

24-230



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LAS PARODONTOPATIAS

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

RUTH ELIONORA CHUC LOPEZ

MEX.CO, D. F.

1982



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.

INDICE GENERAL

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
ANATOMIA E HISTOLOGIA DE LA REGION.....	3
CAPITULO II	
CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.....	16
CAPITULO III	
ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.....	25
CAPITULO IV	
ASPECTOS PREVENTIVOS EN LAS PARODONTOPATIAS.....	40
CONCLUSIONES.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	52

I N T R O D U C C I O N

Desde hace varios años se ha considerado de especial interés y ha venido ocupando sitio preferente en Odontología - el problema de las parodontopatías es tan serio, al grado de que sea una de las principales causas de la pérdida de los dientes después de la caries dental.

Este problema se conoce desde hace muchos años, aparece como la más común de las enfermedades; el hombre ha estado - siempre expuesto a esta enfermedad desde épocas prehispánicas.

Consideraré de suma importancia este tema debido a que es fundamental el mayor logro posible de la existencia de piezas naturales con objeto de conservar la integridad del aparato - masticatorio.

Las parodontopatías o Enfermedad parodontal son los trastornos patológicos que afectan el tejido de sostén del diente y que es una de las causas por la que se pierden los dientes y por muchos años se pensó que la pérdida de ellos en los adultos era el resultado de una serie de procesos que se habían originado en la juventud y que no se trataron antes.

El interés por el mantenimiento de la dentición natural ha dado una mayor atención a la enfermedad parodontal.

En este trabajo voy a referirme más a la prevención de - estos trastornos.

Vemos que se realizan campañas de prevención contra la - caries dental, se fabrican nuevos cepillos y pastas dentales - y se les hace saber de la importancia de mantener los dientes

limpios como una manera de evitar la mayor incidencia de caries.

A pesar de lo mucho que se ha conseguido respecto a la suma de conocimientos relativos a las causas y al tratamiento de la enfermedad parodontal todavía no se ha reducido por ahora de manera definitiva la incidencia de dicha enfermedad.

Seguiremos insistiendo y poniendo más empeño y tomar medidas efectivas y aplicadas en el consultorio para prevenir este mal. motivar a los pacientes para que sepan aprovechar las ventajas de los métodos actuales disponibles de prevención.

La enfermedad puede evitarse, si ya existe, puede ser tratado con éxito y lograr la conservación de los dientes.

El reconocimiento oportuno es como en todas las enfermedades prevenibles, de gran importancia para la terapéutica óptima. Aquí la responsabilidad es claramente del facultativo que ejerce la odontología general.

CAPITULO I

ANATOMIA E HISTOLOGIA DE

LA REGION .

EL PARODONTO

Para comprender las parodontopatías es necesario conocer las características normales de los tejidos del parodonto.

El parodonto es el tejido de sostén del diente. Es un conjunto funcional de tejidos que tienen independencia fisiológica y que al actuar juntos dan soporte y protección al diente dentro de la cavidad oral y además le permiten desempeñar sus funciones.

El parodonto está compuesto por 4 tejidos :

- 1.- La Encía.
- 2.- El ligamento Parodontal.
- 3.- El Cemento.
- 4.- El Hueso Alveolar.

Estos tejidos se encuentran organizados para realizar las funciones siguientes:

- 1.- Inserción del diente a su alvéolo.
- 2.- Resistir y resolver las fuerzas ocasionadas por la masticación, habla y deglución.
- 3.- Mantener la integridad de la superficie corporal separando los medios ambientes externo e interno.
- 4.- Compensar por los cambios estructurales relacionados con el desgaste y envejecimiento a través de la remodelación continua y regeneración.
- 5.- Defensa contra la influencia nociva del ambiente externo que se presentan en la cavidad bucal.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El parodonto se desarrolla embrionariamente a partir del ectodermo y del mesodermo; del primero procede solo el epitelio que recubre la encía; del segundo todos los demás tejidos.

Cuando comienza el desarrollo del germen dentario, el tejido que lo rodea se organiza mostrando un acúmulo de células mesenquimatosas y fibras que se condensan envolviendo al germen; ésta estructura recibe el nombre de saco dentario. Conforme evoluciona el germen dental, el saco muestra organización celular. Las células que se encuentran en la parte externa formarán el hueso alveolar y las que se encuentran en la parte interna serán cementoblastos y formarán el futuro cemento. Las células centrales se diferenciarán en fibroblastos que formarán el ligamento parodontal.

Cuando el diente ya formado empieza a hacer erupción el tejido conjuntivo gingival se une al saco dental, fundiéndose con lo que el saco solo se aprecia en la región radicular, desapareciendo en la porción coronaria conforme hace erupción.

Las fibras de la porción radicular se orientan organizándose también sus células hasta formar el ligamento parodontal.

E N C Í A

El tejido que recubre la cavidad oral se llama Mucosa Oral. La mucosa se divide en 3 tipos diferentes:

1.- Mucosa Masticatoria.- Es firme, recubre y se adhiere al hueso alveolar adyacente a los dientes y recubre también el paladar duro.

2.- Mucosa Especializada.- Porción que recubre el dorso de la lengua donde se encuentran las papilas gustativas.

3.- Mucosa Alveolar.- Es el resto de la mucosa oral.

La mucosa Masticatoria se divide en 2 porciones. Una cubre los procesos alveolares y rodea el cuello de los dientes y la otra cubre el paladar duro.

Características de una encía sana :

Color.- rosa pálido.

Consistencia.- Firme y resistente, bien unida a los dientes y hueso alveolar.

Delgada y sigue estrechamente al contorno del hueso.

Aspecto llamado de " Cáscara de naranja " que se conoce como punteado de la encía, que son pequeñas depresiones que se presentan en la superficie. No exhibe ni exudado ni acumulación de placa bacteriana.

Clínicamente como histológicamente la encía se divide en: encía marginal, encía insertada y encía interdentario.

Encía Marginal.- Es la encía libre que rodea al diente -

en forma de collar. Se demarca de la encía insertada por una depresión lineal que es el surco marginal; esta encía está separada del diente por una cavidad llamada hendidura gingival.

Encía Insertada.- Se continúa con la encía marginal. Es firme, resilente y estrechamente unida al hueso alveolar y al cemento. Los límites de la encía son el surco marginal por un lado que la separa de la encía libre y por el otro lado de la mucosa alveolar por una línea llamada línea mucogingival.

Características de la encía insertada: el color, tono, punteado y tamaño principian a hacerse evidentes durante el cambio de la dentición alrededor de los 6 años de edad, antes de ese tiempo la encía aparece rojiza, lisa brillante y agrandada.

Encía Interdentaria.- La encía interdientaria ocupa el nicho gingival que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario. Consta de dos papilas y se adapta la forma de área de contacto interproximal. La coloración es como la de la encía insertada.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La encía está formada por 2 tejidos: Un Epitelio que la recubre y un conjuntivo en el cual se encuentran los elementos necesarios para el desempeño de su función.

El epitelio es del tipo poliestratificado y se une al diente por medio de la adherencia epitelial.

El tejido conjuntivo rícamente vascularizado presenta una gran cantidad de fibras de colágeno y contiene un sistema

importante de haces de fibras de colágeno llamadas Fibras --
Gingivales que tienen las siguientes funciones:

Mantener firmemente la encía en su lugar.

Soportar los esfuerzos de la masticación.

Unir la encía tanto al diente como al hueso alveolar.

Las fibras gingivales se disponen entre grupos que son :

Gingivodentales.- Las que se insertan en el cemento den-
tario y se dirigen hacia la cresta de la encía marginal en --
forma de abanico.

