio, el tejido conjuntivo expuesto es sensible al tacto y sangra con facilidad; es una enfermedad propia de la madurez, que se observa con frecuencia en las mujeres menopáusicas y en los hombres de edad media, su etiología no se conoce muy bien, aunque está relacionada con el equilibrio de las hormonas sexuales.

Enfermedades que afectan las estructuras más profundas.

Estas enfermedad puede ser primaria ó secundaria; La primaria tiene su etiología en un trastorno anterior no entendido. Propiciando la propagación hacia las zonas más profundas del periodontio. - Se puede diagnosticar periodontitis por medio de la inspección, palpación y sondeo, presentando antecedentes de una gingivitis apreciable clínicamente.

Sus características clínicas son: Observa-

mos una pequeña inflamación que se intensifica la - periodontitis, son con frecuencia el tartaro subgingival y el olor fétido acompañado de bolsas paradontales, depende de la intensidad de la inflamación - para que puedan tener signos readiográficos de hueso alveolar, cuando el material purulento se acumula en la bolsa y no tiene acceso a la superficie - por medio del margen gingival, se provoca un absceso lateral periodontal. La destrucción de las fibras - periodontales es progresiva y la resorción del hueso alveolar que también es producida por la presencia de la bolsa en el periodonto.

#### Periodontitis Secundaria.-

Su etiología se basa en los factores que - provocan la periodontitis primaria, siendo ésta repetitiva y de consecuencias más drásticas.

Características Clínicas: Existe un estrechamiento en los espacios periodontales, pérdida de la lámina dura, resorción del hueso alveolar, trastornos en la cementosis y pérdida de las fibras - principales de la membrana periodontal, formándose tejido conjuntivo fibroso; la oclusión normal se - torna traumática ocasionando resorción del hueso - alveolar, hay movilidad dental y desviación, cuando aparecen todos éstos síntomas las lesiones periodontales son muy semejantes y es difícil diferenciarlas de la periodontitis primaria.

Abceso Periodontal.- Los síntomas del abceso periodontal son muy similares a los que presentan las pulpitis aguda, por lo tanto es necesario establecer el diagnóstico antes de iniciar el tratamiento, generalmente los abscesos se manifiestan en el tejido gingival, pero pueden formarse las bolsas infraoseas en las regiones interradiculares de los primeros molares y premolares, el abceso periodontal puede no presentar dolor, pero sí hinchazón en diferentes grados, la que progresa hasta lograr la ruptura de la membrana o se realiza la canalización para detener el abceso, el cual es un exudado purulento.

## CAPITULO III

## TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

La preparación inicial de la terapéutica periodontal, es una de las fases principales, con el exámen previo, el diagnóstico y la valoración, la preparación inicial permite eliminar cuanto sea posible del irritante, modificando en ésta forma el medio bucal, de modo que los signos clínicos del proceso inflamatorio disminuyen o desaparecen y el caso puede ser mejor valorado para las otras técnicas de la terapia.

Los objetivos de la terapia inicial consisten en eliminar ó reducir la etiología para intentar la regularización de la encía a la mayor brevedad.

En la enfermedad marginal periodontal, el tejido gingival está constantemente expuesto a traumas ó intentos de reparación, la reacción inflamatoria, tiende a sobrepasarse a los efectos, en algunos pacientes el tejido gingival se encuentra completamente lleno de células inflamatorias sin producción de colágena, que es lo que constituye el mecanismo de reparación. En algunos casos la lesión inflamatoria no está delimitada y encontramos una zona de infiltración desde la encía insertada hasta

la mucosa alveolar; los cambios de coloración se extienden de la pared gingival sin zona de comarcación.

En la preparación inicial, debemos eliminar todos los depósitos calcáreos de las superficies expuestas y subgingivales que han de quedar limpias y lisas pues la formación del cálculo se acelera cuando se deja una porción de éste ó cuando se deja una superficie áspera, por lo que las superficies han de pulirse después del raspado, la solución descubridora es un elemento de mucha utilidad. Si en el exámen clínico encontramos restauraciones defectuosas que son irritantes y que permiten la acumulación de alimentos ó la impactación de los mismos en la región gingival, deberá ser eliminado.

Implantamos el control personal de placa por medio de la higiene bucal correcta, que debe empezar desde la preparación inicial, pues ayuda a mantener los dientes libres de depósitos alimenticios, si el paciente no observa las instrucciones después del raspado se formaran nuevo depósitos que obstaculizarán la curación completa. Es de mucha importancia que el enfermo adquiera un sentido de limpieza bucal al dársele las instrucciones de la fisioterapia.

