



Universidad Nacional Autónoma de México

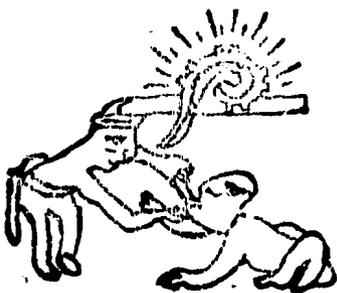
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LA PARODONCIA EN LA ODONTOLOGIA

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

CARLOS DANIEL SANCHEZ ROBLES



México, D. F.

1984



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.

*** LA PARODONCIA EN LA ODONTOLOGIA***

CAPITULOS.

PAGINAS.

INTRODUCCION.

CAPITULO I

ANTECEDENTES DE LA PARODONCIA. 1

LA PARODONCIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA. 6

CAPITULO II

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA EN LA PARODONCIA. 7

CAPITULO III

HISTORIA CLINICA EN PARODONCIA. 16

CAPITULO IV

ENFERMEDADES MAS COMUNES DEL PARODONTO. 31

CAPITULO V

TECNICAS EN LA PARODONCIA. 56

CAPITULO VI

MANTENIMIENTO DEL PACIENTE PERIODONTAL. 72

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION:

DURANTE LOS SEMESTRES EN LOS QUE TOMAMOS CLASES, ME FUI DANDO UNA IDEA DE LO IMPORTANTE QUE ES LA SALUD, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE TODAS LAS PARTES QUE FORMAN NUESTRA CAVIDAD BUCAL.

PERO YA A NIVEL DE CLINICA, Y SOBRE TODO DURANTE NUESTRO SERVICIO SOCIAL EN LA CLINICA VALLEJO ME PERCATE QUE EL 80% DE LAS PERSONAS ATENDIDAS PADECIAN ENFERMEDADES PARODONTALES, NO IMPORTANDO SEXO, NI CONDICIÓN ECONOMICA, LO QUE CONFIRMA QUE LA ENFERMEDAD PARODONTAL SE DEBE EN GRAN PORCENTAJE A DESCUIDO Y FALTA DE APLICACIÓN EN LAS TECNICAS DE CEPILLADO Y MASAJE DENTAL, ASI COMO QUE DESCONOCEN ELEMENTOS AUXILIARES; COMO HILO DENTAL, ENJUACUES BUCALES, PASTILLAS REVELADORAS DE PLACA BACTERIANA ETC.

LO QUE ME MOTIVÓ A ENCAUZAR EL ESTUDIO AL CONOCIMIENTO DE LOS TEJIDOS DEL PARODONTO, PARA PREVENIR O TRATAR ESTE TIPO DE ENFERMEDADES TAN COMUNES.

EL TRABAJO QUE A CONTINUACIÓN DESARROLLE ES UNA SERIE DE RECOPIACIONES, DE DATOS EXPUESTOS POR INVESTIGADORES Y ESPECIALISTAS EN LA MATERIA.

C A P I T U L O I

ANTECEDENTES DE LA PARODONCIA

LA PARODONCIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

ANTECEDENTES DE LA PARODONCIA

EL HOMBRE HA ESTADO EXPUESTO A LAS ENFERMEDADES PARODONTALES DESDE EPOCAS PREHISTORICAS.

HACE APROXIMADAMENTE 4000 AÑOS SE COMPROBÓ LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD, EN CUERPOS EMBALSAMADOS DE LOS EGIPCIOS.

LOS PAPIROS (EBERS Y SMITH) CONTIENEN REFERENCIAS DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES Y MÉTODOS PARA FORTALECER LOS DIENTES.

SE DICE QUE TAMBIÉN HABÍA ESPECIALISTAS EN LA ATENCIÓN DE LOS DIENTES.

LOS SUMEROS (3000 AÑOSA.C.) YA PRACTICABAN LA HIGIENE BUCAL .

EN EXCAVACIONES HECHAS EN MESOPOTAMIA SE ENCONTRARON IMPLEMENTOS PARA LA HIGIENE BUCAL, (PALILLOS DE ORO MUY ELABORADOS).

LOS ASIRIOS Y BABILONIOS, PADECÍAN YA LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

SE ENCONTRÓ EN UNA TABLA DE ARCILLA, UNA MENCIÓN, ACERCA DE UN TRATAMIENTO MEDIANTE MASAJE GINGIVAL COMBINADO CON HIERBAS.

SE UTILIZARON TAMBIEN ENJUAGOTORIOS MEDICINALES.

EN OTRA TABLA DE ARCILLA SE ENCONTRÓ TAMBIEN UNA RECETA A BASE DE SEIS DROGAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

EL HWANA F1 (2500 A. C.), ES EL TRATADO CHINO MÁS ANTIGUO; EN EL, LA ENFERMEDAD BUCAL SE DIVIDE EN TRES TIPOS:

- A) FONG-YA O ESTADOS INFLAMATORIOS.
- B) YAKON O ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.
- C) CHONG-YA O CARIES.

LOS CHINOS DESCRIBIAN UNA ENFERMEDAD PARODONTAL DE LA SIGUIENTE MANERA:

" LAS ENCIAS SON ROJO PALIDO O VIOLÁCEO, DURAS, HINCHADAS Y SANGRAN

TES Y EXISTE DOLOR CONTINUO " .

LOS CHINOS CONOCIERON MEDICINAS A BASE DE PLANTAS, COMO REMEDIO PARA LA ENFERMEDAD PARODONTAL, TALES COMO: ZN-HINE-TONG.

USARON EL CEPILLO DENTAL, EL PALILLO DENTAL, Y PRACTICARON LOS MASAJES GINGIVALES.

LOS HEBREOS EN SUS ESCRITOS TALMÓDICOS MENCIONAN LAS AFECCIONES PATOLÓGICAS DE SUS DIENTES.

LA CIVILIZACIÓN FENICIA MUESTRA LA FÉRULA DE ALAMBRE, QUE SE CREE SIRVIÓ PARA ESTABILIZAR DIENTES AFLOJADOS POR LA ENFERMEDAD PARODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA.

EL PADRE DE LA MEDICINA MODERNA HIPOCRATES DE COS (460-435 A.C) EXPLICÓ LA FUNCIÓN Y ERUPCIÓN DE LOS DIENTES, ASÍ COMO LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

DECÍA QUE LA ENFERMEDAD PARODONTAL, ESPECIFICAMENTE DE LAS ENCÍAS ERA ATRIBUIDA A LA ACUMULACIÓN DE PITUITA O CÁLCULOS CON HEMORRAGIA GINGIVAL, PRODUCIDA EN CASOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL PERSISTENTE.

LOS ETRUSCOS ANTES DEL AÑO 735 A.C. ERAN EXPERTOS PARA FABRICAR DENTADURAS, SIN EMBARGO TODO SE SABE ACERCA DE SUS CONOCIMIENTOS EN LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

ENTRE LOS ROMANOS : AULO CORNELIO CELSO, SE REFIERE A LA ENFERMEDAD QUE AFECTA A LAS PARTES BLANDAS DE LA BOCA Y SU TRATAMIENTO, EXPLICÁNDOLO ESTE DE LA SIGUIENTE MANERA:

" SI LAS ENCÍAS SE SEPARAN DE LOS DIENTES, ES BENEFICIOSO MASTICAR PERA O MANZANA VERDE Y MANTENER EL JUGO EN LA BOCA " .

DESCRIBIÓ EL AFLOJAMIENTO DE LOS DIENTES POR DEBILITAMIENTO DE LAS RAICES O POR LA FLACIDEZ DE LA ENCÍA.

EL TRATAMIENTO ERA TOCAR LA ENCÍA CON HIERRO CANDENTE Y DESPUÉS UNTARLE MIEL.

YA EN ESTA ÉPOCA SE MENCIONA EL USO DE UN CEPILLO DE DIENTES Y DE UN DENTÍFRICO. EL MASAJE GINGIVAL ERA PARTE DE LA HIGIENE BUCAL.

EN EL SIGLO VII, PABLO DE AEGINA, DISTINGUÍA YA EL EPULIS DEL PARULIS

SIENDO AQUEL UNA EXCRESCENCIA CARNOSA DE LA ENCIA A LA CERCANIA DE LOS DIENTES Y ÉSTA ERA COMO UN ABSCESEN LA ENCIA.

SEÑALÓ QUE EL TÁRTARO DEBERIA SER ELIMINADO CON RASPADORES Y QUE LOS DIENTES DEBERIAN SER LIMPIADOS CUIDADOSAMENTE Y DESPUES DE LA ULTIMA COMIDA DE CADA DIA.

RHAZES, EN LA EDAD MEDIA, RECOMENDABA EL USO DEL OPIO, ACEITE DE ROSAS Y MIEL PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES. PARA FORTALECER DIENTES FLOJOS RECOMENDABA ENJUAGATORIOS BUCALES ASTRINGENTES Y POLVOS DENTRIFICOS.

EN SU "AL-FAKKIR", DEDICÓ SIETE CAPÍTULOS A LOS DIENTES:

- A) LOS DIENTES
- B) DENTERA
- C) PICADURA DE DIENTES
- D) FLOJEDAD DE LAS ENCIAS
- E) SUPURACION DE LAS ENCIAS
- F) PIORREA Y ENCIAS SANGRANTES
- G) HALITOSIS

AVICENA (980-1037) EXPLICÓ EL DESGASTE DE DIENTES LARGOS Y AFIRMÓ QUE, PARA QUE LOS DIENTES FLOJOS SE AFIRMARAN DE NUEVO, SE DEBERÍA PROCURAR NO USARLOS DURANTE LA MASTICACIÓN.

ESCRIBIÓ ACERCA DE LAS ENFERMEDADES DE LAS ENCIAS, TALES COMO ÚLCERAS, SUPURACIÓN, RECESIÓN Y FISURAS.

ALBUCASIS (936-1013), RECONOCIÓ UNA INTIMA RELACIÓN ENTRE EL TÁRTARO Y LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

DESCRIBIÓ EL TRATAMIENTO DE LA SIGUIENTE MANERA:

" A VECES EN LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES SE DEPOSITAN ESCAMAS ASPERAS DE ASPECTO FEO Y DE COLOR NEGRO, VERDE, O AMARILLO.

LA CORRUPCIÓN SE COMUNICA A LAS ENCIAS Y DIENTES.

SE DEBE COLOCAR LA CABEZA DEL PACIENTE SOBRE SU REGAZO Y RASPA LOS DIEN
TES Y LOS MOLARES EN LOS QUE OBSERVE ALGO SEMEJANTE A LA ARENA, HASTA
QUE NO QUEDE NADA DE ESTA SUSTANCIA, Y DESAPAREZCA EL COLOR SUCIO DE LOS
DIENTES.

SI EL PRIMER RASPADO ES SUFICIENTE, TANTO MEJOR, SI NO REPETIRÁS LO MIS
MO AL DÍA SIGUIENTE, DURANTE TRES O CUATRO DÍAS, SI ES NECESARIO, HASTA
OBTENER EL PROPOSITO BUSCADO.

EL ESCAPELO CON QUE SE RASPARÁN LOS DIENTES POR DENTRO, ES DIFERENTE AL
QUE LOS LIMPIARÁ POR EL LADO EXTERNO, Y CON EL QUE SE RASPARÁN LOS INTER
TICIOS ENTRE LOS DIENTES TENDRÁ IGUALMENTE OTRA FORMA".

ALBUCASIS DISEÑÓ UN JUEGO DE INSTRUMENTOS PARA RASPAR LOS DIENTES, VELAS
CO DE MONTPELLIER (1382-1427) AFIRMÓ QUE PARA TRATAR LAS ENFERMEDADES DE
LAS ENCIAS, ERA PRECISO ELIMINAR EL TARTARO DENTARIO POCO A POCO, CON
INSTRUMENTOS DE HIERRO O CON DENTRIFICOS.

SE HACE TAMBIÉN REFERENCIA AL VINO BLANCO, SAL CALCINADA Y SUSTANCIAS
AROMÁTICAS COMO AUXILIARES DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

BARTOLOMÉ DE EUSTAQUIO(1563) EXPLICÓ:

"EXISTE UN LIGAMENTO MUY PODEROSO, INCERTADO PRINCIPALMENTE EN LAS
ENCIAS Y EN LAS RAICES, MEDIANTE EL CUAL, ESTAS SE CONECTAN FUER-
TEMENTE A LOS ALVEOLOS. LAS ENCIAS ASÍMISMO, CONTRIBUYEN A SU FIR
MEZA".

SE COMPARA AQUÍ A LA PIEL CON LAS UÑAS.

PIERRE FAUCHARD (1678-1761) PADRE DE LA ODONTOLOGIA MODERNA ESCR
IBE EN SU LIBRO "LE CHIRURGIEN DENTISTE" , LA EXPLICACIÓN DE MUCHOS
ASPECTOS DE LA PARIODONTOLOGÍA.

DESCRIBE LAS ENFERMEDADES COMO CLASE DE ESCORBUTO QUE ATACA ENCIA,
ALVEOLO Y DIENTES.

"NO SOLO LAS ENCIAS ATACADAS POR LA ENFERMEDAD PARODONTAL SON LAS QUE QUEDAN PÁLIDAS, HINCHADAS O INFLAMADAS, SINO TAMBIEN AQUELLAS QUE NO DENUNCIEN ESTOS SINTOMAS, QUE TAMPOCO SE HAYAN INMUNES A ESTA ENFERMEDAD.

SE LE RECONOCE COMO UN PUS AMARILLENTO Y POR UN MATERIAL GLUTINOSO QUE ES EXPULSADO DE LA ENCIA CUANDO SE APLICA UNA FUERZA CON LOS DEDOS".
RECOMENDÓ EL RASPADO MINUCIOSO DE LOS DIENTES PARA ELIMINAR EL DEPOSITO DE CÁLCULOS E IDEÓ MUCHOS INSTRUMENTOS CON ESTA FINALIDAD, DENTRIFICOS, ENJUAGATORISO Y FERULIZACIÓN PARA DIENTES FLOJOS.

JOHN HUNTER (SIGLO XVII) EXPLICÓ EN SU LIBRO LAS ENFERMEDADES DEL PROCESO ALVEOLAR, QUE, PRESUMIA, ERA EL LUGAR DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL SUPURATIVA.

EN EL SIGLO XIX APARECIERON NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA ENFERMEDAD PARODONTAL, TALES COMO:

KUNSTMAN: QUIEN INVENTÓ NUEVAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

ROBISCEK: QUE UTILIZÓ LA OPERACIÓN POR COLGAJO.

A. JOHN M. RIGGS, FUE DE LOS PRIMEROS QUE CONTRIBUYERON AL DESARROLLO DE LA ESPECIALIDAD.

ÉL HIZO LA PRIMERA Y ORIGINAL DESCRIPCIÓN DE UN NUEVO TRATAMIENTO PARA CURAR LA RESORCIÓN DEL PROCESO ALVEOLAR, SALVANDO Y RESTAURANDO DE ESTA MANERA LA FIRMEZA DE LOS DIENTES AFLOJADOS.

EL TRATAMIENTO CONSISTÍA EN HACER UN CURETAJE SUBGINGIVAL.

DESCRIBIÓ DETALLADAMENTE LA ENFERMEDAD PARODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE, QUE POR MUCHOS AÑOS SE CONOCIÓ COMO ENFERMEDAD DE RIGGS.

LA PARODONCIA EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA.

SE FUE HACIENDO CLARO, QUE LA ENFERMEDAD PARODONTAL, QUE CAUSA LA PÉRDIDA DENTARIA EN ADULTOS, ERA LA ETAPA FINAL DEL PROCESO QUE SE HABRÁ ORIGINADO Y NO TRATADO EN LA JUVENTUD.

EL TRATAMIENTO TEMPRANO ES MÁS SIMPLE Y PRODUCE RESULTADOS PREVISIBLES Y EVITA EN EL PACIENTE LA PÉRDIDA INNECESARIA DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE.

TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES SE REALIZAN, TENIENDO EN CUENTA SUS EFECTOS SOBRE EL PARODONTO.

LAS MEDIDAS EFECTIVAS APLICADAS EN EL CONSULTORIO PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD PARODONTAL, SON PARTE DEL CUIDADO TOTAL DE TODOS LOS PACIENTES.

SE HAN ESTADO APLICANDO PROGRAMAS EDUCACIONALES, CON EL FIN DE ALERTAR, AL PÚBLICO, RESPECTO A LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL Y MOTIVARLO PARA QUE APROVECHE LA VENTAJA DE LOS METODOS ACTUALES DE PREVENCIÓN.

CAPITULO II

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA EN LA PARODONCIA.

LOS TEJIDOS PARODONTALES EN ESTADO SAMO:

EL PARODONTO ES EL TEJIDO DE PROTECCION Y SOSTEN DEL DIENTE, ESTÁ CONSTITUIDO POR DOS TEJIDOS BLANDOS QUE SON LA ENCIA Y EL LIGAMENTO PARONTAL, Y DOS TEJIDOS DUROS QUE SON EL CEMENTO Y EL HUESO ALVEOLAR. EN ESTE TEMA VEREMOS LAS CARACTERÍSTICAS NORMALES DEL PARODONTO, CUYO CONOCIMIENTO ES NECESARIO PARA COMPRENDER LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

I-. ENCIA:

LA ENCIA ES LA PARTE DE LA MUCOSA BUCAL QUE CUBRE LOS PROCESOS ALVEOLARES DE LOS MAXILARES Y RODEA LOS CUELLOS DE LOS DIENTES, JUNTO CON EL REVESTIMIENTO DEL PALADAR DURO FORMAN LA MUCOSA MASTICATORIA. LA ENCIA NORMAL PRESENTA UN COLOR ROSA SALMON, Y UN PUNTILLO.

PARA SU ESTUDIO LA DIVIDIMOS EN TRES REGIONES ANATÓMICAS:

1.-ENCIA MARGINAL O ENCIA LIBRE:

ES LA ENCIA QUE RODEA LOS DIENTES A MANERA DE COLLAR, MIDE DE 0.5 A 1.0 MM. PUEDE SER SEPARADA DE LA SUPERFICIE DENTAL POR MEDIO DE UNA SONDA ROMA; FORMA LA PARED BLANDA DEL SURCO GINGIVAL.

HISTOLÓGICAMENTE ESTÁ FORMADA POR UN NÚCLEO CENTRAL DE TEJIDO CONECTIVO CUBIERTO POR PARTE EXTERNA DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO QUE PUEDE SER QUERATINIZADO O PARAQUERATINIZADO, CONTIENE PROLONGACIONES EPITELIALES Y SE CONTINÚA CON EL EPITELIO DE LA ENCIA INSERTADA; LA PARTE INTERNA ESTÁ CUBIERTA DE EPITELIO DESPROVISTO DE PROLONGACIONES EPITELIALES, EN EL CUAL SOLO EXISTEN DOS CAPAS DE CELULAS QUE SON LA BASAL Y LA ESPINOSA, NO ES QUERATINIZADO NI PARAQUERATINIZADO, ESTE EPITELIO ACTÚA COMO UNA MEMBRANA SEMIPERMEABLE ENTRE LA ENCIA Y EL SURCO GINGIVAL.

EL SURCO GINGIVAL ES LA HENDIDURA SUPERFICIAL ALREDEDOR DEL DIENTE, ESTÁ LIMITADO POR UNA PARED BLANDA QUE ES LA ENCIA MARGINAL, TIENE FORMA DE "V", DEBE MEDIR ENTRE 0.5 Y 2.0 MM, CONTIENE EN SU INTERIOR AL LIQUIDO CREVICULAR.

COLOCADA APICALMENTE AL SURCO GINGIVAL ENCONTRAMOS LA ADHERENCIA EPITELIAL, QUE UNE LA ENCIA LIBRE AL DIENTE, ESTA ADHERENCIA SE UNE AL ESMALTE POR UNA LÁMINA BASAL QUE SÓLO SE OBSERVA AL MICROSCOPIO ELECTRICO, ESTÁ COMPUESTA POR UNA ZONA RADIO OPACA ADYACENTE AL ESMALTE Y UNA ZONA RADIO LUCIDA A LA CUAL SE ADHIEREN LOS HEMIDESMOSOMAS, QUE SON PLACAS DE UNIÓN, DE LAS CELULAS BASALES. LA ADHERENCIA EPITELIAL ES UNA ESTRUCTURA DE AUTORENOVACIÓN, YA QUE LAS CELULAS DE LA CAPA BASAL ESTÁN EN CONSTANTE MITOSIS Y LA DESCAMACIÓN SE LLEVA A CABO POR EL INTERSTICIO DEBIDO A QUE LAS CELULAS MIGRAN HACIA LA SUPERFICIE DENTARIA.

DESDE EL TEJIDO CONECTIVO SE FILTRA EL LIQUIDO CREVICULAR HASTA EL SURCO GINGIVAL, ESTE LIQUIDO LIMPIA EL MATERIAL DEL SURCO, CONTIENE PROTEÍNAS PLASMÁTICAS QUE PUEDEN MEJORAR LA LA ADHERENCIA EPITELIAL AL DIENTE, POSEE PROPIEDADES ANTIMICROBIANAS, PUEDE ACTUAR COMO ANTICUERPO EN DEFENSA DE LA ENCIA Y CONTRIBUYE A LA FORMACION DE PLACA BACTERIANA Y CÁLCULOS DENTARIOS, LA COMPOSICIÓN DE ESTE LIQUIDO ES SEMILAR A LA DE LA PLASMA SANGUINEA EXCEPTO EN LAS PROPORCIONES DE ALGUNOS DE SUS COMPONENTES.

LAS FIBRAS GINGIVALES SON UN SISTEMA DE HACES DE FIBRAS COLÁGENAS DEL TEJIDO CONJUNTIVO DE LA ENCIA MARGINAL, LA MANTIENEN ADHERIDA AL DIENTE Y LE DAN RIGIDEZ PARA SOPORTAR LAS FUERZAS DE MASTICACIÓN, ESTAS FIBRAS NUNCA PASAN HACIA EL EPITELIO, SE DIVIDEN EN GRUPOS:

- A) -GINGIVODENTALES, SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN EL CEMENTO DEL DIENTE POR DEBAJO DE LA ADHERENCIA EPITELIAL, DE AQUI SE EXTIENDEN EN FORMA DE ABANICO HACIA LA CRESTA GINGIVAL Y LA SUPERFICIE EXTERNA DE LA ENCIA MARGINAL, Y HACIA LA CARA EXTERNA DEL PERIOSTIO DEL HUESO ALVEOLAR, TERMINANDO EN LA EN/

CIA INSERTADA O UNIDAS AL PERIOSTIO.