.Transeptales.- Situadas interproximalmente formando --
haces horizontales que unen un diente con el vecino.

Circulares.- Se encuentran únicamente en el tejido con--
juntivo rodeando el diente en forma de anillo.

Gingivo-Oseas.- Son cortas y se implantan por un lado --
en el hueso alveolar y por el otro en el conjuntivo de la --
encía.

C E M E N T O .

El cemento dentario es el tejido calcificado que cubre --
la raíz anatómica de los dientes.

Origen.- Se deriva del mesodermo.- Es depositado por --
células especializadas que se encuentran adyacentes a su su--
perficie, pero dentro del ligamento parodontal y que reciben--
el nombre de cementoblastos, después que éstas células deposi-

tan una capa de cemento quedan embebidas en el recibiendo el nombre de cementocitos.

Hay dos tipos de cemento: Acelular (primario) y Celular (Secundario).

TIPO CELULAR.- Contiene cementocitos, cubre las porciones media y apical de las superficies radicular. Conforme se va formando la raíz se va depositando el cemento y al mismo tiempo las fibras del tejido conjuntivo del ligamento parodontal se colocan en ángulo recto a la superficie dentaria; estas fibras van quedando embebidas en el cemento conforme se deposita éste estableciéndose así la adherencia del ligamento parodontal al cemento. La porción de las fibras parodontales embebidas en el cemento recibe el nombre de fibras de Sharpey.

CEMENTO ACELULAR:- Suele ser la primera capa depositada; se encuentra en la porción adyacente a la dentina desde la unión cemento-esmalte hasta el ápice. Conforme aumenta la fuerza de la masticación, los cementoblastos se estimulan para continuar su función formadora quedando embebidos en la matriz calcificada, formando el cemento celular; este cemento se deposita antes que se termine la formación radicular por lo que en el área apical encontramos generalmente cemento celular exclusivamente, este cemento se deposita continuamente durante toda la vida reabsorbiéndose solo en raras ocasiones. Si las capas del cemento envejecen o pierden su vitalidad los cementoblastos producen nuevo cemento en la superficie para asegurar la unión entre éste y el ligamento parodontal.

FUNCIONES DEL CEMENTO.

1.- Soporta las fibras de colágeno del ligamento parodontal asegurando la inserción del diente al hueso alveolar.

2.- Favorece la unión de las fibras del ligamento al diente.

3.- En algunas fracturas horizontales de la raíz puede repararlas, creando una banda de cemento que une los dos fragmentos.

4.- Por su aposición puede aislar y sellar los conductos radiculares en dientes tratados endodónticamente.

5.- Regula con el hueso alveolar el grosor del ligamento parodontal.

Depósito continuo de cemento.- El Depósito de cemento continua ya : que el diente ha erupcionado, hasta ponerse en contacto con sus antagonistas funcionales durante toda su vida. Esto es parte del proceso total de la erupción continua del diente.

Cuando hay enfermedad parodontal la destrucción de la encía deja al descubierto el cemento y sobre de él puede formarse sarro, cuando se retira éste es posible adelgazar el cemento o retirarlo completamente con lo que la dentina queda expuesta. La dentina así denudada a veces es muy sensible a los cambios térmicos, químicos o mecánicos a nivel del cuello dentario muy molesto para el paciente.

L I G A M E N T O P A R O D O N T A L

Es la estructura que rodea la raíz del diente conectando la con el hueso. Está situado en el espacio comprendido entre el hueso alveolar y el cemento dentario.

FUNCION.- La función principal es mantener al diente en su alveolo y la relación fisiológica entre cemento y hueso.

FUNCION NUTRITIVA.- A través de sus vasos sanguíneos y linfáticos.

FUNCIÓN SENSORIAL.- Por sus células nerviosas que originan impulsos nerviosos propioceptivos.

Absorbe los esfuerzos de la masticación y de los movimientos parafuncionales manteniendo al diente suspendido sin permitirle tocar directamente al hueso. Este mecanismo se logra por medio de fibras de colágeno y por el líquido proporcionado por la red sanguínea.

ORIGEN.- El ligamento se desarrolla a partir del saco dentario tejido mesodérmico que rodea al germen dental.

Está constituido por haces de fibras, células del tejido conectivo, restos epiteliales, vasos sanguíneos, linfáticos y nervios.

El ligamento parodontal es rico de elementos histológicos lo que permite desempeñar una multitud de funciones necesarias para mantener al diente en su alveolo.

Las fibras principales son los elementos más importantes de la membrana parodontal, adquieren una importancia particular por su orientación sistematizada y por las relaciones que contraen con el cemento dentario. Por su dirección se dividen en 5 grupos:

1.- Fibras crestalveolares.- Envuelven al cuello del diente. Van del cemento a la cresta alveolar, son gruesas, su función es soportar las cargas laterales del diente.

2.- Fibras Transeptales.- Se extienden interproximalmente uniendo un diente con su vecino inmediato, pasan por encima de la cresta alveolar, su función es la de mantener los puntos de contacto.

3.- Fibras Horizontales.- Se encuentran inmediatamente por debajo de la cresta alveolar. Se extienden en ángulo recto respecto del eje mayor del diente desde el cemento hacia el hueso, su función es mantener la posición central del

diente igual que las apicales pero en sentido contrario.

4.- **Fibras Oblicuas.**- En el grupo de fibras más numeroso del ligamento parodontal. Se extienden desde el cemento en dirección coronaria en sentido oblicuo respecto al hueso, su función es soportar las cargas en sentido longitudinal al diente, es decir impedir que la raíz se hunda en el alvéolo en las presiones oclusales.

5.- **Fibras Apicales.**- Nada más se encuentran en las raíces completamente formadas se dirigen en forma irradiada del ápice al hueso alveolar. Su función es proteger el paquete vascular nervioso durante los movimientos del diente.

FIBROBLASTOS.- Es el segundo elemento formado por células del tejido conjuntivo, son grandes, delgadas, numerosas.- Su función es producir fibras colágenas.

CEMENTOBLASTOS.- Se derivan del tejido conjuntivo, se encuentran en la superficie del cemento. Su función es formar nuevo cemento sobre la raíz del diente.

OSTEOBLASTOS.- Se derivan también del tejido conjuntivo, se encuentran a lo largo de la superficie del hueso.

OSTEOCLASTOS.- Se derivan de las células mesenquimatosas indiferenciadas del ligamento parodontal. Su función es reabsorber hueso.

CELULAS EPITELIALES.- Se localizan junto al cemento pero sin estar en contacto con él, se denominan restos epiteliales de Malassez y son remanentes de la vaina epitelial de Hertwig que forma la raíz.

VASOS SANGUINEOS.- Se localizan en el tejido intersticial entre las fibras principales, dan nutrición al ligamento, El aporte sanguíneo viene de tres fuentes. Vasos sanguíneos vasos que provienen de la arteria interalveolar y vasos que provienen del hueso alveolar.

NERVIOS .

La inervación del ligamento es muy abundante y sus elementos son receptores de dolor y propioceptores que dan la sensación táctil.

VASOS LINFATICOS. - Drenan el ligamento parodontal hacia el hueso y hacia los nódulos linfáticos.

IRRIGACION SANGUINEA.- Se puede estudiar desde 2 puntos de vista: Macroscópicamente y microscópicamente.

Por la macrocirculación están los vasos grandes que proceden de 3 vías diferentes, anastomosándose entre sí.

La microcirculación está representada por una arteriola que llega a cada papila, habiendo en cada una de estas un asa capilar y una vénula también.

