

24/7/6



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

**Facultad de Odontología**

**ENFERMEDAD GINGIVAL Y SU TRATAMIENTO**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P r e s e n t a n :**

**María Luisa Hernández Esparza**

**J. Jesús Almazán de la Cruz**



**México, 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.

## I N D I C E

INTRODUCCION . . . . . I

### CAPITULO I

#### 1. - ENFERMEDADES PARODONTALES INFLAMATORIAS

##### A) Crónicas

###### a) Gingivitis

1. - simple

2. - del embarazo

###### b) Parodontitis

##### B) Agudas

###### a) Gingivitis ulcerosa necrosante

###### b) Gingivitis viral

###### c) Gingivitis streptocócica

#### 2. - ESTADOS DISTROFICOS

##### A) Astróficos. - Recesión por desuso.

##### B) Hiperplásicas. -

###### a) Hiperplasia Medicamentosa

###### b) Hiperplasia Gingival Hereditaria

#### 3. - PADECIMIENTOS POR TRAUMA

##### A) Trauma de la Oclusión.

## CAPITULO II

### 1. - TRATAMIENTOS

- A) Control personal de placa
- B) Eliminación de sarro
- C) Curetaje
- D) Legrado
  - a) Sin colgajo
  - b) Con colgajo
- E) Gingivectomía, gingivoplastia y osteoplastia
- F) Medicación
- G) Fase posquirúrgica
- H) Equilibrio oclusal

## CAPITULO III

### 1. - CONCLUSIONES

### 2. - BIBLIOGRAFIA

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

La enfermedad parodontal no es un problema exclusivo de nuestro tiempo, ya en las grandes culturas que nos precedieron era un factor preocupante para quienes se dedicaban a restablecer la salud. Ellos nos legaron documentos que sentaron las bases para encontrar un mejor tratamiento en la variada gama de enfermedades parodontales.

Entre muchos otros, el francés Pierre Fauchard - fué un pilar en las investigaciones de la problemática de este tejido de sostén.

El parodonto esta formado por cemento, ligamento parodontal, hueso alveolar y encía, y quien se encarga del estudio de las enfermedades que afectan al parodonto, su tratamiento y su prevención, se le llama Parodontología.

La enfermedad parodontal es un conjunto de alteraciones patológicas que afectan a la encía y tejidos más profundos.

Para un buen tratamiento, se debe conjugar la habilidad y conocimiento del Cirujano Dentista y la ayuda que se preste a si mismo el paciente.

C A P I T U L O    I

ENFERMEDADES PARODONTALES INFLAMATORIAS

## ENFERMEDADES PARODONTALES INFLAMATORIAS

### Crónicas. -

Gingivitis. - Es una inflamación de la encía que está presente en todas las formas de enfermedad parodontal.

Gingivitis Crónica. - Es una inflamación asintomática de la encía, es de muy lenta evolución e indolora, salvo en complicaciones con infecciones aguda ó subagudas.

Signos. - La encía se torna lisa y brillante y pierde su puntilleo de cáscara de naranja. Toma un color rojo azulado (congestionado) variable a rojo magenta, hay exudado purulento con presencia de leucocitos y neutrófilos puede o no sangrar fácilmente. Las papilas pueden volverse prominentes o planas e hipertróficas.

Etiología. - Esta es sumamente variada, pero en la mayoría de los casos son irritantes locales como: --placa dento-bacteriana, deficiente técnica de cepillado. sustancias irritantes y mala condición general del paciente.

Tratamiento. - Control personal de placa dento--

\* Lacteriana, mejorar la técnica de cepillados, uso de hilo de seda dental y eliminación de sarro.



Gingivitis del Embarazo. - Esta solo afecta a pa-  
cientes que antes de la gestación presentaban alteracio-  
nes gingivales crónicas leves y que con el embarazo se-  
acentúan, esta nunca afecta a encías sanas.

A partir del segundo y tercer mes se manifiesta -  
con mayor intensidad, agravándose en el octavo mes y --  
disminuyendo el problema en el noveno mes.

Signos y Síntomas. - El dolor de la encía varia-  
del rojo brillante al rojo azulado, hay una marcada vas-  
cularidad y la encía está inflamada. La encía marginal  
e interdientaria se halla lisa, brillante, blanda, exis-  
ten hemorrágias fáciles, pero los cambios gingivales --  
son indoloros salvo si existen complicaciones.

En raras ocasiones se pueden presentar masas cir-  
cunscritas de aspecto tumoral denominados tumores del -  
embarazo.

Aunque se presentan en los dos meses posteriores  
al parto, una reducción de la gingivitis, la encía no -  
volverá a ser normal mientras existan irritantes loca--  
les.

Tratamiento. - Eliminación de sarro, control de-  
placa con aprendizaje de técnica de cepillado, uso de -  
hilo dental.

Si el agrandamiento gingival requiere tratamiento -  
quirúrgico, este tendrá que esperar hasta después del --  
parto, pero si el tratamiento es de raspaje y curetaje -  
debe hacerse de inmediato.

Parodontitis. - Es cuando la extensión inflamatoria va de la encía a los tejidos parodontales de soporte.

Existen dos tipos de parodontitis: Simple y compuesta.

Parodontitis Simple. - Cuando el único origen de la destrucción de los tejidos parodontales es la inflamación.

Signos y Síntomas. - Existe inflamación crónica de la encía, formación de bolsas (no siempre con pus), pérdida ósea, movilidad dentaria de lo. a 3er. grado. -- Los factores etiológicos determinan casos graves.

Esta enfermedad puede ser indoloro y puede presentar síntomas como:

- 1).- Sensibilidad a cambios térmicos, alimentos y a la estimulación total como consecuencia de la denudación de las raíces.
- 2).- Dolor irradiado, profundo, durante la masticación y después de ella.
- 3).- Síntomas agudos como dolor punzante con sensibilidad a la percusión a causa de abscesos parodontales o quiste ulceroso necrosante.

4).- Síntomas pulpares a causa de la sensibilidad de la superficie radicular y la acción cariogénica, se puede presentar pulpitis.

Etiología.- La parodontitis simple es causada -- por una variedad de irritantes locales que generan inflamación gingival en los tejidos parodontales de soporte.

Parodontitis Compuesta. - Cuando la destrucción de tejido proviene de la inflamación. Combinada con algún trauma de la oclusión.

Signos y Síntomas. - Exactamente lo mismo que la parodontitis simple, con las excepciones siguientes:

Más bolsas infraóseas y pérdida ósea angular --- (vertical) más que horizontal.

Ensanchamiento del espacio del ligamento parodontal, la movilidad dentaria es más intensa y en ocasiones presenta inflamación gingival.

Etiología. - Irritación local mas el trauma de la oclusión.

Los cambios degenerativos en el trauma de la oclusión forman los efectos destructores de la inflamación.

Tratamiento. - Eliminar las causas locales como placa y sarro, mejorar la técnica de cepillado, uso de seda dental, corregir restauraciones defectuosas, controlar la ingestión de hidratos de carbono. Hecho ésto se procede al tratamiento quirúrgico (raspado radicular legrado con o sin colgajo dependiendo de la profundidad de las bolsas).

Cuando existe trauma de la oclusión se hará el --  
ajusto oclusal requerido.

## ENFERMEDADES PARODONTALES AGUDAS

Gingivitis Ulcero Necrosante. - Es una infección aguda de la encía cuyas características principales son la necrosis, ulceración e inflamación.