B)-CIRCULARES, ESTE GRUPO DE FIBRAS NO TIENE INSERCIÓN FIJA, CORREREN A TRAVÉS DEL TEJIDO CONECTIVO DE LA ENCÍA MARGINAL E INTERDENTARIA, SE EXTIENDE ALREDEDOR DEL DIENTE EN FORMA DE ANILLO.

C)-TRANCEPTALES, SE ENCUENTRAN EN LAS CARAS PROXIMALES ENTRE LA BASE DEL SURCO GINGIVAL Y LA CRESTA DEL HUESO INTERDENTARIO FORMAN HACES HORIZONTALES QUE SE EXTIENDEN ENTRE EL CEMENTO DE DIENTES VECINOS, SE LES PUEDE CONSIDERAR COMO LAS FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

2.-ENCÍA INSERTADA:

ANATÓMICAMENTE ESTA ENCÍA SE ENCUENTRA ENTRE LA ENCÍA LIBRE Y LA MUCOSA ALVEOLAR, SU ANCHURA PUEDE VARIAR DESDE 1 A 9 MM, EN LA CARA LINGUAL DEL MAXILAR INFERIOR LA ENCÍA INSERTADA TERMINA EN LA UNIÓN CON LA MEMBRANA MUCOSA QUE RECUBRE EL SURCO SUBLINGUAL EN EL PISO DE LA BOCA, EN LA CARA PALATINA DEL MAXILAR SUPERIOR SE UNE IMPERCEPTIBLEMENTE CON LA MUCOSA PALATINA.

DEPENDIENDO DEL ÁREA DE INSERCIÓN SE LE PUEDE DENOMINAR ENCÍA ALVEOLAR O ENCÍA CEMENTARIA.

ESTÁ COMPUESTA POR UN ESTROMA DE TEJIDO CONJUNTIVO CUBIERTO DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO, ESTE EPITELIO CONSTA DE: A) CAPA BASAL DE CÉLULAS CUBOIDES DE NÚCLEO GRANDE CON TODOS LOS ORGANOS CITOPLÁSMICOS, EN ESTA CAPA SE LLEVA A CABO LA MITOSIS. LAS CÉLULAS BASALES TIENEN UN HEMIDESMOSOMA, LAS CÉLULAS BASALES SE UNEN AL TEJIDO CONJUNTIVO POR MEDIO DE UNA LÁMINA BASAL, POR DEBAJO DE LA ZONA RADIO OPACA DE ESTA LÁMINA HAY FIBRAS DE RETICULINA YA EN CONTACTO CON EL TEJIDO CONJUNTIVO Y QUE ESTÁN FORMADAS POR ÁCIDO NITRÍSTICO E HIDRATOS DE CARBONO. EN ES

TA CAPA PODEMOS ENCONTRAR TAMBIEN CELULAS DE LANGERHANS Y MELANOCITOS ESTOS ULTIMOS FORMAN LA MELANINA QUE PASA A LOS QUERATINOCITOS PARA DARLE COLORACION A LA ENCIA, HAY UN MELANOCITO POR CADA SIETE CELULAS BASALES; B) CAPA ESPINOSA, EN ESTAS CELULAS APARECEN GRANULOS DENOMINADOS CUERPOS DE ODLAN QUE SE FORMAN EN EL APARATO DE GOLGI, MIGRAN HACIA LA SUPERFICIE DE LA CÉLULA Y SON EXFOLIADOS HACIA EL ESPACIO INTERCELULAR, CONTIENEN ALGUNAS ENZIMAS QUE ACTUAN COMO SUSTANCIA INTERCUMENTANTE Y COMO BARRERA PARA LA ENTRADA FISIOLÓGICA DEL AGUA; C) CAPA GRANULOSA, CONSTA DE CÉLULAS APLANADAS QUE PRESENTAN GRANULOS DE QUERATOHIALINA EN EL CITOPLASMA, A PARTIR DE LA ACUMULACIÓN DE ELLAS SE LLEVA A CABO LA QUERATINIZACIÓN CELULAR; D) CAPA SUPERFICIAL, PUEDE SER QUERATINIZADO O PARAQUERATINIZADA, LAS CÉLULAS SON APLANADAS Y ESPERAN SU CICLO DE DESCAMACIÓN, ESTA ES BRUPTA Y NO GRADUAL COMO EN LA PIEL, LA QUERATINIZACIÓN ES EL ÚLTIMO ESTADIO EN LA DIFERENCIACIÓN CELULAR PARA CUMPLIR UN FIN BIEN DEFINIDO, QUE ES EL DE DEFENSA DE LA ENCIA ANTE LOS IRRITANTES FÍSICOS, QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS, A MAYOR QUERATINIZACIÓN HAY MAYOR DEFENSA.

3.- ENCIA INTERDENTARIA Y COL:

LA ENCIA INTERDENTARIA OCUPA EL NICHOS GINGIVAL QUE ES EL ESPACIO INTERPROXIMAL SITUADO DEBAJO DEL AREA DE CONTACTO DENTARIO, ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES ENCONTRAMOS UNA PAPILA INTERDENTARIA Y ENTRE LOS DIENTES POSTERIORES ENCONTRAMOS DOS PAPILAS UNA VESTIBULAR Y UNA LINGUAL QUE SE ENCUENTRAN UNIDAS POR EL COL, QUE ES UNA DEPRESIÓN PARECIDA A UN VALLE Y SE ADAPTA A LA FORMA DEL AREA DE CONTACTO INTERPROXIMAL, TIENEN LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS QUE LA PARTE INTERNA DEL INTERSTICIO POR LO QUE SON FÁCILMENTE ATACADOS POR LA PLACA Y SUS PRODUCTOS.

II.- LIGAMENTO PARODONTAL.

EL LIGAMENTO PARODONTAL ES LA ESTRUCTURA DE TEJIDO CONECTIVO QUE RODEA A LA RAÍZ DE LOS DIENTES Y LAS UNE AL HUESO, SIRVE DE SOSTEN AL DIENTE EVITÁNDOLE MOVIMIENTOS LATERALES Y APICALES, LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DEL LIGAMENTO PARODONTAL SON LAS FIBRAS COLÁGENAS DISPUESTAS EN HACES, QUE SIGUEN UN RECORRIDO ONDULADO, LOS EXTREMOS DE LAS FIBRAS ESTÁN CALCIFICADOS, SE INSERTAN EN EL CEMENTO Y HUESO, SE LES DENOMINA FIBRAS PRINCIPALES SE DIVIDEN EN:

- 1.- TRANSEPTALES. SE EXTIENDEN EN FORMA HORIZONTAL POR ABAJO DE LA ADHERENCIA EPITELIAL Y SOBRE LA CRESTA ALVEOLAR, SE INCLUYEN EN EL CEMENTO DEL DIENTE VECINO.
- 2.- CRESTOALVEOLARES. SE DIRIGEN OBLICUAMENTE DEL CEMENTO HACIA LA CRESTA ALVEOLAR, EQUILIBRAN EL EMPUJE CORONARIO DE LAS FIBRAS APICALES, MANTIENAN AL DIENTE DENTRO DEL ALVEOLO Y LO AYUDAN A RESISTIR LOS MOVIMIENTOS LATERALES.
- 3.- HORIZONTALES. SE EXTIENDEN EN ÁNGULO RECTO RESPECTO DEL EJE MAYOR DEL DIENTE, VAN DEL CEMENTO AL HUESO ALVEOLAR, SU FUNCIÓN ES SIMILAR A LAS CRESTAS ALVEOLARES
- 4.- OBLICUAS. SE EXTIENDEN OBLICUAMENTE DESDE EL CEMENTO EN DIRECCIÓN CORONARIA, HASTA EL HUESO, SON LAS MÁS NUMEROSAS, TRANSFORMAN LAS PRESIONES QUE RECIBE EL DIENTE EN TRACCIONES SOBRE EL ALVEOLO.
- 5.- APICALES. ESTAS FIBRAS SE IRRADIAN DESDE EL CEMENTO HACIA EL HUESO EN EL FONDO DEL ALVEOLO.

6.- RADICULARES. SÓLO SE OBSERVA EN DIENTES CON DOS O MÁS RAICES, VAN DEL CEMENTO AL TABIQUE INTERRADICULAR.

SE PUEDEN ENCONTRAR FIBRAS COLÁGENAS, DISTRIBUIDAS CON MENOR REGULARIDAD, QUE CONTIENEN VASOS SANGUÍNEOS, LINFÁTICOS Y NERVIOS. OTRAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL SON LAS FIBRAS ELÁSTICAS Y LAS FIBRAS OXITALÁNICAS QUE SE ENCUENTRAN ALREDEDOR DE LOS VASOS, SE DESCONOCE SU FUNCIÓN.

DENTRO DEL LIGAMENTO PARODONTAL PODEMOS ENCONTRAR ELEMENTOS CELULARES COMO SON LOS FIBROBLASTOS, CELULAS ENDOTELIALES, CEMENTOBLASTOS OSTEOBLASTOS, OSTEOCLASTOS, MACROFAGOS, RESTOS EPITELIALES DE MALASEZ Y MASAS CALCIFICADAS DENOMINADAS DEMENTICULOS.

LAS FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL SON:

- A) FÍSICA. TRANSMITEN LAS FUERZAS OCLUSALES AL HUESO, MANTIENEN AL DIENTE DENTRO DEL ALVEOLO, MANTIENEN LOS TEJIDOS GINGIVALES EN SU POSICIÓN, Y DA RESISTENCIA AL IMPACTO DE LAS FUERZAS OCLUSALES.
- B) FORMATIVA. ACTÚA COMO PERIOSTIO PARA EL CEMENTO Y EL HUESO DURANTE LA FORMACIÓN Y REABSORCIÓN DE LOS MISMOS, QUE SE EFECTÚA CON LOS MOVIMIENTOS FISIOLÓGICOS DEL DIENTE.
- C) NUTRITIVA. PROPORCIONA SUBSTANCIAS NUTRITIVAS AL CEMENTO, HUESO Y ENCIÓN, MEDIANTE LOS VASOS SANGUÍNEOS, TAMBIÉN PROPORCIONA DRENAJE LINFÁTICO.
- D) SENSORIAL. VA A ESTAR DADA POR LA INERVACIÓN DEL LIGAMENTO PARODONTAL QUE CONFIERE SENSIBILIDAD PROPIOCEPTIVA Y TÁCTIL QUE DETECTA Y LOCALIZA LAS FUERZAS QUE ACTÚAN SOBRE LOS DIENTES.

III.- CEMENTO

EL CEMENTO ES EL TEJIDO MESENQUIMATOSO CALCIFICADO QUE CUBRE LA PARED EXTERNA DE LA RAÍZ ANATÓMICA, EJERCE UN PAPEL MUY IMPORTANTE A LAS ENFERMEDADES-PARODONTALES. EXISTEN DOS TIPOS DE CEMENTO: ACELULAR O PRIMARIO Y CELULAR O SECUNDARIO, LOS DOS SE COMPONEN DE UNA MATRIZ INTERFIBRILAR CALCIFICADA Y FIBRAS COLÁGENAS. EL TIPO CELULAR CONTIENE CEMENTOCITOS LOCALIZADOS EN LAS LAGUNAS CEMENTOIDES, QUE SE COMUNICAN ENTRE SI MEDIANTE UN SISTEMA DE CAVALICULOS ANÁSTOMOSADOS. EN EL CEMENTO PODEMOS ENCONTRAR DOS TIPOS DE FIBRAS COLÁGENAS QUE SON LAS FIBRAS DE SHARPEY Y UN SEGUNDO GRUPO QUE POSIBLEMENTE PROVIENE DE CEMENTOBLASTOS, AMBAS GENERAN SUBSTANCIA FUNDAMENTAL GLUCOPROTEICA, LAS FIBRAS DE SHARPEY OCUPAN LA MAYOR PARTE DEL CEMENTO ACELULAR, SE INSERTAN EN LA SUPERFICIE DENTARIA MÁS O MENOS EN ÁNGULO RECTO, Y PENETRAN EN LA PROFUNDIDAD DEL CEMENTO, PERO HAY OTRAS QUE PENETRAN EN DIFERENTES ÁNGULOS, EL CEMENTO CELULAR VA HA ESTAR MENOS CALCIFICADO QUE EL ACELULAR POR SU BAJO CONTENIDO EN FIBRAS DE SHARPEY, LA DISTRIBUCIÓN DEL CEMENTO ES LA SIGUIENTE: EN LA MITAD CORONARIA DE LA RAÍZ ENCONTRAMOS CEMENTO ACELULAR, Y EN LA MITAD APICAL ENCONTRAMOS CEMENTO CELULAR.

EL CONTENIDO INORGÁNICO DE CEMENTO VA HA ESTAR DADO POR LA HIDROXIAPATITA EN UN 46%, EL CALCIO Y LA RELACIÓN MAGNESIO FÓSFORO ESTÁN MÁS ELEVADAS EN EL ÁREA CERVICAL. LA MATRIZ DEL CEMENTO ESTÁ COMPUESTA POR UN COMPLEJO DE PROTEÍNAS Y CARBOHIDRATOS Y UN COMPONENTE PROTEICO QUE INCLUYE ARGININA Y TIROSINA, TAMBIÉN HAY MUCOPOLISACARIDO NEUTRO Y ÁCIDO.

EL CEMENTO SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE LA UNIÓN AMELOCEMENTARIA, TIENE UNA IMPORTANCIA CLÍNICA MUY ESPECIAL, YA QUE DURANTE LA ENFERMEDAD PARODONTAL SE PIERDE DEJANDO AL DESCUBIERTO A LA DENTINA, Y EL ESMALTE FORMA UN BORDE QUE DURANTE LOS PROCESOS DE RASPADO Y CURETAJE PUEDE CONFUNDIRSE CON CÁLCULOS DEN

TARIOS, LA UNIÓN DEL CEMENTO CON EL ESMALTE PUEDE SER DE TRES FORMAS:

- 1.- CUANDO EL CEMENTO LLEGA AL ESMALTE CUBRIENDO PARTE DE ESTE (60 a 65%).
- 2.- CUANDO EL CEMENTO LLEGA BORDE A BORDE CON EL ESMALTE (30%).
- 3.- CUANDO EL CEMENTO Y EL ESMALTE NO SE UNEN (5 A 10%).

EL ESPESOR DEL CEMENTO ES DE 16 A 60 MICRONES EN EL ÁREA CERVICAL DE LA RAÍZ Y ADQUIERE SU MAYOR ESPESOR EN EL ÁREA APICAL Y DE FURCACIONES ALCANZANDO HASTA 200 MICRONES.

CEMENTOGENESIS. LA MINERALIZACIÓN DE LAS FIBRAS COLÁGENAS, EMPIEZA DENTRO DE LA MATRIZ AUMENTANDO SU ESPESOR POR MEDIO DE LA ADISIÓN DE SUSTANCIA FUNDAMENTAL Y LA MINERALIZACIÓN PROGRESIVA DE LAS FIBRAS COLÁGENAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL. PRIMERO SE DEPOSITAN CRISTALES DE HIDROXIAPATITA DENTRO DE LAS FIBRAS DESPUÉS EN LA SUPERFICIE Y POR ÚLTIMO EN LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL. EL CEMENTO SE DEPOSITA CONTINUAMENTE, UNA VEZ QUE EL DIENTE HA HECHO ERUPCIÓN Y HASTA PONERSE EN CONTACTO CON SU ANTAGONISTA FUNCIONAL Y DURANTE TODA LA VIDA, LA FORMACIÓN DEL CEMENTO ES UN PROCESO CONTINUO QUE SE PRODUCE A RITMOS DIFERENTES, TANTO EL CEMENTO DE LOS DIENTES ERUPCIONADOS COMO EL DE LOS NO ERUPCIONADOS SE HAYA SUJETO A RESORCIÓN QUE PUEDE SER MICROSCÓPICA O LO SUFICIENTEMENTE EXTENSA QUE SE PUEDA DETECTAR RADIOGRÁFICAMENTE. EL ÁREA DE MAYOR RESORCIÓN ES EL ÁREA APICAL, ESTA RESORCIÓN PUEDE SER PROVOCADA POR CAUSAS GENERALES COMO LAS ENFERMEDADES DEBILITANTES O DEFICIENCIA DE VITAMINAS D Y A, O POR CAUSAS LOCALES COMO EL TRAUMA OCLUSAL, MOVIMIENTOS ORTODÓNTICOS, ENFERMEDAD PARODONTAL, REACCIONES PERIAPICALES, QUISTES, TUMORES, ETC.

IV.- HUESO ALVEOLAR.

ES EL HUESO QUE FORMA Y SOSTIENE LOS ALVEOLOS DENTARIOS, ESTÁ FORMADO POR:

- 1.- LA PARED INTERNA DEL ALVEOLO, QUE ES DE HUESO COMPACTO Y DELGADO.
- 2.- TRABÉCULAS RETICULARES O HUESO ESPONJOSO.
- 3.- TABLAS CORTICALES VESTIBULAR Y PALATINA O LINGUAL.

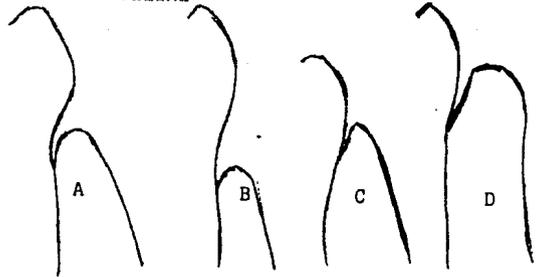
ESTOS TRES ELEMENTOS ANATÓMICOS FUNCIONAN COMO UNA UNIDAD, LAS FUERZAS - OCLUSALES QUE SE TRANSMITEN DESDE EL LIGAMENTO PARODONTAL HACIA LA PARTE INTERNA DEL ALVEOLO SON SOPORTADAS POR EL TRABECULADO ESPONJOSO, QUE, A SU VEZ ES SOSTENIDO POR LAS TABLAS CORTICALES VESTIBULAR Y LINGUAL.

CAPÍTULO III

HISTORIA CLINICA EN PARODONCIA.

5.-.POSICIÓN DEL MARGEN Y LA ADHERENCIA EPITELIAL

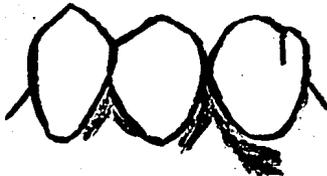
- A) NORMAL
- B) RECESIÓN
- C) ERUPCIÓN PASIVA RETARDADA
- D) AGRANDAMIENTO



6.-PAPILAS INTERDENTARIAS

ONDULADAS NORMAL

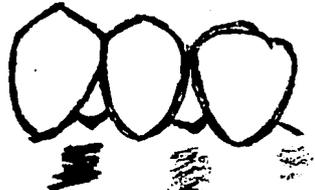
ROMAS ----- AGRANDADAS
SOCAVADAS
CRÁTER GINGIVAL



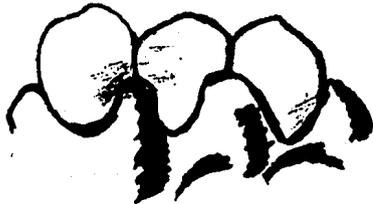
NORMAL



ROMA



CRATERES GINGIVALES



PAPILAS AGRANDADAS

7.-VARIOS

- A) FISTULAS
- B) LESIONES

PERIODONCIO

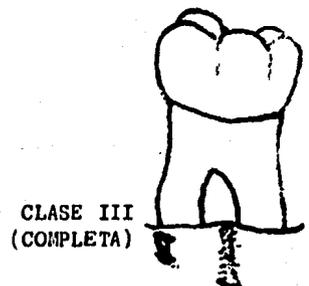
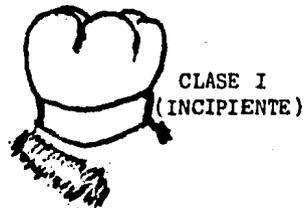
1.-PROFUNDIDAD; Y CONTORNO DE LA BOLSA

UTILÍCESE LA SONDA PERIODONTAL EN EL SENTIDO DEL EJE MAYOR DEL DIENTE; REGÍSTRESE TODO TRANSTORNO NOTABLE Y TAMBIÉN LAS MEDICIONES CORRIENTES EN LAS CUATRO CARAS: VESTIBULAR, LINGUAL, MESIAL, DISTAL.

2.-EXUDADOS DEL SURCO:

- A) HEMORRAGIA
- B) SUPURACIÓN
- C) FLUIDO GINGIVAL
- D) PSEUDOMEMBRANA

3.-LESIONES DE FURCACIONES (USESE UN EXPLORADOR # 23)



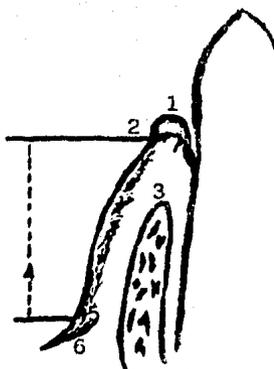
4.-TRACCIÓN DEL FRENILLO:

EXAMINENSE LOS LABIOS Y CARRILLOS, OBSERVANDO EL MARGEN GINGIVAL LIBRE PARA DETECTAR:

- A) ISQUEMIA
- B) DESPLAZAMIENTO

5.-APARATO GINGIVAL NORMAL:

- 1-MARGEN GINGIVAL LIBRE
- 2-SURCO GINGIVAL
- 3-CRESTA DEL HUESO ALVEOLAR
- 4-ZONA DE ENCIA INSERTADA
- 5-LINEA MUCOGINGIVAL
- 6-MUCOSA

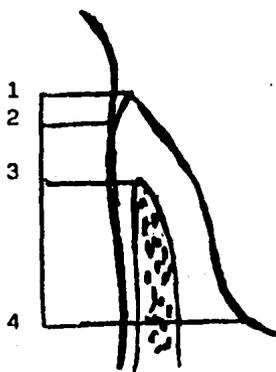


LA ZONA DE ENCIA INSERTADA ES ADECUADA CUANDO EL MOVIMIENTO DE LOS LABIOS Y LA TRACCIÓN DEL FRENILLO NO PRODUCE ISQUEMIA O DESPLAZAMIENTO DEL MARGEN GINGIVAL LIBRE.

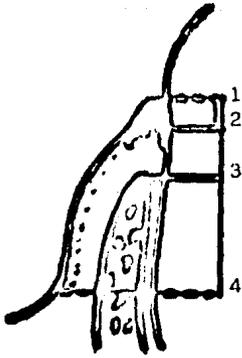
LAS LOCALIZACIONES COMUNES DEL FRENILLO SON LA LINEA MEDIA DE CADA ARCO Y LA REGIÓN DE PREMOLARES DE CADA CUADRANTE.