INERVACION.- Recibe inervación de 2 fuentes:

Una a continuación del nervio combinado del ligamento parodontal que termina inmediato a la adherencia epitelial.

La otra fuente es ramas de los nervios palatal, bucal y labial.

CUTICULAS DENTARIAS.- Hay 2 estructuras que recubren la corona de las piezas dentarias: Cutícula Primaria y Cutícula Secundaria. La primera llamada Cutícula del Esmalte porque es producida por los ameloblastos.

La cutícula secundaria llamada también Dentaria porque se puede encontrar cubriendo tanto esmalte, como cemento en la corona clínica del diente.

Ambas cutículas pueden permanecer intactas en áreas protegidas, pero desaparecen por la abrasión, detrartaje y pulido de las superficies dentarias.

H U E S O A L V E O L A R

Es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios. Las raíces de los dientes se encuentran incrustados en los procesos alveolares del maxilar y la mandíbula.

Este hueso se compone: de la pared interna del alvéolo del hueso alveolar (lámina cribiforme), el hueso de sostén -- que consiste en travéculas reticulares (hueso esponjoso) y -- las tablas vestibular y palatina de hueso compacto.

Su morfología es una función de la posición y la forma de los dientes además se desarrollan al formarse los dientes y al hacer erupción éstos y se reabsorben extensamente una vez que se pierden los dientes.

Es un tejido conjuntivo altamente especializado cuya substancia intersticial es rica en depósitos de calcio; está formado por una materia calcificada donde se encuentran unos espacios llamados " Lagunas Oseas " que sirven de alojamiento a las células del hueso.

Este hueso se desarrolla en la vida intrauterina alrededor de los gérmenes dentarios. La célula responsable de la producción del hueso recibe el nombre de Osteoblasto, a su vez este da origen al osteocito que son los encargados de mantener la función del hueso.

El hueso alveolar puede ser dividido en tres partes:

HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO. - Conocido como lámina dura o cribosa, es la pared del alvéolo dentario, es una porción delgada del hueso compacto atravezando por multitud de pequeños conductos por donde pasan los vasos y nervios que conectan el hueso con el ligamento parodontal.

LAMINA CORTICAL. - Es la superficie interna y externa de

los huesos maxilares.

HUESO DE SOPORTE.- Conocido también como hueso esponjoso, localizado entre los dos tipos de hueso descritos anteriormente formando el cuerpo de los maxilares.

APORTE SANGUINEO.- Los vasos que corren a lo largo del hueso dan ramas laterales que se conocen como vasos dentales y vasos interalveolares.

Los vasos dentales se dirigen hacia el alvéolo pero antes de entrar al foramen apical dan pequeñas ramas que irrigan el área inmediata al foramen y a la porción apical del ligamento parodontal.

Los vasos interalveolares penetran en el séptum óseo situado entre los alvéolos, lo recorren longitudinalmente y terminan saliendo de la cresta alveolar anastomosándose así a los vasos de la encía adherida y del ligamento.

FUNCION.- El hueso existe con la finalidad de sostener los dientes durante la función. Fija el diente y sus tejidos blandos de revestimiento. Elimina las fuerzas generales por el contacto intermitente de los dientes masticación, deglución y fonación.

El hueso como todos los huesos del organismo se encuentran en constante recambio regulado por influencias, tanto locales como generales.

Los músculos y las presiones ejercidas sobre el hueso son los encargados de remodelar a este tejido, cuando no hay tensión muscular en la superficie de un hueso o hay demasiada presión en ella o en el alvéolo por medio de la pieza dentaria, el hueso sufre reabsorción.

C A P I T U L O I I

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

ENFERMEDAD PARODONTAL

CLASIFICACION

La enfermedad parodontal son los trastornos patológicos- que afectan los tejidos del sostén del diente.

Es una lesión que destruye los tejidos parodontales de soporte. La enfermedad del parodonto detectable clínicamente se haya muy difundida y sus consecuencias son muy diversas.

Se clasifica en dos grupos :

ENFERMEDADES GINGIVALES.

ENFERMEDADES PARODONTALES.

Las enfermedades gingivales son aquellas que desde el -- punto de vista clínico se limitan a la encía; aunque la encía forma parte del parodonto se hace esta división porque los -- padecimientos que involucran únicamente a la encía no ponen -- en peligro inmediato el soporte de las piezas dentarias. A -- diferencia de éstas al afectarse el resto del parodonto la -- destrucción llega tejidos más profundos con lo que siempre ob -- tendremos secuelas permanentes. De acuerdo a la naturaleza -- o tipo de padecimiento que incluye desde etiología, manifes -- taciones clinicas, evolución y tratamiento pueden clasificarse como : Enfermedades inflamatorias, degenerativas o dis -- tróficas o mixtas.

	INFLAMATORIAS	DISTROFICAS.	MIXTAS.
E N C I A .	Gingivitis.	gingivòsis	---
P A R O D O N T O	Parodontitis simple.	Parodontosis	parodonti- tis comple ja.

G I N G I V I T I S

Es una enfermedad inflamatoria de la encía, generalmente la única afectada es la encía marginal.

Los signos y síntomas de la gingivitis son como sigue:

- a).- Alteraciones de la encía marginal y de las papilas interdentarias.
- b).- Cambios en la contextura.- Pérdida del puntilleo gingival y aspecto brillante y liso.
- c).- Cambio en la coloración.- Del rosado, hasta los tonos rojo y magenta.
- d).- Cambio en la forma.- Edema.
- e).- Cambios en el intersticio.- Ulceración del epitelio: Sangrado.
- f).- Cambios del margen gingival.- Crecimiento excesivo: Bolsa virtual.
- g).- Enduradas y festones.
- h).- Presencia y acúmulo de sarro y materia alba.
- i).- Mal sabor y hálitos.

Microscópicamente.- El epitelio del intersticio gingival es mucho más delgado que el de la encía afectada.

El tejido gingival contiene gran cantidad de células inflamatorias.

Irritantes gingivales.- Son de diversos orígenes.- Actúan mediante una influencia irritante directa, modificada solamente por la habilidad del paciente para resistirla o para reparar el daño una vez producido. El tiempo es también un factor que debe ser considerado ya que una lesión de dos semanas

de duración no es igual a otra de dos años.

Los irritantes gingivales pueden ser: Depósitos calcificados, materia alba impacto de alimento : marginal y proximal, irritaciones por restauraciones defectuosas, respiración bucal, higiene inadecuada de la cavidad bucal, cepillado defectuoso, hábitos que pueden irritar las encías: como el uso incorrecto de palillos, etc.

La gingivitis puede estar localizada en la encía de un solo diente, a un grupo de dientes o generalizada a toda la encía.

La gingivitis puede ser: marginal, papilar y difusa.

MARGINAL.- abarca el margen gingival y puede incluir una parte de la encía adherida continua.

PAPILAR.- Limitada a la papila interdental.

DIFUSA.- Cuando ataca la encía marginal y adherida a la encía palatina.

Describimos a continuación algunas gingivitis especiales.

GINGIVITIS ULCERATIVA NECROSANTE,- Se le ha denominado de muchas maneras desde " boca de trinchera ", infección de Vincent, gingivitis necrótica aguda, estomatitis, ulceromembranosa, etc.

Las características clínicas son las siguientes:

- a).- Ulceración de las puntas de las papilas interdentarias.
- b).- Hemorragias espontáneas.
- c).- Instalación repentina.
- d).- Dolor agudo.
- e).- Olor desagradable.