Este proceso es necrozante y muestra predilección por las papilas interdentarias. Aparece principalmente en adultos jóvenes, en condición de Stress emocional y en angustia mental o psíquica.

Signos. - Se presentan lesiones crateriformes, socabadas, cubiertas por una pseudomembrana, en la encía marginal y papilas que se multiplican rápidamente sobre los tejidos parodontales, se presenta hemorragia gingival espontánea o debido a pequeños estímulos. Es frecuente que se presente en bocas con gingivitis crónica o bolsas parodontales, la lesión puede circunscribirse a un solo diente o extenderse en toda la boca.

Síntomas. - Sensibilidad al tacto con dolor constante e irradiado que se intensifica al contacto con alimentos condimentados o calientes. Sabor metálico y una gran cantidad de saliva pastosa.

Etiología. - No ha sido establecida aún, aunque se le atribuye a bacterias a factores extrínsecos y ---

psicógenos.

Tratamiento. - Se hace una evaluación del estado del paciente, ver si existe linfadenopatía regional, - la extensión de las lesiones, la cualidad del área bucal y la posible afección buco faringea.

Se puede hacer un frotis para corroborar el diagnóstico.

Es importante interrogar al paciente para tratar de encontrar la etiología de la gingivitis ulcerosa necrosante.

Tratamiento. - Lo primero es eliminar la infección aguda mediante antibióticos acompañados por un medicamento oxigenante como el Solcoseryl (ampolletas). - Inmediatamente después eliminar sarro, placa, lesiones cariogénicas que actúan como retenedores de placa bacteriana y corregir restauraciones defectuosas.

Por último se debe corregir las huellas que la enfermedad ocasiona con el tratamiento quirúrgico llamado gingivoplastia.

La antibioterapia más común es la de mandar trociscos de terramicina durante 48 horas como ataque, pro



longado durante 6 días como sostén rebajando la dosis.  
O una inyección de penicilina de 800 000 u. intramuscular  
cada 24 horas, durante cinco días.

El solcoseryl se puede combinar con cualquiera -  
de las dosis anteriormente citadas o bien administrar -  
se solo.

Forma de administrarlo: La primera ampolleta -  
por vía endovenosa por la mañana y la segunda, intravena  
nosa por la tarde (primer día). Los siguientes seis --  
días una ampolleta por vía intramuscular diariamente.

Gingivitis Viral o Herpética Aguda. - Es frecuente su aparición después de procedimientos operatorios en boca, en zonas traumatizadas.

La lesión se presenta uno o dos días después, -- aparece con mayor frecuencia en lactantes y menores de seis años, aunque también ataca a adolescentes y adultos. Esta enfermedad es producida por un virus llamado Herpes Simple.

Signos Bucales.- Es una lesión difusa eritomatosa de la encía y mucosa adyacente, con grados variables de edema y hemorragia gingival.

En el período primario se encuentran vesículas grises circunscritas. Comúnmente a las 24 horas se rompen éstos vesículos y dan lugar a úlceras dolorosas con margen rojo, con una cavidad al centro y pueden estar separados o en grupo. Aunque el eritema y edema gingival duran algunos días más, no quedan cicatrices.

Síntomas. - Existe una irritación generalizada que dificulta beber y comer, los vesículos rotos son fuentes de dolor. Se llegan a presentar manifestaciones en labios y cara, con formación de costras superficiales, adenitis cervical y fiebre entre 30 y 40 grados centígrados.

Tratamiento. - No se conoce ningún tratamiento -  
altamente efectivo. Se puede fortalecer al paciente me-  
diante la administración de vitamina A, complejo B y vi-  
tamina C.

En caso de que el paciente presente ataques fre-  
cuentes y severos de esta enfermedad, se pueden utili-  
zar grandes dosis de Solcoseryl.

Se debe imponer una buena higiene oral.

Gingivitis Streptocócica. -

Etiología. - Causada por el Streptococo Beta Hemolítico que produce gran cantidad de hialuronidosa, que destruye el epitelio de la boca. Es una enfermedad altamente contagiosa, afectando preferentemente a niños, --- presentando fiebre, inflamación de ganglios regionales, muy dolorosa debido a que se pierde el epitelio y queda al descubierto tejido conectivo, por lo tanto, el enfermo, al momento de masticar, reporta dolor.

La lesión aparece como una mancha rojiza debido a que el epitelio de esa región ya se ha destruido, es dolorosa a cualquier estímulo, puede sangrar fácilmente, debido al dolor el paciente no se cepilla bien y rápidamente se acumula placa bacteriana acompañada de halitosis.

Se puede pasar en los bordes de la lesión un isopo y encontramos que el epitelio se desprende fácilmente.

Tratamiento. - Consiste en la administración de antibióticos durante una semana o diez días aproximadamente.

## ESTADOS DISTROFICOS

### Atrofia por Desuso o Recesión. -

Etiología.- Las causas más comunes son:

A).- La falta de antagonistas.

B).- Masticación unilateral por:

1).- Caries.

2).- Obturaciones desajustadas.

3).- Trastornos en la articulación tempomandibular.

La atrofia por desuso es una hipofunción que trae como consecuencia la atrofia del ligamento parodontal y hueso alveolar, lo que impide la capacidad de respuesta del parodonto cuando se restaura la oclusión.

Signos y Síntomas. - La resistencia a las fuerzas oclusales por parte de los tejidos parodontales se ve disminuida por la hipofunción, que ocasiona:

A).- Atrofia de las fibras parodontales, que ya en adultos se desarrolla muy lentamente.

B).- Reemplazo de fibras colágenas por una red

de fibras de aspecto reticular en un medio mucoso y edematoso.

C). - Estrucción dentaria.

En material de autopsia el ligamento parodontal ha sido reemplazado por médula ósea grasa, en estos casos el ligamento es delgado, de 0.10 a 0.12 mm bastante liso.

Existe mayor actividad osteoblástica en la membrana parodontal del hueso alveolar en los primeros seis meses, así como cierta actividad cementoblástica, después se inhiben estas funciones. Pero pueden verse líneas de incremento a partir de depósitos calcicos en hueso como en cemento.

El desuso propicia que el soporte ósea tenga travéculas más delgadas y en menor número que en la función normal. Se puede encontrar médula ósea donde se supone encontraríamos ligamento y la superficie radicular estará cubierta por tejido conectivo fibroso.

Hiperplasia.- Es el aumento de tamaño de los tejidos u órganos, producido por el aumento de la cantidad de sus componentes celulares.

Existen dos tipos de Hiperplasia: La Hiperplasia Medicamentosa e Hiperplasia Gingival Hereditaria.

Hiperplasia Medicamentosa. -

Etiología.- Es el aumento gingival producido por la ingestión de Dilantín Sódico, un anticonvulsivo usado en el tratamiento de la epilepsia, entre los pacientes que ingieren esta droga se presenta un índice de 3 a 62 casos por cada 100 pacientes, con mayor frecuencia en jóvenes.

Signos y Síntomas. - Es un agrandamiento de la encía en el margen gingival y papilar interdentario, es indoloro. El crecimiento gingival puede llegar a cubrir la corona clínica de los dientes e interponerse en la oclusión. El agrandamiento tiene un color rosa pálido, con superficie lobulosa y sangrado fácil. El agrandamiento es más intenso en la zona de dientes anteriores, superiores e inferiores, además siempre se presenta en espacios dentarios y desaparece donde se hace una extracción.