6.-RELACIONES PERIODONTALES:

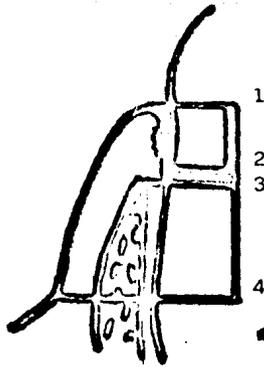
- 1-MARGEN GINGIVAL LIBRE
- 2-INSERCIÓN EPITELIAL
- 3-CRESTA ALVEOLAR
- 4-LINEA MUCOGINGIVAL



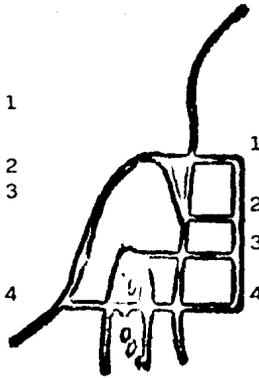
NORMAL



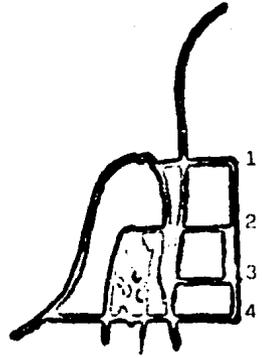
GINGIVITIS INCIPIENTE
(LESIÓN DEL SURCO)



GINGIVITIS CON
BOLSA



PERIODONTITIS



BOLSA INFRAÓSEA

DIENTES

1.-PRESENCIA O AUSENCIA.

2.-RESTAURACIONES Y CALIDAD.

- a) MÁRGENES SOBREEXTENDIDOS O ESCASOS.
- b) CONTORNO.
- c) CONTACTOS.

3.-FACETAS DE DESGASTE

A) FUNCIONALES

B) PARAFUNCIONALES

1) OCUPACIONALES

2) HABITUALES

3) NEURÓTICAS.

4.-DEPÓSITOS (USO DE TABLETAS O SOLUCIONES REVELANTES)

A) PIGMENTACIONES

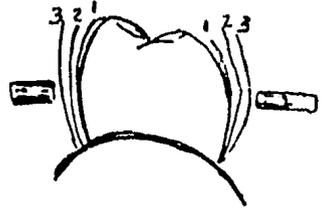
B) PLACA

C) CÁLCULOS

D) MATERIA ALBA

5.-MOVILIDAD (USO DE DOS INSTRUMENTOS RÍGIDOS)

- A) CLASE I MOVIMIENTO APENAS DICERNIBLE
- B) CLASE II MOVIMIENTO HASTA 1 MM
- C) CLASE III MOVIMIENTO MAYOR DE 1 MM O DE INTRUSIÓN.



6.-PERCUSIÓN

- A) VERTICAL
- B) HORIZONTAL



7.-PRUEBA DE VITALIDAD

- A) CALOR
- B) FRIO
- C) CORRIENTE ELÉCTRICA

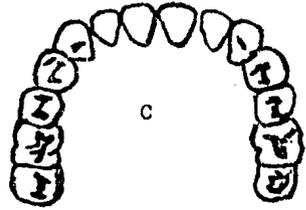
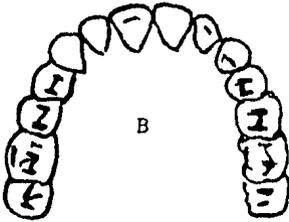
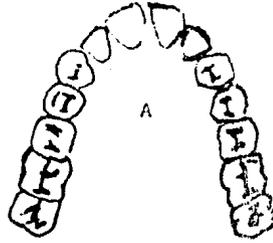
8.-TRANSILUMINACIÓN

- A) OPACIDAD
- B) TRANSLUCIDEZ

FORMA DEL ARCO

1.-FORMA DEL ARCO

- A) ANGOSTO
- B) NORMAL
- C) ANCHO



2.-PLANO DE OCLUSIÓN

- A) UNO, DOS, O TRES PLANOS
- B) LOCALIZACIÓN O DESARMONIAS

3.-APIÑAMIENTO DE DIENTES

4.-ROTACIONES E INCLINACIONES

- A) HACIA MESIAL
- B) HACIA DISTAL
- C) HACIA LINGÜAL
- D) HACIA VESTIBULAR

5.-EXTRUSIÓN E INTRUSIÓN

6.-RELACIONES DE OCLUSIÓN CRUZADA

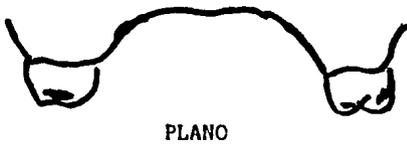
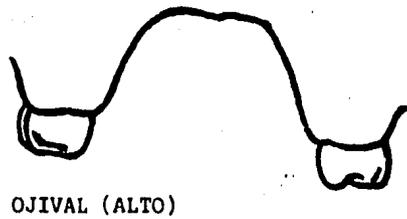
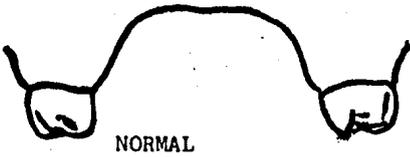
7.-OTRAS MALPOSICIONES

8.-TORUS

A) PALATINO

B) MANDIBULAR

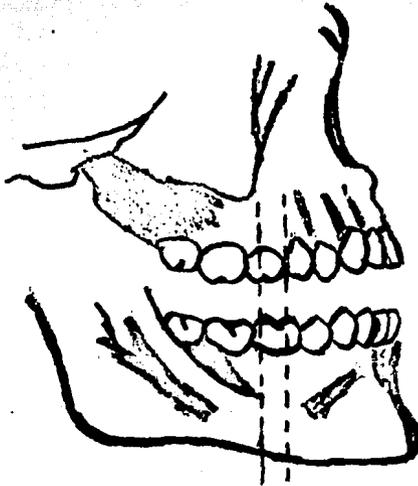
9.-ALTURA DEL PALADAR



10.-RELACIONES INTERMAXILARES: CLASIFICACION DE ANGLE

A) CLASE I

EL MAXILAR INFERIOR SE HALLA EN SU RELACION ANTEROPOSTERIOR
NORMAL RESPECTO DEL MAXILAR SUPERIOR.
HAY MALPOSICIÓN DE DIENTES AISLADOS.



B) CLASE II

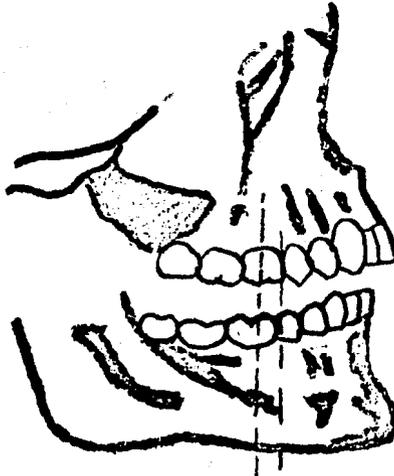
HAY RELACION DISTAL DE LAS CUSPIDES DE LOS DIENTES INFERIORES CON LOS SUPERIORES.

DIVISION 1

PROTRUSION DE LOS DIENTES ANTERIORES

ARCO ANGUSTO, CONTRAIDO

PALDAR ALTO

**DIVISION 2**

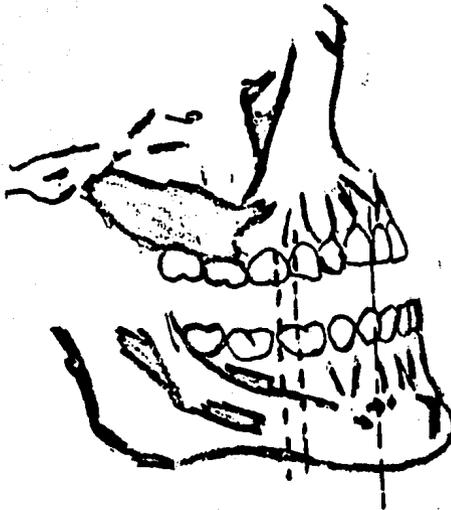
RETRUSION DE DIENTES ANTERIORES

ARCO DE ANCHO NORMAL

PALADAR DE ALTURA NORMAL

C)-CLASE III

HAY RELACION MESIAL DE LAS CÚSPIDES DE LOS DIENTES INFERIORES
CON LOS SUPERIORES.



11.- ZONAS DE ACUÑAMIENTO DE ALIMENTOS

VERTICAL

- A) CONTACTOS ABIERTOS
- B) REBORDES MARGINALES IRREGULARES
- C) CUSPIDES IMPELENTES

HORIZONTAL

- A) ACCIÓN DE LABIOS Y LENGUA

ANÁLISIS OCLUSAL

OBSERVAR

- 1) RELACIÓN CENTRICA
- 2) OCLUSIÓN CENTRICA
- 3) POSICIONES Y EXCURSIONES LATERALES

- 4) POSICIONES Y EXCURSIONES PROTUSIVAS
- 5) ESPACIO LIBRE
- 6) PARAFUCIÓN
- 7) TRAUMATISMO ÓCLUSAL SECUNDARIO (POSIBLE NESECIDAD DE FERULIZAR)
- 8) DIMENSIÓN VERTICAL
- 9) DESVIACIONES MUSCULARES MANDIBULARES
- 10) TIPO Y GRADO DE DESGASTE OCLUSAL
- 11) FORMA DE LOS DIENTES

ESTO SE DETERMINA MEDIANTE:

- 1) HISTORIA DEL PACIENTE
- 2) OBSERVACION
- 3) MORDIDA DE CERA
- 4) PAPEL DE ARTICULAR
- 5) PALPACION
- 6) RESPUESTAS DEL PACIENTE
- 7) AUSCULTACION
- 8) MODELOS
- 9) RADIOGRAFÍAS: OBSÉRVENSE LOS SIGUEINTES SIGNOS RADIOGRÁFICOS DE TRAUMATISMO OCLUSAL.
 - A) ALTERACION DE LA CORTICAL: ESPESAMIENTO, --- DISCONTINUIDAD, O PERDIDA (1)
 - B) ESPESAMIENTO DEL ESPACIO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL (2)

- C) ENSANCHAMIENTO CUNEIFORME DEL ESPACIO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL (3)
- D) REABSORCIÓN RADICULAR (4)
- E) HIPERCEMENTOSIS (5)
- F) OSTEOESCLEROSIS (6)
- G) CALCIFICACIÓN PULPAR (7)
- H) DESCARROS CEMENTARIOS (8)
- I) FRACTURA RADICULAR
- J) OSTEOPOROSIS (RADIOLUCIDEZ)

EXAMEN RADIOGRAFICO.

DIENTES

1.- PRESENCIA O AUSENCIA

- A) ANOMALIAS
- B) RETENCIONES
- C) RAICES DETENIDAS

2.- FORMAS DE LAS RAICES

- A) CÓNICAS
- B) APICE ROMO
- C) REBSORBIDAS (3)
- D) DIVERGENTES
- E) CEMENTOMAS

- 3.- LONGITUD DEL SOPORTE (RELACIÓN ENTRE CORONA Y RAIZ)
- 4.- CARIES MARGENES DE RESTAURACIONES, ETC.
- 5.- DEPÓSITOS

HUESO

- 1.- CONTORNO DE LA CRESTA
- 2.- CORTICAL
- 3.- ESPACIO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL
- 4.- DENSIDAD DEL HUESO Y TRABECULADO
- 5.- PUNTOS DE REFERENCIA
 - A) LINEA OBLICUA
 - B) AGUJERO MENTONIANO
 - C) LINEA DEL LABIO
 - D) SENO MAXILAR
 - E) CONDUCTOS ALIEMENTICIOS (70)
- 6.- RELACION DE LA LINEA CERVICAL CON EL CONTORNO ÓSEO
- 7.- ANORMALIDADES
 - A) RAREFACCIONES, APICAL (1)
 - B) QUISTES
 - C) CONDENSACIONES
 - D) REABSORCIÓN DE HUESO (6)
 - E) LESIONES DE BIFURCACIONES (4)

CAPITULO IV

ENFERMEDADES MAS COMUNES DEL PARODONTO.

ENFERMEDADES DEL PARODONTO.

- 1.-INFLAMACIÓN (GINGIVITIS),(PERIODONTITIS).
- 2.-DISTROFIA (GINGIVOSIS),(PERIODONTOSIS).
- 3.-NEOPLASIAS.
- 4.-ANOMALIAS.

GINGIVITIS.

ES LA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES EN FORMA AGUDA,SUB-AGUDA O CRÓNICA,CON O SIN AGRANDAMIENTO O RECESIÓN GINGIVAL EVIDENTE.

LA GINGIVITIS AGUDA NO ES COMÚN Y RARAS VECES SE PRESENTA EN PERSONAS DE BUENA SALUD.

LA GINGIVITIS CRÓNICA ES MUY COMÚN Y EN PACIENTES DENTADOS ES CASI UNIVERSAL.

ETIOLOGIA:

FACTORES LOCALES:

- 1.-MICRO-ORGANISMOS.
- 2.-CALCULOS.
- 3.-IMPACTACIÓN DE ALIMENTO.
- 4.-RESTAURACIÓN O PRÓTESIS INADECUADAS O IRRITANTES.
- 5.-RESPIRACIÓN BUCAL.
- 6.-MALPOSICIÓN DENTAL.
- 7.-APLICACIÓN DE SUBSTANCIAS QUÍMICAS O MEDICAMENTOS.

FACTORES SISTÉMICOS:

- 1.-TRASTORNOS NUTRICIONALES.
- 2.-ACCIÓN DE MEDICAMENTOS.
- 3.-EMBRARAZO,DIABETES.
- 4.-ALERGIA.
- 5.-HERENCIAS.
- 6.-FENOMENOS PSIQUICOS.
- 7.-INFECCIONES GRANULOMATOSAS ESPECIFICAS.

MICROORGANISMOS:

CRECEN COMO UNA PEQUEÑA PELÍCULA O PLACA, EN SU MAYOR PARTE EN LAS ZONAS DENTALES SIN AUTOLIMPIEZA, COMO ES DEBAJO DE LA CONVEXIDAD CERVICAL DE LA CORONA Y EN ZONAS CERVICALES.

LOS EXTENDIDOS DEL MATERIAL TOMADO DEL SURCO GINGIVAL NORMAL, EN CASOS DE PERIODONTITIS MARGINAL O DE LA BOLSA GINGIVAL EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, REVELAN UN GRAN NÚMERO DE MICROORGANISMOS: COCOS, BACILOS, MICROORGANISMOS FUSIFORMES, AMIBAS, ESPIROQUETAS Y A VECES TRICONOMAS.

MUCHOS MICROORGANISMOS SON POTENCIALMENTE CAPACES DE INVADIR TEJIDOS GINGIVALES, SOBRE TODO CUANDO SE MULTIPLICAN EN UNA BOCA SUCIA, EN LA CUAL LA RESISTENCIA HA SIDO REDUCIDA POR FACTORES LOCALES Y SISTÉMICOS Y EL EPITELIO DEL SURCO HA SIDO ÚLCERADO.

LAS TOXINAS DE ÉSTOS MICROORGANISMOS SON CAPACES DE CAUSAR IRRITACION. EL MECANISMO DE LA DEFENSA CONTRA LA ENFERMEDAD MICROBIANA ES LA REACCIÓN INMUNE, AUNQUE ÉSTOS TAMBIÉN PUEDEN SER INMUNES.

LA PLACA O ENDOTOXINA ACTÚA COMO ANTÍGENO EN LOS MECANISMOS INMUNES DE DEFENSA.

COMO LA REACCIÓN CELULAR EN LA ENFERMEDAD PARODONTAL SE CARACTERIZA POR UN PREDOMINIO DE CÉLULAS MONOCELULARES, LAS OCHO RESPUESTAS RETARDADAS O MEDITIZADAS POR CÉLULAS TAMBIÉN PARTICIPARÁN EN ASPECTOS DESTRUCTIVOS CRÓNICOS DE LA ENFERMEDAD.

EXISTEN OCACIONES EN QUE LOS ORGANISMOS ESPECIFICOS CAUSAN UNA REACCIÓN INFLAMATORIA DE LA ENCIA.

UNA INFECCIÓN MONILIÁCICA O TUBERCULOSA, POR EJEMPLO, PUEDE AFECTAR LA ENCIA. EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE, TAMBIÉN PUEDE AFECTAR LA ENCIA.

SE DESCRIBIERON GINGIVITIS ESTREPTOCOCCICAS Y ESTAFILOCOCCICAS ORIGINADAS ESPECIFICAMENTE POR ESOS MICROORGANISMOS.

CÁLCULOS:

EL CÁLCULO SUPRA O SUBGINGIVAL, CAUSA LA IRRITACIÓN DEL TEJIDO GINGIVAL QUE ESTÁ EN CONTACTO CON ÉL. ADEMÁS EL DAÑO FÍSICO DEL CÁLCULO SOBRE LA ENCIA POR FRICCIÓN, LA ESTIMULACIÓN NATURAL O EL MASAJE DE LA ENCIA POR LOS ALIMENTOS DURANTE LA MASTICACIÓN ES IMPEDIDA POR UNA MASA CALCIFICADA DE CÁLCULOS.

IMPACTACIÓN DE ALIMENTOS Y NEGLIGENCIA BUCAL GENERAL.

RESULTA EN UNA GINGIVITIS NACIDA DE LA IRRITACIÓN DE LA ENCIA QUE ORIGINAN LAS TOXINAS DE MICROORGANISMOS QUE PROLIFERAN EN ESTE MEDIO. LOS PRODUCTOS DE DESCOMPOSICIÓN DE RESIDUOS ALIMENTICIOS TAMBIÉN PUEDE RESULTAR IRRITANTE PARA LOS TEJIDOS GINGIVALES.

RESTAURACIONES O APARATOS INADECUADOS O IRRITANTES.

LOS MÁRGENES DESBORDANTES DE RESTAURACIONES PROXIMALES, IRRITAN DIRECTAMENTE LA ENCIA; ADEMÁS DE FOMENTAR LA ACUMULACIÓN DE RESIDUOS ALIMENTICIOS Y MICROORGANISMOS, LAS RESTAURACIONES MAL CONTORNEADAS PRODUCEN IRRITACIÓN GINGIVAL.

LAS PRÓTESIS O APARATOS DE ORTODONCIA QUE INVADEN LOS TEJIDOS GINGIVALES POR LA PRESIÓN EN SÍ O POR EL ATRAPAMIENTO DE ALIMENTOS Y MICROORGANISMOS

RESPIRACIÓN BUCAL:

EL RESECAMIENTO DE LA MUCOSA BUCAL POR RESPIRAR CON LA BOCA ABIERTA CAUSA IRRITACIÓN GINGIVAL CON INFLAMACIÓN, O A VECES HIPERPLASIA.

MALPOSICIÓN DENTAL.

LOS DIENTES QUE BROTAN O QUE FUERON DESPLAZADOS DE SU POSICIÓN NORMAL HACIA UNA POSICIÓN PRECARIA DONDE SON AGREDIDOS REPETIDAMENTE DURANTE LA MASTICACIÓN O EL CIERRE MANDIBULAR POR UNA FUERZA OCLUSAL DE MAGNITUD EXCESIVA; SON SUSCEPTIBLES A LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

LOS DIENTES EN VESTIBULOVERSIÓN POSEEN UNA MENOR CANTIDAD DE HUESO SOBRE SU SUPERFICIE VESTIBULAR Y SON MÁS SUSCEPTIBLES AL TRAUMATISMO DEL CEPILLADO Y A OTRAS IRRITACIONES LOCALES. LAS INSERCIONES ANORMALMENTE ALTAS DE LOS FRENILLOS AYUDAN TAMBIÉN A LA RECESIÓN GINGIVAL.

ACCIÓN DE SUBSTANCIAS QUÍMICAS O DROGAS.

COMO EJEMPLO MENCIONAMOS EL FENOL, NITRATO DE PLATA, ACEITES VOLÁTILES O ASPIRINAS COLOCADAS SOBRE LA ENCÍA, PROVOCARÁN UNA REACCIÓN INFLAMATORIA, MEDICAMENTOS COMO DILANTINA, PRODUCEN ALTERACIONES GINGIVALES AL SER ADMINISTRADO POR VÍA SISTEMÁTICA.

TRASTORNOS NUTRICIONALES.

ES FRECUENTE QUE LOS TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO NUTRICIONAL DE UNA PERSONA SE MANIFIESTEN POR CAMBIOS EN LA ENCÍA Y TEJIDOS PARODONTALES SUBYACENTES MÁS PROFUNDOS. LA INGESTA, ABSORCIÓN Y UTILIZACIÓN DE DIVERSAS VITAMINAS, MINERALES Y OTRAS SUBSTANCIAS NUTRITIVAS SON ESENCIALES PARA EL MANTENIMIENTO DE UN PERIODONTO NORMAL.

EMBARAZO.

LA ENCÍA EXPERIMENTA CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO, DENOMINÁNDOSE GINGIVITIS DEL EMBARAZO. EL ASPECTOCLÍNICO VARÍA DE LA AUSENCIA DE ALTERACIONES A UNA ENCÍA MARGINAL LISA, BRILLANTE, DE COLOR INTENSO, CON FRECUENTE ENGRANDAMIENTO FOCAL E INTENSA HIPEREMIA DE LAS PAPILAS INTERDENTARIAS.

SE FORMA UNA MASA ÚNICA DE ASPECTO TUMORAL, QUE ES HISTOLÓGICAMENTE IGUAL AL GRANULOMA PIÓGENO. ESTA GINGIVITIS APARECE AL FINAL DEL PRIMER TRIMESTRE Y CEDE POR COMPLETO AL CONCLUIR EL EMBARAZO.

DIABETES MELITUS.

EN EL PERIODONTO QUE SE LOCALIZA EN LA CAVIDAD BUCAL CON SUS MÚLTIPLES FACTORES PREDISPONENTES A LA ENFERMEDAD, INCLUIDOS LOS CALCULOS, BACTERIAS Y TRAUMAS, NO ES SORPRENDENTE QUE SE DESTRUYA MÁS FÁCILMENTE EN PERSONAS CON DIABETES NO CONTROLADAS, QUE EN PERSONAS SANAS.

OTRAS DISFUNCIONES ENDOCRINAS.