Como su nombre lo indica ésta enfermedad es una lesión - inflamatoria dolorosa con necrosis del tejido gingival como una de sus principales características. No es una enfermedad contagiosa, es un proceso infeccioso. Su incidencia es entre los 18 y 30 años.

ETIOLOGIA.- Esta enfermedad es producida por una compleja mezcla de microorganismos que comprende toda la flora bacteriana de la cavidad oral con gran aumento de basilos fusiformes y espiroquetas. Los factores etiológicos más probables en la iniciación de la gingivitis ulcerativa necrosante son : Locales y Generales. Los primeros son los factores irritantes de restauración y uso excesivo de tabaco.

Los factores generales pueden abarcar la higiene general, cansancio físico, tensión emocional y desnutrición.

Terapéutica.- Limpieza suave de los tejidos gingivales con chorro de agua y con algodón para eliminar el tejido necrosado y los acúmulos superficiales de tartraje de las superficies visible y de las superficies subgingivales sin lesionar el tejido blando. Los antibióticos están limitados solo a los casos en que el paciente muestre síntomas generales tales como fiebre y malestar general.

GINGIVITIS HERPETICA.- Producida por Herpes Zoster, puede confundirse con la gingivitis de Vincent que tiene localización en el vértice de la papila interdentario.

Esta gingivitis se distingue porque es generalizada, produce una ampolla parecida a la quemadura de un cigarro y la produce un virus.

TERAPEUTICA.- Es la base de medicamentos capaces de elevar los mecanismos de defensa como la globulina gama.

La terapéutica local de elección, es el raspado y curetaje eliminando las causas que produce la enfermedad.

GINGIVITIS DEL EMBARAZO.- Los factores sistémicos desempeñan un papel importante en la etiología de la gingivitis, no como factores primarios sino más bien como secundarios o de modificación.

La gingivitis gravídica se observa en más del 50 % de las mujeres embarazadas.

La vascularidad pronunciada es la característica clínica más sobresaliente, la encía está inflamada y su color varia del rojo brillante al rojo azulado. La encía marginal e interdentaria se halla edematizada, se hunde a la presión, es de aspecto liso y brillante, blanda y friable y a veces presenta aspecto aframbuesado en algunos casos la encía inflamada forma masas circunscritas de " aspecto tumoral " denominada tumores del embarazo.

GINGIVITIS EN LA DEFICIENCIA DE VITAMINAS C.- Como signo clásico de la deficiencia de vitamina C, se describe a la gingivitis y el agrandamiento hemorrágico rojo azulado de la encía, pero la deficiencia de la vitamina C por sí misma, no causa gingivitis ni todos los pacientes con deficiencia de vitamina C obligatoriamente tiene gingivitis; no se produce en ausencia de irritantes locales. La deficiencia de vitamina C puede agravar la respuesta gingival ante la irritación local y empeorar el edema, el agrandamiento y la hemorragia y la intensidad pueden disminuir al corregirse la deficiencia.- Habrá gingivitis en tanto haya limitantes locales.

GINGIVOSIS.- Es una enfermedad Distrófica que ataca a la encía, se conoce también como gingivitis descamativa crónica.

Se caracteriza por la presencia de áreas circunscritas generalmente en la encía adherida, donde el epitelio es rechazado por el conjuntivo terminando por desprenderse.

Se presenta más en mujeres por lo común después de los 30 años, aunque puede producirse en cualquier edad después de

la pubertad y así mismo en hombres.

En su forma leve hay eritema difuso, hay cambio de color generalizado de la encía marginal interdientaria e insertada.

La forma moderada es más avanzada. Presenta manchas rojas brillantes y áreas grises que abarcan la encía marginal y la encía insertada, la superficie es lisa y brillante.

En la forma severa se caracteriza por áreas irregulares en las cuales la encía está denudada y es de color rojo subido. La lesión es en extremo dolorosa. El paciente no tolera alimentos ásperos, condimentos o cambios de temperatura.

PARODONTITIS.- Inflamación crónica de la encía, formación de bolsas (por lo general, pero no siempre con pus) pérdida ósea, movilidad dentaria, migración patológica y por último pérdida de los dientes. La parodontitis simple avanza con ritmo variable, sus estadios avanzados, aparecen en edad avanzada por lo general. La parodontitis simple suele ser indolora pero puede manifestarse síntomas como: Sensibilidad a cambios térmicos y a alimentos, a la estimulación táctil. - Por la denudación de las raíces.

Dolor irradiado profundo y sordo durante la masticación y después de ella. Por acuñaamiento de comida dentro de las bolsas.

Síntomas agudos como dolor punzante y sensibilidad a la percusión, provenientes de abscesos parodontales.

Síntomas pulpares con sensibilidad al dulce, cambios térmicos, consecuencia de pulpitis.

PARODONTITIS COMPUESTA.- Las características clínicas -- son las mismas que en la parodontitis simple con las siguientes excepciones:

Hay una frecuencia más alta de bolsas infraóseas y pérdi

da ósea angular (vertical más que horizontal) ensanchamiento de ligamento parodontal, movilidad más intensa, frecuentemente con inflamación gingival comparativamente pequeña.

ETIOLOGIA.- Se origina por los efectos combinados de la irritación local más el trauma de la oclusión.

PARODONTOSIS.- Es una enfermedad degenerativa crónica no inflamatoria del parodonto que se inicia en las estructuras de sostén parodontal, los síntomas clínicos son :

La migración y aflojamiento temprano de los dientes, en presencia de inflamación gingival secundaria y formación de -bolsas o sin éllas.

Si se deja que siga su curso los tejidos parodontales se destruyen y los dientes se pierden.

La pérdida ósea es pronunciada.

TRAUMA DE OCLUSION.

Tiene las siguientes características:

Movilidad dentaria, espacio parodontal pronunciado en la región gingival de la raíz, (destrucción ósea angular concomitante y ensanchamiento del ligamento parodontal en el ápice).

ATROFIA PARODONTAL.

Es la disminución de tamaño de un tejido u órgano o de sus elementos celulares una vez obtenido su tamaño maduro o normal.

Reducción de la altura del hueso alveolar.

ATROFIA POR DESUSO.- Adelgazamiento del ligamento parodontal-adelgazamiento y disminución de la cantidad de fibras parodontales, alteración de la disposición de los haces fibrosos, --

englosamiento del cemento y reducción de la altura del hueso-
alveolar.

CAPITULO III

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES. -

E T I O L O G I A .

La enfermedad parodontal es producida por múltiples y -- complejos factores.

La etiología de la enfermedad parodontal se clasifica - comunmente en: Factores locales y Factores Generales, pero - sus efectos están relacionados entre sí.

Los factores locales son aquellos que se encuentran en - íntimo contacto con los dientes y las estructuras que le dan- soporte a éste.

Los factores generales o sistémicos son los que están -- en relación con la salud general del paciente.

Los factores locales producen inflamación que es el pro- ceso patológico principal en la enfermedad gingival y parodon- tal.

Los factores generales condicionan la respuesta parodon- tal a los factores locales de tal manera que con frecuencia, - el efecto de los irritantes locales es agravado notablemente- por el estado general del paciente.

Por el contrario los factores locales intensifican las - alteraciones parodontales generadas por afecciones generales.

Las causas de la enfermedad gingival y parodontal son - las mismas, con una excepción. Las lesiones producidas por - fuerzas oclusales excesivas (Trauma de la oclusión) no origi- nan gingivitis, pero muchas veces contribuyen a la destrucción de los tejidos de soporte en la enfermedad parodontal.

FACTORES LOCALES

Todos los factores locales tienen importancia en el proceso patológico de la enfermedad paradontal.

