

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Generalidades de la Parodoncia

T E S I S

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a

SANDRA LUZ AMAYA REYES

México, D. F.

1983



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.

TEMARIO

INTRODUCCION

CAPITULO I

BREVE HISTORIA DE LA PARODONCIA.

CAPITULO II

DEFINICIÓN DE PARODONCIA, HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA DEL PARODONTO.

CAPITULO III

HISTORIA CLÍNICA.

CAPITULO IV

ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.
ENFERMEDADES SISTEMATICAS CON MANIFESTACIONES PARODONTALES.

CAPITULO V

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

CAPITULO VI

GINGIVITIS.

CAPITULO VII

AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.

CAPITULO VIII

OTROS TRANSTORNOS PARODONTALES.

CAPITULO IX

TÉCNICAS DE ANESTESIA

CAPITULO X

TERAPIAS ADICIONALES AL TRATAMIENTO PARODONTAL

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

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

LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES SON DE GRAN IMPORTANCIA EN EL DESARROLLO DE UNA HISTORIA CLÍNICA APLICADA A UN RECONOCIMIENTO DE DIAGNÓSTICO DENTAL, POR LO TANTO LA MOTIVACIÓN AL DESCRIBIR EL SIGUIENTE TRABAJO NO ES SIMPLEMENTE EL ESPECIFICAR DICHS PADECIMIENTOS, SINO LA APLICACIÓN REAL Y COTIDIANA PARA LA RECUPERACIÓN INTEGRAL A NUESTRO PACIENTE.

GENERALMENTE HAY DOS CAUSAS QUE CON FRECUENCIA AMENAZAN LA INTEGRIDAD DE LA DENTADURA, LAS CUALES SON: CARIES Y LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES, PERO LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE LA PÉRDIDA DE DIENTES ES LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

POR ESTA RAZÓN ES IMPORTANTE QUE EL ODONTÓLOGO POSEA HORIZONTES AMPLIOS EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA A SEGUIR PARA LA CORRECTA SALUD DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE.

BREVE HISTORIA DE LA PARODONCIA

BREVE HISTORIA DE LA PARODONCIA

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES MUY ANTIGUA Y FRECUENTE; APARECE EN EGIPTO EN LOS CUERPOS EMBALSAMADOS DESDE HACE 4000 AÑOS A. C.

LOS SUMARIOS 3000 AÑOS A.C. YA PRACTICABAN LA HIGIENE BUCAL CON PALILLOS DE ORO Y ENCONTRARON ALGUNOS TRATAMIENTOS PARA ESTA ENFERMEDAD.

EN EL TRATADO MÉDICO CHINO EL MÁS ANTIGUO QUE SE CONOCE, ESCRITO POR HWANG-FI ALREDEDOR DEL AÑO 2500 A.C. LA ENFERMEDAD BUCAL SE DIVIDIÓ EN:

1. YA-KON o ENFERMEDAD DE LOS TEJIDOS BLANDOS.
2. FONG-YA o ESTADOS INFLAMATORIOS GENERALES.
3. CHONG-YA o CARIES DENTAL.

LA INFLAMACIÓN GINGIVAL, LOS ABSCESOS PERIODONTALES Y ÚLCERAS SE DESCRIBEN DETALLADAMENTE.

SE CREE QUE LOS CHINOS FUERON LOS PRIMEROS QUE USARON EL PALILLO Y CEPILLO DENTAL.

EL THALMUD Y EL PAPIRO DE EBERS DESCRIBE DIVERSAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

HIPOCRATES COS (460 - 335 A.C.), PADRE DE LA MEDICINA MODERNA, FUÉ EL PRIMERO QUE ELABORÓ UN EXÁMEN MINUCIOSO, EXPLICÓ LA FUNCIÓN Y ERUPCIÓN DE LOS DIENTES Y LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

RHAZES (850 - 923) ÁRABE DE LA EDAD MEDIA, ESCRIBIÓ SIETE - CAPÍTULOS DEDICADOS A LOS DIENTES EN SU "AL - FAKKIR" ENTRE -- ELLOS:

"FLOJEDAD DE LAS ENCÍAS", "PIORREA" Y "ENCÍAS SANGRANTES". ETC.