En el consultorio se debe enseñar al paciente la higiene oral que deberá practicar en su

casa así como el cepillo apropiado, la técnica de aseo oral se explica al paciente indicándole los siguientes pasos:

Indicarle al paciente que mire al espejo - la demostración de como usar el cepillo en su boca; colocar el cepillo de tal manera que la mitad descansa en ó sobre la encía y la otra mitad sobre los dientes, frotar hacia adelante y hacia atrás lentamente con movimientos cortos y suaves, demostrando la técnica de todas las caras y todos los dientes; demostrar el uso de la punta de goma en los espacios interdentes abiertos, enseñando la dirección de su aplicación que es paralela a las papilas, apuntando hacia arriba en los dientes inferiores y hacia abajo en los dientes superiores, apuntando la punta con presión firme pero suave, sin movimientos laterales, circulares ó verticales, procurando tener un contacto suave con el tejido, sin esforzar el paso de la punta en los espacios interdentes pequeños, la aplicación es igual en la cara vestibular que en la lingual.

El empleo de las soluciones descubridoras tales como la fuccina básica son de gran utilidad para el control personal de placa, le ayudará al paciente a descubrir zonas invisibles de restos alimenticios y así efectuará su aseo bucal con mayor eficacia.

A continuación haremos una breve síntesis



del tratamiento de las principales alteraciones periodontales:

**Respiración bucal:** Se considera que la causa del trastorno oral es a consecuencia de la deshidratación y la pérdida de resistencia por el resecamiento de toda la cavidad oral, perdiendo la saliva y el equilibrio de la flora bacteriana; el tratamiento se basa en descubrir la causa y canalizar al paciente al especialista en vías respiratorias que sufre éste tipo de respiración que es a consecuencia de trastornos de las vías respiratorias.

**Trauma oclusal:** Es una interferencia entre los dientes, la cual deberá ser localizada eliminando los puntos prematuros de contacto que existen.

**Factores Generales:** Por medio de la historia clínica tendremos oportunidad de conocer el estado de salud del paciente, en caso de existir una enfermedad sistemática, será necesario mantener contacto con su médico con el fin de establecer una terapia coordinada que redundará en beneficio al paciente.

**Tratamiento de las enfermedades agudas.**

**Abceso Periodontal agudo.-** El tratamiento de la fase aguda de un abceso periodontal, consiste en la prescripción de antibióticos y la canaliza-

ción, suele prescribirse eritromicina que es un medicamento útil en casos de alergia a la penicilina, ya que ésta última es de empleo peligroso y se usa en casos de osteomielitis únicamente; si el absceso produce una tumefacción blanda con una zona central depresible, debe ser incidido y drenado cuanto antes, sin embargo una área tumefacta no se incidirá mientras el absceso no sea manifiesto y pueda evacuarse el pus, sobre la zona operatoria se aplica anestésico tópico y luego se inyecta el local, en la mucosa se infiltra una pequeña cantidad lentamente evitando su introsucción en la cavidad del absceso, sólo se anestesia la fina mucosa alveolar del centro.

La incisión se hace rápidamente con el bisturí, algunas veces es posible establecer la canalización por el orificio de la bolsa con una pequeña cucharilla, una lima, un escritorio, en éstos casos no se inyecta, únicamente se aplica un anestésico tópico, se eliminan los restos de la bolsa y se inicia el drenaje del exudado.

El diente afectado puede estar flojo y afectar al sobresalir, en cuyo caso deberá ferulizarse y limarse para suprimir el contacto oclusal.

Después de reducir los síntomas agudos, el tratamiento del absceso periodontal depende de la localización y topografía de la lesión, su accesibilidad

dad a corregir los factores locales ambientales implicados en la formación del absceso y de la salud física del paciente.

Los abscesos producidos en las bolsas interproximales pueden tener su origen en los defectos - infraóseos, puede darse el caso de que un absceso - periodontal subagudo ó crónico evacúe su contenido y curación ósea; puede canalizarse espontáneamente y sanar sin que aumente la profundidad original de la bolsa.

Gingivitis Necrosante Ulcerosa.- Es debri-damiento completo mediante la escariodoncia subgingival meticulosa, constituye el tratamiento específico de la enfermedad, aunque el contacto con la encía produce dolor, el uso delicado de la cucharilla con desplazamiento mínimo del tejido no es demasiado doloroso y el alivio es casi inmediato. Se aplica un anestésico tópico, la hemorragia del tejido hipérmico y los enjuagues frecuentes alivian las molestias.