Mencionaremos algunos de ellos que consideramos de mayor importancia:

Placa dentobacteriana.

Cálculo o Sarro Dental.

Empaquetamiento de comida.

Uso incorrecto del cepillo.

Mala Operatoria Dental.

Hábitos.

Bruxismo.

Respiración Bucal.

Trauma de la Oclusión.

Fuerzas Oclusales Insuficientes.

PLACA DENTOBACTERIANA.

La placa dentobacteriana ha sido generalmente aceptada - como el factor etiológico más importante en las enfermedades - paradontales.

Es una película microbiana transparente que se acumula - sobre la superficie de los dientes que no tienen adecuada -- limpieza.

La placa bacteriana es una matriz proteinica blanda com puesta por bacterias diversas, células descamadas.

Debido a la cantidad de microorganismos y el tipo de --- toxinas que ellos elaboran tiene potencialidad de disminerali- zar el esmalte produciendo caries o bien filtrarse al tejido- blando.

La placa se forma con mayor rapidéz durante el sueño y - cuando no se ingieren alimentos; que después de las comidas. Ello puede ser a causa de la acción mecánica de los alimentos y el mayor flujo salival durante la masticación que impide la formación de la placa.

La placa aparece en sectores supragingivales en su mayor parte, sobre el tercio gingival de los dientes, subgingival- mente, en grietas, defectos, rugocidades y márgenes desbordan- tes de restauraciones dentales.

La placa no es un residuo de los alimentos, pero las bac- terias de la placa utilizan los alimentos, pero las bacterias de la placa utilizan los alimentos ingeridos, para formar los componentes de la matriz. Los alimentos que más se utilizan- son aquellos que se difunden fácilmente por la placa, como -- los azúcares solubles: sacarosa, glucosa, fructosa, maltosa- y lactosa.

La consistencia de la dieta afecta a la velocidad de for- mación de la placa. Estas se forman con mayor rapidéz en die- tas blandas, mientras que alimentos duros retarda la acumula- ción.

Hay una correlación alta entre la higiene bucal insufi- ciente, la presencia de placa y la frecuencia y gravedad de la enfermedad parodontal.

Para que la placa que se colecciona en el diente pueda - producir enfermedad parodontal es necesario que se cumplan -- algunos requisitos.:

- a).- Que contenga el número necesario de microorganismos y - patogenisidad para que cause daño.

- b).- Que la placa que se encuentre en contacto directo con la encía.
- c).- Que el medio ambiente donde se desarrolla sea apropiado para éllo.

CALCULO O SARRO DENTAL.

El sarro dental es un depósito duro mineralizado adherido a la superficie de los dientes.

Es el resultado de la mineralización de la placa dentaria.

Es una de las causas más grandes de la gingivitis y parodontitis, sin embargo no es la causa primaria de la enfermedad parodontal, sino que es un proceso secundario.

El cálculo o Sarro Dental puede ser supra o subgingival; según sea la localización, sea por encima o por debajo del margen gingival. Los mayores acúmulos se encuentran supra- gingivalmente cerca de los conductos de las glándulas salivales.

Friedman designa al cálculo como un agente destructivo-dinámico puesto que es un cuerpo extraño mantenido en constante contacto con la pared de la bolsa.

La bolsa parodontal que contiene un cálculo se parece a una herida infectada que contiene un cuerpo extraño como una astilla.

La formación del cálculo siempre va precedida de la placa bacteriana y de la inflamación.

No siempre existen cálculos aunque se trate de bolsas profundas.

En presencia de depósitos masivos de cálculo la resorción ósea es predominante de tipo horizontal y la destrucción progresa lentamente.

EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA.

Es la introducción forzada de restos alimenticios en un espacio interdental impelidos por las fuerzas oclusales.

Factores que favorecen el empaquetamiento de comida :

- 1.- Atracción marcada que elimina los rebordes marginales.
- 2.- Pérdida de soporte proximal.
- 3.- Dientes en malposición con contactos proximales defectuosos.
- 4.- Restauraciones dentarias incorrectas, sin reconstruir el contacto proximal adecuadamente, o sin anatomía oclusal normal. Que divida el bolo alimenticio y lo aleje del espacio interdental.

USO INCORRECTO DEL CEPILLO.

El uso incorrecto de los cepillos y de los estimuladores interproximales en la higiene bucal irrita la encía marginal y la papila. La inflamación crónica del tejido marginal casi siempre es por el uso rudo del cepillo.

El cepillado es una de las mejores armas para controlar el avance de la enfermedad parodontal, pero a la misma vez puede ser la causa de la misma. Como consecuencia del enérgico cepillado horizontal y rotatorio aparecen en la encía alteraciones y abrasiones en los dientes.

MALA OPERATORIA DENTAL.

Cuando las obturaciones situadas cerca de la encía no -- reúnan las características adecuadas producen lesiones gingivales.

Estas características son: Contorno adecuado; cuando - el contorno es muy convexo cerca de la encía dificultan la - limpieza y el cepillado. El margen gingival debe tener una - perfecta adaptación, pues cuando existen espacios entre el - material de obturación y la cavidad se acumulará en ellos placa bacteriana que llevará a una inflamación gingival.

H A B I T O S .

Es un factor importante en la evolución de la enfermedad parodontal. Entre estos hábitos se encuentran de carácter - neurótico como: Mordisqueo de los labios y carrillos, morder lápices, plumas, palillos dental, morderse las uñas, etc.

Hábitos de tipo ocupacional como por Ejem: sostener clavos en la boca, cortar hilos, presionar lenguetas o pasado---res, etc.

Otros hábitos serían: fumar en pipa, mascar tabaco, -- respiración bucal y succión del pulgar.

B R U X I S M O .

El hábito, de base emocional, es el apretamiento de las--arcadas y el rechinar y movimientos de trituración de - los dientes sin propósitos funcionales. Estas fuerzas pue---den dañar tanto a la superficie dentaria como al soporte.

Por lo general los pacientes no están conscientes del hábito, pero se quejan de dolor o de sensación de cansancio en maxilares o músculos.

El Bruxismo produce atricción dentaria excesiva que por lo general no son alcanzadas por los movimientos funcionales normales. Ensanchamiento de las superficies oclusales y en casos avanzados reducción de la dimensión vertical.

El Bruxismo no causa necesariamente destrucción alveolar, sin embargo el impacto repetido creado por el bruxismo y el apretamiento puede lesionar al parodonto al privarlo de periodos funcionales que necesita para la reparación normal, la lesión parodontal es más intensa alrededor de dientes en contacto prematuro.

RESPIRACION BUCAL.

El hábito de respirar por la boca provoca un agrandamiento gingival marginal, la encía agrandada presenta un color rojizo brillante y un característico abultamiento redondeado-regular.

Histológicamente hay inflamación gingival con edema, infiltración celular crónico y una marcada hiperplasia de las papilas epiteliales con atrofia suprapapilar.

TRAUMA DE LA OCLUSION.

El trauma de la oclusión es un factor etiológico importante en la enfermedad parodontal.

Es una parte integral del proceso destructivo de la enfermedad parodontal.

De modo igual que el diente depende de los tejidos de -- sostén para permanecer en el maxilar, los tejidos de soporte-- dependen de la actividad funcional para conservar su salud.

El trauma de la oclusión es la lesión del tejido causada por fuerzas oclusales. Este trauma se produce en tres etapas:

La primera es la lesión. La segunda es la Reparación y-- la tercera es un cambio de la morfología del parodonto.