Los irritantes locales como placa, sarro, restauraciones mal ajustadas facilitan la existencia de la hiperplasia, aunque puede presentarse en bocas desprovistas de irritantes locales.

Tratamiento. - Como método preventivo se le explicará al paciente que mientras más limpia esté su boca, el agrandamiento será menor y más lento.

Establecido el agrandamiento, lo primero que se debe hacer es eliminar placa y sarro. El tratamiento quirúrgico es por medio de gingivectomía.



### Hiperplasia Gingival Hereditaria. -

Etiología. - Aunque algunas ocasiones se ha tratado de explicar sobre bases hereditarias, su etiología es desconocida.

El agrandamiento comienza con la erupción de la primera dentición, considerando a los dientes como factores desencadenantes.

Signos y Síntomas. - El agrandamiento involucra encía marginal e insertada, a diferencia de la hiperplasia medicamentosa, que solo afecta a encía marginal. -- Puede abarcar superficies vestibulares y linguales, pudiendo afectar en ocasiones un solo maxilar.

La encía hiperplásica es rosada, de consistencia firme y presenta una superficie finamente punteada. En casos avanzados, la hiperplasia llega a cubrir los dientes, el agrandamiento puede proyectarse hacia la cavidad bucal, habiendo deformación de los maxilares por el agrandamiento de la encía.

Tratamiento. - Se realiza mediante gingivectomía y buen control personal de placa.

## PADECIMIENTOS POR TRAUMA

Trauma por Oclusión. - Es la lesión producida al parodonto por una oclusión traumática, manifestándose también en estructuras dentarias, articulación temporomandibular, tejidos blandos de la boca y sistema neuromuscular.

Etiología. - Es el resultado de condiciones desfavorables oclusales y parodontales en combinación con aumento del tono muscular y diversos grados de tensión emocional.

La presencia del trauma oclusal indica que la adaptabilidad del aparato masticador ha sido sobrepasada.

Otras causas que constituyen el trauma por oclusión son las siguientes:

- 1).- Mala oclusión.
- 2).- Desarmonia entre articulación temporomandibular y oclusión.
- 3).- Masticación unilateral.
- 4).- Pérdida de dientes.

- 5).- Caries.
- 6).- Restauraciones defectuosas.
- 7).- Tratamiento ortodóntico defectuoso.
- 8).- Ajuste oclusal defectuoso.
- 9).- Hábitos.

Signos y Síntomas. - La manifestación clínica del trauma parodontal, es la movilidad dentaria que es la -- consecuencia de la substitución de tejido funcional parodontal por tejido conjuntivo laxo (tejido de granula---- ción).

El espacio parodontal se amplía por la pérdida -- de hueso alveolar y en ocasiones hay resorción de la --- raíz.

Radiográficamente el trauma oclusal causa:

- 1).- Ensanchamiento del espacio del ligamento; - con frecuencia con engrosamiento de la cortical alveolar en: Sector lateral de la -- raíz, en el ápex y trifurcaciones.
- 2).- Destrucción vertical del tabique interdentario.

3).- Radiolucidez en algunas zona y en otras -  
condensación de hueso alveolar.

4).- Resorción radicular.

El trauma de la oclusión no genera gingivitis -  
no bolsas parodontales, pero ayuda a su avance destruc-  
tor. La combinación de las tres alteraciones puede es-  
tar presente en la periodontitis.

#### Clasificación del Trauma de la Oclusión. -

Trauma de la Oclusión Primaria. - Cuando las --  
fuerzas oclusales actúan sobre estructuras parodonta--  
les sanas.

#### Ejemplos. -

1).- Después de la colocación de una obturación  
alta.

2).- Colocación de una prótesis que crea fuer--  
zas excesivas sobre los dientes pilares y -  
antagonistas.

3).- Después de movimientos ortodónticos de los  
dientes hacia posiciones inaceptables.

Trauma de la Oclusión Secundaria. - Se presenta-

cuando la cavidad parodontal para soportar las fuerzas oclusales está deteriorada por alguna otra patología -- parodontal.

Tratamiento. -

- 1).- Disminución de las fuerzas musculares aplicadas sobre los dientes, mediante la eliminación del bruxismo y de la tensión muscular anormal.
- 2).- Distribución de las fuerzas oclusales sobre el mayor número de dientes posibles, mediante el ajuste oclusal.
- 3).- Eliminación de las fuerzas oclusales, por ajuste oclusal, tratamiento ortodóntico o restauración dental.
- 4).- Aumentando la tolerancia a las fuerzas oclusales, realizando raspaje o legrado de los dientes involucrados.
- 5).- Colocación de férulas.

Estos tratamientos mencionados, serán aplicados según la etiología del trauma de la oclusión que padezca el paciente.

C A P I T U L O   I I

T R A T A M I E N T O S

## T R A T A M I E N T O S

### Control Personal de Placa Bacteriana. -

Placa Bacteriana. - Es una acumulación de bacterias que se localizan en la corona del diente y en la superficie del epitelio, siendo una sustancia viva generadora de micro-organismos.

La presencia de placa se debe a:

- 1).- Higiene oral inadecuada: Ya sea que el paciente no se cepille o no sepa hacerlo.
- 2).- Restauraciones y tratamientos defectuosos.
- 3).- Mal posición dentaria, que evitará que el cepillo cumpla su función.
- 4).- Respiración bucal: Que favorecerá la formación de placa por deshidratación bucal.
- 5).- Masticación unilateral.
- 6).- Ausencia de dientes.
- 7).- Cúspides impelentes: Dientes antagonistas que empaquen el alimento en espacios proximales.

8).- Anatomía dental defectuosa.

El control personal de placa es la manera más -- eficaz de prevenir la acumulación de substancias en los dientes y superficies gingivales adyacentes. El con--- trol personal de placa es un punto clave para alcanzar la salud parodontal y el paciente debe saber su impor-- tancia.

En el control de placa intervienen los siguien-- tes factores:

A).- Masticación del paciente: Hacer que com-- prenda las técnicas de higiene bucal.

B).- Técnica de cepillado: Técnica de Still--- man; se coloca el cepillo en una angula--- ción de 45 grados respecto al eje longitu- dinal del diente, se coloca sobre la encía y se vibra en dirección mesio-distal, so-- bre la superficie vestibular y lingual o - palatina. Sobre las superficies oclusales - se presiona el cepillo, haciendo que las - cerdas penetren en surcos y froten, acti-- vando el cepillo con movimientos cortos y - rápidos de adelante atrás.

Técnica de Fones: Se practica con movimien- tos circulares cortos en superficies lin--



guales o palatinas de dientes posteriores y verticales para las mismas superficies- pero de dientes anteriores.

Técnica de Base: Ayuda limpiando el intersticio gingival, se coloca el cepillo horizontalmente y se vibra hacia adelante y hacia atrás.

C).- Uso de la seda dental: La seda dental se introduce en la base gingival del último molar y llevarlo hacia oclusal, retirando cúmulos alimenticios inter-proximales y un poco el intersticio gingival.

D).- Punta de goma.- Sirve para limpiar las superficies interproximales y estimular las papilas.

E).- Uso del cepillo redondo, que ayuda a eliminar residuos alimenticios.

### Eliminación de Sarro.-

Sarro.- Es la calcificación de la placa, debido a que los microorganismos filamentosos de la placa forman una red que atrapa partículas de calcio.

En la eliminación de sarro, tendremos en cuenta una buena técnica de odontoxesis, para realizar raspaje y curetaje.