Deben prescribirse tranquilizantes ya que ésta enfermedad es producida netamente por el Stress el tratamiento local incluye la instrucción detallada que deberá practicar el paciente. El tratamiento eficaz de primer ataque evita la destrucción de las papilas de la encía y ésta recupera su forma original, si se repiten los ataques, las papilas son des

truidas y se desarrollan cráteres entre los dientes. La encía marginal forma un labio de tejido en las caras vestibular y lingual que deberá ser eliminado por gingivoplastia para corregir el contorno del tejido, haciendo que la base del cráter se convierta en el vértice de la papila.

Gingivostomatitis viral Herpética.- La presente enfermedad carece de tratamiento eficaz, pero se trata de un padecimiento que se autolimita y la curación suele iniciarse hacia el quinto o sexto día, los antibióticos evitan la infección secundaria por flora oral, pero actúan sobre el virus durante una infección vírica aguda no debe utilizarse la penicilina.

Es útil el colutorio con preparado sedante puede prescribirse un agente anestésico tópico no irritante, para que se aplique en las úlceras antes de los alimentos. El frío calma las molestias y puede darse una dieta abundante en helados. Las dosis elevadas de 10 c.c. de gamma globulina administrada durante el primer ó segundo día de la enfermedad, puede ser efectiva.

## CAPITULO IV

## GENERALIDADES DE LAS TÉCNICAS EMPLEADAS EN PERIODONCIA

En la Periodoncia, en la que existen gran cantidad de técnicas, es importante formular desde el principio un plan de tratamiento ordenado y claro, - la terapéutica consta de todas las medidas aplicadas para obtener un aparato de inserción sano y funcional. El tejido gingival debe tener una topografía fisiológica que ayude a mantener el estado de salud.

A continuación enumeraremos las técnicas a seguir en la terapéutica de los padecimientos periodontales.

I.-Preparación Inicial.-

- 1.-Legrado.
- 2.-Eliminación de la mayor cantidad posible de factores irritativos.
- 3.-Eliminación de las interferencias oclusales más notorias.
- 4.-Férulas temporales.
- 5.-Uso de la guarda de mordida.
- 6.-Institución de un programa de higiene bucal.
- 7.-Valoración de los factores generales.
- 8.-Valoración del tiempo de curación.

II.-Terapéutica de la Lesión Marginal.-Eliminación de la bolsa y remodelación de la forma.

1.-Eliminación DE LA BOLSA SUPRAOSEA.

- a).-Logrado.
- b).-Colgajo.
- c).-Gingivectomía.

2.-Procedimientos plásticos y auxiliares para la remodelación de la forma y -eliminación de los factores secundarios.

- a).-Odontoplastia.
- b).-Gingivoplastia.
- c).-Osteoplastia.
- d).-Cirugía mucogingival.

3.- Operación de la bolsa infraósea.

III.-Terapéutica de las lesiones del aparato de inserción.-

1).-Desuso.-

- a).-Restauración de la función parcial ó total de los dientes mediante el desgaste.
- b).-Medios artificiales para la creación de la función.  
Guarda de la mordida.  
Estimulación por medio del cepillo.
- c).-Procedimientos restauradores.

## 2).-Trauma Oclusal.-

- a).-Movimiento Ortodóntico.
- b).-Desgaste Selectivo.
- c).-Péculas Permanentes.

## IV).-FISOTERAPIA BUCAL.-

## V).-Fase de Odontología restauradora.

## VI).-Profilaxis y Exámenes Subsecuentes.

A continuación expondremos las principales técnicas en el tratamiento periodontal.

Legrado Gingival.- La técnica del raspado de tejido blando se efectúa bajo anestesia local directamente en la región que se vá a tratar, el operador mantiene en su lugar la encía movable con el dedo índice en su mano izquierda, entonces introduce la cureta en el intersticio y de esa manera se raspa completamente la pared gingival. El operador puede sentir el movimiento de la cureta con su dedo índice a través del tejido gingival; un movimiento circunferencial en las caras lingual y vestibular es muy efectivo. Durante éste tratamiento el intersticio sangra mucho, inhibiéndose la hemorragia haciéndose presión con una torunda, cuando el coagulo se ha formado, la torunda se deshecha y se protege la región operada con el apósito quirúrgico, debiendo permanecer en su lugar durante dos ó tres días.