Si la fuerza disminuye el parodonto se restaura, sin em-- bargo, si la fuerza agresiva es crónica, el parodonto se remo-- dela para neutralizar su impacto. El ligamento se ensancha -- del hueso, aparecen defectos óseos verticales sin bolsas paro-- dontales y el diente se afloja.

FORMAS OCLUSALES INSUFICIENTES.

Las fuerzas oclusales insuficientes también pueden ser -- lesivas para los tejidos de soporte del diente.

La estimulación insuficiente origina:

- a).- Degeneración del parodonto; que se manifiesta por el -- adelgazamiento del ligamento parodontal.
- b).- Atrofia de las fibras.
- c).- Osteoporosis del hueso alveolar.
- d).- Reducción de la altura ósea.

La hipofunción proviene de una relación de oclusión --- abierta, ausencia de antagonistas funcionales o hábitos de -- masticación unilateral.

FACTORES GENERALES

Estos factores etiológicos se encuentran relacionados -- con la salud general del paciente y representa la habilidad - que tiene éste de resistir el progreso de la enfermedad o --- reparar rápidamente las lesiones producidas.

Ramfjoord observó que la incidencia y la gravedad de la parodontitis que acompaña a las enfermedades febriles se haya -- relacionada con un aumento de la irritación local resultante de una higiene oral descuidada durante la enfermedad generalizada.

Algunos de los factores generales son los siguientes:

Insuficiencias Vitamínicas.

Mala nutrición.

Discracias Sanguíneas.

Factores Psicogénicos.

Trastornos Hormonales.

Diabetes.

Enfermedades Debilitantes.

INSUFICIENCIAS VITAMINICAS.

- VITAMINA "A".- La insuficiencia de este elemento es el parodontito causa agrandamiento gingival con proliferación de los elementos histológicos de la encía.
- VITAMINA "D".- Regula el metabolismo del calcio y del fósforo. Es factor causal directo de la formación de los dientes y huesos. La deficiencia de ella, da como resultado raquitismo en persona joven y osteomalasia y Osteoporosis en adultos.
- VITAMINA "B".- Se le denominó antiberiberi o antineurítica, - actualmente se le conoce con el nombre de Complejo "B". La insuficiencia de esta vitamina - produce estados de hipersensibilidad y de neurosis, considerándose como causante directo - de la estomatitis herpética.
- VITAMINA "C".- La carencia de esta vitamina produce una enfermedad llamada Escorbuto caracterizada principalmente por las hemorragias espontáneas que produce, ya que la carencia de esta vitamina - afecta las estructuras de los endotelios vasculares.

MALA NUTRICION.

La mala nutrición afecta adversamente a la dentición.

Por sí sola la mala nutrición no puede causar enfermedad gingival y parodontal, sin embargo estos estados agravan y -- amplifican los efectos de los irritantes locales y de las -- bacterias provocando que la enfermedad sea más severa y prog-- grese con mayor rapidez.

DISCRACIAS SANGUINEAS.

Las enfermedades de la sangre, son procesos patológicos-- no muy frecuentes pero son interesantes desde el punto de -- vista odontológico, ya que es frecuente consultar al dentista primeramente con respecto de hemorragias gingivales, hipertro-- fias de las encías o lesiones ulcerativas de las mismas.

ANEMIA'.- Es una reducción de la hemoglobina. Sus mani-- festaciones en la boca son :

Hemorragia espontánea de la encía, Petequías, Palidez de la mucosa bucal, ulceraciones intensas de la boca acompañadas de fiebre, infecciones intensas de la boca que no responden -- al tratamiento.

ANEMIA PERNICIOSA.

En los primeros estados de la enfermedad, la lengua apa-- rece roja, posteriormente se pone pálida y después blanca. La mucosa bucal adquiere un tinte pálido y se observa atrofia -- papilar, eritema, inflamación de labios y lengua y sensación-- de quemadura.

LEUCEMIA .

Es un padecimiento caracterizado por el aumento de leucocitos en la sangre circulante y en los tejidos. Los principales signos que se presentan son:

Aumento de Volumen e Hipertrofia de la encía, hemorragia frecuente sin causa aparente, ulceraciones, movilidad dentaria, odontalgias y muchas veces necrosis de la encía bucal.

AGRANULOSITIS.- Está caracterizado por lesiones ulcerosas de la mucosa bucal y faríngea acompañada por malestar, fiebre y esplenomegalia.

El número de granulocitos en la sangre está disminuido.

Las lesiones iniciales suelen encontrarse casi siempre - en la boca, las lesiones típicas están constituidas por zonas necróticas de forma irregular a veces contiguas a los tejidos gingivales.

FACTORES PSICOGENICOS.-

Las tensiones emocionales pueden alterar la fisiología normal de la boca. Los pacientes muestran hábitos oclusales-anormales y bruxismo, así como saliva espesa y descalcificación.

Las enfermedades parodontales de tipo inflamatorio parecen ser más prevalentes y más severas en individuos con anomalías siquiatricas y angustia que en individuos psicológicamente normales.

TRASTORNOS HORMONALES.

La función hormonal y sus fluctuaciones, modifican en forma importante, la respuesta de los tejidos a los estímulos agresores locales, por lo que la destrucción paradontal puede progresar más fácilmente en unos casos que en otros.

HIPERPARATIROIDISMO.- El hiperfuncionamiento de las glándulas paratiroides, ocasiona cavidades quísticas multiloculadas en el hueso y es frecuente encontrar este tipo de cavidades relacionada con las raíces dentarias, lo que produce movilidad del diente por destrucción del hueso de soporte.

GONADAS.- Probablemente son las glándulas que mayor relación tienen con respecto a la mucosa bucal y el tejido de sostén.- La falta de hormonas femeninas progesterona y foliculina, provoca trastornos bucales que se puede describir como una estomatitis descamativa crónica.

La ausencia de testosterona produce los mismos efectos en el hombre.

La pubertad etapa en la que aparece en el torrente circulatorio, las hormonas estrogénicas, la que determina un cuadro clínico de alteraciones tisulares temporales que afectan los tejidos gingivales.

La menopausia es la creación en la sangre de las hormonas estrogénicas, puede ser causa de una gingivitis descamativa.

DIABETES.

Es una de las enfermedades que se discute si es o no factor causal directo de la enfermedad paradontal.

Puede existir una gran variedad de cambios bucales rela-

cionados con la Diabetes incluyendo la sequedad de la boca, - indentaciones marginales de la lengua, con descamación de las papilas e inflamación, eritema difuso de las mucosas bucales tendencia hacia el absceso parodontal y mayor prevalencia de la enfermedad parodontal con pérdida ósea.

En general podemos afirmar que los individuos con Diabetes están predispuestos a la gingivitis y a la parodontitis.

La enfermedad es más grave y progresa con mayor rapidez en aquellos con la forma juvenil que en la forma adulta de la enfermedad.

El individuo que padece Diabetes tiene disminuídas sus defensas por lo que fácilmente contrae infecciones.

ENFERMEDADES DEBILITANTES.

Las enfermedades Dibilitantes crónicas tales como la Tuberculosis, la lepra, sífilis, escorbuto, nefritis y tumores malignos. Por sí solas no producen enfermedad parodontal pero sí tienen capacidad para predisponer al paciente a la destrucción parodontal severa y rápida.

CAPITULO IV

ASPECTOS PREVENTIVOS EN LAS
PARODONTOPATIAS.

ENFOQUE AL TRATAMIENTO PARODONTAL.