SE COMUNICA QUE LA GINGIVITIS SE PRODUCE EN LA PUBERTAD, LA ENCÍA SE PRESENTA HIPERÉMICA Y EDEMATOSA, SIENDO CAUSA REAL, LA IRRITACIÓN LOCAL. SE MENCIONA UNA GINGIVITIS ASOCIADA CON LA MENSTRUACIÓN.

FENÓMENOS PSÍQUICOS.

ESTOS FENÓMENOS TIENEN UNA DEFINIDA INFLUENCIA SOBRE LA INTENSIDAD DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL, LA INTENSIDAD ES MAYOR, A MEDIDA QUE AUMENTA LA ANSIEDAD Y DISMINUYE CUANDO ÉSTA DESAPARECE.

INFECCIONES GRANULOMATOSAS ESPECÍFICAS.

LA TUBERCULOSIS Y LA SÍFILIS PUEDEN PRODUCIR TIPOS DE GINGIVITIS CLÍNICAMENTE INESPECÍFICAS.

FRECUENCIA.

ES DISTRIBUCIÓN UNIVERSAL.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

EN LAS PRIMERAS ALTERACIONES EL COLOR DE LA ENCÍA LIBRE O MARGINAL VARIA DEL ROSADO HASTA EL ROJO AZULADO A MEDIDA QUE LA HIPEREMIA

Y EL INFILTRADO INFLAMATORIO SE INTENSIFICA. LA SALIDA DE SANGRE DEL SURCO GINGIVAL DESPUÉS DE UNA IRRITACIÓN, AUNQUE SEA LEVE COMO EL CEPILLADO, ES UN RAZGO TEMPRANO DE LA GINGIVITIS. EL EDEMA ACOMPAÑA A LA RESPUESTA INFLAMATORIA Y ES PARTE INTEGRAL DE ELLA, CAUSA UNA TUMEFACCIÓN LEVE DE LA ENCÍA Y PÉRDIDA DEL PUNTEADO NATURAL CARACTERÍSTICO. LA TUMEFACCIÓN INFLAMATORIA DE LAS PÁPILAS INTERDENTARIAS SUELEN DAR UN ASPECTO ALGO ABULTADO DE ESTAS ESTRUCTURAS. EL AUMENTO DE TAMAÑO DE LA ENCÍA FAVORECE LA ACUMULACIÓN DE MAYOR CANTIDAD DE RESIDUOS Y BACTERIAS, LO QUE A SU VEZ GENERA MAYOR IRRITACIÓN GINGIVAL. EN LA GINGIVITIS CRÓNICA AVANZADA SUELE HABER SUPURACIÓN DE LA ENCÍA.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

LA INFLAMACIÓN LIMITA ESTRICTAMENTE A LA ENCÍA, NO PRODUCE CAMBIOS EN HUESO SUBYACENTE, CUANDO OCURREN TALES CAMBIOS LA ENFERMEDAD SE LLAMA PERIODONTOSIS.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

LA ENCÍA PRESENTA INFILTRACIÓN DE TEJIDO CONECTIVO, CON CANTIDADES VARIABLES DE LINFOCITOS, MONOCITOS Y PLASMOCITOS. SE PUEDEN OBSERVAR LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES EN PARTICULAS DEBAJO DEL EPITELIO DEL SURCO, ESTE EPITELIO ESTÁ INFILTRADO POR CÉLULAS INFLAMATORIAS Y CON FRECUENCIA ESTÁ ULCERADO. EL EDEMA DEL TEJIDO CONECTIVO SUELE SER NOTABLE. EL LIGAMENTO PERIODONTAL SUBYACENTE NO PRESENTA ALTERACIONES, COMO TAMPOCO LA CRESTA DEL HUESO ALVEOLAR. LA UNIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL CON EL DIENTE REPRESENTA UN PUNTO DÉBIL EN LA BARRERA EPITELIAL CONTRA EL MEDIO BUCAL Y SE ENCUENTRA CASI SIEMPRE UNA ACUMULACIÓN DE LEUCOCITOS CON LA INFLAMACIÓN CRÓNICA. EN LA ENCÍA INFLAMADA HAY MAYOR CANTIDAD DE MASTOCITOS QUE CONTIENEN GRANULOS DE MUCOPOLISACÁRIDOS SULFONATADOS. LA ACTIVIDAD DE LA

FOSFATASA ALCALINA ESTÁ ALGO AUMENTADA EN LA ENCÍA INFLAMADA, PUESTO QUE EXISTE EN LAS CÉLULAS INFLAMATORIAS Y ENDOTELIALES Y ESTAS SE ENCUENTRAN PRESENTES EN MAYORES CANTIDADES EN LA GINGIVITIS CRÓNICA.

LOS ESTUDIOS HISTIOQUÍMICOS DE LA FOSFATASA ÁCIDA EN LA ENCÍA NORMAL E INFLAMADA, REVELARON QUE ESTA ENZIMA SE LOCALIZA CASI EXCLUSIVAMENTE EN EL EPITELIO. HAY UNA REACCIÓN MÁS INTENSA EN LAS CAPAS SUPERFICIALES, (CON EXCEPCIÓN DEL ESTRATO CORNEO QUE NO CONTIENE FOSFATASA) Y UNA DISMINUCIÓN GRADUAL HACIA LA CAPA BASAL. /.

TRATAMIENTO Y PROMÓSTICO.

LA MAYOR PARTE DE LAS GINGIVITIS SE DEBEN A UNA IRRITACIÓN LOCAL. SI SE ELIMINAN LOS IRRITANTES ANTES DE QUE SE PRODUZCA LA PERIODONTITIS VERDADERA, CON BOLSAS O PÉRDIDA ÓSEA, O AMBAS, LA INFLAMACIÓN CON SU CORRESPONDIENTE HINCHAZÓN, DEBIDA A LA HIPEREMIA, EDEMA Y LA INFILTRACIÓN, DESAPARECERÁ EN HORAS O POCOS DÍAS. ESTO ACENTÚA LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO TEMPRANO CUIDADOSO, COMO EL CEPILLADO ADECUADO Y PROFILAXIA FRECUENTE A CARGO DEL ODONTÓLOGO, PARA RESERVAR EL PERIODONTO SANO.

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA.

ESTA ENFERMEDAD RECIBE TAMBIÉN LOS NOMBRES DE: INFECCIÓN DE VINCENT, BOCA DE TRINCHERA, GINGIVITIS ULCEROMEMBRANOSA AGUDA, GINGIVITIS FANGEDEMICA, GINGIVITIS FUSOESPIROQUETAL, GINGIVITIS ULCERATIVA AGUDA.

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA.

PRESENTA UNA FORMA AGUDA, RECURRENTE CRÓNICA, ATACA FUNDAMENTALMENTE EL MARGEN GINGIVAL LIBRE, LA CRESTA DE LA ENCÍA Y LAS PÁPILAS INTERDENTALES. EN RARAS OCASIONES SE EXTIENDE A PALADAR BLANDO Y ZONA AMIGDALINA, Y ENTONCES SE LE APLICA EL TÉRMINO DE ANGINA DE VINCENT.

EPIDEMIOLOGÍA.

SE PRODUCE CON CARACTERÍSTICAS EPIDÉMICAS, BROTA EN GRUPOS DE PERSONAS EN ESTRECHO CONTACTO, ESPECIALMENTE LOS QUE VIVEN EN CONDICIONES SIMILARES.

EN LA PRIMERA Y SEGUNDA GUERRA MUNDIAL HUBO BROTES DE ESTA ENFERMEDAD POR LO QUE SE LE LLAMO BOCA DE TRINCHERA, LA APARICION EN GRUPOS DE PERSONAS SE EXPLICA SOBRE LA BASE DE EXISTENCIA DE CONDICIONES PREDISPONENTES SIMILARES EN MIEMBROS DEL GRUPO, LO CUAL PUEDE CAUSAR QUE SE PRODUSCA LA GINGIVITIS EN CADA UNO DE ELLOS, AUNQUE NO HAYA REAL CONTACTO MUTUO.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

SE PRESENTA EN CUALQUIER EDAD, AUNQUE ES RARO ENCONTRARLA EN NIÑOS.

SE CARACTERIZA POR UNA ENCÍA HIPERÉMICA Y DOLOROSA, CON EROSIONES NETAMENTE SOCAVADAS EN PAPILAS INTERDENTARIAS.

LOS RESTOS ULCERADOS DE LAS PAPILAS Y ENCIA LIBRE, SANGRAN AL SER TOCADOS Y ESTÁN GENERALMENTE CUBIERTOS POR UNA PSEUDOMEMBRANA NECRÓTICA GRIS.

LA ULCERACIÓN TIENDE A EXTENDERSE Y A LLEGAR A ABARCAR TODOS LOS MARGENES GINGIVALES, HAY UN OLOR FÉTIDO QUE ES MUY DESAGRADABLE.

EL PACIENTE SE QUEJA DE NO PODER COMER A CAUSA DEL DOLOR GINGIVAL INTENSO Y TENDENCIA A LA HEMORRAGIA GINGIVAL, TAMBIÉN PADECE DE DOLOR DE CABEZA, MALESTAR GENERAL Y FIEBRE DE BAJA INTENSIDAD.

SUELE HABER UNA SALIVACIÓN EXESIVA Y GUSTO METÁLICO DE LA SALIVA, Y LA LINFOADENOPATÍA ESTARÁ PRESENTE.

PUEDE HABER MANIFESTACIONES SISTÉMICAS O GENERALIZADAS QUE INCLUYEN LEUCOSITIS, TRANSTORNOS GASTROINTESTINALES Y TAQUICARDIA.

ETIOLOGÍA .

LA GINGIVITIS NECROTIZANTE AGUDA, ES UNA ENFERMEDAD PRIMARIA CAUSADA POR EL BASILO FUSIFORME Y LA BORRELIA VINCENTILI, UNA ESPIROQUETA QUE COEXISTE EN UNA RELACION SIMBIÓTICA.

ESTAS SE ENCUENTRAN EN CANTIDADES MODERADAS EN OTRAS ENFERMEDADES BUCALES COMO LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA O EN MUCHAS BOCAS SANAS, SE DICE QUE LOS FACTORES PREDISONENTES SON ESENCIALES PARA QUE SE PRODUSCA LA G.U.N.A.

LA MENOR RESISTENCIA A LA INFECCION ES UNO DE LOS FACTORES PREDISONENTES EN LA GENERACION DE LA GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA.

MUCHOS INVESTIGADORES AFIRMAN, QUE LA INFECCION FUSOESPIROQUETAL, SE PRODUCE CON MAS FACILIDAD EN ANIMALES DEFICIENTES EN DIVERSAS VITAMINAS. LAS DEFICIENCIAS ESPECIFICAMENTE SEÑALAN, QUE SON LAS DE VITAMINA "C" Y COMPLEJO "B".

EN LOS HUMANOS LOS DATOS CONTRADICTORIOS SON, EN VISTA QUE ES IMPOSIBLE MODIFICAR EL CURSO DE LA ENFERMEDAD MEDIANTE LA ADMINISTRACION DE VITAMINAS.

HIPERPLASIA GINGIVAL.

EL AUMENTO DE TAMAÑO DE LA ENCIA, ES ORIGINADO POR DIFERENTES CAUSAS, ES CONOCIDO CON EL NOMBRE DE HIPERPLASIA GINGIVAL.

FRECUENTEMENTE PODEMOS ENCONTRARLO DE MANERA QUE LA ENCIA QUE EN UNA PERSONA SANA OCUPA LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES PUEDA SOBREPASARLOS Y PROTRUIRSE SOBRE LOS DIENTES Y HACIA LA CAVIDAD BUCAL; ESTE AGRANDAMIENTO PUEDE AFECTAR UNA, VARIAS O TODAS LAS PAPILAS INTERPROXIMALES, SIENDO MAS VOLUMINOSO EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES PERO SIN LLEGAR A LA MUCOSA ALVEOLAR.

NO DEBE CONFUNDIRSE UN AGRANDAMIENTO GINGIVAL CON UNA EXOSTOSIS DEL HUESO ALVEOLAR.

EL AUMENTO DE VOLUMEN DE LA ENCÍA PUEDE DEBERSE A UNA HIPERTROFIA QUE ES EL AUMENTO DEL TAMAÑO DE LAS CELULAS, O A UNA HIPERPLASIA, QUE ES UN AUMENTO EN LA CANTIDAD DE ELEMENTOS CELULARES.

LA CLASIFICACIÓN MAS PRÁCTICA DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL ES LA SIGUIENTE:

- 1).-AGRANDAMIENTOS GINGIVALES INFLAMATORIOS
- 2).-AGRANDAMIENTOS GINGIVALES NO INFLAMATORIOS O FIBROSOS.
- 3).-COMBINACIÓN DE AGRANDAMIENTOS GINGIVALES INFLAMATORIOS Y FIBROSOS.

HIPERPLASIA GINGIVAL INFLAMATORIA.

ESTA HIPERPLASIA ES CONSECUENCIA DE LA INFLAMACIÓN CRÓNICA PROLONGADA DE LOS TEJIDOS GINGIVALES. LAS ENCÍAS AGRANDADAS SON BLANDAS, EDEMATOSAS HIPEREMICAS, SENSIBLES AL TACTO, SANGRAN CON FACILIDAD, Y SU SUPERFICIE ES BRILLANTE Y SIN PUNTILLO.

POR MEDIO DEL EXAMEN CLINICO PODEMOS ENCONTRAR LA NATURALEZA DE LA IRRITACIÓN LOCAL QUE CAUSA LA HIPERPLASIA.

HISTOLÓGICAMENTE SÓLO SE OBSERVA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA ASOCIADA CON DEFICIENCIAS DE VITAMINA C.

LA DEFICIENCIA DE VITAMINA C, PUEDE PROVOCAR LAS ENCÍAS ESPONJOSAS Y SANGRANTES CARACTERÍSTICAS DEL ESCORBUTO; LAS ENCÍAS SE TORNAN SENSIBLES HINCHADAS, EDEMATIZADAS, SANGRAN A LA MENOR PROVOCACIÓN, LOS SURCOS GINGIVALES ESTÁN LLENOS DE SANGRE PARCIALMENTE COAGULADA Y LAS CRESTAS DE LAS PAPILAS INTERDENTALES SON ROJAS O VIOLACEAS.

LAS PAPILAS PUEDEN INFECTARSE, ULCERARSE Y NECROSARSE,

EL TRATAMIENTO ES EN BASE A UNA ADECUADA HIGIENE BUCAL Y ADMINISTRAR VITAMINA C.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA ASOCIADA CON LEUCEMIA.

LA HIPERPLASIA GINGIVAL PUEDE SER UNA MANIFESTACIÓN TEMPRANA DE LA LEUCEMIA. LOS TEJIDOS GINGIVALES SE VUELVEN BLANDOS, EDEMATOSOS, FÁCILMENTE COMPRESIBLES Y SENSIBLES, PIERDEN EL PUNTILLO, SU COLOR ES ROJO AZULADO Y LA SUPERFICIE BRILLANTE, PUEDE CONVERTIRSE EN GINGIVITIS ULCEROSA NECROTIZANTE. EL ESTUDIO HISTOLÓGICO MUESTRA GRAN CANTIDAD DE LEUCOCITOS INMADUROS, LOS CAPILARES CONGESTIONADOS Y EL TEJIDO CONECTIVO ES EDEMATOSO Y MAL ORGANIZADO.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA DEBIDA A DESEQUILIBRIOS ENDÓCRINOS.

ES FRECUENTE LA HIPERPLASIA GINGIVAL INFLAMATORIA EN LA PUBERTAD, ES ESENCIAL EN NIÑAS. SE PIENSA QUE ESTA HIPERPLASIA PUEDE SER PRODUCTO DEL DESEQUILIBRIO ENDÓCRINO DEL DESARROLLO DEL PACIENTE, ADEMÁS DE QUE A ESTA EDAD LA HIGIENE BUCAL ES MALA, Y LA NUTRICIÓN PODRÍA SER INADECUADA.

DURANTE EL EMBARAZO TAMBIÉN SE OBSERVA UNA TENDENCIA A LA HIPERPLASIA GINGIVAL INFLAMATORIA QUE PUEDE DEBERSE A UNA NUTRICIÓN ALTERADA, MALA HIGIENE BUCAL O A ALGUNA PREDISPOSICIÓN ORGÁNICA. LA GINGIVITIS DEL EMBARAZO ES BÁSICAMENTE UN GRANULOMA PIOGENO. MICROSCÓPICAMENTE HAY UNA MAYOR VASCULARIZACIÓN, MULTIPLICACIÓN DE FIBROBLASTOS, EDEMA E INFILTRACIÓN DE LEUCOCITOS EN LA ENCÍA.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA ASOCIADA CON ENTERITIS REGIONAL.

ES UNA ENFERMEDAD LENTAMENTE PROGRESIVA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA QUE SE PRESENTA EN PERSONAS DE CUALQUIER EDAD O SEXO. SE CARACTERIZA POR ÚLCERAS SUPERFICIALES GRANULOMATOSAS DEL APARATO INTESTINAL, ESTA ENFERMEDAD TIENE MANIFESTACIONES BUCALES QUE CONSISTEN

EN HIPERPLASIA GINGIVAL Y LESIONES MODULARES DE LA MUCOSA VESTIBULAR LA ENCÍA APARECE MUY ENROJECIDA, BLANDA Y A VECES GRANULAR. LAS LESIONES BUCALES PRECEDEN A LA APARICIÓN DE LAS INTENTINALES. LOS HALLAZGOS MICROSCÓPICOS SON LOS DE UNA ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA.

HIPERPLASIA FIBROSA DE LA ENCÍA.

CON FRECUENCIA ESTARÁ AGRANDADA UNA SOLA PAPILA O VARIAS, Y LA PALPACIÓN REVELARÁ QUE EL AGRANDAMIENTO ES DENSO, ELÁSTICO, INSENSIBLE Y DIFÍCILMENTE IRRITABLE. NO TIENE TENDENCIA A SANGRAR Y PRESENTA UNA SUPERFICIE PUNTEADA DE COLOR NORMAL O UN POCO MÁS PÁLIDO. EL ESTUDIO MICROSCÓPICO REVELARÁ QUE EL AGRANDAMIENTO SE DEBE A UN AUMENTO DEL VOLUMEN DEL TEJIDO CONECTIVO FIBROSO MADURO. EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA ELIMINACIÓN DE LA IRRITACIÓN LOCAL. SI ES DEMASIADO EXTENSA LO ACONSEJABLE ES LA EXCISIÓN QUIRÚRGICA. ESTA ENFERMEDAD PUEDE AVANZAR LENTAMENTE, AUNQUE POR LO GENERAL ES AUTOLIMITANTE.

HIPERPLASIA FIBROSA IDEOPÁTICA.

A VECES SE VEN PACIENTES CUYOS TEJIDOS GINGIVALES ESTÁN TAN AGRANDADOS QUE LOS DIENTES SE ENCUENTRAN COMPLETAMENTE CUBIERTOS, O SI EL AGRANDAMIENTO EXISTE ANTES DEL BROTE DENTAL, EL TEJIDO FIBROSO DENSO INTERFIERE CON EL BROTE O LO IMPIDE. NO SE CONOCE LA CAUSA DE ESTE AGRANDAMIENTO GINGIVAL AUNQUE PUEDE SER GENÉTICO EN ALGUNOS CASOS. PRESENTA GRANDES MASAS DE TEJIDO FIBROSO FIRME, DENSO, ELÁSTICO E INSENSIBLE QUE CUBRE LAS APOFISIS ALVEOLARES Y SE EXTIENDE SOBRE LOS DIENTES, ES DE COLOR NORMAL Y EL PACIENTE SÓLO SE QUEJA DE LA DEFORMIDAD, LA ENCÍA LLEGA A TENER 25 MM. DE ANCHO Y HASTA 15MM. DE ESPESOR, SE REGISTRA A EDADES TEMPRANAS.

LOS CORTES HISTOLÓGICOS MUESTRAN UNA HIPERPLASIA MODERADA DEL EPITELIO CON HIPERQUERATOSIS LEVE Y PÁPILAS EPITELIALES LARGAS. EL ESTROMA SUBYACENTE SE COMPONE CASI EN SU TOTALIDAD DE TEJIDO FIBROSO MADURO CON ALGUNOS FIBROPLASTOS JOVENES. LA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA ES EL ÚNICO TRATAMIENTO DE VALOR. PUEDE HABER RECIDIVAS.

HIPERPLASIA FIBROSA CAUSADA POR DILANTINA.

A VECES LA HIPERPLASIA FIBROSA DE LA ENCÍA SE PRODUCE POR EL CONSUMO DE UN MEDICAMENTO ANTICONVULSIVO. LA DIFENILHIDANTOINA, QUE ES MUY EFICAZ PARA CONTROLAR LOS ATAQUES EPILEPTICOS, PERO POSEE UN DESAFORTUNADO EFECTO COLATERAL BUCAL QUE ORIGINA EN ALGUNOS CASOS HIPERPLASIA FIBROSA, MISMA QUE PUEDE APARECER A POCO INICIADO EL TRATAMIENTO, COMIENZA CON AGRANDAMIENTO INDOLORO DE UNA O DOS PÁPILAS INTERDENTALES QUE PRESENTAN UN MAYOR PUNTEADO, Y FINALMENTE UNA SUPERFICIE IRREGULAR O GUIJARROSA CON LOBULACIONES, LOS TEJIDOS GINGIVALES SON DENSOS, ELÁSTICOS E INSENSIBLES Y TIENEN POCA TENDENCIA A SANGRAR.

EL AGRANDAMIENTO SÓLO ES OBJETABLE DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTÉTICO PERO PUEDE LLEGAR A SER TAN PRONUNCIADO QUE PERTURBA LA FUNCIÓN Y POR ESTA RAZÓN DEBE SER ELIMINADO QUIRÚRGICAMENTE.

POR DESGRACIA LA RECIDIVA ES COMÚN.

LA HIGIENE BUCAL MINUCIOSA HACE QUE EL DESARROLLO DE LA HIPERPLASIA SEA MÁS LENTO.

SI SE SUSPENDE EL CONSUMO DEL MEDICAMENTO SE CONSIGUE LA REGRESIÓN DE LA HIPERPLASIA.

PERIODONTITIS.

LA FORMA MÁS COMÚN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES LA RELACIONADA CON LA IRRITACION LOCAL.

COMIENZA CON UNA GINGIVITIS MARGINAL QUE AVANZA SI NO SE TRATA O SE TRATA INADECUADAMENTE, HASTA CONVERTIRSE EN UNA PARODONTITIS CRÓNICA GRAVE.