Para realizar la odontoxesis utilizaremos raspadores superficiales del 1 G al 6 G, con estos instrumentos eliminaremos el sarro o cálculo supragingival.

Estos instrumentos se activan mediante una angulación de 90 grados con respecto a la superficie dentaria. El borde constante toma el sarro supragingival a la altura del margen gingival y desprende el sarro con movimientos firmes y seguros hacia la corona.

Raspaje. - Es el procedimiento usado en la eliminación de las bolsas parodontales y sarro subgingival, - alizando y emparejando la raíz.

Indicaciones. -

1). - En presencia de bolsas parodontales con -- tal profundidad que el sarro esté sobre la raíz y se observe la separación de la pa-- red con una sonda.

La pared de la bolsa tendrá que ser edema-- tosa, para que se contraiga hasta la pro-- fundidad del surco.

En caso de que fuese de consistencia fibro-- sa, el tratamiento será quirúrgico.

2). - En la mayoría de las gingivitis, a excep-- ción de agrandamiento gingival.

3). - Es una técnica para el tratamiento de bol-- sas infraóseas.

Técnica. - Para retirar el sarro hay que obser-- lo en toda su extensión, se desliza un instrumento fino al extremo apical del sarro, cuando se llega con un mo-- vimiento de tracción hacia la corona, se desprende el - sarro, excepto en superficies proximales de dientes an-- teriores donde se usan cinceles delgados con movimien--

tos de tracción, durante el raspaje hay que eliminar sa  
rro y alisar la raíz hasta que quede tersa.

El raspaje se delimita en una pequeña zona del -  
diente, a los lados y a la unión amelo-cementaria donde  
se localiza el sarro.

Curetaje o Legrado.-

Objetivos.- Remover el tejido necrótico que tapan a la pared gingival de las bolsas parodontales y la eliminación de la bolsa en combinación de raspaje y curetaje

Indicaciones.-

- 1).- Presencia de bolsas parodontales
- 2).- El curetaje es una de las diversas técnicas de tratamiento de bolsas infraóseas.

Técnica.- Determina la extensión de la bolsa y que superficie abarca.

Se observa:

- a).- Extensión y localización del sarro.
- b).- Estado de la superficie dentaria.
- c).- Accesibilidad para el instrumental.
- d).- Textura de la pared blanca.

Procedimiento a seguir ante el paciente:

- 1).- Se pincelan con antisépticos las zonas adyacentes.

- 2).- Se anestesia en forma conveniente para el caso y se aísla con rollos de algodón.
- 3).- Se eliminan cálculos y residuos visibles -- con raspadores superficiales.
- 4).- Con raspadores profundos se elimina sarro o cálculos subgingivales.
- 5).- Se alisa la superficie dentaria con curetas y azadas, con cinceles en proximal.
- 6).- Se practica curetaje en la pared blanda, para eliminar el revestimiento interno o tejido granulomatoso.
- 7).- Para terminar se pulen las superficies dentarias con puntas de goma, cepillado con -- pasta y a continuación, un ligero lavado -- con agua tibia a presión.

Instrumental. -

Cinceles Parodontales.- Son instrumentos que sirven para eliminar grandes masas de sarro supragingival.- No deben emplearse para trabajar dentro del intersticio-gingival. Deben usarse con movimientos vestibulo linguales.

Asadones. - Son instrumentos cuyo filo actúa en un sentido y por lo tanto eliminan únicamente los depósitos cálcicos. Por el uso de estos instrumentos y todos los demás, el odontólogo debe proporcionarse un apoyo digital para lograr mayor efectividad en cada movimiento.

Hoces. - Son instrumentos que como los anteriores, sirven para la eliminación simultánea de los irritantes del intersticio gingival y de la pared lateral de la bolsa paradontal, su punta de trabajo es triangular, encontrándose su filo en los ángulos del triángulo.

Limas. - Pueden considerarse como una sucesión de asadones. Solamente pueden ser usados por un solo lado y sirven para alisar las superficies radiculares, una vez que los depósitos calcificados han sido eliminados.

Curetas. - Son los instrumentos más empleados para la eliminación simultánea de depósitos calcificados que se encuentra en relación con los dientes y la pared interna de la bolsa, estos instrumentos tienen doble filo, por lo tanto su acción es simultánea.

Legrado con Colgajo. - También llamado raspado radical con colgajo, es una técnica indicada en el tratamiento de bolsas infraóseas.

Las bolsas infraóseas se sitúan en defectos óseos

y su base es apical, al margen del hueso alveolar.

Objetivos del Tratamiento.-

- 1).- Eliminación de la bolsa parodontal, obteniendo una readherencia más coronal.
- 2).- Nueva formación de fibras del ligamento parodontal.
- 3).- Forma y salud parodontal.

Contraindicaciones.-

En personas con discrasias sanguíneas, enfermedades generales sistémicas como diabetes no controlada y anemias. En pacientes con alguna otra parodontopatía aguda.

Primero se eliminan síntomas agudos y se trata la parodontitis.

Técnicas de Legrado con Colgajo.-

Diagnósticos.- Para llegar a un buen diagnóstico tomaremos en cuenta los factores etiológicos posibles como.-

- a).- Oclusión
- b).- Hábitos.



- c). - Alineación dental
- d). - Anatomía del hueso adyacente.
- e). - Zonas de impactación de alimentos.

Para determinar el grado de afección, nos cercioraremos de la profundidad de la bolsa, forma y dimensión del defecto óseo y movilidad dentaria. La radiografía es muy útil, ayuda a determinar la magnitud del defecto óseo.

#### Operación por Colgajo. -

- 1). - Aislado de la zona: Se anestesia y aísla la zona con rollos de algodón o gasa, se seca y con una solución antiséptica se pinta la zona a intervenir.
- 2). - Se sondea la zona con el fin de fijar puntos de incisiones, se pasa un instrumento a través de la encía hacia la superficie ósea adyacente para conocer las dimensiones del defecto óseo.
- 3). - Incisiones y colgajo: Las incisiones verticales se hacen a cada lado de la superficie afectada, por vestibular o lingual y -

si es necesario en ambos según la necesidad de acceso al defecto óseo.

Las incisiones deben extenderse desde el margen gingival hasta el fondo de la bolsa, deben estar suficientemente separadas para exponer el defecto óseo sin estirar los tejidos, además ser lo suficientemente profundas para poder separar el colgajo muco perióstico.

- 4).- Exposición del defecto óseo, mediante las incisiones verticales y una incisión más a lo largo del margen gingival.

El colgajo se consigue al separar la pared blanda de la bolsa y se curetea, se separa de la superficie dentaria, con una cureta se quita el tejido granulomatoso que llena el defecto óseo y se cuantifica el fondo del defecto.

- 5).- Raspado radicular: Se eliminan los depósitos de sarro de la superficie radicular y se alisa la raíz, asegurándose de llegar a la base del defecto óseo.

- 6).- Se eliminan las fibras de la superficie ósea que cubren el hueso mediante un cureta

je estricto, para producir hemorragia dentro del defecto.

- 7).- Cuando se haya formado el coágulo, se vuelve a colocar el colgajo en su posición, se sutura firmemente y se cubre con un apósito quirúrgico, cuidar que no existan coágulos muy grandes que impidan la readherencia.

#### Instrumental.-

Sonda.- Se usa para medir la profundidad de la bolsa y determinar su forma.