- 1.- Conocimiento de problema parodontal por parte del dentista.- Para ser capaces de tratar la enfermedad parodontal debemos reconocer su presencia.
- 2.- Explicar la extensión y magnitud del problema.
Debe ser informado el paciente de la presencia de la enfermedad, para conocer bien la importancia de proceder - en contra de ella.
- 3.- Conocimiento por parte del paciente.
Una vez que el paciente esté enterado de la gravedad del problema, habrá una respuesta inmediata, indicando si es que hay un firme deseo o no por conservar los dientes.
Cuando el paciente está recibiendo tratamiento Parodontal se convierte en el sujeto más interesado en la parte que él debe desempeñar.
- 4.- Procedimientos completos de diagnóstico.
Una historia clínica del pasado puede revelar otros intentos previos de tratamiento parodontal. (Sería de interés escuchar los relatos del paciente porque fracasaron).
Estamos interesados en aquellos que pueden modificar los planes de tratamiento y la habilidad del paciente para - ejecutarlo.
- 5.- Terapéutica Inicial.-
La motivación, educación, demostración, apreciación y -- reentrenamiento asume un papel importante en el programa de entrenamiento del paciente.
La Terapéutica Parodontal y el control de la placa so - pasos preventivos para tratar y corregir la enfermedad.

6.- Reevaluación.-

Tal vez en cinco o seis citas, si ha habido cooperación completa por parte del paciente el período temprano de la enfermedad Parodontal puede resolverse y frecuentemente al fin de esta fase no se da tratamiento excepto el mantenimiento que se requiera.

7.- Mantenimiento.-

Esta es la parte más importante, pero frecuentemente inadvertida de la Terapéutica Parodontal.

En la terminación definitiva del tratamiento en cuyo tiempo el paciente debe ser capaz de llevar a cabo en casa todos los procedimientos de cuidado; se hará una cita de avalúo en el intervalo de un mes. La cita puede volver a hacerse de tres o cuatro meses después. Un reentrenamiento completo es casi siempre necesario después de aproximadamente un año.

FACTORES IMPORTANTES EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA.

Si fuera posible iniciar un perfecto y rígido control -- individual de la placa bacteriana, la inmensa mayoría de los-pacientes nunca padecerían gingivitis y por lo mismo tampoco-padecerían enfermedad Parodontal más tarde.

El éxito a largo plazo del tratamiento Parodontal depende de la habilidad para aprender un regimen efectivo de higiene oral y continuar con el sin desviaciones.

El paciente debe entender perfectamente los objetivos de la higiene oral y los beneficios que se obtienen.

Se puede dar una explicación sencilla del papel de las bacterias de la placa como causa primaria de la enfermedad parodontal.

Se hará incapié en que las medidas preventivas ahorran -- al paciente tiempo, dinero y dolor innecesarios y que salva -- su dentadura natural.

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL.

Para evitar recidiva de la enfermedad Parodontal es indispensable la práctica de una higiene oral escrupulosa.

La boca es una buena incubadora para los gérmenes porque está caliente, húmeda, oscura y proporciona elementos nutritivos. Cuando se dejan los residuos alimenticios en la boca, las Placas de Mucina los fijan sobre los dientes y resulta -- más difícil eliminarlos. En el punto de inserción donde la -- encía y los dientes se unen, hay una pequeña depresión, que --

en la enfermedad Parodontal se hace más profunda y se convierte en una bolsa entre el diente y la encía. La bolsa constituye un refugio seguro para las bacterias, donde no son alcanzadas por la higiene oral.

Los restos alimenticios y los productos de su descomposición y las bacterias irritan a la encía y causan la inflamación: Se produce una acumulación de líquido en el tejido inflamado causando el aumento de volumen de la encía y aumenta la profundidad del surco que rodea al diente; que es en un principio poco profundo. La inserción de la encía en la raíz del diente es gradualmente destruida por la irritación y la bolsa se hace más profunda cada vez, si no es corregida por medio del tratamiento adecuado, la bolsa sigue aumentando de profundidad hasta la pérdida del diente.

CEPILLADO.

El cepillado es el método común más usado en la higiene oral personal; ha probado ser benéfico para mantener la salud Parodontal, pero no puede por sí solo evitar o curar la enfermedad.

Es responsabilidad del dentista evaluar las habilidades del paciente para cepillarse; una manera de hacer ésta evaluación es el uso de agentes indicadores y demostrarle la placa, que tiene que ser erradicada con el cepillado. La demostración del cepillado puede ser llevada a cabo en modelos de tamaño natural, pero al final se le enseña al paciente en su boca como cepilarse haciéndole las correcciones adecuadas.

Se le pide al paciente el cepillo dental que regularmente una se examina buscando lo adecuado del mismo y se le pide que demuestre por completo como se lleva a cabo el cepillado y señalándole las zonas descuidadas.

En este programa de entrenamiento la técnica del cepilla

do asume un papel secundario en relación con la motivación y educación del paciente.

Si el paciente comprende, deseará llevar a cabo estos - procedimientos y no importará que métodos sea usado para cepi llarse, con tal de que la placa bacteriana sea removida y que el paciente deseé removerla.

La finalidad del cepillado es la eliminación de los residuos alimenticios y de las placas bacterianas de los cuellos-de los dientes y es utilizado también para estimular la circulación de la encía.

CUALIDADES DESEABLES DE UN CEPILLO DENTAL:

- 1.- Un cepillo dental debe tener una forma que permita lim--piar eficazmente.
- 2.- Que proporcione accesibilidad a todas las áreas de la - boca.
- 3.- Que al manipularlo no lesione los tejidos blandos.
- 4.- El cepillo debe ser de mango corto, cerdas dispuestas en penachos, todas de la misma altura.

La manipulación fácil por parte del paciente es un fac--tor importante en la elección del cepillado.

El diseño del cepillo ha de cumplir los requisitos de --utilidad, eficiencia y limpieza.

Es preciso aconsejar al paciente que los cepillos deben--ser reemplazados periódicamente antes que las cerdas se deformen.

La vida del cepillo no puede medirse basándose en el ---

tiempo. Los cepillos se desechan con frecuencia porque las cerdas que han perdido la elasticidad no son eficaces para la limpieza.

TECNICAS DEL CEPILLADO.

Ningún método o técnica puede ser aplicada universalmente:

Los procedimientos para el control de la placa que han tenido mucho éxito en un paciente, pueden fracazar completamente en otro. Las técnicas y los procedimientos deberán adaptarse al paciente individual, serán modificados en caso necesario para obtener resultados óptimos.

TECNICA DE BAAS.

Ejecutarse con un cepillo suave para no lacerar los tejidos.

Se coloca el cepillo paralelo al plano oclusal, con las cerdas dirigidas perpendicularmente a las caras vestibulares de las piezas, abarcando parte de la encía. Se hace presión contra los dientes y encía ejecutando un movimiento circular permitiendo que las cerdas, penetren en los espacios interdentales, desalojando los depósitos que se pueden encontrar.

TECNICA DE CHARTERS.

Se coloca en cepillo en el cuello dentario dirigiendo las cerdas hacia oclusal, adosándolas a la superficie gingival: se gira el mango del cepillo hacia afuera hasta que las cerdas toman una angulación de 45° , en esta posición se ejecuta el masaje con vibración longitudinal o circular, cuidando también que las cerdas no se desplacen entre la superficie para evitar laceraciones. Se ejecuta este masaje de diez o quince segundos. Este procedimiento debe repetirse --

dos o tres veces según sea necesario en cada lugar. Las superficies triturantes se cepillan colocando las cerdas perpendicularmente a las caras oclusales y efectuando sobre ellas un movimiento circular, que remueva todos los restos de alimento de fosas y fisuras.