El paciente no debe de cepillarse la región

operada durante los tres días siguientes a la inter-  
vención para evitar traumatismo, después de éste -  
tiempo, la cicatrización habrá progresado para per-  
mitir la higiene normal de la boca. La principal -  
precaución que se debe tomar en éste procedimiento,  
es el de no perforar la pared gingival con el uso -  
incorrecto de la cureta.

Transcurridos los tres días, se cita al pa-  
ciente para ver el grado de cicatrización que se ha  
logrado, si la evolución ha sido normal, se retira  
el apósito y se le dan las instrucciones para el -  
correcto cepillado y se implanta el control perso-  
nal de placa.

Gingivectomía.- De preferencia se utiliza  
antestecia por infiltración, que produce isquemia -  
localizada cuando se inyecta en la encía insertada;  
Otras ventajas son la introducción rápida y la admi-  
nistración sin complicaciones, no se requiere mas -  
que anestesia de los tejidos blandos, pues las ra-  
íces de los dientes son más ó menos insensibles a  
la hoja del bisturí; Usando la anestesia por pre-  
sión, el bisturí puede utilizarse en los momentos -  
en el que se deja a un lado la jeringa. Se realiza  
inmediatamente después el marcado de las bolsas, lo  
que se puede obtener en dos formas; con las pinzas  
marcadoras ó con el periodontómetro; básicamente, -  
las pinzas marcadoras son pinzas de curación con un  
extremo en forma de explorador y el otro en ángulo



de 90º que se pone en contacto con el extremo recto en el momento en el que se cierran las pinzas, el extremo recto se introduce en la bolsa y las pinzas se cierran hasta el extremo robado perforando la en cía en su base de la bolsa; realizándolo en toda la zona para operar, palatino, lingual ó vestibular y las regiones profisiales, el operador puede hacer una serie de puntos sangrantes en la pared externa de la en cía que serán claramente visibles. El pe riodontómetro se utiliza introduciéndose en la bolsa, se mide en milímetros y se hace una perforación a ése nivel marcando todo el campo operatorio.

La incisión debe hacerse inclinada en di rección incisal, creando así un bicelen filo de navaja, se hace la incisión en dirección más apical que los puntos sangrantes ya que éstos se encuentran a nivel de la inserción; si la mucosa es delgada, se necesita poca angulación para que ésta termi ne a nivel de la inserción; si la mucosa es gruesa como la palatina, entonces se puede empezar la in serción varios milímetros apicalmente, dando así la angulación correcta al corte para que termine al nivel de la in serción, ésta debe iniciarse en la parte más posterior del campo operatorio, haciendo una curva suave, la inserción debe llegar hasta el punto sangrante, luego todo el campo se atraviesa siguiendo los puntos sangrantes, teniendo cuidado de que la angulación del bisturí sea correcta, la

inserción debe ser definitiva y atravesar todo el te  
jido; se debe evitar las inserciones descuidadas pa  
 ra no marcar el tejido, lo cual retardaría la cura-  
 ción y produciría deformidades posteriores; después  
 de ésto el campo operatorio ésta preparado para una  
 resección más fina y completa de las partes menos -  
 accesibles, como son las regiones interproximales, -  
 interradiculares, repitiendo la insición ya hecha y  
 extendiéndola interpróximamente se libera todo el -  
 tejido que se vá a extripar, de cualquier manera --  
 todavía quedarán pequeñas porciones de tejido par-  
 cialmente seccionado que se eliminará con tijeras -  
 finas e inmediatamente después se hará el aseo de la  
 región tratada con una solución y gasa estériles, -  
 asegurándonos de que no queden restos de tártaro y  
 que la herida quede lo más limpia posible procedemos  
 a colocar el apósito el cual debe previamente haber-  
 se preparado, se divide ésta mezcla en dos porcion-  
 es haciéndolas rollos delgados para colocarlos en -  
 las caras palatina, lingual o vestibular, en éste or-  
 den ya que las caras lingual ó palatina son menos -  
 accesibles, haciendo una ligera presión para que se  
 introduzca en los espacios interproximales. El apósí-  
 to se prepara incorporándose lentamente al líquido -  
 al polvo, del cual deben dos gotas por cada diente -  
 hasta tener una masa firme, con suficiente consisten-  
 cia para que pueda manejarse con facilidad.