Raspadores profundos.- Son útiles para eliminar depósitos profundos, se introducen hasta el fondo de la bolsa, se toma el sarro en su extremo inferior y con movimiento firme hacia la corona, se desprende.

Azadas.- Se usan para alisar y pulir superficies radiculares.

Bisturí.- Este se toma en forma de lápiz y la incisión se realizará de una manera firme con un solo movimiento y llegando hasta hueso. El más usado es el bord parker con hoja 11, 12, 6 15.

Gingivectomía. - Es un procedimiento quirúrgico, -  
mediante el cual se elimina encía en exceso y a la vez --  
se hace raspaje y curetaje de la raíz.

Finalidad. -

- a). - Eliminación del tejido enfermo.
- b). - Alisamiento de la superficie dentaria, así -  
como su pulido.
- c). - Restablecimiento de la forma y salud paro---  
dental.

Indicaciones. -

- 1). - Hiperplasia Medicamente.
- 2). - Hiperplasia gingival hereditaria.

Contrindicaciones. -

- 1). - Alteración en la salud general del paciente -  
que hace peligrosos cualquier tipo de ope ---  
ración quirúrgica.
- 2). - Presencia de alguna manifestación parodontal -  
aguda.

Instrumental.-

Parodontómetro.- Se usa para la medición de la pseudoblosa.

Pinzas Marcadoras.- Sirve para marcar la profundidad de la pseudobolsa por la cara vestibular y lingual de la encía y además nos da los límites de la incisión.

Bisturf.- El bord parker con hoja número 11, -- 12, o cualquier otro que tenga forma adecuada para hacer los cortes correctos y que tenga acceso a todas las zonas de encía por cortar.

Tijeras.- Sirven para complementar los cortes de bisturf.

Curetas y Asadones.- Sirven para la remoción de tejidos, depósitos irritantes y cálculos.

Eyector.- Mantiene un campo operatorio exento de coágulos y saliva.

Técnica.- La cavidad oral se divide en cuadrantes y se intervendrá un cuadrante por sesión.

1).- Anestesia: Puede ser regional o infiltrativa.

- 2).- Se mide y marca la pseudobolsa con parodon  
tómetro y pinza marcadora, que deja puntos  
sangrantes indicadores del fondo de la ---  
pseudobolsa y el límite de la incisión.
- 3).- Se realiza la incisión con las siguientes -  
características:
  - a).- Se llega a tejido duro,
  - b).- Se sigue el contorno de los dientes -  
con una angulación de 45 grados res -  
pecto a la superficie radicular.
  - c).- Hacerlo con un solo movimiento.

Al hacer la incisión quedará formado el --  
margen gingival.
- 4).- Se hace una incisión paralela al diente pa  
ra cortar el collado de la encía, tanto --  
por vestibular como por lingual.
- 5).- Hechos los cortes, se desprende el colgajo  
y se inicia el raspado radicular, elimin  
do cálculos y otros depósitos radiculares.
- 6).- Se lava con suero fisiológico, si hay hemo  
rragia se presiona al punto sangrante con -  
una gasa. cohibida ésta, se lava con suero  
fisiológico una vez más.

7).- Cuando se coloca el apósito, la superficie deberá estar cubierta por un coágulo no vo luminoso.

El apósito tiene las siguientes propiedades:

A).- Controla hemorragias y contribuye a evitar posibles infecciones postoperatorias.

B).- Tiene una función sedante.

C).- Facilita la cicatrización.

Se recomienda una dieta blanda en los días siguientes a la operación, además, se debe prescribir algún analgésico y vitamina C.

Durante el tiempo que el apósito persista en la boca, el paciente deberá tener una higiene bucal a base de colutorios y cepillado poco vigoroso en la zona del apósito.

A los ocho días se retira el apósito y se lava con agua tibia.

Si la cicatrización es incompleta, se coloca un apósito por otros ocho días más. Cuando la cicatrización sea completa, se intervendrá el otro cuadrante.

Gingivectomía con bisel Interno.- otra técnica de la gingivectomía es con una incisión en bisel interno. Esta técnica deja una superficie de tejido maduro, en vez de tejido conjuntivo seccionado. Habrá menos molestias post-operatorias y la curación es más rápida.

La mayor ventaja es que el tejido parece mantenerse en posición estable, sin demasiada neoformación.

Esto resulta ventajosa para mantener la relación de la encía con el borde de inserciones en operatoria dental. El bisel interno también se utiliza para eliminar el exceso de tejido gingival en zonas retromolares y de la tuberosidad.

Gingivoplastia.- Es el remodelamiento de la encía, con fines estéticos y para establecer contornos -- gingivales fisiológicos.

Indicaciones.-

- 1).- Erupción pasiva alternada, cuando existe un crecimiento anormal de la encía, que cubre parte de la corona del diente.
- 2).- En gingivitis ulcerosa necrosante, que haya afectado la arquitectura gingival.
- 3).- Encía hiperplástica.



- 4).- Encía marginal con bordes gruesos y fibrosos, como cicatrización de una gingivectomía.
- 5).- Cráteres gingivales, que generalmente quedan como secuela de una gingivitis.

La gingivoplastia se considera como una fase o tiempo de la gingivectomía.

Técnica. -

- 1).- Anestesia por infiltración en todo el campo operatorio, se utiliza preferentemente inyección en las papilas interproximales, ya que brinda anestesia inmediata, rigidez del tejido y además una vasoconstricción periférica que disminuye el sangrado.
- 2).- La incisión se hace con bisel largo hacia oclusal, para reducir el margen gingival engrosado con menos traumatismo.
- 3).- Se modela detalladamente el margen gingival empleado.
  - a).- Bisturí parodontal.
  - b).- Piedra de diamante de grano grueso.
  - c).- Electro-cirugía.

El tejido debe estar firme para que pueda ser desgastado rápidamente. El tejido movable y flojo puede ser tratado con piedras diamantadas, acompañadas de irrigación acuosa o suero fisiológico para evitar la deshidratación del tejido.

- 4).- Terminado el modelo de la encía, se coloca un apósito quirúrgico por ocho días. Los cuidados post-operatorios serán igual que en la gingivectomía.

Al retirar el cemento quirúrgico, el paciente podrá realizar un cepillado suave, con ligera estimulación de papilas interdentarias.

El resultado de la gingivoplastia debe ser un margen gingival como filo de cuchillo, papilas anatómicamente correctas y una inserción epitelial normal.

La gingivoplastia también se puede realizar por electro-cirugía, este se compone de un bisturí electrónico de onda corta.

Al emplearlo se usa técnica de pincelado, teniendo cuidado de no tocar el tejido óseo, ya que traería como consecuencia un dolor interno y una necrosis del hueso.

### Osteoplastia y Osteotomía. -

La Osteoplastia.- Consiste en reformar el margen de la apófisis alveolar, absorbida a consecuencia de la extensión de la inflamación desde la encía. Esta modificación se lleva a cabo en el hueso cortical - de lado periostial de la apófisis alveolar, de manera - que se asemeje al margen del hueso sano en un parodon - to no dañado.

La Osteotomía. - Consiste en la reforma y extir - pación ósea, para recuperar la fisiología del hueso.

Esto se hace junto con la osteoplastia.

El margen normal del hueso se parece al margen - gingival normal, es decir, los dos tienen los mismos - márgenes a manera de filo de cuchillo, pero en otro ni - vel.