ESTE TIPO DE PARODONTITIS ES MUY COMÚN EN EL ADULTO, AUNQUE A VECES SE ENCUENTRA EN NIÑOS, EN ESPECIAL CUANDO FALTA UNA BUENA HIGIENE BUCAL, O EN CIERTOS CASOS DE MALOCCLUSION.

EN EL ADULTO LA ENFERMEDAD PARODONTAL ES DE UNA MORTALIDAD DENTAL MAYOR QUE LA PRODUCIDA POR CARIES.

EL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA ELIMINACIÓN DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS, TANTO LOCALES COMO GENERALES, EL MANTENIMIENTO DE UNA BUENA HIGIENE BUCAL Y EL ESTABLECIMIENTO DE UNA ARTICULACIÓN ARMONIOSA.

ESTA ENFERMEDAD ES UNA EXTENSIÓN INSIDIOSA DE LA GINGIVITIS, LOS FACTORES ETIOLÓGICOS EN GENERAL SON LOS MISMOS PERO SUELEN SER DE MAYOR MAGNITUD O DURACIÓN.

LOS FACTORES LOCALES SON: PLACA MICROBIANA, CÁLCULOS DENTARIOS, IMPACTACIÓN DE ALIMENTOS Y MARGENES IRRITANTES DE OBTURACIONES.

LOS FACTORES SISTÉMICOS DESEMPEÑAN UN PAPEL MAYOR QUE EN LA ETIOLOGÍA DE LA GINGIVITIS.

LA ENFERMEDAD PARODONTAL SE PRODUCE RARAMENTE ANTES DE LOS 18 AÑOS PERO AUMENTA CON RAPIDEZ DESPUES DE LOS 45.

EL PRIMER SIGNO PATOLÓGICO ES UNA MINÚSCULA ULCERACIÓN DEL EPITELIO DEL SURCO, DESPUES LA ENCÍA SE TORNA MÁS INFLAMADA Y TUMEFACTA Y, CON LA IRRITACIÓN, EL EPITELIO DEL SURCO SUFRE UNA ULCERACIÓN MÁS FRECUENTE, LA ADHERENCIA EPITELIAL TIENDE A EMIGRAR APICALMENTE, EL SURCO GINGIVAL SE VA PROFUNDIZANDO GRADUALMENTE Y SE CLASIFICA CO-

MO BOLSA PARODONTAL INCIPIENTE.

CLINICAMENTE EN ESTE MOMENTO SE DETECTA LA PRESENCIA DEL CÁLCULO, QUE SE VISUALIZA CON CLARIDAD SI SEPARAMOS LA ENCÍA MARGINAL LIBRE DEL DIENTE MEDIANTE UN CHORRO DE AIRE COMPRIMIDO.

LAS ENCÍAS TIENDEN A SANGRAR CON FACILIDAD, EN LAS ZONAS DE LAS PAPILAS INTERDENTALES APARECERÁN MINÚSCULAS HEMORRAGIAS ESPONTÁNEAS, TAMBIÉN HAY UNA HALITOSIS DESAGRADABLE. LOS DIENTES ADQUIEREN MOVILIDAD Y OMITEN UN SONIDO OPACO CUANDO SE GOLPEAN CON UN INSTRUMENTO DE METAL, LOS NICHOS INTERDENTALES PUEDEN ESTAR VACIOS PORQUE LAS PAPILAS SON DEFICIENTES, NO SE OBSERVA EL FESTONEADO NORMAL, NO HAY PUNTEADO Y LOS TEJIDOS GINGIVALES SON LISOS, BRILLANTES Y MÁS ROJOS AZULADOS QUE LOS NORMALES. EL PACIENTE SE QUEJA DE MAL GUSTO, ENCÍAS SANGRANTES E HIPERSENSIBILIDAD DE LOS CUELLOS DENTALES POR LA EXPOSICIÓN DEL CEMENTO. ESTA ES LA FASE DE PARODONTITIS AVANZADA A LA QUE A VECES SE LE LLAMA PIORREA, LA RESECIÓN GINGIVAL PUEDE COMENZAR COMO UNA DELGADA FISURA EN LA ENCÍA LIBRE ADYACENTE AL CENTRO DEL DIENTE LLAMADA GRIETA DE STILLMAN. HISTOLÓGICAMENTE LA ENCÍA MARGINAL ESTÁ DENSAMENTE INFILTRADA CON LEUCOCITOS, LINFOCITOS Y PLASMOCITOS. EL EPITELIO DEL SURCO DEJA VER DIVERSOS GRADOS DE PROLIFERACIÓN Y CON FRECUENCIA, PEQUEÑAS ÚLCERAS. HAY APARICIÓN DE CELULAS GIGANTES OSTEOPLASTOS, SOBRE LA SUPERFICIE DEL HUESO DE LA CRESTA.

EN LA ETAPA SIGUIENTE SE DEPOSITAN MÁS CÁLCULOS EN DIRECCIÓN APICAL SOBRE EL DIENTE, SE PRODUCE UNA MAYOR IRRITACIÓN DE LA ENCÍA LIBRE LA ADHERENCIA EPITELIAL PROLIFERA APICALMENTE SOBRE EL CEMENTO DENTAL, LA CRESTA ÓSEA ALVEOLAR SIGUE SU RESORCIÓN HACIA APICAL, LAS FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PARODONTAL SE DESORGANIZAN Y SE DESINSERTAN DEL DIENTE. ENTRE LA ENCÍA LIBRE Y EL DIENTE SE HA FORMADO UNA BOLSA PARODONTAL CUYA PROFUNDIDAD VA DESDE 2MM. HASTA EL MISMO ÁPICE.

CUANDO HAY INFLAMACION, EL VOLUMEN DE TEJIDOS GINGIVALES AUMENTA, LO CUAL ORIGINA UN INCREMENTO EN LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA ALREDEDOR DEL DIENTE. SI LAS ALTERACIONES SE LIMITAN A LA ENCÍA HAY UNA BOLSA GINGIVAL O FALSA, PERO SI EL FONDO DE LA BOLSA PENETRA MAS EN EL PARODONTO SE DENOMINA BOLSA PARODONTAL. LA BOLSA QUE TIENE HUESO EN SU PARED LATERAL LLEVA EL NOMBRE DE BOLSA INFRAÓSEA, PERO GENERALMENTE EL FONDO DE LA BOLSA ESTÁ AL MISMO NIVEL O ES CORONARIA A LA CRESTA ÓSEA ALVEOLAR, SE LE CONOCE COMO BOLSA SUPRAÓSEA.

LAS BOLSAS INFRAÓSEAS TAMBIEN SE CLASIFICAN SEGÚN SU FORMA EN ANCHAS Y ANGOSTAS Y SEGÚN LA CANTIDAD DE PAREDES ÓSEAS, YA QUE PUEDE AFECTAR UNA, DOS O TRES PAREDES.

SE DETERMINA QUE TIPO DE BOLSA PARODONTAL EXISTE MEDIANTE EL EXAMEN CLÍNICO MINUCIOSO Y UN ESTUDIO DE BUENAS RADIOGRAFIAS. RADIOGRÁFICAMENTE, LA ALTERACIÓN MÁS TEMPRANA ES UNA DESAPARICION DE LA CRESTA ALVEOLAR POR RESORCIÓN ÓSEA INCIPIENTE; EL ESPACIO DEL LIGAMENTO PARODONTAL CONSERVA SU ESPESOR HABITUAL.

SI LA PÉRDIDA ÓSEA NO HA SIDO EXCESIVA, SI LOS IRRITANTES ELIMINADOS POR DESCAMACIÓN Y RASPADO DE LAS BOLSAS LO SON MEDIANTE LA RECESIÓN GINGIVAL O LA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DE LA ENCÍA, SI SE CORRIGEN LOS DEFECTOS ÓSEOS Y SE DEVUELVE LA ARQUITECTURA NORMAL A LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE, SI SE EQUILIBRAN LAS FUERZAS OCLUSALES Y SE CORRIJEN LOS FACTORES SISTEMICOS, ES POSIBLE SALVAR LOS DIENTES AFECTADOS POR LA ENFERMEDAD MEDIANTE EL TRATAMIENTO PARODONTAL CUIDADOS Y COMPLETO.

ES OBVIO QUE LA PERDIDA DE PROFUNDIDAD DE LA BOLSA ES EL RESULTADO DE LA RECESIÓN GINGIVAL O LA REINSERCIÓN DEL LIGAMENTO PARODONTAL A LA SUPERFICIE DEL DIENTE PRÓXIMA A LA BOLSA. SE PUEDE DEFINIR LA REINSERCIÓN COMO UN RESTABLECIMIENTO DE LA CONEXIÓN FIBROSA DEL DIENTE AL HUESO ALVEOLAR Y LA ENCIA POR FIBRAS PARODONTALES EN UNA ZONA DE CEMENTO QUE ERA ADYACENTE A UNA BOLSA PATOLÓGICA. PARA QUE SE LLEVE ACABO LA REINSERCIÓN ES NECESARIO QUE EL TEJIDO CONECTIVO PERMANEZCA EN CONTACTO CON EL DIENTE POR UN PERIODO APRECIABLE DE TIEMPO.

LOS FACTORES QUE INTERFIEREN CON LA REINSERCIÓN SON LOS SIGUIENTES: EPITELIO DEL SURCO. PARA QUE SE PRODUZCA LA REINSERCIÓN ES NECESARIO DESTRUIR O CURETEAR ESTE EPITELIO, LA SUPERFICIE VIVA SANGRANTE FORMARÁ UN COÁGULO SANGUINEO EN CONTACTO CON EL DIENTE QUE SE ORGANIZA Y CONTRIBUYE A LA REINSERCIÓN.

MOVIMIENTO, EL DIENTE DEBE ESTAR POR LO MENOS RELATIVAMENTE INMÓVIL PUESTO QUE EL MOVIMIENTO TIEDE A PERTURBAR EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN.

INFLAMACIÓN, LA INFLAMACIÓN PERTURBA LA REINSERCIÓN QUIZÁ PORQUE LOS CEMENTOBLASTOS NO PUEDEN DESARROLLARSE EN ZONAS INFLAMADAS.

CEMENTO NECROTIVO, ESTE TEJIDO ES TAMBIÉN UNA BARRERA PARA LA REINSERCIÓN PUESTO QUE EL CEMENTO NUEVO NO SE DEPOSITARÁ SOBRE UN CEMENTO QUE HAYA ESTADO EN CONTACTO CON LOS LÍQUIDOS BUCALES Y LA SUPURACIÓN.

LA REINSERCIÓN HAY QUE INTENTARLA SÓLO CUANDO LOS DIENTES SON RELATIVAMENTE FIRMES Y ES POSIBLE DEJAR A LOS TEJIDOS SIN INFLAMACIÓN.

EL PROCESO INFLAMATORIO CEDE GRADUALMENTE; LOS TEJIDOS GINGIVALES RECUPERAN SU TAMAÑO, COLOR Y CONTORNO NORMALES; LAS PIEZAS SE VUELVEN MENOS MÓVILES Y LA SUPURACIÓN Y LA HEMORRAGIA CESAN.

LA PROFUNDIDAD DEL SURCO GINGIVAL SE ACERCA A CERO, EL PUNTEADO RETORNA Y EL ASPECTO ES NORMAL AUN CUANDO LOS TEJIDOS GINGIVALES Y LA CRESTA ALVEOLAR ESTÉN EN UNA POSICIÓN APICAL CON RESPECTO A LA ORIGINAL.

ABSCESO PERIODONTAL LATERAL O ABSCESO LATERAL.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

ESTE ABSCESO LATERAL TIENE RELACIÓN DIRECTA CON UNA BOLSA PERIODONTAL PREEXISTENTE; CUANDO ESTA BOLSA TIENE UNA PROFUNDIDAD DE 5-8 MM., LOS TEJIDOS BLANDOS DEL DIENTE ENFERMO SE ESTRECHAN EN TORNO A SU CUELLO AL GRADO DE QUE LAS BACTERIAS AUMENTAN CAUSANDO IRRITACIÓN, LA CUAL VA A FORMAR UN ABSCESO AGUDO CON EXUDADO PURULENTO.

ETIOLOGÍA:

EL ABSCESO LATERAL SE PUEDE FORMAR POR CUERPOS EXTRAÑOS, RESTOS ALIMENTICIOS, BOLSAS PARODONTALES.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

EL ABSCESO PERIODONTAL PERIAPICAL ESTÁ CONSTITUIDO POR UNA CAVIDAD CENTRAL OCUPADA POR PUS AISLADA POR UN LADO POR LA RAÍZ DEL DIENTE Y POR EL OTRO LADO POR TEJIDO CONECTIVO.

TRATAMIENTO:

EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO LATERAL SE LLEVA A CABO MEDIANTE LA INTRODUCCIÓN DE UNA SONDA ROMA EN LA BOLSA, AL COSTADO DEL DIENTE.

EL ABSCESO PUEDE REPETIRSE, A MENOS QUE ELIMINE LA IRRITACIÓN Y SE REDUZCA LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.

ESTÁ INDICADA LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE UNA VEZ QUE EL ABSCESO HAYA CEDIDO Y ES IMPOSIBLE RESTABLECER O MANTENER LOS CONTORNOS NORMALES DEL TEJIDO.

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA O GINGIVOSIS.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

LA GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA ES UNA ENFERMEDAD POCO COMÚN QUE PREDOMINA EN EL SEXO FEMENINO, ENTRE LOS 40 Y 55 AÑOS DE EDAD, EN ESPECIAL EN LAS PACIENTES QUE PADECEN IRREGULARIDADES HORMONALES DERIVADAS DE LA MENOPAUSIA.

LAS ENCIAS SE OBSERVAN ROJAS, TUMEFACTAS Y CON UN ASPECTO BRILLANTE, EN OCASIONES CON VESÍCULAS MÚLTIPLES Y MUCHAS ZONAS DENUDADAS SUPERFICIALES QUE TIENEN UNA SUPERFICIE EXPUESTA CONECTIVA SANGRANTE.

LAS LESIONES DE GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA PRESENTAN UNA DISTRIBUCIÓN POR PLACAS; Y SI A LAS ENCIAS NO ULCERADAS SE LES DA MASAJE EL EPITELIO SE DESPRENDE FÁCILMENTE DEL TEJIDO CONECTIVO, DEJANDO UNA SUPERFICIE VIVA Y SENSIBLE QUE SANGRA SIN DIFICULTAD.

ADEMÁS DE LA ENCIA, EN OCASIONES SE VEN AFECTADAS LAS SUPERFICIES MUCOSAS BUCALES, EN ESPECIAL LA VESTIBULAR.

LOS PACIENTES CON ESTA LESIÓN SE QUEJAN DE UNA EXCESIVA SENSIBILIDAD EN LOS TEJIDOS GINGIVALES, DIFICULTAD PARA COMER ALIMENTOS CALIENTES, FRIOS O CONDIMENTADOS Y EL CEPILLADO ES CASI IMPOSIBLE POR EL DOLOR Y HEMORRAGIA QUE PRODUCE.

LA CRONICIDAD ES UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS MÁS COMUNES DE ESTA ENFERMEDAD.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

EN ZONAS NO ULCERADAS DE LA MUCOSA BUCAL EL EPITELIO ES DELGADO Y ATROFICO, LAS PÁPILAS EPITELIALES SON CORTAS O FALTAN.

EXISTE EDEMA EPITELIAL E INFILTRADO EN EPITELIO, LA MEMBRANA BASAL ESTÁ ATROFICA O AUSENTE EN TANTO QUE HAY EDEMA E INFILTRADO CELULAR INFLAM

TORIO EN EL TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE.

LAS FIBRAS COLÁGENAS CONECTIVAS ESTAN ATROFICAS O DEGENERADAS.

ETIOLOGIA:

ENGELS, OBSERVÓ QUE LA GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA ES UN TRASTORNO DE LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL DEL TEJIDO CONECTIVO GINGIVAL.

ADENÁS SE PROPUSO QUE LAS MODIFICACIONES DEL TEJIDO CONECTIVO SON LA CAUSA DE LA FORMACIÓN DE CANTIDADES ANORMALES DE ENZIMAS DESPOLIMERIZANTES QUE AFECTAN LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL Y SUBSTANCIA CEMENTANTE DE LAS CELULAS EPITELIALES, LO CUAL LLEVA A LA DESPOLIMERACIÓN DE LA GLUCO PROTEINA.

POR LO QUE SE REFIERE AL PREDOMINIO POR EL SEXO FEMENINO, SE HA PENSADO QUE ES POR LA INTERVENCIÓN DE HORMONAS SEXUALES, ESTO SE BASA EN EL HECHO DE QUE LA MUCOSA BUCAL REACCIONA ANTE LA ADMINISTRACIÓN O PRIVACIÓN DE HORMONAS SEXUALES.

TRATAMIENTO:

EL TRATAMIENTO ES INSATISFACTORIO YA QUE SU ETIOLOGIA SE DESCONOCE.

PERO SE HAN EFECTUADO EXCISIONES QUIRÚRGICAS COMPLETAS DEL TEJIDO AFECTADO SIENDO ESTE UN TRATAMIENTO DEMASIADO DRÁSTICO.

SE HAN HECHO APLICACIONES LOCALES DE HORMONAS SEXUALES, ANDRÓGENOS EN LOS HOMBRES Y ESTRÓGENOS EN MUJERES, DANDO COMO RESULTADO LA FOMENTACIÓN DE REEPITALIZACIÓN Y PROTECCIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO LESIONADO.

EL INCONVENIENTE DE ESTE TRATAMIENTO, ES QUE NO SURTE EL MISMO EFECTO O NO SURTE EFECTO EN TODOS LOS CASOS.

PERIODONTOSIS.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS:

LA PERIODONTOSIS TAMBIEN SE CONOCE CON EL NOMBRE; ATRÓFIA ALVEOLAR DIFUSA, PERICEMENTITIS FIBROSA RAREFACIENTE.

SE PUEDE DECIR, QUE ES UNA ENFERMEDAD DEL PERIODONTO, QUE SE PRODUCE EN LA ADOLESCENCIA ENTRE LOS 12 Y 20 AÑOS, PERO PREVALECE ENTRE 18 Y 25 AÑOS. EL SEXO FEMENINO ES EL MÁS ATACADO, PUEDE APARECER EN BOCAS MUY HIGIENICAS, INCLUSIVE SIN CARIES.

SE CARACTERIZA POR UNA PÉRDIDA RÁPIDA DE HUESO ALVEOLAR EN MÁS DE UN DIENTE EN LA DENTICIÓN PERMANENTE, SE PRESENTA EN DOS FORMAS;

- 1.-LOS UNICOS DIENTES AFECTADOS SON LOS INCISIVOS Y PRIMEROS MOLARES.
- 2.-MÁS GENERALIZADA, AFECTA GRAN PARTE DE LOS DIENTES .

ES RARO QUE EN CASOS DE PERIODONTOSIS EXISTAN MUCHO TIEMPO, YA QUE LA MAYOR PARTE DE LOS TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS SON COMPLICADOS POR LA INFLAMACIÓN MUCHO ANTES DE QUE SE PIERDA EL DIENTE AFECTADO.

SE PRODUCE EN AUSENCIA COMPLETA DE INFLAMACIÓN MARGINAL, SUELE NO SER DESCUBIERTA HASTA QUE NO SE SOBREGREGA AL PROCESO DEGENERATIVO.

EL PRIMER SIGNO QUE EL PACIENTE TIENE ES UN REPENTINO DESPLAZAMIENTO PATOLÓGICO SIMÉTRICO DE LOS DIENTES; POR LO GENERAL SON LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES Y DESPUÉS LOS DIENTES ANTERIORES; PERO EL PRIMER SIGNO DEFINITIVO OBSERVADO POR EL DENTISTA, ES UNA BOLSA PROFUNDA, CON FRECUENCIA EN UN SÓLO DIENTE, CON EL HUESO DEL DIENTE ADYACENTE NORMAL.

ESTE ES EL COMIENZO DE LA FASE FINAL EN EL DESARROLLO DE LA PERIODONTOSIS.

EN ESTA FASE LOS LIQUIDOS, MICROORGANISMOS Y RESIDUOS BUCALES PENETRAN EN LA BOLSA Y APARECEN LOS SÍNTOMAS INFLAMATORIOS.

EN SU PRIMERA FASE NO SE RECONOCE, SI A CASO SE VERÁ RADIOGRÁFICAMENTE UNA PERDIDA ÓSEA LOCALIZADA, Y A MEDIDA QUE LA PERIODONTOSIS AVANZA DESDE SUS INICIOS SE OBSERVA UNA RESORCIÓN ÓSEA ANTES DE QUE HAYA BOLSA CLÍNICA; ESTAS ALTERACIONES ÓSEAS COMIENZAN EN LA CRESTA DEL PROCESO ALVEOLAR O BIEN CERCA DE ELLA.

LA RÁPIDA RESORCIÓN ÓSEA ENSANCHA EL ESPACIO PARODONTAL Y ABRE LOS ESPACIOS MEDULARES DEL HUESO, EN LOS CUALES EL LIGAMENTO PERIODONTAL DESORGANIZADO COALESCE CON EL TEJIDO MEDULAR QUE SE HA TRANSFORMADO DE ADIPOSO EN FIBROSO.

LA DEGENERACIÓN Y PERDIDA DE LAS FIBRAS PRINCIPALES DE LIGAMENTO SON SEGUIDAS POR UNA PROLIFERACIÓN EPITELIAL A LO LARGO DE LA SUPERFICIE EPITELIAL.

EL DESPLAZAMIENTO PATOLÓGICO DE LOS DIENTES A MENUDO ES ACOMPAÑADO POR LA EXTRUSIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS AFECTADAS.

ESTA EXTRUSIÓN ES CAUSADA POR LOS CAMBIOS QUE HA SUFRIDO LOS TEJIDOS DEL PARODONTO, CON FRECUENCIA ESTÁ EXTRUSIÓN ES HACIA LUGARES DONDE EXISTEN FUERZAS DE OCLUSIÓN, LO CUAL TIENE UN EFECTO TRAUMÁTICO: ESTE TRAUMA COMPLICA LAS CONDICIONES PATOLÓGICAS, ACELERANDO EL AFLOJAMIENTO DEL DIENTE.

EN ESTA ENFERMEDAD NO SUELE EXISTIR DOLOR EN SUS INICIOS, SINO HASTA QUE LA ENFERMEDAD ESTÁ AVANZADA Y ESTA ETAPA ES CUANDO ENTRA EN JUEGO EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN O LAS BOLSAS PARODONTALES EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS ES FRECUENTE LA APARICIÓN DE UN ABSCESO LATERAL.