Este apósito se deja durante una semana, -

luego se quita y se examina la región operada, si el proceso de cicatrización es normal ya no será necesario renovar el apósito; si por el contrario no muestra una curación completa se colocará nuevamente el cemento quirúrgico, en caso de que llegue a fractura el apósito ó de que se desprenda una parte de él, se cambiará por uno nuevo. Al finalizar el tratamiento se implantará la técnica del cepillado y el control personal de placa.

**Gingivoplastia.**- Es una Técnica de cirugía plástica para obtener la forma fisiológica de la encía marginal ó interproximal, que a pesar de haber sido tratada está permanentemente alterada por la enfermedad; sus indicaciones son:

Encía Marginal cicatrizada con borde grueso y fibrótico, cráteres gingivales interproximales variaciones bruscas del margen gingival del márgen regiones adyacentes.

Se usa anestesia por infiltración en todo el campo operatorio, empleando perfectamente la inyección en las papilas interproximales lo que nos brinda anestesia inmediata y rigidez en el tejido para poder llevar a cabo la remodelación quirúrgica.

Una insición con bisel largo en dirección incisal y oclusal reduce el márgen engrosado de manera rápida y con menos traumatismo, con frecuencia es posible controlar al mismo tiempo los espacios -

interproximales. Se reforma el margen gingival - empleando un bisturí grande para gingivectomía, éste es eficaz para quitar porciones cuadradas en el margen, como el instrumento es grande, se apoya en las coronas de los dientes, que sirven de guía para obtener una superficie ondulante y lisa, por éste método la curación es rápida y sin complicaciones, se aplica el apósito común y se deja de cuatro a - ocho días según la reacción del tejido, teniendo en cuenta las siguientes precauciones: Masticar del lado opuesto al intervenido, durante éste tiempo no practicar el cepillado. Si el proceso de cicatrización es correcto, se recomendará un cepillo suave - con el fin de estimular la curación completa y la queratinización de los tejidos.

El resultado final de la gingivoplastia debe ser un margen gingival con filo de cuchillo, papilas interdenciales anatómicamente correctas y contorno general de deflexión.

Osteoplastia.- Es la Técnica por medio de la cual hacemos la reducción de las hipertofias óseas producida por resorción en las caras interproximales o marginales. El remodelado quirúrgico - acentúa las características anatómicas propias de la forma y función ideales.

Los márgenes óseos gruesos se observan con frecuencia, en éstos casos el borde óseo se reduce

con fresas redondas y piedras de diamante; Si el borde forma un reborde ó corona, con el hueso delgado en sentido apical, la corrección se limita a una simple biselado del borde óseo, si el borde óseo se adelgaza demasiado, se producirá resorción, por lo cual es necesario evitar un desgaste exagerado. Este como todos los procedimientos periodontales se hacen bajo anestesia y siguiendo todos los tiempos quirúrgicos.

Osteotomía.- Las deformidades causadas por la enfermedad periodontal en le hueso marginal ó interalveolar no pueden ser corregidas sin suprimir cierta cantidad de hueso de soporte.

Se aplica la anestesia, el hueso es reformado y contorneado con fresas de diamante el festoneado y el desgaste interpróximales se obtienen al mismo tiempo que los defectos infraóseos amplios y poco profundos pueden también contornearse y nivelarse correctamente, inmediatamente después se hace la limpieza de la zona y se coloca el apósito quirúrgico cubriendo todo el campo intervenido.

Tanto al finalizar la osteoplastia como la osteotomía, se le darán las instrucciones al paciente de que no mastique del lado intervenido, no debe enjuagarse para no desalojar el cemento quirúrgico. A la semana siguiente se examina la región y si está en buenas condiciones se quita el apósito, se

implanta la técnica de cepillado y el control personal de placa.

#### Diferentes técnicas de Cepillado.-

Hay muchos métodos eficaces para cepillarse los dientes pero en todos ellos cuando hay espacios interproximales se permite la colocación de un instrumento entre diente y diente, la punta de goma se utiliza primero, esto tiende a aflojar las partículas de alimento que se acumulan en esa región, de manera que cuando se utiliza el cepillo son eliminados, también da masaje a la encía papilar, la punta de goma se coloca en el espacio interproximal y con movimientos circulares.