Las alteraciones de la forma que ocurren en la - enfermedad parodontal son las siguientes:

- 1).- Márgenes óseos gruesos, debido a la absor - ción, pues la apófisis se hace más ancha - en dirección apical.
- 2).- Cráteres óseos interdientales

- 3).- Lesiones infraóseas.
- 4).- Complicaciones interradiculare, bifurca---  
ción y trifurcación.
- 5).- Niveles irregulares de hueso marginal.

El objeto de los procedimientos plásticos en el restablecimiento del contorno fisiológico de la encía.

Tanto en la encía como en el hueso tienen que --  
observarse márgenes delgados y pirámides interproxima--  
les, para eliminar las bolsas y evitar que la enferme--  
dad reincida.

El método para llevar a cabo la osteoplastia de--  
be seguir un orden:

Se anestesia por infiltración y se hace una téc--  
nica de colgajo.

Cuando existe un cráter o una lesión infraósea, --  
se tiene que levantar un colgajo para exponer el hueso.

El colgajo debe tener una buena visibilidad, una  
vez expuesto el hueso, el cirujano puede llevar a cabo--  
la osteoplastia por medio de una fresa de diamante y li--  
ma. Se procede a rebajar el hueso en las zonas necesa--  
rias dándole la forma correcta.

Una vez modelado el hueso, afrontamos el colgajo y procedemos a colocar la sutura y encima el apósto --- quirúrgico.

El paciente no debe masticar del lado operado, - deben evitarse los colutorios enérgicos para evitar el - desalojo del coágulo o el cemento.

La sutura y el apósto deberán retirarse a la se - mana de haber efectuado la operación para ver como va - la cicatrización, pero se colocará otro apósto de ce - mento quirúrgico y a la siguiente semana se quitará. -- Ya no se colocará otro apósto a menos que sea necesa - rio.

Una vez que la zona operada se cubre de tejido - de granulación, la región puede quedar expuesta. Ya se puede empezar el cepillado suave y la estimulación in - terdentarea para fomentar la queratinización del teji - do. Se recomiendan métodos fisioterápicos, así como -- una técnica de cepillado.

Medicación. -

Los tratamientos de la enfermedad parodontal no se basan en el uso de medicamentos, pero no se desprecia la ayuda que nos prestan.

Los medicamentos de acción sistemática serán administrados por vía parenteral y oral.

En parodoncia se recurrirá a la ayuda de las complicaciones generales, y en forma profiláctica en tratamientos quirúrgicos.

Dentro de la terapéutica parodontal encontramos varios medicamentos a usar:

Antibióticos: Son sustancias por organismos vivos que inhiben o destruyen a los agentes infecciosos.

Los antibióticos de especial interés en parodoncia son:

Penicilina G Potásica  
Penicilina G Sódica  
Penicilina G Procaínica  
Eritromicina  
Clorhidrato de Lincomicina.  
Cefalosporinas  
Cefalotina  
Cefaloridina

Estos antibióticos son específicos de gérmenes - Gram Positivo, que son de especial interés en parodontocia.

Antibióticos de Amplio Espectro. - Son poco recomendables ya que actúan indiscriminadamente afectando la flora normal ejemplos: Tetraciclina, Aureomicina.

El antibiótico a elegir es la penicilina G procainica por ser casi atóxica, se administra en dosis de 250 mg c/6 horas, o por vía intramuscular en ampollitas de 800 000 unidades cada 24 horas.

En caso de alergia a la penicilina, se dosifica eritromicina en tabletas de 250 mg. cada seis horas --- ( un gramo diario ).

Desde la noche anterior el tratamiento, serán aplicados antibióticos como medio profiláctico y se continúa 48 horas después, para evitar una infección postoperatoria.

Fungicidas. - Antibióticos de cierta eficiencia en infecciones por hongos (moniliasis) Ejemplos:

Nystatin. - En dosis oral de 500 000 unidades -- cada seis horas, en pomada de 100 --

000 unidades. Es útil en Queilitis Angular Crónica.

Aufotericina B. - Fungicida de alta toxicidad, solo se administra por vía parenteral, 0.25 mg. por kilogramo de peso.

Sulfonamidas. - Se emplean generalmente en pacientes alérgicos a los antibióticos. Son eficaces tóxicos se reflejan en los riñones.

Sulfisoxazol. - Puede usarse sin riesgo a complicaciones renales, con dosis inicial de 4 a 5 tabletas de .5 gr. cada 6 horas.

Analgésicos y Narcóticos. - Son drogas que se utilizan para aliviar el dolor. El más común es el ácido acetilsalicílico.

Narcóticos. - Son drogas analgésicas de uso delicado y limitado, de acción más fuerte que los analgésicos simples, pero algunos de ellos producen hábito (morfina).

Los analgésicos a base de ácido acetilsalicílico -



se dosifica en adultos por 300 mg. cada 3 horas.

Sedantes e Hipnóticos. -

Barbitúricos. - Este tipo de drogas no se administra en el consultorio, salvo que alguien acompañe al paciente a su casa, debido al efecto hipnótico que reprime los reflejos.

Pentobarbital. - Es muy útil treinta minutos antes de la operación, en dosis de 100 mg.

Tranquilizantes. - Drogas eficaces en pacientes con ansiedad, tensión y temor.

Clordiazepóxido. - (librium), de 5 a 10 mg. 3 o 4 veces al día.

Los relajantes de músculos estriados ayudan al odontólogo en pacientes con alteraciones dolorosas, en articulaciones temporomandibular y espasmos musculares dolorosos.

Mefenisina. - (Tolserol) es un relajante muscular y se da en dosis de 2 a 3 mg. 30 minutos antes de la cita.

Drogas de Uso Local en Parodoncia.-

Antibióticos.- No es aconsejable su uso porque -  
causa reacciones alérgicas.

Corticosteroides.- Es preferible no utilizarlos.

Kenalog es un glucocorticoide sintético tópico, para algunas lesiones de mucosa aguda y crónica. Se aplica 4 veces al día, después de las comidas y antes de dormir.

Agentes Anti-infecciosos Locales.- Los antisépticos son sustancias que actúan como desinfectantes y destruyen y evitan la proliferación de bacterias en el lugar de la aplicación.

En la práctica parodontal los más usados son: Peróxidos, compuestos mercuriales y las tinturas.

Anestésicos.- Se utilizan en inyección o en forma tópica. Se usan para evitar el dolor en raspaje, curetaje y demás procedimientos quirúrgicos. Los anestésicos por inyección se aplican por técnicas regional o infiltrativa. Los anestésicos tópicos más usados son la Xylocaina y cetacaina en su presentación de líquido, polvo y aerosol.

Astringentes.- Reducen temporalmente la inflamación en mucosa y otros tejidos, reduciendo la posibili-

dad de una invasión bacteriana. Los compuestos mas usados son: Sulfato férrico, tintura de miora, cloruro férrico.

Hemostáticos.- Son medicamentos de gran ayuda ya que detienen hemorragias en capilares y arteriolas lesionadas por accidente, produciendo rápida coagulación al rededor de los vasos.

No son recomendables en hemorragias internas. Entre los hemostáticos mas usuales están:

La Tromaina.-

La celulosa oxidada ( esponja de gelatina absorbible ).

Administración de Vitaminas.- La más importantes es la vitamina C ó ácido ascórbico, que interviene en la síntesis de la colágena, por lo tanto va a favorecer la cicratización.

La vitamina C se puede administrar en la forma siguiente:

10 a 50 mg. diarios en niños.

50 a 60 mg. diarios en adultos.

En casos graves, dependiendo de los requerimien--

tos del caso, la dosis será:

500 mg. diarios en niños.