AVICENNA (980 - 1037) ESCRIBIÓ SOBRE LAS ENFERMEDADES DE -- LAS ENCÍAS.

ALBUCASIS (936 - 1013) RECONOCE LA INTERRELACIÓN ENTRE SA-- RRO Y ENFERMEDAD GINGIVAL, DESTACÓ COMO CUIDAR Y HACER EL TRA-- TAMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE, TAMBIÉN DISEÑO UN JUE-- GO DE INSTRUMENTOS PARA RASPAR LOS DIENTES (DE HIERRO).

VELASCO DE MONTPELLIER (1382 - 1417) SIGLO XV.

AFIRMÓ QUE PARA TRATAR LA ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS ERA NECE-- SARIO ELIMINAR EL TÁRTARO POCO A POCO POR MEDIO DE INSTRUMEN-- TOS DE HIERRO O DENTRÍFICOS.

BARTOLOMÉ EUSTAQUIO, VENECIA (1563) PUBLICÓ UN LIBRO EN VE-- NECIA QUE EXPLICA LA FUERZA DE LOS DIENTES EN LOS MAXILARES.

CON EL COMIENZO DEL SIGLO XVIII SE TOMA INTERÉS POR LA ODON-- TOLOGÍA DE AHÍ TENEMOS PRECURSORES DE LAS INVESTIGACIONES AC-- TUALES.

PIERRE FAUCHARD (1678 - 1761) SE LE CONOCE COMO EL PADRE DE LA ODONTOLOGÍA, DIJO "LA ENFERMEDAD PERIODONTAL AFECTA LAS EN-- CÍAS Y LOS ELEMENTOS MÁS PROFUNDOS", "ENFERMEDAD PERIODONTAL

CRÓNICA.

JOHN HUNTER. FISIÓLOGO Y CIRUJANO INGLÉS. SIGLO XVII.

PUBLICÓ DOS LIBROS SOBRE ODONTOLOGÍA EN LOS QUE SE MENCIONAN LAS ENFERMEDADES DEL PROCESO ALVEOLAR QUE PRESUMÍA ERA EL LUGAR DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SUPURATIVA.

EL SIGLO XIX TRAJÓ MUCHOS ADELANTOS Y NUEVOS NOMBRES EN EL CAMPO PERIODONTAL, COMO:

KUNSTMANN Y SUS MEDIOS QUIRÚRGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

ROBISCEK "OPERACIÓN POR COLGAJO".

A JOHN M. RIGGS PRIMER NORTEAMERICANO QUE CONTRIBUYÓ EN LA ESPECIALIDAD TRATAMIENTO EN EL CURETAJE SUBGINGIVAL DESCRIBIÓ DETALLADAMENTE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE MUCHOS AÑOS SE CONOCIÓ COMO "ENFERMEDAD DE RIGGS".

EN EL SIGLO XX APARECE EN TODO EL MUNDO GRANDES CIENTÍFICOS QUE APORTAN CONCEPTOS DE LA PARODONCIA ACTUAL.

DEFINICION DE PARODONCIA, HISTORIA
Y EMBRIOLOGIA DEL PARODONTO

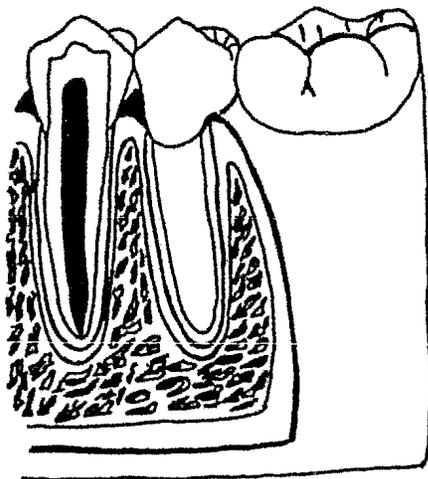
DEFINICIÓN DE PARODONCIA HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA

PERIODONCIA - ES LA RAMA DE LA ODONTOLOGÍA QUE SE REFIERE A LA CIENCIA Y EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

EL PERIODONTO ES EL TEJIDO QUE SIRVE DE PROTECCIÓN Y SOSTÉN AL DIENTE, ESTA CONSTITUÍDO POR CUATRO TEJIDOS, DOS DUROS Y -- DOS BLANDOS.