ETIOLOGIA.

SE OPINA QUE LA ETIOLOGIA DE LA PERIODONTOSIS ES UNA DEFICIENCIA NUTRICIONAL O UN TRASTORNO METABÓLICO QUE SUBYACE A LA FALLA DE ELEMENTOS MESENQUIMATOSOS, SIN EMBARGO, LA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO NO ES GENERADA SÓLO POR EL FACTOR PREDISPONENTE, SI NO QUE EXISTE UN FACTOR LOCAL IMPORTANTE Y LOS TEJIDOS DE SOSTÉN SON INCAPACES DE CONTENER EL ESFUERZO FUNCIONAL.

CON LA DEBILIDAD DEL PERIODONTO PROVOCADA POR LA HERENCIA O POR ALGUNA DEFICIENCIA NUTRICIONAL O UN TRASTORNO METABÓLICO LA REPARACIÓN DEL TEJIDO ESTÁ DIFICULTADA Y SE PRODUCE LA DESTRUCCIÓN, LA LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES PUEDEN O NO DEBERSE A LOS FACTORES FUNCIONALES O IRRITATIVOS PRESENTES EN LA ZONA AFECTADA.

PERIODONTOSIS JUVENIL.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

LA PERIODONTOSIS JUVENIL (PRECOZ) CON HIPERQUERATOSIS PALMOPLANTAR O SÍNDROME DE PAPILLÓN-LEFREVE, SE CARACTERIZA POR UNA DESTRUCCIÓN DEL HUESO ALVEOLAR, EN LA DENTADURA PRIMARIA COMO EN LA PERMANENTE. EN CIERTOS CASOS, SE HA ENCONTRADO PÉRDIDA ÓSEA A LA EDAD DE 2 AÑOS, CON ESFOLEACIÓN PREMATURA DE LOS DIENTES ES POSIBLE QUE HAYA AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO, ÚLCERAS GINGIVALES Y BOLSAS PROFUNDAS, EN OCASIONES NO HAY INFLAMACIÓN Y SÓLO ES AFECTADA LA DENTADURA PERMANENTE.

CARACTERISTICAS HISTOLÓGICAS.

PRIMERA: EXISTE PROLIFERACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL A LO LARGO DE LA SUPERFICIE RADICULAR. EN ESTE PERÍODO HAY UNA INFILTRACIÓN CELULAR LEVE EN EL TEJIDO CONECTIVO.

SEGUNDA: EL EPITELIO DE LA ADHERENCIA PROLIFERANTE SE SEPARA DE LA SUPERFICIE RADICULAR, FORMANDO HENDIDURAS GINGIVALES PROFUNDAS, POR LO QUE AUMENTA LA INFLAMACIÓN A CAUSA DE LA IRRITACIÓN E INFECCIÓN GENERAL EN ESTOS SURCOS PROFUNDOS.

TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO EN LA PERIODONTOSIS ES LA EXTRACCIÓN DE DIENTES CUYO PRONÓSTICO SEA DECIDIDAMENTE MALO A CAUSA DE SU PÉRDIDA DE SOPORTE O PORQUE SE HAN AFLOJADO TANTO QUE NO PUEDEN SER UTILIZADOS O PORQUE LOS DIENTES HAYAN ERUPCIONADO TANTO QUE SEA IMPOSIBLE RESTABLECER LA OCLUSIÓN.

SI ESTA DEFICIENCIA NUTRICIONAL SE LLEGARÁ A CORREGIR, EL DIENTE AFECTADO PUEDE REPARARSE ANTES DE QUE SE PRODUZCA LA BOLSA, LOS DIENTES SE AFIRMAN EN SU NUEVA POSICIÓN Y NO SE OBSERVA EL PROGRESO DE LA ENFERMEDAD.

TRAUMATISMO PERIODONTAL.

LAS FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS PRODUCEN CAMBIOS TÍPICOS EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL DEL HUESO ALVEOLAR, SI ESTAS FUERZAS OCLUSALES SON CRÓNICAS Y SE REPITEN POR PERIODOS PROLONGADOS EL LIGAMENTO SE VA TORNANDO DENSO Y EL ESPACIO PARODONTAL SE ENSANCHA, ASIMISMO, EL HUESO ALVEOLAR SE TORNA MÁS DENSO Y LOS DIENTES PRESENTAN DESGASTE CON FACETAS CARACTERÍSTICAS EN LAS CORONAS DE LOS DIENTES.

LAS FUERZAS TRAUMÁTICAS AGUDAS OCASIONAN ALTERACIONES EN EL APARATO DE INSECCIÓN DEL DIENTE, POR EJEMPLO: UNA FUERZA QUE INCLINA UN DIENTE HACIA VESTIBULAR ACABA POR APLASTAR LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y QUIZÁ LA CRESTA ÓSEA ALVEOLAR. LOS VASOS SANGUÍNEOS DE LA ZONA AFECTADA SE TROMBOSAN EXISTIENDO EDEMA Y EXTRAVASACIÓN DE SANGRE. EN EL LADO OPUESTO DEL DIENTE EL LIGAMENTO PERIODONTAL SE DESGARRA Y EN OCASIONES EL CE-

MENTO SE AFLOJA POR LA TRACCIÓN. COMO EL DIENTE ROTA ALREDEDOR DE UN FULCRO QUE ESTÁ ALGO EN SITUACIÓN APICAL A LA MITAD DE LA RAÍZ, PUEDEN PRODUCIRSE LOS MISMOS CAMBIOS CERCA DEL ÁPICE EN EL LADO OPUESTO, POR LO QUE EXISTE SENSIBILIDAD DEL DIENTE POR UNOS DÍAS, PERO SI LAS FUERZAS NO SON INTENSAS LA CRESTA ALVEOLAR AFECTADA TERMINA POR RESORBERSE GENERANDO NUEVAS FIBRAS PERIODONTALES, CEMENTO Y HUESO, AL CABO DE UNA SEMANA LOS TEJIDOS VOLVERÁN A SER NORMALES SÓLO QUE CON UN ESPACIO PERIODONTAL MÁS ANCHO O EL DIENTE REORIENTADO EN UNA NUEVA POSICIÓN.

CUANDO LAS FUERZAS EXCESIVAS ACTÚAN EN DIFERENTES DIRECCIONES Y ALTERNADAS COMO SUCEDÉ EN LA PRESENCIA DE INTERFERENCIAS CUSPIDEAS, LA DESTRUCCIÓN DEL HUESO DE SOPORTE SE PRODUCE EN TODA LA PERIFERIA DE LA RAÍZ PROVOCANDO UN ENSANCHAMIENTO MÁS GRANDE DEL ESPACIO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y AL INTERFERIR CON LA MASTICACIÓN FAVORECE LA ACUMULACIÓN DE RESIDUOS EN DIENTES INCREMENTANDO LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

SI LA AGRESIÓN NO ES SUFICIENTE COMO PARA PROVOCAR LA CAÍDA DEL DIENTE EL PERIODONTO SE ADAPTA GRADUALMENTE PARA SOPORTAR LA CARGA COMPLEMENTARIA.

EN CASO DE QUE EL TRAUMA NO SE AUTOCORRIJA INMEDIATAMENTE SE IMPONE LA CORRECCIÓN DE LA RELACIÓN OCLUSAL, ELIMINACIÓN DE LA INTERFERENCIA CUSPIDEA Y FIJACIÓN O FERULIZACIÓN DE DIENTES FLOJOS PARA PREVENIR MAYORES DAÑOS.

CAPITULO V

TECHICAS EN LA PARODONCIA.

TECNICA DE RASPAJE Y CURETAJE.

ES LA TÉCNICA MEDIANTE LA CUAL SE ELIMINAN BOLSAS PARODONTALES Y CONSISTE EN EL RASPADO DE LA SUPERFICIE RADICULAR O SEA LA PARED DURA DE LA BOLSA, CON EL FIN DE RETIRAR EL SARRO, CEMENTO REBLANDECIDO, PLACA DENTOBACTERIANA; COMO TAMBIÉN SE LLEVARÁ A CABO EL CURETEADO DE LA SUPERFICIE DE LA PARED BLANDA DE LA BOLSA, PARA ELIMINAR TEJIDO GRANULOMATOSO Y ADELGAZAR LA ENCÍA PARA QUE SE ADOSE AL HUESO Y SUPERFICIE RADICULAR.

ESTA TÉCNICA ESTÁ INDICADA:

1.- EN ELIMINACIÓN DE BOLSAS SUPRAÓSEAS.

SE HACE LA ACLARACIÓN QUE PARA QUE ÉSTA TÉCNICA TENGA ÉXITO LA PARED DE LA BOLSA DEBE SER EDEMATOSA PARA QUE SE CONTRAIGA HASTA LA PROFUNDIDAD DEL SURCO NORMAL. SI LA BOLSA FUERA FIBROSA Y FIRME SE HARÁ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, PORQUE LA PARED FIBROSA NO SE CONTRAE LO SUFICIENTE.

2.- EN LA MAYORÍA DE LAS GINGIVITIS, EXCEPTO EN AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

3.- EN BOLSAS INFRAÓSEAS.

PRINCIPIOS DEL RASPAJE Y CURETAJE.

EL RASPAJE ES CON EL OBJETO DE RETIRAR LA PLACA DENTOBACTERIANA, CÁLCULOS PIGMENTACIONES, EN FIN TODOS AQUELLOS FACTORES QUE ESTÉN PROVOCANDO INFLAMACIÓN.

SE DEBERÁ OBSERVAR PRIMERO LA EXTENSIÓN DE LOS CÁLCULOS SUBGINGIVALES ANTES DE RETIRARLOS, INSUFLANDO AIRE TIBIO EN EL DIENTE Y EL MARCEN GINGIVAL, O BIEN SEPARANDO LA ENCÍA CON UNA SONDA O UNA TORUNDA DE ALGODÓN.

SE PUEDE DECIR QUE EN GENERAL, EL CÁLCULO SUBGINGIVAL ES PARDO O DE COLOR CHOCOLATE, O PUEDE SER MÁS CLARO, CASI DEL COLOR DEL DIENTE, POR LO QUE A VECES ESCAPA A LA DETECCIÓN. EN OCASIONES ES DIFÍCIL OBSERVAR LOS CÁLCULOS EN BOLSAS PROFUNDAS A CAUSA DEL VOLUMEN DE LA PARED BLANCA.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO DEL RASPAJE SE DEBE CONTROLAR CONTINUAMENTE LA LISURA DE LA RAÍZ POR MEDIO DE UN RASPADO FINO O UN EXPLORADOR AGUDO.

ALGUNAS VECES SE PUEDE ENCONTRAR CON UN SURCO VERTICAL PEQUEÑO EN LA SUPERFICIE RADICULAR PROXIMAL DE DIENTES POSTERIORES, EN LOS CUALES SE LLEGAN A ALOJAR CÁLCULOS QUE DAN UN CONTORNO LISO A LA RAÍZ, LO CUAL NOS HACE CONFUNDIRNOS, POR LO QUE SE TIENE QUE EFECTUAR CON MUCHO CUIDADO, YA QUE LOS CÁLCULOS RETENIDOS IMPIDEN LA CURACION TOTAL.

ALISADO RADICULAR.

SE DEBE HACER HASTA QUE LA RAÍZ QUEDE SUAVE, A VECES SE LOCALIZAN ZONAS BLANDAS EN LA RAÍZ, ES PORQUE EL CEMENTO HA SUFRIDO CAMBIOS NECRÓTICOS, ESTE MATERIAL BLANDO DEBERÁ SER RETIRADO HASTA QUE SE LLEGA A SUBSTANCIAS DENTARIAS FIRMES.

CURETAJE.

CONSISTE EN LA REMOCIÓN DEL TEJIDO DEGENERADO Y NECRÓTICO QUE TAPIZA LA PARED GINGIVAL DE LAS BOLSAS PERIODONTALES, ACELERA LA CICATRIZACIÓN MEDIANTE LA REDUCCIÓN DE LA TAREA DE LAS ENZIMAS ORGÁNICAS Y FAGOCITOS.

AL ELIMINAR EL REVESTIMIENTO EPITELIAL DE LA BOLSA PERIODONTAL SE FACILITA LA REINSERCIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL EN LA SUPERFICIE RADICULAR.

EL CURETAJE ELIMINA EL TEJIDO DEGENERADO, BROTES EPITELIALES EN PROLIFERACION Y TEJIDO DE GRANULACION, LO CUAL EN SU CONJUNTO FORMA LA PARTE INTERNA DE LA PARED BLANDA DE LA BOLSA Y CREA UNA SUPERFICIE DE TEJIDO CONECTIVO CORTADO Y SANGRANTE. LA HEMORRAGIA ORIGINA LA CONTRACCION DE LA ENCIA Y LA REDUCCION DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA Y FACILITA LA CICATRIZACION AL ELIMINAR RESIDUOS-TISULARES*

CON EL CURETAJE SE ELIMINA REVESTIMIENTO INTERNO ENFERMO DE LA PARED DE LA BOLSA Y ADHERENCIA EPITELIAL, SI SE DEJARÁ ADHERENCIA EPITELIAL, EL EPITELIO DE LA CRESTA GINGIVAL PROLIFERA A LO LARGO DE LA PARED CURETEADA PARA UNIRSE-LE E IMPEDIRÁ TODA POSIBILIDAD DE REINSERCIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO A LA SUPERFICIE RADICULAR.

PROCEDIMIENTO DE RASPADO Y CURETAJE.

CONSISTE EN UN MOVIMIENTO DE TRACCION, EXCEPTO EN LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE DIENTES ANTERIORES MUY JUNTOS, DONDE SE USAN CINCELES DELGADOS CON UN MOVIMIENTO DE EMPUJE O IMPULSION.

PARA PREVENIR LA INTRODUCCION DE CÁLCULOS DENTRO DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE, HAY QUE EVITAR EMPUJAR EL INSTRUMENTO EN DIRECCION APICAL.

EL CÁLCULO NO SE DESPRENDE POCO A POCO SINO TOTALMENTE, EMPEZANDO POR DEBAJO DEL BORDE.

EL RASPADO SE LIMITA A UNA PEQUEÑA ZONA DEL DIENTE, A LOS DOS LADOS DE LA UNION AMELOCEMENTARIA EN DONDE SE LOCALIZAN LOS CÁLCULOS, A ESTA ZONA SE LE LLAMA DE INSTRUMENTACION, SE PASARÁ RÁPIDAMENTE EL INSTRUMENTO SOBRE LA CORONA DONDE NO ES NECESARIO PROLONGAR EL TIEMPO DE TRABAJO.

ELIMINACION DE LA BOLSA POR RASPAJE Y CURETAJE*

ES PRECISO TENER UN PLAN DE PROCEDIMIENTO ANTES DE COMENZAR A ELIMINAR LA BOLSA. COMO GUIA, DIREMOS QUE LAS BOLSAS PERIODONTALES SE PUEDEN DIVIDIR EN TRES ZONAS, DE LAS CUALES SE TIENE QUE TOMAR EN CUENTA LO SIGUIENTE;

ZONA I.- SE LLAMA PARED BLANDA DE LA BOLSA Y ADHERENCIA EPITELIAL.

- A).-SI LA PARED DE LA BOLSA SE EXTIENDE EN LINEA RECTA DESDE EL MARGEN GINGIVAL O SI SIGUE UN TRAYECTO TORTUROSO ALREDEDOR DEL DIENTE.
- B).-LA CANTIDAD DE SUPERFICIES DENTARIAS QUE ABARCA LA BOLSA.
- C).-LA LOCALIZACIÓN DEL FONDO DE LA BOLSA SOBRE LA SUPERFICIE DENTARIA Y LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.
- D).-LA RELACIÓN DE LA PARED DE LA BOLSA CON EL HUESO ALVEOLAR.

ZONA II.- SUPERFICIE DENTARIA.

- A).-EXTENCIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LOS DEPÓSITOS.
- B).-ESTADO DE LA SUPERFICIE DENTARIA; PRESENCIA DE ZONAS ABLANDADAS, EROSIONADAS.
- C).-ACCESIBILIDAD DE LA SUPERFICIE DENTARIA PARA LA INSTRUMENTACIÓN NECESARIA.

ZONA III.-TEJIDO CONECTIVO ENTRE LA PARED DE LA BOLSA Y EL HUESO.

- A).-SI EL TEJIDO CONECTIVO ES BLANDO Y FRIABLE O FIRME Y UNIDO AL HUESO.

ESTO ES IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO DE BOLSAS INFRAOSEAS.

ASÍ QUE EN LA MISMA OPERACIÓN SE ALISA LA RAIZ.

CON EL CURETAJE SE ELIMINARÁ EL REVESTIMIENTO INTERNO ENFERMO DE LA BOLSA Y ADHERENCIA EPITELIAL.

LA ELIMINACIÓN DEL REVESTIMIENTO INTERNO DE LA BOLSA Y ADHERENCIA EPITELIAL SE HACE EN DOS ETAPAS.

SE INTRODUCE LA CURETA DE MODO QUE TOMA EL TAPÍZ INTERNO DE LA PARED DE LA BOLSA Y SE LE DESLIZA POR EL TEJIDO BLANDO HACIA LA CRESTA GINGIVAL.

LA PARED BLANDA SE SOSTIENE CON PRESIÓN DIGITAL SUAVE SOBRE LA SUPERFICIE EXTERNA.

DESPUÉS SE COLOCA LA CURETA POR DEBAJO DEL BORDE CORTADO DE LA ADHERENCIA EPITELIAL COMO PARA SOCAVARLA.

SE SEPARA LA ADHERENCIA EPITELIAL CON UN MOVIMIENTO DE PALA HACIA LA SUPERFICIE DEL DIENTE.

SEXTO PASO: PULIR LA SUPERFICIE DENTARIA:

LAS SUPERFICIES RADICULARES Y CORONARIAS ADYACENTES SE PULEN CON TAZAS PULIDORAS DE GOMA CON ZIRCATO MEJORADO O UNA PASTA DE PIEDRA POMEZ FINA CON AGUA.

EN ESTE MOMENTO NO SE USA CEPILLOS PARA PULIR; CON EL FIN DE EVITAR LESIONAR LOS TEJIDOS BLANDOS.

UNA VEZ PULIDA LA SUPERFICIE SE LIMPIA CON AGUA TIBIA, EJERCIENDO PRESIÓN SUAVE PARA ADAPTAR LA ENCÍA AL DIENTE.

SE RECOMENDARÁ AL PACIENTE QUE AL PRINCIPIO SU CEPILLADO SEA SUAVE DESPUÉS AUMENTARÁ EL VIGOR DEL CEPILLADO.

ASIMISMO, DEBERÁ USAR HILO DENTAL.

POR LO GENERAL A LAS DOS SEMANAS SE OBTIENE EL COLOR, CONSISTENCIA, TEXTURA SUPERFICIAL, CONTORNO DE LA ENCÍA NORMAL Y MARGEN GINGIVAL BIEN ADAPTADO AL DIENTE.

PROBABLES SECUelas A LA ELIMINACIÓN DE BOLSAS PARODONTALES.

1).-SENSIBILIDAD A LA PERCUSION.

2).-HEMORRAGIA.

3).-SENSIBILIDAD A CAMBIOS TÉRMICOS Y A LA ESTIMULACIÓN TÁCTIL.

OTRAS DOS VARIACIONES DE LA TECNICA DE CURETEADO Y RASPAJE SON LAS SIGUIENTES:

TECNICA DE APOSITO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA (BOX).

SE USA UN APOSITO PERIODONTAL QUE SE COMPONE DE ÁCIDO BÓRICO, ACEITE DE MENTA, OXIGENO Y OTROS PRODUCTOS MEDICINALES INCORPORADOS EN UNA BASE DE PARAFINA, A LA CUAL SE LE DA FORMA DE BARRA.

LA PARAFINA SE CALIENTA Y SE INTRODUCE EN BOLSAS, POR PRESIÓN DIGITAL O CON UNA JERINGA DISEÑADA ESPECIALMENTE PARA ESO Y SE DEJA ALLÍ DE 24 A 48 HRS.

AL RETIRARSE LOS CÁLCULOS EXPUESTOS POR LA RETRACCIÓN DE LA ENCÍA, SE QUITAN POR RASPAJE, SE REPITE ESTA OPERACIÓN HASTA ELIMINAR LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

LOS APOSITOS INDIVIDUALES PUEDEN SER CAMBIADOS DIARIAMENTE O EN DÍAS ALTERNADOS, PERO NO PUEDEN DEJARSE MÁS TIEMPO.

LA EFICACIA DEL PROCEDIMIENTO SE AUMENTA SI VA PRECEDIDO DE LAVADO DE LAS BOLSAS CON UNA MEZCLA ESPECIAL DE GLICERINA.

TECNICA QUIRURGICA CONSERVADORA (BARKANH).

ESTA TÉCNICA INCLUYE LA EXCISSION DE LA PARED INTERNA DE LA BOLSA Y UNA MEZCLA COAGULANTE DE FENOL ALCANFOR.

SE USA ANESTECIA TÓPICA Y DESPUÉS SE PINCELA LA BOLSA CON UN ANTISEPTICO DESPUÉS SE EMPAQUETA UN HILO DE ALGODÓN IMPREGNADO EN UNA MEZCLA DE 25% DE FENOL Y 75% ALCANFOR .

EL HILO SE DEJA EN LA BOLSA UN MOMENTO Y UNA VEZ RETIRADO SE COMIENZA EL CURETAJE.

EL PROCESO DE EMPAQUETAMIENTO DEL HILO SE REPITE CON EL OBJETO DE AGRANDAR LA ABERTURA DE LA BOLSA.

SE ELIMINA LA MAYOR CANTIDAD DE TEJIDO COAGULADO Y CONTENIDO DE LA BOLSA CON UN BISTURI CURVO, SE CORTA LA PAPILA CON UNA INCISION SEMILUNAR Y UN BISEL INTERNO, CON LA HOJA AFILADA SE RASPAN LAS PARTES INTERNAS DE LAS PARTES INTERNAS DE LAS PAREDES BLANDAS DE LAS BOLSAS PARA CREAR SUPERFICIES SANGRANTES AVIVADAS.

UNA VEZ ELIMINADA TODA LA SUBSTANCIA EXTRAÑA Y LA PARED INTERNA SANGRA LIBREMENTE, LA BOLSA SE EMPAQUETA CON UN APOSITO DE GASA DE 0.5 CM. POR 4 ó 5 CM DE LARGO, HUMEDECIDO CON AGUA ESTERILIZADA A LA CUAL SE AÑADIO LA MEZCLA COAGULANTE DE FENOL ALCANFOR.