En todas las técnicas siempre se cepillan primero las superficies oclusales, el cepillo se lleva hacia atrás y hacia adelante para limar estas superficies de todo detritus alimenticios. El cepillo se coloca por las caras vestibulares de los molares, los dos premolares y el canino, seguido por el incisivo lateral y el central repitiéndose el cepillado del canino, entonces se cepilla la región de la línea media, se hace la misma operación del lado opuesto pero iniciando la técnica a la inversa. A continuación veremos algunas de las técnicas más aceptadas:

Método modificado de CHARTERS.- En este método el cepillo se mueve en tres dientes a la vez

utilizando solamente seis colocaciones en cada arcada y moviendo el cepillo en cada región con diez movimientos rotatorios. Se pueden hacer movimientos rotatorios ó verticales según sea más fácil para el paciente.

En las caras linguales se los dientes inferiores, el cepillo se coloca en ángulo vertical tan alto como sea posible para los dientes posteriores, para los incisivos, el cepillo se coloca verticalmente, el movimiento debe colocar la hilera mas lejana de las cerdas contra la encía marginal y papilar, ejerciendo una presión moderada.

Método de STILLMAN-Mc.CALL.- Con éste método las cerdas se colocan con sus puntos en dirección apical y sus lados descansan sobre la encía - en ángulo de cuarenta y cinco grados, el cepillo - se mueve hacia la cara oclusal con movimientos de vibración hasta que deja de estar en contacto con los dientes, se cepillan un grupo de dientes a la vez, inmediatamente después se pasa al grupo siguiente hasta cepillar toda la dentadura, los movimientos de la cara oclusal deben de ser en forma de pequeños círculos, éste método sin ninguna modificación se utiliza tanto en las caras linguales - como palatinas.

Método Modificado de STILLMAN-Mc.CALL.-  
En éste Método la colocación inicial del cepillo -

es la misma pero debido a las longitudes promedio de las coronas clínicas el borde del mango se colocará sobre las superficies oclusales o bordes incisales de los dientes para que las puntas de las cerdas no lleguen a la mucosa alveolar, las cerdas se persionan ligeramente sobre el margen gingival moviendo las cerdas hacia arriba y hacia abajo de la arcada, en cada posición se incluyen tres dientes. Esta técnica puede modificarse por las arcadas angostas y para los incisivos en los segmentos lingual o palatino, en ésta región el cepillo se coloca en posición vertical y sólo se cepilla un diente tal como lo hace el método modificado de CHARTERS a éstas regiones.

Uso de la Seda Dental.- La seda dental se ha utilizado tanto tiempo que ha llegado a ser una forma clásica de lograr la higiene bucal, sin embargo si no se utiliza correctamente puede causar daño a la encía. La seda se aplica contra la cara de los dientes limpiándolos de todo detritus, cada extremo de la seda se enrolla alrededor del dedo índice de cada mano, dejando una longitud de ocho a diez centímetros, el dedo de la cara lingual del diente se coloca en la encía manteniendo tensa la seda, luego se pasa al punto de contacto hacia abajo con movimiento de rotación de la otra mano, esto evitará que el punto de contacto se cruce bruscamen



te cortando la encía; Ya en su lugar la encía se -  
mueve hacia adentro y hacia afuera unas cuantas ve-  
ces haciendo presión contra las caras proximales de  
los dientes.

## CONCLUSIONES

Es de gran importancia hacer notar que en la práctica del Cirujano Dentista es frecuente encontrarse con los padecimientos periodontales, de ahí que ésta especialidad odontológica sea el objeto de éste breve estudio.

La historia clínica se considera básica - para establecer un diagnóstico y pronóstico correctos, pues será el medio que no lleve a determinar y a elegir el tratamiento adecuado para la curación del paciente, en los casos necesarios establecer una terapia coordinada con su médico, el que nos mantendrá informado sobre su estado de salud - en general.

Enseñar al paciente la técnica del cepillado e implantar el control personal de placa es determinante para asegurar el éxito del tratamiento periodontal y podemos confiar en un buen pronóstico, ya que en el desarrollo de ésta tesis hemos aseverado en todo momento, que la higiene oral deficiente, tendrá como consecuencia trastornos periodontales y en ocasiones la pérdida de los dientes.

Es importante que el Odontólogo despierta el interés de sus pacientes por su higiene y salud oral.

#### BIBLIOGRAFIA

Enfermedad Periodontal Avanzada.

Jhon F. Prichard.

Editorial Labor 2a. Edición.

Periodoncia.

Goldman-Shlugr-Cohen-Chaikin-Fox.

Editorial Interamericana 1a. Edición.

1960.

Embriología Bucodental.

Orban.

Editorial Interamericana. 3a. Edición.

1960.

Prótesis de Coronas y Puentes.

George E. Meyers.

Editorial Labor 2a. Edición.

1974.