LOS DUROS SON CEMENTO Y HUESO ALVEOLAR Y DE SOPORTE.

LOS BLANDOS SON ENCÍA Y LIGAMENTO PERIODONTAL.



PERIODONTO SE DERIVA DEL GRIEGO:

PERI - ALREDEDOR

ODONTO - DIENTE

ENCÍA: ES LA ESTRUCTURA QUE RECUBRE LOS PROCESOS ALVEOLARES Y PARTE DEL DIENTE, ESTÁ COMPUESTA POR SU CUBIERTA EXTERNA POR EPITELIO E INTERNAMENTE POR TEJIDO CONECTIVO.

ESTE TEJIDO NOS VA A PERMITIR INTERPRETAR Y CONOCER EL ASPECTO NORMAL Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

LA ENCÍA CLÍNICA Y TOPOGRÁFICAMENTE SE DIVIDE EN TRES PARTES:

1. ENCÍA MARGINAL O LIBRE
2. ENCÍA INSEADA O ADHERIDA
3. ENCÍA INTERDENTARIA O PAPILAR APICALMENTE SE UNE A LA MUCOSA ALVEOLAR EN LA UNIÓN MUCOGINGIVAL.

1. ENCÍA MARGINAL O LIBRE. SE ADHIERE AL DIENTE EN FORMA DE COLLAR, Y SE HACE EL SURCO GINGIVAL, PUEDE SER SEPARADA DE LA SUPERFICIE DENTARIA MEDIANTE UNA SONDA ROMA, CUANDO MIDE MAS DE 2 MM. HAY ENFERMEDAD PERIODONTAL.

2. ENCÍA INSERTADA, ES FIRME, RESILENTE Y ESTRECHAMENTE UNIDA AL CEMENTO Y HUESO ALVEOLAR, ESTÁ LIMITADA POR LA UNIÓN MUCOGINGIVAL Y POR LA LÍNEA DEL SURCO GINGIVAL LIBRE.

EN DIENTES ANTERIORES ES MAS ANCHA QUE EN PREMOLARES Y MOLARES EN ESTOS ES MÁS DELGADA, EL TAMAÑO VARÍA DE UNA PERSONA A OTRA Y HASTA EN LA MISMA PERSONAL.

3.- ENCÍA INTERDENTARIA. EL TEJIDO GINGIVAL FORMA LAS PAPI-
LAS GINGIVALES, ESTAS OCUPAN EL ESPACIO INTERPROXIMAL SITUADO
DEBAJO DEL ÁREA DE CONTACTO DENTARIO, CONSTA DE DOS PAPILAS --
UNA LINGUAL Y OTRA VESTIBULAR, SU FORMA ES PIRAMIDAL.

LA AUSENCIA DE CONTACTO DENTARIO PROXIMAL FORMA EL COL O CO
LLADO.

LAS PAPILAS GINGIVALES SON MUY IMPORTANTES TANTO CLÍNICA CO
MO PATOLÓGICAMENTE YA QUE POR MEDIO DE ESTAS NOS DAMOS CUENTA
DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

COL O COLLADO.- ES UNA DEPRESIÓN QUE CONECTA DOS PAPILAS Y
SE ADAPTA A LA FORMA DEL ÁREA DE CONTACTO INTERPROXIMAL, SU --
SUPERFICIE ES REDONDEADA Y LISA.

EL COL NO EXISTE EN DIASTEMAS Y NIÑOS.

SURCO GINGIVAL.- ES EL ESPACIO ENTRE LA ENCÍA LIBRE Y EL --
DIENTE, ES UNA DEPRESIÓN EN FORMA DE "V" SOLO PERMITE LA ENTRA
DA DE UNA SONDA ROMA DELGADA LA PROFUNDIDAD VARÍA DE 1.5 A 2 -
MM.