AL DIA SIGUIENTE SE RETIRA LA GASA, SE IRRIGA LA ZONA CON SOLUCION SALINNA NORMAL Y SE PINCELA CON UN ANTISEPTICO CMO EL MERTHIOLATE.

EN CUANTO LA SITUACION LO PERMITE SE PROCEDERÁ A INICIAR EL CONTROL DE LA PLACA.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA:

GINGIVECTOMIA ES LA EXCISION DE LA ENCIA.

ES UNA INTERVENCION EN DOS TIEMPOS:

- 1).-ELIMINACIÓN DE LA ENCÍA ENFERMA.
- 2).-RASPAJE Y ALISADO DE LA SUPERFICIE
RADICULAR.

ESTA TÉCNICA ESTÁ INDICADA:

- 1.-BOLSAS SUPRAÓSEAS PROFUNDAS.
- 2.-BOLSAS SUPRAÓSEAS CON PAREDES PROFUNDAS.
- 3.-AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.
- 4.-LESIONES DE FURCACIONES.
- 5.-ABSCEOS PERIODONTALES.
- 6.-CAPUCHONES PERICORONARIOS.
- 7.-DETERMINADOS CRATERES GINGIVALES INTERDENTARIOS.
- 8.-DETERMINADAS BOLSAS INFRAÓSEAS.

PARA UNA GINGIVACTOMIA ALGUNOS AUTORES PIENSAN QUE ES NECESARIO UNA SERIE DE PREPARACIONES, TALES COMO:

RASPADO Y CURETEADO DE LAS RAICES, ELIMINACIONES DE FACTORES AMBIENTALES LOCALES DESFAVORABLES, COMO RESTAURACIONES DESBORDANTES, ZONAS DE IMPACCIÓN DE ALIMENTOS, ALTERACIONES OCLUSALES. SI EL PACIENTE LO REQUIERE SE PUEDEN CONSTRUIR FÉRULAS TEMPORALES Y PROTECTORES NOCTURNOS PARA CONTROLAR LA MOVILIDAD DENTARIA EXCESIVA, ALIVIAR HÁBITOS OCLUSALES (BRUXISMO). SE DEBERÁ ESTUDIAR ALGUNOS ESTADOS SISTÉMICOS QUE PUEDAN INTERFERIR EN LA CIATRIZACIÓN, ASÍMISMO, SE EDUCARÁ AL PACIENTE PARA UN G&NTROL DE PLACA.

LA ENFERMEDAD GINGIVAL AGUDA DEBE SER ELIMINADA ANTES DE HACER LA GINGIVECTOMÍA Y EL PACIENTE DEBERÁ ESTAR LIBRE DE SÍNTOMAS, UN MES ANTES DE QUE SE REALICE LA GINGIVECTOMÍA.

PROCEDIMIENTOS PARA LA GINGIVECTOMÍA.

- 1.- EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA APRENSIVO SE LE PREMEDICARÁ NEMBUTAL 100MG. U OTRA CLASE DE SEDANTES.
- 2.- ANESTESIA YA SEA INFILTRATIVA O REGIONAL.
- 3.- SI LAS BOLSAS ESTÁN GENERALIZADAS, SE TRATARÁ POR CUADRANTES Y EN INTERVALOS SEMANALES; SÓLO EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE DESEE LA GINGIVECTOMÍA TOTAL, ÉSTE DEBERÁ SER HOSPITALIZADO.
SIEMPRE ES NECESARIO CONTAR CON UN ASPIRADOR, YA QUE FACILITARÁ LA VISUALIDAD.
- 4.- MARCAR LAS BOLSAS PARODONTALES, PERO ANTES DEBERÁN SER EXPLORADAS CON UNA SONDA PERIODONTAL Y POSTERIORMENTE SE MARCARÁN CON UNA PINZA MARCA DORA DE BOLSAS DEL NÚMERO 27 C.

EL INSTRUMENTO SE SOSTIENE CON UN EXTREMO MARCADOR, ALINEADO CON EL EJE MAYOR DEL DIENTE. EL EXTREMO RECTO SE INTRODUCE HASTA LA BASE DE LA BOLSA Y EL NIVEL SE MARCA AL UNIR LOS EXTREMOS DE LA PINZA, PRODUCIENDO UN PUNTO SANGRANTE EN LA SUPERFICIE EXTERNA. LAS BOLSAS SE MARCAN SISTEMÁTICAMENTE COMENZANDO POR LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE, SIGUIENDO POR LA SUPERFICIE VESTIBULAR, YENDO HACIA LA LÍNEA MEDIA. ESTE PROCEDIMIENTO SE REPITE EN LA SUPERFICIE LINGUAL.

- 5.- CORTAR ENCÍA, ÉSTA SE PUEDE CORTAR CON BISTURÍ PERIODONTAL, ESCAPELO O TIJERA.

LA INCISIÓN PUEDE SER CONTÍNUA O DISCONTÍNUA.

LA INCISIÓN DISCONTÍNUA COMIENZA EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL ÁNGULO DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE Y SE AVANZA HACIA EL SECTOR ANTERIOR, SIGUIENDO EL CURSO DE LA BOLSA, EXTENDIÉNDOSE A TRAVÉS DE LA ENCÍA INTERDENTARIA HASTA EL ÁNGULO DISTOVESTIBULAR DEL DIENTE SIGUIENTE.

LA OTRA INCISIÓN SE COMIENZA ALLI DONDE LA ANTERIOR CRUZA EL ESPACIO INTERDENTARIO Y SE LLEVA HASTA EL ÁNGULO DISTOVESTIBULAR DEL SIGUIENTE DIENTE.

LA INCISIÓN CONTINUA SE COMIENZA EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL ÚLTIMO DIENTE Y SE LLEVA HACIA EL SECTOR ANTERIOR SIN INTERRUPCIÓN, SIGUIENDO EL CURSO DE LAS BOLSAS, HASTA LA LÍNEA MEDIA. UNA VEZ HECHAS LAS INCISIONES EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR EL PROCESO SE REPITE EN LA SUPERFICIE LINGUAL.

LAS INCISIONES SE HARÁN A LOS LADOS DE LA PAPILA INCISIVA, NO EN SENTIDO HORIZONTAL A TRAVÉS DE ELLA.

YA QUE SE HICIERON LAS INCISIONES VESTIBULAR Y LINGUAL SE LES UNE POR UNA INCISIÓN DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE ERUPCIONADO.

LA INCISIÓN DISTAL SE HACE CON UN BISTURÍ PERIODONTAL, COLOCADO DEBAJO DEL FONDO DE LA BOLSA Y BISELADO DE MODO QUE COINCIDA CON LA INCISIÓN VESTIBULAR Y LINGUAL.

LA INCISIÓN DEBE SER:

- A) LA INCISIÓN SE HACE POR APICAL A LOS PUNTOS QUE MARCAN EL CURSO DE LA BOLSA, ENTRE LA BASE DE LA BOLSA Y LA CRESTA DEL HUESO. DEBE SER LO MÁS CERCA AL HUESO SIN EXPONERLO, PARA ELIMINAR EL TEJIDO BLANDO CORONARIO AL HUESO.
- B) LA INCISIÓN SE BISELARA APROXIMADAMENTE EN 45° CON LA SUPERFICIE DENTARIA, SI EL BISEL ESTÁ MAL SE PUEDE FRACASAR.
- C) LA INCISIÓN DEBE RECREAR LA FORMA FESTONEADA NORMAL DE LA ENCÍA; PERO LA BOLSA ENFERMA SE ELIMINARÁ POR COMPLETO, INCLUSO EN EL CASO DE QUE CON ÉSTO SE PARTE DE LA FORMA NORMAL DE LA ENCÍA.
- D) LA INCISIÓN DEBE TRASPASAR COMPLETAMENTE LOS TEJIDOS BLANDOS EN DIRECCIÓN AL DIENTE.

E) ELIMINAR ENCÍA MARGINAL E INTERDENTARIA, SE COMENZARÁ EN LA PARTE DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE EN ERUPCIÓN, SE DESPRENDE EL MARGEN GINGIVAL POR LA LÍNEA DE INCISIÓN, CON UNA AZADA QUIRÚRGICA Y RASPADORES SUPERFICIALES NUM. 3G Y 4G.

AL IR ELIMINANDO LA PARED DE LA BOLSA Y SE LIMPIA EL CAMPO SE OBSERVA:

- A) TEJIDO DE GRANULACIÓN DE ASPECTO GLOBULAR.
- B) CÁLCULOS QUE SE EXTIENDEN HASTA DONDE ESTABA INSERTADA LA BOLSA. ES DE COLOR PARDO OSCURO DE CONSISTENCIA SÓLIDA, PERO ALGUNAS PARTÍCULAS SON CASI DEL MISMO COLOR QUE LA RAÍZ.
- C) UNA ZONA SEMEJANTE A UNA BANDA SOBRE LA RAÍZ DONDE SE INSERTABA LA BOLSA.
- D) ABLANDAMIENTO DE SUPERFICIE RADICULAR.
- E) INDENTACIÓN PRODUCIDA POR LA RESORCIÓN CELULAR.
- F) PROTUBERANCIAS CEMENTARIAS.

TODAS LAS ESTRUCTURAS ANTERIORES DEBERÁN SER RETIRADAS CON MUCHA MINUCIOSIDAD.

EL HUESO SÓLO SE REMODELA EN TRATAMIENTOS DE DETERMINADAS BOLSAS INFRAÓSEAS, PERO EN EL TRATAMIENTO DE BOLSAS SUPRAÓSEAS NO HAY QUE TOCAR EL HUESO, PORQUE EL HUESO QUE ESTÁ DEBAJO DE LA BOLSA PERIODONTAL ES TEJIDO VIVO, NO ESTÁ INFECTADO, NI NECRÓTICO. EL LIMADO SERÍA INNECESARIO Y PERJUDICIAL, ADEMÁS RETARDARÍA LA CICATRIZACIÓN DEL HUESO Y REDUCE LA ALTURA POSOPERATORIA DEL HUESO. LOS DEFECTOS MARGINALES SON LIMITADOS Y EL MARGEN ÓSEO REDONDEADO POR EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN NATURAL.

G) ANTES DE COLOCAR EL APOÓSITO SE DEBERÁ LAVAR LA ZONA VARIAS VECES CON AGUA TIBIA Y SE CUBRE CON UN TROZO DE GASA DOBLADO EN FORMA DE U. SE INDICA AL PACIENTE QUE OCLUYA SOBRE LA GASA, LA CUAL SE DEJA PUESTA HASTA QUE CESE LA HEMORRAGIA.

ANTES DE COLOCAR EL APOÓSITO LA SUPERFICIE DEBE ESTAR CUBIERTA POR EL COÁGULO.

H) COLOCACION DEL APÓSITO, ESTE DEBERÁ SER DE CONSISTENCIA NO PEGAJOSA Y DE MASILLA.

EL APÓSITO SE MODELA EN DOS CILINDROS DE LA LONGITUD APROXIMADAMENTE - DEL CUADRANTE TRATADO; UNO DE LOS CILINDROS SE DOBLARÁ EN FORMA DE GANCHO Y SE ADAPTARÁ A LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE, DESDE LA SUPERFICIE VESTIBULAR EL RESTO DEL CILINDRO SE LLEVA A LA LÍNEA MEDIA PRESIONANDO SUAVEMENTE A LO LARGO DEL MARGEN GINGIVAL. EL SEGUNDO CILINDRO SE APLICA DESDE LA SUPERFICIE LINGUAL. LOS CILINDROS SE UNEN EN LAS ZONAS INTERPROFINALES. EL APÓSITO DEBE DE CUBRIR LA SUPERFICIE CORTADA DE LA ENCÍA, EL EXCESO DE APÓSITO IRRITA EL PLIEGUE MUCOVESTIBULAR Y EL PISO DE LA BOCA DIFICULTA LOS MOVIMIENTOS LINGUALES.

LA SOBRE EXTENSIÓN PUEDE PONER EN PELIGRO LA RUPTURA DEL APÓSITO. SI EL APÓSITO INTERFIERE EN LA OCLUSIÓN, DEBERÁ SER RECORTADO. NADA MAS QUE PARA PODER SER RECORTADA SE ESPERARÁ 15 MINUTOS.

EL PACIENTE NO PODRÁ RETIRARSE HASTA QUE NO CESE EL FILTRADO DE SANGRE POR DEBAJO DEL APÓSITO.

EL APÓSITO SE DEJARÁ UNA SEMANA DESPUÉS DE LA GINGIVECTOMIA, EN ESTE TIEMPO CICATRIZARÁ LA ENCÍA.

SI EL PACIENTE LO DESEA PUEDE ENJUAGARSE CON ENJUAGATORIOS DE SABOR AGRADABLE.

LAS FUNCIONES DEL APÓSITO SON:

- A).-CONTROLAR LA HEMORRAGIA POSOPERATORIA.
- B).-DISMINUYE LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN Y HEMORRAGIA POSOPERATORIA.
- C).-PROPORCIONA CIERTA FERULIZACIÓN DE DIENTES MÓVILES.
- D).-FACILITA LA CICATRIZACIÓN AL PREVENIR LOS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES.

GINGIVECTOMIA POR QUIMIOTRUCIA (ORBAN).

ESTA TECNICA CONSISTE EN LA ELIMINACION DE LA ENCIA MEDIANTE PRODUCTOS QUÍMICOS Y NO EL BISTURI.

SE USA UNA PASTA DE PARAFORMALDHIDO (TRIOXIMETILENO) AL 5%—

DESVENTAJAS:

- A).—FORMACIÓN DE ABSCESOS PERIODONTALES SI SE APLICA TAN COMPACTAMENTE QUE IMPIDA EL DRENAJE DEL EXUDADO DE LA BOLSA.
- B).—NECROSIS DE TEJIDO SI SE USA EN BOLSAS INFRAÓSEAS PROFUNDAS.

PROCEDIMIENTO:

- 1).—MEZCLESE EL POLVO CON EL LIQUIDO SOBRE UNA HOJA DE PAPEL ENCERADO HASTA QUE TENGA CONSISTENCIA CREMOSA, Y SE AGREGAN ALGUNAS HEBRAS DE FIBRA DE ALGODÓN.
- 2).—COLOCAR LA MEZCLA SOBRE EL DIENTE Y EL MARGEN GINGIVAL Y PONERLA DENTRO DE LA BOLSA CON ESPATULA FINA.
- 3).—EL ESPATULAR EL RESTO DE LA MEZCLA Y AGREGAR LA MEZCLA MÁS BLANDA QUE FUE COLOCADA DENTRO DE LA BOLSA.
- 4).—YA ENDURECIDA LA MEZCLA CUBRIRLA CON BARNIZ PARA CAVIDADES.
- 5).—RETIRAR LA MEZCLA DESPUÉS DE DOS DIAS.
- 6).—REPETIR CUANTAS VECES SEA NECESARIO HASTA QUE SE ELIMINE EL EXESO DE TEJIDO.
- 7).—CAUTERIZAR LA SUPERFICIE GRANULANTE DE LA HERIDA CON NITRATO DE PLATA CONCENTRADO, CLORURO DE CINC AL 10 % O ÁCIDO TRICLORACÉTICO AL 20%. PARA PREVENIR LA GRANULACIÓN EXCESIVA.
- 8).—UNA VEZ DESPRENDIDO EL TEJIDO NECRÓTICO, TRASAR EL MARGEN GINGIVAL CON SUPEROXOL AL 30 %.

- 9).-ABSORVER EL SUPEROXOL CON FIBRAS DE ALGODÓN Y LLEVESE AL TEJIDO GINGIVAL SOBRE ALGÚN INSTRUMENTO PLANO, REPETIR HASTA QUE EL TEJIDO QUE DE BLANCO, ESTE COLOR DESAPARECERÁ EN 15 O 20 MINUTOS.
- 10).-REPETIR EL SUPEROXOL DOS VECES POR SEMANA DURANTE 5 SEMANAS.
- 11).-APLICAR NITRATO DE PLATA SIEMPRE QUE EL TEJIDO DE GRANULACIÓN TIENDA A PROLIFERAR EXAGERADAMENTE.
- 12).-ELIMINAR LOS CÁLCULOS Y PULIR LAS SUPERFICIES DENTARIAS.
- 13).-AJUSTAR LA OCLUSIÓN, INDICAR TRATAMIENTO SISTEMÁTICO, SI ES NECESARIO Y CONTROLAR AL PACIENTE CADA TRES MESES.

GINGIVOPLASTIA--

ES LA REMODELACIÓN ARTIFICIAL DE LA ENCÍA PARA CREAR CONTORNOS GINGIVALES FISIOLÓGICOS; POR LO GENERAL SE REALIZA COMO SEGUNDA OPERACIÓN SOBRE LA ENCÍA CICATRIZADA EN LA QUE PERSISTIERON ANORMALIDADES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ANTERIOR.

LA INCISIÓN DEBE SER LO SUFICIENTEMENTE PROFUNDA PARA ELIMINAR TEJIDO ENTRE EL FONDO DE LA BOLSA Y EL HUESO.

LA INCISIÓN DEBE ESTAR BIEN BISELADA.

INDICACIONES:

1).--COMO PROCEDIMIENTO COMPLEMENTARIO CUANDO EL REMODELADO NO SE INCLUYE EN EL TRATAMIENTO INICIAL.

2).--CUANDO LA CICATRIZACIÓN INESPERADA PRODUCE ANORMALIDADES GINGIVALES

SE PUEDE REALIZAR CON BISTURI, ESCAPELO, PIEDRAS ROTATORIAS DE DIAMANTE, DE GRANO GRUESO, O ELECTROCIRUGIA.

SU PROCEDIMIENTO ES SIMILAR AL QUE LLEVA A CABO EN EL FESTONEADO DE DENTADURAS ARTIFICIALES, AFINAMIENTO DEL MARGEN GINGIVAL, CREACIÓN DE UN MARGEN FESTONEADO, ADELGASAMIENTO DE LA ENCÍA INSERTADA Y CREACIÓN DE SURCOS INTERDENTALES VERTICALES Y REMODELADO DE LA PAPILA INTERDENTARIA PARA PROPORCIONAR VÍAS DE ESCAPE DE LOS ALIMENTOS.

CAPITULO VI

MANTENIMIENTO DEL PACIENTE PERIODONTAL.

MANTENIMIENTO DEL PACIENTE PERIODONTAL:

DEBIDO AL CRECIENTE CONOCIMIENTO DE LA GRAN FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL Y LA PERDIDA DE DIENTES QUE CAUSA, MAS LA EXISTENCIA DE UN CUMULO DE ENFERMEDADES SIN TRATAMIENTO QUE AUMENTAN CON MAYOR VELOCIDAD QUE NUESTRA CAPACIDAD DE CURARLAS, HACE INELUDIBLE QUE EL INTERES DE LA PARODONCIA SE DESPLACE DEL TRATAMIENTO A LA PREVENCION.

LA PARODONCIA PREVENTIVA ES UN PROGRAMA DE COOPERACION ENTRE EL DENTISTA Y EL PACIENTE, PARA PRESERVACION DE LA DENTADURA NATURAL PREVIENIENDO EL COMIENZO, EL AVANCE Y LA REPETICION DE LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

LA ENFERMEDAD PARODONTAL Y SUS CAUSAS PUEDEN SER PREVENIDAS, PUES TIENEN SU ORIGEN EN FACTORES LOCALES QUE SON ACCESIBLES, CORREGIBLES Y CONTROLABLES.

SE PUEDE CULPAR A LA NEGLIGENCIA DE LA MAYORIA DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES Y PARODONTALES.

UNA MAYOR ATENCION EN LA PREVENCION DE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO EN SUS PERIODOS TEMPRANOS OCACIONA MENOS PROBLEMAS QUE EL TRATAMIENTO A PARTIR DE LESIONES AVANZADAS Y AGUDAS.

PLACA DENTARIA: ES LA CAUSA MAS IMPORTANTE DE LA ENFERMEDAD BUCAL, ES EL PRINCIPAL FACTOR ETIOLOGICO DE LA GINGIVITIS Y LA CARIES DENTAL, Y CONSTITUYE LA ETAPA INICIAL DE LA FORMACION DEL CALCULO DENTARIO, Y LA CAUSA DE PERPETUACION DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

OTRO IRRITANTE LOCAL ES LA MATERIA ALBA, QUE FUNDAMENTALMENTE ES UNA CONCENTRACION DE BACTERIAS Y RESIDUOS CELULARES.

EL CONTROL DE LA PLACA ES LA PREVENCION DE LA ACUMULACION DE LA PLACA DENTARIA Y OTROS DEPOSITOS SOBRE LOS DIENTES Y SUPERFICIES GINGIVALES ADYACENTES, POR LO TANTO ES LA MANERA MAS EFICAZ DE PREVENIR LA FORMACION DE

CÁLCULOS Y LA GINGIVITIS.

EL MODO MÁS SEGURO DE CONTROLAR LA PLACA ES LA LIMPIEZA MECÁNICA CON EL CEPILLO DE DIENTES, PASTA DE DIENTES Y OTROS AUXILIARES DE LA HIGIENE LLEGANDO A TODAS LAS SUPERFICIES SUSCEPTIBLES MEDIANTE ALGUNA FORMA DE LIMPIEZA MECÁNICA.

LA PARODONCIA PREVENTIVA CONSISTE EN MUCHOS PROCEDIMIENTOS INTER-RELACIONADOS, PERO LO FUNDAMENTAL ES EL CONTROL DE LA PLACA, ES LA CLAVE DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL.

EL CONTROL DE LA PLACA SIGNIFICA LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD; PARA UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PARODONTAL SIGNIFICA UNA CICATRIZACIÓN POSOPERATORIA OPTIMA; Y PARA EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PARODONTAL TRATADO SIGNIFICA LA PREVENCIÓN DE LAS RECURRENCIAS DE LAS ENFERMEDADES.

CEPILLO DE DIENTES: ELIMINA LA PLACA Y LA MATERIA ALBA, RETARDANDO LA FORMACIÓN DE CÁLCULOS. PARA QUE SE OBTENGAN RESULTADOS SATISFACTORIOS, EL CEPILLO REQUIERE LA ACCIÓN DE LIMPIEZA DE UN DENTRIFICO. EL CEPILLO DEBE LIMPIAR EFICAZMENTE Y PROPORCIONAR ACCESIBILIDAD A TODAS LAS AREAS DE LA BOCA, SU EFICACIA DEPENDE EN GRAN MEDIDA DE EL USO QUE SE LE DE, EL DISEÑO DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE UTILIDAD, EFICIENCIA Y LIMPIEZA.