400 a 600 mg. diarios en adultos.

La administración de vitamina A y D ayudan a la rápida cicatrización en la fase post-quirúrgica.

El requerimiento vitamínico puede quedar cubierto con una dieta balanceada.

Requerimiento diario de vitamina A:

300 a 5000 UI.

En casos necesarios la administración de vitamina A será desde 25000 a 75000 UI diarios.

La vitamina D, necesaria en niños es de 300 a 800 UI, siendo en adultos menos. Si llegase a necesitarla administración, se dará cápsulas de 624 mg. de acuerdo al caso.

El complejo vitamínico B reporta gran ayuda a la salud parodontal.

En carencia de algunos de sus elementos, se administrará todo el complejo B.

Apósitos Parodontales. - Productos utilizados en la fase post-operatoria de intervenciones quirúrgicas parodontales.

La finalidad del apósito es evitar la hemorragia post-operatoria y evitar el contacto de los alimentos -- con los bordes de la incisión y su acumulación entre los dientes y su alrededor. Debe cambiarse o retirarse a -- los 7 días, según la cicatrización.

Los componentes principales de los apósitos parodontales son: Oxido de zinc, resinas, fibras de Asbesto acetato de zinc, eugenol y aceite de oliva.

Existen otros apósitos parodontales, unos sin eugenol, otros con antibióticos y apósitos con fibras de ciano acrilato.

Preparaciones para la desensibilización de los -- dientes:

Hay varios métodos para desensibilizar zonas cervicales de los dientes en el consultorio, una es formando un pasta de fluoruro de sodio, con esta pasta se cepi llan los dientes y se deja durante dos minutos.

Existen otras soluciones que son a base de cloruro de zinc, fenol formaldehido y nitrato de plata amonia cal.

Dentífricos. - Son complementos para la limpieza y pulido dental, puede ser en forma de pasta, polvo y líquido. Los polvos y las pastas contienen abrasivos del tipo de: Carbonato, fosfato, sulfato de calcio, bicarbonato, cloruro de sodio, jabones y detergentes.

Además humectantes como glicerina y sorbital, agua y agentes espesantes.

Es preciso que los dentífricos sean abrasivos para pulir y limpiar bien los dientes, pero deben tener un margen para el paciente que es cepillador enérgico y protegerlo del desgaste de los tejidos dentarios.

Enjuagatorios. - Por lo general son soluciones de sabor agradable, aromáticos que limpian algunos residuos y deben usarse como complemento del cepillado y no en sustitución de éste.

Los enjuagatorios contienen: Solución de cloruro de zinc, solución hipertónica de cloruro de zinc, bicarbonato de sodio.

Soluciones Reveladoras. - Son sustancias que se usan antes y después de la odontoxesis para revelar la placa bacteriana. Son soluciones a base de fuccina básica.

También hay pastillas reveladoras que se trituran entre los dientes y pigmentan la placa.

## PASE POSTQUIRURGICA O DE CONTROL

### Instrucciones Inmediatas a la Cirugía

- 1).- Se prescribirá un analgésico contra el dolor y se este persiste 30 minutos después, administrar otra dosis y a las seis horas tomar otra.
- 2).- Inmediatamente después de la operación se aplica hielo sobre la cara sobre la zona operada, a intervalos de 10 minutos durante dos horas, pues mitiga la hinchazón. Al día siguiente a la operación es más efectivo el calor y se aplicarán fomentos de agua caliente.
- 3).- Hacer incapié que el material que rodea los dientes es un apósito quirúrgico que protege la herida y no debe quitarse.
- 4).- En casos de desprenderse pequeños fragmentos, no tiene importancia, a menos que queden al descubierto zonas dolorosas.
- 5).- Puede masticar lenta y eficazmente con el lado opuesto de la boca. Tomar alimentos poco condimentados como leche, li-



cuados, puré de papas, huevos, helados, so  
pas o cereales cocidos.

No tomar bebidas con alcohol.

- 6).- Si horas después la saliva está tenida de  
sangre, localizar el punto hemorrágico y -  
con una gasa entre los dedos presionarlo -  
durante 20 minutos, si la hemorragia no ce  
de, acudir al cirujano dentista.

No intentar cohibir la hemorragia con en--  
juagues.

- 7).- A partir del día siguiente se pueden hacer  
enjuagues con algunas soluciones astrin  
gentes poco irritantes.

- 8).- No utilizar cepillo en la zona operada, pe  
ro si en la zona opuesta.

- 9).- Durante las siguientes 48 horas tal vez se  
presente alguna debilidad y escalofríos.

- 10).- Alimentos blandos, caldos, sopas, helados,  
cremas, jalea, cereales, jugo de carne, le  
che malteada, alimentos infantiles, plata-  
nos, zumo de frutas (no de naranja), pan, -  
vegetales, queso, pasteles de arroz.

A los 7 días cambiar el apósito quirúrgico

Cuando se retira el apóposito, se debe utilizar un cepillo suave.

Una vez concluida la fase post quirúrgica, se pasa a una fase de control que tiene como fin evitar una reincidencia de la enfermedad.

Las fases de control son:

- 1).- Buen control de placa, con raspaje y curetaje periódicos.
- 2).- Oclusión del paciente: Detectado signos incipientes de trauma de la oclusión, ajustar la oclusión, y restauraciones que sea preciso y a la vez revisión periódica de las mismas.

## EQUILIBRIO OCLUSAL

Equilibrio Oclusal. - Es la buena armonía y funcionalidad entre dientes antagonistas.

Ajuste Oclusal. - Establecimiento de relaciones funcionales para parodontio por medio de: Desgaste, remodelado anatómico, restauraciones de los dientes.

Relación Céntrica. - Cuando el cóndilo se encuentra en posición más posterior y más superior dentro de la cavidad glenoidea.

Oclusión Céntrica. - La encontramos cuando los dientes están en contacto y la mandíbula en relación céntrica.

Oclusión Funcional. - Cuando las superficies dentarias se encuentran en máximo contacto, pero la mandíbula no está en relación céntrica.

Oclusión Balaceada. - Se refiere al contacto simultáneo entre los segmentos posteriores derecho e izquierdo de los arcos en las excursiones laterales de la mandíbula y al contacto simultáneo entre los segmentos anterior posterior del arco en la excursión protrusiva.

Disarmonía Oclusal. - Relaciones dentarias capa-

ces de lesionar los tejidos parodontales.

## EQUILIBRIO OCLUSAL

### Objetivos y Finalidades. -

- 1).- Mejoramiento de la fisiología del aparato masticador.
- 2).- Eliminación del trauma de la oclusión.
- 3).- Eliminación de la tensión muscular anormal, bruxismo y molestias y dolor asociados.
- 4).- Eliminación de molestias y dolor disfuncional en la articulación temporo-mandibular
- 5).- Establecimientos de un patrón oclusal óptimo antes de procedimientos restauradores externos.
- 6).- Reconstrucción de forma y contorno dental para mejorar la eficacia masticatoria y proteger la encía y tejido de sostén.
- 7).- Reacondicionamiento de algunos hábitos de deglución anormal.

### Indicaciones. -

- 1).- Existencia de oclusión traumática.