TECNICA SIMPLIFICADA O DE BARRIDO.

Se coloca el cepillo con las cerdas hacia apical contra los dientes y encía y sin dar masaje se desplaza el cepillo hacia oclusal barriendo las superficies, al mismo tiempo que se gira el mango hacia afuera. Este procedimiento se repite cuatro o cinco veces en cada lugar hasta completar todas las arcadas dentarias, tanto por vestibular como por lingual.

AUXILIARES PARA LA LIMPIEZA.

Para un mejor control de la placa el cepillado ha de ser complementado con un auxiliar de la limpieza o más.

Limpiadores Interdentales.- Las áreas interproximales son más difíciles de limpiar que las caras vestibular y lingual de los dientes, con una instrucción competente sobre su uso el palillo colocado en un portapalillo contra-angular, el perio-Aid es un instrumento eficaz.

Seda Dental.- Enceradas o sin cera, empleadas correctamente limpiarán casi todas las superficies interproximales.

Se pasa entre los dientes a través de las superficies de contacto se arrastra de un lado a otro hasta que pase fácilmente entre la superficie de contacto sin golpear contra la encía, se usa para limpiar el lado del diente manteniéndolo apretado contra el mismo mientras se la hace deslizar de arriba abajo desde el área de contacto a la base de la encía.

Irrigadores.- Los aparatos para la irrigación oral son útiles para eliminar las partículas sueltas de alimento y los

residuos orales, pero por sí sola, no suprimen ni disminuye - la placa bacteriana. Cuando se usa de manera adecuada, la - irrigación con agua es útil para limpiar el surco gingival y - especialmente útil para los pacientes con una prótesis fija - externa.

Agentes Colorantes.- Es un elemento auxiliar del dentis ta en la Profilaxis completa, los agentes colorantes tiñen -- todos los residuos blandos, la película y la placa bacteriana de los dientes, las tabletas o constituido un enorme estímulo para la higiene oral personal.

Dentríficos.- Los polvos y pastas dentífricos no influ yen sobre la salud parodontal, sirve igual una marca que otra sino despierta la sensibilidad de los dientes.

Desde el punto de vista de la limpieza el polvo y la pas ta tienen el mismo valor y la preferencia por uno u otra es - cuestión de gustos o de comodidad.

La caries dental que es una enfermedad de los dientes -- puede ser frenada por los dentífricos que contienen alguna - forma de flúor.

DETARTRAJE Y CURETAJE.

No hay duda de que el sarro y otras acumulaciones se en - cuentran asociadas con la parodontitis y que la eliminación - de éstas sustancias de coronas y raíces de los dientes suele permitir una mejoría en la condición de la encía.

El sarro, con su superficie áspera e irritante proporci_o na un excelente nido para la formación y retención de placa.

El raspado o detartraje, es un factor importante en la - prevención de la enfermedad parodontal es también un factor - en el mantenimiento del paciente tratado.

El raspado implica el desprendimiento o desalojamiento -

del sarro de la superficie. Se refiere a una acción energética aunque controlada de un instrumento de acero filoso diseñado para este fin que se denomina Escarodiontos. Recientemente han aparecido en el mercado instrumentos mecánicos aunque los primeros se obtienen mejores resultados.

La técnica mediante el cual se lleva a cabo el detartraje es simple pero se requiere una habilidad para dominarla.

Los escarodiontos como las curetas de mano constan de tres partes, mango, cuello y hoja o parte activa.

Tienen varias formas como cincel, hoz y azadón.

La mejor forma de tomar los escarodiontos es en forma de lápiz.

Descansando el cuello del instrumento sobre la falange terminal del dedo medio y siendo mantenido en posición por el pulgar y el índice. Se debe asegurar un punto de apoyo digital lo más cercanamente posible a la pieza donde se trabaja.

La mano, con el instrumento bien firme debe moverse a los lados o delante a otras.

El curetaje es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se raspan y limpian los dientes y los tejidos blandos para favorecer su retorno a un estado más normal y que se efectúa mediante el uso de cucharillas o curetas. Se han usado varios términos para definirlos como curetaje subgingival, curetaje radicular, etc.

El curetaje subgingival significa que la cureta se utiliza bajo la encía, sobre la raíz.

La terapéutica está dirigida a tratar de eliminar las secuelas que han dejado la enfermedad parodontal. Una bolsa parodontal es una cavidad virtual más o menos profunda entre la encía y el diente recubierta de epitelio y tejido granulo-

matoso, lo que impide que el tejido blando vuelva a insertarse en la superficie dentaria. El diente pierde soporte y el objetivo del curetaje es devolverle dicho soporte.

El curetaje se debe efectuar una vez que sea eliminada -- la inflamación gingival por medio del detartraje y el paciente ha aprendido a efectuar un buen cepillado, lo que asegura una mejor cicatrización.

El objetivo del curetaje es retirar los restos de sarro que hayan quedado sobre la superficie radicular después del -- detartraje, alisar la superficie del diente y retirar la pa-- red del epitelio y tejido granulomatoso que recubre la parte gingival de la bolsa para que al dejar tejido conjuntivo sano en relación con la superficie cementaria o dentinaria se efectúa la readherencia; la readherencia se efectúa de dentro -- hacia afuera por debajo del coágulo. La cicatrización total se efectúa entre los diez o quince días siguientes.

C O N C L U S I O N E S .

Es responsabilidad del Odontólogo examinar a todos los -
pacientes para descubrir la presencia de Enfermedad Parodon--
tal. Diagnosticar el grado de la enfermedad.

Instruir a los pacientes en las técnicas de la higiene -
oral.

Actualmente nuestra preocupación estriba principalmente--
en la prevención de las Parodontopatías, cosa que es ahora --
muy posible dada a las medidas que se están tomando.

La prevención estriba en la eliminación de la placa, que
debe realizarse diariamente en forma indefinida.

Podemos casi siempre controlar la Gingivitis así como --
prevenir su progresión a Parodontitis y lograr el retorno de--
la salud gingival. Se requiere una vigilancia constante y -
un trabajo por parte del paciente y del dentista.

B I B L I O G R A F I A

IRVING GLICKMAN

Periodontología Clínica.
Editorial Interamericana
Cuarta Edición - 1978.

JOHN F. PRICHARD

Enfermedad Parodontal Avanzada.
Editorial Labor, S. A.
Tercera Edición - 1977.

SAUL SCHLUGER, RALPH A. YUODELIS, ROY C. PAGE.

Enfermedad Periodontal.
Compañía Editorial Continental, S. A.
Primera Edición - 1981.

JOHN O. FORREST

Odontología Preventiva.
Editorial El Manual Moderno, S. A.
Primera Edición - 1979.

CARLOS A. RODRIGUEZ FIGUEROA.

Parodoncia.
Editor Francisco Méndez Oteo.
Tercera Edición - 1980.

ALVIN L. MORRIS, HARRY M. BOHANNAN

Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General.
Editorial Labor, S. A.
Tercera Edición - 1978.

GRANT A. D. y CO.
Peridoncia De Orban.
Editorial Interamericana
Cuarta Edición - 1978.

GORLIN ROBERT J. GOLDMAN HENRY M.
Patología Oral Thoma.
Editorial Salvat.
Primera Edición - 1975.

ARMANDO BAYONA GONZALEZ.
Sección de Parodoncia.
Vol XXIX No. 2.
Marzo-Abril A.D.M. 1972.

LUIS LEGARRETA.
Sección de Parodoncia.
Vol. XXVIII No. 2.
Marzo-abril A. D. M.
1 9 7 1 .