LAS CERDAS NATURALES O DE NYLON SON IGUALMENTE SATISFACTORIAS, PERO LAS DE NYLON CONSERVAN MÁS TIEMPO SU FIRMEZA. LAS CERDAS SE PUEDEN AGRUPAR EN PENACHOS SEPARADOS DISPUESTOS EN HILERAS O DISTRIBUIRSE PAREJAMENTE FORMANDO MULTIPENACHOS.

LOS EXTREMOS REDONDEADOS DE LAS CERDAS SON MÁS SEGUROS QUE LOS DE CORTE PLANO.

SE RECOMIENDA UN CEPILLO DE MANGO RECTO, DE CERDAS REDONDEADAS, DE NYLON, DISPUESTOS EN TRES HILERAS DE PENACHOS CON SEIS PENACHOS REGULARMENTE ESPACIADOS, CON 80 A 86 FILAMENTOS POR PENACHO.

PARA NIÑO EL CEPILLO ES MAS CORTO Y CON CERDAS MAS BLANDAS.

LAS CERDAS DE DUREZA MEDIANA PUEDEN LIMPIAR MEJOR QUE LAS BLANDAS, TRAUMATIZAN MENOS LA ENCIA Y ABRASIONAN MENOS LA SUPERFICIE DENTARIA Y RESTAURACIONES.

LAS CERDAS BLANDAS LIMPIAN POR DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL Y ALCANZAN MAYOR SUPERFICIE INTERDENTARIA PROXIMAL.

LAS CERDAS DURAS PUEDEN LIMPIAR MEJOR QUE LAS BLANDAS PERO PUEDEN AUMENTAR LA ABRASION POR CEPILLADO.

LA MANERA DE USAR EL CEPILLO Y LA ABRASIBILIDAD DEL DENTRIFICO AFECTAN A LA ACCION DE LA LIMPIEZA EN MAYOR GRADO QUE LA DUREZA DE LAS CERDAS.

UN CEPILLO DEFORMADO YA NO LIMPIA CON EFICACIA Y PUEDE SER NOCIVO PARA LA ENCIA.

DENTRO DE LA AMPLIA GAMA DE TIPOS DE CEPILLOS ENCONTRAMOS LOS ELECTRICOS PERO LOS PACIENTES QUE PUEDEN DESARROLLAR LA CAPACIDAD DE USAR UN CEPILLO DE DIENTES, LO HACEN IGUALMENTE BIEN CON UN CEPILLO MANUAL A UNO ELECTRICO. ESTOS ULTIMOS PRODUCEN UNA MENOR ABRASION DE LA SUPERFICIE DENTARIA Y MATERIALES DE RESTAURACION QUE EL CEPILLO MANUAL.

LA REMOCION DE LA PLACA BACTERIANA INTERPROXIMAL ES ESENCIAL PORQUE LA MAYORIA DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES COMIENZAN EN LA PAPILA INTERDENTARIA Y LA FRECUENCIA DE LA GINGIVITIS ES MAS ALTA ALLI.

EL CEPILLO DEBE SER COMPLEMENTADO CON UN AUXILIAR DE LA LIMPIEZA COMO EL HILO DENTAL, LIMPIADORES INTERDENTARIOS, APARATOS DE IRRIGACION BUCAL Y ENJUAGATORIOS.

MÉTODOS DE CEPILLADO DENTAL.

HAY MUCHOS MÉTODOS DE CEPILLADO DENTAL, PERO ES LA MINUCIOSIDAD, Y NO LA TÉCNICA, EL FACTOR IMPORTANTE QUE DETERMINA LA EFICACIA DEL CEPILLADO; POR LO GENERAL LOS PACIENTES DESARROLLAN MODIFICACIONES INDIVIDUALES DE ESTOS MÉTODOS.

EN TODAS LAS TÉCNICAS LA BOCA SE DIVIDE EN DOS SECCIONES: SE COMIENZA POR LA ZONA MOLAR SUPERIOR DERECHA Y SE CEPILLA POR ORDEN HASTA QUE QUEDEN LIMPIAS TODAS LAS SUPERFICIES ACCESIBLES.

MÉTODO DE BAS (LIMPIEZA DEL SURCO) CON CEPILLO BLANDO.

SUPERFICIES VESTIBULARES SUPERIORES Y VESTIBULOPROXIMALES, EMPEZANDO POR LAS SUPERFICIES VESTIBULOPROXIMALES EN LA ZONA DE MOLARES DERECHOS, COLOCANDO LA CABEZA DEL CEPILLO PARALELA AL PLANO OCLUSAL CON LAS CERDAS HACIA ARRIBA, POR ATRÁS DE LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO MOLAR.

COLOCAR LAS CERDAS A 45° EN RELACION AL EJE MAYOR DE LOS DIENTES FORZANDO LOS EXTREMOS DE LAS CERDAS DENTRO DEL SURCO GINGIVAL Y SOBRE EL MARGEN GINGIVAL, CERCORANDOSE QUE LAS CERDAS PENETREN LO MÁS POSIBLE EN EL ESPACIO INTERPROXIMAL.

EJERCER UNA PRESIÓN SUAVE EN EL SENTIDO DEL EJE MAYOR DE LAS CERDAS ACTIVANDO EL CEPILLO CON UN MOVIMIENTO VIBRATORIO HACIA ADELANTE Y ATRÁS, CONTANDO HASTA 10, SIN QUITAR DEL LUGAR LAS PUNTAS DE LAS CERDAS.

CON FRECUENCIA EXISTE EL USO INADECUADO DEL CEPILLO DANDO COMO RESULTADO LA LIMPIEZA INSUFICIENTE O LA LESIÓN DE LOS TEJIDOS ESTOS ERRORES SON:

1.-EL CEPILLO SE COLOCA ANGULADO Y NO PARALELO AL PLANO OCLUSAL

OCACIONANDO TRAUMA EN LA ENCIA Y MUCOSA VESTIBULAR.

2.-LAS CERDAS SE COLOCAN SOBRE LA ENCIA INSERTADA Y NO EN EL SUR

CO GINGIVAL, CUANDO SE ACTIVA EL CEPILLO SE DESCUIDA EL MARGEN GINGIVAL Y LAS SUPERFICIES DENTARIAS MIENTRAS SE TRAUMATIZA LA ENCIA INSERTADA Y LA MUCOSA ALVEOLAR, LAS CERDAS SON PRESIONADAS CONTRA LOS DIENTES Y NO ANGULADAS HACIA EL SURCO GINGIVAL.

DESCIENDASE EL CEPILLO MOVIÉNDOSE HACIA ADELANTE REPITIENDO EL PROCESO EN LA ZONA DE PREMOLARES.

CUANDO SE LLEGA AL CANINO SUPERIOR DERECHO, COLOCAR EL CEPILLO DE MODO QUE LA ÚLTIMA HILERA DE CERDAS QUEDE DISTAL A LA PROMINENCIA CANINA Y NO SOBRE ELLA, ES INCORRECTO COLOCAR EL CEPILLO A TRAVEZ DE LA PROMINENCIA CANINA PORQUE CAUSA TRAUMA A LA ENCIA CUANDO SE EJERCE PRESION PARA FORZAR LAS CERDAS DENTRO DE LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES DISTALES.

UNA VEZ ACTIVADO EL CEPILLO ELEVARLO Y MOVERLO MESIALMENTE A LA PROMINENCIA CANINA, ENCIMA DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

SUPERFICIES PALATINAS SUPERIORES Y PRÓXIMO PALATINAS.

EMPEZANDO POR LA SUPERFICIE PALATINA Y PROXIMAL EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR IZQUIERDA CONTINUANDO A LO LARGO DEL ARCO HASTA LA ZONA MOLAR DERECHA.

COLOCAR EL CEPILLO HORIZONTALMENTE EN LAS ÁREAS MOLAR Y PREMOLAR.

PARA ALCANZAR LA SUPERFICIE PALATINA DE LOS DIENTES ANTERIORES HAY QUE COLOCAR EL CEPILLO VERTICALMENTE, PRESIONANDO LAS CERDAS DEL EXTREMO DENTRO DEL SURCO GINGIVAL E INTER-PROXIMAL ALREDEDOR DE 45° RESPECTO AL EJE MAYOR DEL DIENTE, ACTIVANDO EL CEPILLO CON GOLPES CORTOS REPETIDOS.

SUPERFICIES VESTIBULARES INFERIORES, VESTIBULOPROXIMALES, LINGUALES Y LINGUO PROXIMALES.

TERMINADO EL CEPILLADO EN LA ARCADA SUPERIOR CONTINUAR CON LA MANDIBULA, ZONA POR ZONA, DESDE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR DERECHO HASTA DISTAL DEL MOLAR IZQUIERDO .

A CONTINUACIÓN LIMPIAR LAS SUPERFICIES LINGUALES Y LINGUOPROXIMALES ZONA POR ZONA, DESDE LA ZONA MOLAR IZQUIERDA A MOLAR DERECHA, EN LA ZONA ANTERIOR INFERIOR EL CEPILLO SE COLOCA VERTICALMENTE CON LAS CERDAS DE LA PUNTA ANGULADAS HACIA EL SURCO GINGIVAL.

SI EL ESPACIO LO PERMITE EL CEPILLO PUEDE SER COLOCADO HORIZONTALMENTE ENTRE LOS CANINOS, CON LAS CERDAS ANGULADAS HACIA LOS SURCOS DE LOS DIENTES ANTERIORES.

FRECUENTES ERRORES:

ES QUE EL CEPILLO SE COLOCA SOBRE EL BORDE INCISAL CON LAS CERDAS SOBRE LA SUPERFICIE LINGUAL, PERO SIN LLEGAR HASTA LOS SURCOS GINGIVALES.

AL MOVER EL CEPILLO HACIA ATRÁS Y ADELANTE, SOLO SE LIMPIA EL BORDE INCISAL Y UNA PORCIÓN DE LA SUPERFICIE LINGUAL.

SUPERFICIES OCLUSALES:

PRESIONAR FIRMEMENTE LAS CERDAS SOBRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES, INTRODUCIENDO LOS EXTREMOS EN SURCOS Y FISURAS.

ACTIVANDO EL CEPILLO CON MOVIMIENTOS CORTOS HACIA ATRÁS Y ADELANTE, CONTANDO HASTA DIEZ Y AVANZANDO ZONA POR ZONA HASTA LIMPIAR TODOS LOS DIENTES POSTERIORES.

UN ERROR FRECUENTE ES CUANDO EL CEPILLO ES FREGADO CONTRA LOS DIENTES CON MOVIMIENTOS HORIZONTALES LARGOS, EN VEZ DE REALIZAR MOVIMIENTOS CORTOS HACIA ATRÁS Y ADELANTE.

METODO DE STILLMAN

EL CEPILLO ES COLOCADO DE MANERA QUE LAS PUNTAS DE LAS CERDAS QUEDEN EN PARTE SOBRE LA ENCÍA Y EN PARTE SOBRE LA PORCIÓN CERVICAL DE LOS DIENTES LAS CERDAS DEBEN SER OBLICUAS AL EJE MAYOR DEL DIENTE Y ORIENTADAS EN SENTIDO APICAL, EJERCIENDO PRESIÓN LATERALMENTE CONTRA EL MARGEN GINGIVAL HASTA PRODUCIR EMPALIDECIMIENTO PERCEPTIBLE.

SE SEPARA EL CEPILLO PARA PERMITIR QUE LA SANGRE VUELVA A LA ENCÍA, APLICANDO PRESIÓN VARIAS VECES, HACIENDO UN MOVIMIENTO ROTATORIO CON EL CEPILLO CON LOS EXTREMOS DE LAS CERDAS EN POSICIÓN, SE REPITE EL PROCESO EN TODAS LAS SUPERFICIES DENTARIAS, COMENZANDO EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR HACIENDO ESTE PROCEDIMIENTO EN TODA LA BOCA, PARA ALCANZAR LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LAS ZONAS ANTERIORES SUPERIORES E INFERIORES EL MANGO DEL CEPILLO DEBE ESTAR PARALELO AL PLANO OCLUSAL Y DOS O TRES PENACHOS DE CERDAS TRABAJAN SOBRE LOS DIENTES Y ENCÍA.

LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS MOLARES Y PREMOLARES SE LIMPIAN COLOCANDO LAS CERDAS PERPENDICULARMENTE AL PLANO OCLUSAL Y PENETRANDO EN LOS SURCOS Y ESPACIOS INTERPROXIMALES.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO.

ESTE METODO ES UNA ACCIÓN VIBRATORIA COMBINADA DE LAS CERDAS CON EL MOVIMIENTO DEL CEPILLO EN RELACIÓN CON EL EJE MAYOR DEL DIENTE.

EL CEPILLO ES COLOCADO EN LA LÍNEA MUCOGINGIVAL, CON LAS CERDAS DIRIGIDAS HACIA AFUERA DE LA CORONA Y SE ACTIVA CON MOVIMIENTOS DE FROTAMIENTO EN

LA ENCIA INSERTADA, EN EL MARGEN GINGIVAL Y EN LA SUPERFICIE DENTARIA; SE GIRA EL MANGO DEL CEPILLO HACIA LA CORONA Y SE VIBRA MIENTRAS SE MUEVE EL CEPILLO.

MÉTODO DE CHARTRES.

EL CEPILLO SE COLOCA SOBRE EL DIENTE CON UNA ANGULACION DE 45° CON LAS CERDAS ORIENTADAS HACIA LA CORONA, MOVIENDO EL CEPILLO CON LA MISMA ANGULACION HASTA EL MARGEN GINGIVAL, GIRAR EL CEPILLO FLEXIONANDO LAS CERDAS DE MANERA QUE LOS COSTADOS PRESIONEN EL MARGEN GINGIVAL Y CON LOS EXTREMOS TOCAR LOS DIENTES, ADEMAS SE DEBERA PENETRAR EN LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES, LA ACCION ROTATORIA DEBE CONTINUAR HASTA CONTAR 10, LLEVAR EL CEPILLO A LAS ZONAS ADYACENTES, REPITIENDO ESTE PROCEDIMIENTO CONTINUANDO AREA POR AREA - SOBRE LA SUPERFICIE VESTIBULAR PARA PASAR DESPUES A LA LINGUAL.

PARA LAS SUPERFICIES OCLUSALES HACER FUERZA SUAVEMENTE CON LAS PUNTAS DE LAS CERDAS CON LOS SURCOS Y FISURAS, ACTIVANDO EL CEPILLO CON UN MOVIMIENTO ROTATORIO SIN CAMBIAR LA POSICION DE LAS CERDAS, REPETIR ESTE PROCESO HASTA QUE ESTEN LIMPIAS TODAS LAS ZONAS.

METODO DE FONES.

EN ESTE METODO EL CEPILLO SE PRESIONA FIRMEAMENTE CONTRA LOS DIENTES Y EN CIAS, EL MANGO DEL CEPILLO DEBE QUEDAR PARALELO A LA LINEA DE OCLUSION Y LAS CERDAS PERPENDICULARES A LAS SUPERFICIES VESTIBULARES, A CONTINUACION SE MUEVE EL CEPILLO EN SENTIDO ROTATORIO, CON LOS MAXILARES OCLUIDOS Y LA TRAYECTORIA DEL CEPILLO DENTRO DE LAS LIMITES DEL PLIEGUE MUCOVESTIBULAR.

ELEMENTOS AUXILIARES DE LA LIMPIEZA.

HILO DENTAL:

SE USA PARA LIMPIAR SUPERFICIES DENTARIAS INTERPROXIMALES, ESTE HILO SE PASA SUAVEMENTE A TRAVES DEL AREA DE CONTACTO, CON UN MOVIMIENTO HACIA ATRAS Y - ADELANTE, NO DEBE DE FORZARSE EL HILO EN EL AREA DE CONTACTO PORQUE PUEDE -- LLEGAR A LESIONAR LA ENCIA.

LA FINALIDAD DEL HILO ES ELIMINAR LA PLACA Y ALIMENTOS RETENIDOS EN LAS --- AREAS INTERPROXIMALES.

LIMPIADORES INTERDENTARIOS DE MADERA, PLÁSTICO, CAUCHO.

CONOCIDOS POR CONOS INTERDENTARIOS (PALILLOS) LOS CUALES SON DE GRAN UTILIDAD CUANDO SE HAN CREADO ESPACIOS INTERDENTARIOS POR LA PÉRDIDA DE TEJIDO GINGI-- VAL. SI LA PAPILA INTERDENTAL LLENA EL ESPACIO, LA ACCION DE LIMPIEZA DE -- LAS PUNTAS SE LIMITA AL SURCO GIGINVAL EN LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE LOS - DIENTES. NO SE DEBE FORZAR LAS PUNTAS ENTRE LA PAPILA INTERDENTARIA IN-- TACTA Y LOS DIENTES; ELLO CREARÁ UN ESPACIO DONDE LO HABÍA ANTES.

APARATOS DE IRRIGACION BUCAL.

ESTOS APARATOS PROPORCIONAN UN CHORRO DE AGUA FIJO O INTERMITENTE BAJO PRE -- SION, A TRAVES DE UNA BOQUILLA, LA PRESION ES CREADA POR UNA BOMBA DEL APARA-- TO O QUE SE UNE A LA LLAVE DEL AGUA. LA IRRIGACION CON AGUA ES EFICAZ EN -- LA HIGIENE BUCAL, QUE CUANDO SE UTILIZA ADEMÁS DEL CEPILLADO PROPORCIONA VEN-- TAJAS MAYORES QUE SI FUERA SOLO EL CEPILLO.

ENJUAGATORIOS.

PUEDEN SER COADYUVANTES DEL CEPILLADO Y OTROS ACCESORIOS PERO NO PUEDE SER --

USADO COMO UN SUBSTITUTO. AL ENJUAGARSE CON AGUA SOLA SE REDUCE LA FLORA-BACTERIANA BUCAL Y EL AGREGADO DE AGENTES ANTIMICROBIANOS AUMENTA ESTE EFECTO SIN EMBARGO, LA DISMINUCIÓN ES TEMPORAL Y EL USO RPOLONGADO DE UN MISMO ENJUA GATORIO DISMINUYE SU EFICACIA.

MASAJE GINGIVAL.

EL MASAJE DE LA ENCÍA CON CEPILLO DE DIENTES PRODUCE ENGROSAMIENTO EPITELIAL- Y AUMENTO DE LA QUERATINIZACIÓN Y ASIMISMO, AUMENTO DE ACTIVIDAD MITÓTICA EN- EL EPITELIO Y EN EL TEJIDO CONECTIVO; LOS LIMPIADORES INTERDENTARIOS TAMBIÉN- AUMENTAN LA QUERATINIZACIÓN. SE CREE QUE EL ENGROSAMIENTO Y QUERATINIZACIÓN LE DAN MAYOR PROTECCION A LA ENCÍA CONTRA BACTERIAS E IRRITANTES, COSA QUE NO HA SIDO PROBADA.

SE AFERMA QUE EL MASAJE MEJORA LA CIRCULACIÓN, EL APORTE NUTRIENTE, OXIGENO A LOS TEJIDOS Y LA REMOCION DE LOS RPRODUCTOS DE DESECHO, ASÍ COMO EL METABOLIS- MO DE LOS TEJIDOS; PERO SI ESTE MASAJE NO SE SABE CONTROLAR PUEDE HABER LESIO NES GINGIVALES.

CONCLUSIONES:

LA ENFERMEDAD PARODONTAL ES UNA DE LAS MAS COMUNES CONOCIDAS POR EL HOMBRE.

NO SOLAMENTE SE ENCUENTRA AMPLIAMENTE DISTRIBUIDA POR EL MUNDO, SINO QUE HAY PRUEBAS QUE SEÑALAN QUE HA SIDO UN AZOTE PARA LA HUMANIDAD DESDE EPOCAS DE LA PREHISTORIA.

NINGUNA RAZA ES INMUNE;NINGUNA REGION SE ENCUENTRA LIBRE DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

LA ENFERMEDAD PARODONTAL ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LA PERDIDA DE PIEZAS DENTALES.DEPENDER DEL ESFUERZO DEL PACIENTE ES POCO SEGURO SI NO SE LE EDUCA A ESTE SOBRE EL CUIDADO DEL TEJIDO PARODONTAL Y UN MAYOR ESmero A LA HORA DE ASEARSE Y PONERLO AL TANTO DE LA TECNICA MAS CONVENIENTE PARA EL.

ASI COMO EL CONOCIMIENTO DE OTROS AUXILIARES ADEMAS DEL CEPILLO DENTAL,HILO DENTAL Y OTROS INSTRUMENTOS DE DESBRIDACION.

HAY QUE CONCIENTIZAR AL PACIENTE DE QUE ES MAS ACONCEJABLE Y DE MEJORES RESULTADOS EL PREVENIR UNA ENFERMEDAD,QUE TRATAR DE RESTABLECER LA SALUD CUANDO EL PARODONTO YA ESTA DAÑADO.

PUES COMO SABEMOS NO TODOS LOS ORGANISMOS TIENEN EL MISMO PODER DE RECUPERACION,PUES UNA TECNICA QUIRURGICA,ADEMAS DE SER SUMAMENTE TRAUMATICA Y DOLOROSA ES TARDADA Y COSTOSA.

EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO,ES COMO EN TODAS LAS ENFERMEDADES PREVI-
SIDLES,DE GRAN IMPORTANCIA PARA LA TERAPEUTICA OPTIMA.

AQUI LA RESPONSABILIDAD ES CASI TOTAL DEL ODONTOLOGO.LA IDEA QUE
SE TENIA DE QUE LA ENFERMEDAD PARODONTAL DESTRUCTIVA ERA BASICAMENTE
DE UNA EDAD MEDIA HA SIDO DEMENTIDA TOTALMENTE.

ACTUALMENTE SE HAN ENCONTRADO MUCHOS SIGNOS DE DESTRUCCION TEMPRANA
EN PACIENTES JOVENES Y AUN EN NIÑOS.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

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

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

SEGUNDA EDICIÓN, EDITORIAL CONTINENTAL. 1982.

HORWARD L. WARD, MARVIN SIMRING.

MANUAL DE PERIODONTOLOGIA CLINICA

PRIMERA EDICIÓN, EDITORIAL MUNDI. 1975

ORBAN BALINT, JOSEPH,

PERIODONCIA CLINICA Y PRACTICA.

CUARTA EDICIÓN, EDITORIAL INTERAMERICANA. 1975

HENRI PETIT.

PARODONTOLOGIA.

PRIMERA EDICIÓN, EDITORIAL TOREA Y MASSON. 1975