- 2).- Bruxismo.
- 3).- Alteraciones en articulación temporo-mandibular.
- 4).- Hipertoncidad de músculos masticadores.
- 5).- Limitación de movimientos del maxilar inferior.
- 6).- Disarmonia en relaciones funcionales y de reposos.
- 7).- Masticación unilateral.
- 8).- Para mejorar relaciones funcionales y aumentar la eficacia masticatoria y producir una distribución uniforme de esfuerzos oclusales.
- 9).- Movilidad dentaria.
- 10).- Lesión parodontal.

Contraindicaciones. -

Para poder iniciar cualquier técnica de ajuste oclusal es necesario que hayan sido eliminados la inflamación y las bolsas parodontales.

Instrumental. -

- 1). - Tiras de cera adhesiva de espesor No. 30.
- 2). - Lápiz dermográfico.
- 3). - Papel de articular.
- 4). - Piedras de carburo o de diamante.
- 5). - Piezas de mano de alta velocidad.

Técnica de Ajuste Oclusal. -

No existe una técnica específica para realizar el ajuste oclusal, ya que son flexibles y están sujetos a modificaciones.

Antes de realizar cualquier desgaste debemos analizar que tan indicado está tal o cual desgaste.

El paciente deberá estar con la cabeza erguida, sin recargar en el cabezal y totalmente relajado. Se pide al paciente que coloque su mandíbula en posición retrusiva, el operador tomará la mandíbula con sus dedos índice y pulgar y tratará de controlar los movimientos mandibulares.

Ajuste Oclusal en Céntrica. -

Objetivos. -

- 1).- Eliminación de conductos prematuros en relación céntrica y en oclusión céntrica.
- 2).- Creación de libertad en céntrica en el plano horizontal con oclusión céntrica, ligeramente anterior a la relación céntrica y con presión uniforme sobre todos los dientes posteriores.
- 3).- Eliminación de todo impacto horizontal lateral en el cierre en céntrica.

Una vez encontrada la relajación muscular óptima buscaremos las interferencias oclusales o puntos altos en relación céntrica.

Ayudados de papel carbón o de tiras de cera verde.

También se determinará la dirección en que guían estos contactos al maxilar en el cierre lento hacia oclusión céntrica.

Antes de hacer algún desgaste en la boca, lo haremos en dos modelos tomados de la boca del paciente, -



para evitar cometer errores que serían imperdonables. - Otro punto importante es buscar mantener la función cuspídea y estabilizar la oclusión.

Se ajustarán las cúspides linguales inferiores - en las fosas centrales de los dientes superiores y las cúspides bucales de los superiores en las fosas centrales de los inferiores. Esto se logra desgastando declivez afectados hacia las fosas, labrando asientos para - las cúspides en las fosas centrales correspondientes, - en relación céntrica y oclusión céntrica.

La regla más importante es el ajuste de céntrica es no dejar que el impacto de las cúspides sea en declives pronunciados no equilibrados que provoquen movimiento de los dientes. .

Los asientos serán en superficies planos perpendiculares al eje mayor del diente o en declives equilibrados.

En caso contrario utilizaremos restauraciones -- marginales y oclusales o sea cuando el desgaste no reporte las relaciones requeridas.

Los desgastes se harán de acuerdo a las marcas - obtenidas con ayuda de la cera y la observación visual del operador. Hasta lograr la eliminación de interferencias

cias en relación y oclusión céntrica, dándole una buena fisiología a la oclusión.

Al terminar el ajuste en relación céntrica los molares y premolares harán un contacto oclusal simultáneo con sus antagonistas, en esta posición no habrá movimientos de deslizamiento la oclusión céntrica está -- justo adelante de la relación céntrica y tendrá las siguientes características.

- 1).- No habrá pérdida ni ganancia en la dimensión vertical.
- 2).- Los dientes anteriores no harán contacto en relación céntrica y sí un contacto ligero en oclusión céntrica.
- 3).- Los dientes posteriores en relación céntrica tendrán un contacto simultáneo, ligero, sin deslizamientos y un desplazamiento libre a oclusión céntrica, los dientes posteriores tendrán un contacto sostenido y sin interferencia.

Reglas para el ajuste de interferencia protusivas y del lado de trabajo.

Los Objetivos son:

- 1).- Proporcionan patrones de deslizamientos -- uniformes, irrestricto y multidireccional.
- 2).- Dar una guía incisiva y cuspídea para los dos lados.
- 3).- Proporcionar una guía al lado de equili---  
brio.

Las interferencias protusivas y del lado de trabajo se localizan fácilmente con papel carbón, pidiendo al paciente que realice movimientos protrusivos y laterales.

El lado de trabajo es el lado hacia donde se mueve el maxilar y el lado opuesto es el lado de equili---  
brio o balance.

Eliminación de interferencias en el lado de trabajo.

Rebajar declives vestibulo-oculares (declives -- linguales de las cúspides vestibulares) de los dientes superiores y los declives linguo-occlusales ( declives vestibulares de cúspides linguales) de dientes inferiores. Este método mantiene contactos céntricos y estabilidad funcional.

Las interferencias entre los dientes anteriores-superiores e inferiores en excursiones laterales y protrusivas deben corregirse desgastando la cara lingual - de los incisivos y caninos superiores a lo largo de la interferencia.

Cuando en excursiones protrusivas haya interferencias en dientes posteriores se seguirá la técnica -- usada para eliminar interferencias del lado de trabajo.

El ajuste de las interferencias del lado de equilibrio se realiza con técnicas semejantes a la usada en céntrica y del lado de trabajo.

Las interferencias se presentarán en declives -- vestibulares de cúspides palatinas de dientes superiores y en declives linguales de cúspides vestibulares de deintes inferiores.

Terminación de Ajuste. - Una vez que han sido - ajustadas las excursiones céntricas, lateral y protrusiva se examinará todo el campo oclusal y se pide al paciente que efectúe movimientos oclusales en todas direcciones.

Se checarán puntos de contacto oclusales con cera verde incrustaciones.

En caso necesario se remodelarán las superficies oclusales, los bordes incisivos y las cúspides y por -- último se pulirán las superficies dentarias con agentes desensibilizantes como fluoruro de sodio al 2 por 100%, fluoruro de estaño al 8 por 100%.

Se indica al paciente que la sensibilidad dentaria durará por algunos días, pero desaparecerá.

Los pacientes deben ser reexaminados de cuatro a seis semanas después del ajuste oclusal, para controlar los resultados.

## CONCLUSIONES

El tema enfermedad parodontal y sus tratamientos, despertó en nosotros un gran interés, debido al alto grado de incidencia de patología parodontal en la población.

Creemos que la mejor manera de ayudar a resolver este problema es estudiar acerca de las alteraciones parodontales y sus tratamiento, ya que como cirujano dentista se deberá estar preparado para resolver cualquier problema parodontal, de acuerdo a lo aprendido a nuestro paso por las aulas.

Haciendo un especial énfasis en la prevención para evitar males mayores.

Procurar reconocer la enfermedad a tiempo y una vez establecido al diagnóstico, establecer el tratamiento adecuado para cada paciente.

## BIBLIOGRAFIA

Patología Oral Thoma.

Kurt H. Thoma.

Henry M. Golman

Robert I. Gorlin.

Editorial Salvat 6a. Edición 1973.

---

Efermedad Periodontal Avanzada.

John Princhard.

Editorial Labor, S. A. 1a. Edición 1970.

---

Periodontología Clínica.

Inving Glikman

Editorial Interamericana 4a. Edición 1974.

---

Oclusión.

Dr. Sigurd P. Ramfjord

Dr. Major M. Ash Jr.

Editorial Interamericana 2a. Edición 1972.