MUCOSA BUCAL

LA MUCOSA BUCAL SE CLASIFICA EN TRES TIPOS DIFERENTES:

- 1.- MUCOSA DEL PALADAR. CUBRE LA ENCÍA Y HUESO ALVEOLAR.
- 2.- MUCOSA ESPECIALIZADA. CUBRE EL DORSO DE LA LENGUA.
- 3.- MUCOSA DE REVESTIMIENTO. COMPRENDE EL RESTO DE LA MEMBRA
NA BUCAL.

CARACTERÍSTICAS NORMALES DE LA ENCÍA SANA.

1.- COLOR

2.- TEXTURA

3.- CONSISTENCIA

4.- FORMA

1.- COLOR. LA ENCÍA VA A TENER UN COLOR ROSA CORAL O SALMÓN ESTE DEPENDE DE CUATRO FACTORES.

- DE LA IRRIGACIÓN
- ESPESOR DEL EPITELIO
- GRADO DE QUERATINIZACIÓN Y
- COLOR DE LA PIEL DEL INDIVIDUO.

PUEDE EXISTIR MANCHAS MELÁNICAS EN LA ENCÍA.

2.- TEXTURA. LA ENCÍA POR LO REGULAR ES PUNTEADA ESCASO O ABUNDANTE, SE DICE QUE TIENE LA CONSISTENCIA DE UNA CÁSCARA DE NARANJA, NO EXISTE EXUDADO NI ACUMULACIÓN DE PLACA. EL PUNTI--LLEO SE NOTA EN LA ENCÍA MARGINAL Y LA PAPILA INTERDENTARIA Y VA A ESTAR DADA POR LA INTERFASE ENTRE EL EPITELIO Y EL TEJIDO CONECTIVO.

3.- CONSISTENCIA. LA ENCÍA DEBE SER FIRME Y RESILENTE DEBE ESTAR FIRMEMENTE UNIDA AL DIENTE Y HUESO ALVEOLAR SUBYACENTE.

RESILENTE.- ES LA PARTICULARIDAD DE LA ENCÍA PARA RECIBIR EL ALIMENTO Y HACER QUE RESBALE.

4.- FORMA. LA FORMA VARÍA CONSIDERABLEMENTE Y VA A DEPENDER DE LA FORMA DE LOS DIENTES. EN DIENTES ANTERIODRES LA ENCÍA - MARGINAL FORMA LA PAPILA INTERDENTARIA Y EN LOS POSTERIORES -

DESDE LOS PREMOLARES LA PAPILA SE CONVIERTE EN DOS PAPILAS UNA BUCAL Y OTRA LINGUAL SE UNE POR UNA DEPRESIÓN LLAMADA COL O CO LLADO.

QUERATINIZACIÓN.- LA QUERATINIZACIÓN SIRVE PARA PROTEGERSE DE LAS FUERZAS DE LA MASTICACIÓN, VARÍA SEGÚN LA ZONA, EL PALA DAR ES EL MÁS QUERATINIZADO.

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS DE LA ENCÍA.

HISTOLÓGICAMENTE LA ENCÍA SE DIVIDE EN:

EPITELIO, TEJIDO CONECTIVO (FORMADO POR FIBRAS COLAGENAS), UNA ESTRUCTURA IMPORTANTE ES EL SURCO GINGIVAL QUE SE ENCUEN-- TRA ENTRE LA ENCÍA MARGINAL Y EL DIENTE.

LA ENCÍA ESTÁ CONSTITUÍDA POR UN NÚCLEO CENTRAL DE TEJIDO CONECTIVO CUBIERTO POR EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO. ÉSTOS DOS ESTÁN RELACIONADOS INTIMAMENTE Y SEPARADOS POR UNA MEMBRA-- NA BASAL.

EPITELIO SE DERIVA DEL GRIEGO.

EPI - SOBRE

TELOS - TESSON - TEJIDO QUE CUBRE LA PARTE INTERNA Y EXTERNA DEL CUERPO.

EL TEJIDO QUE CUBRE EL EPITELIO TIENE LA FUNCIÓN PROTECTORA EN LA REGIÓN GINGIVAL POR ESTAR QUERATINIZADA Y EN CONSTANTE RENOVACIÓN.

EL EPITELIO ESTA CONSTITUÍDO POR CÉCLULAS QUE ESTÁN RELACIO NADAS INTIMAMENTE ENTRE SÍ, FORMA UNA CAPA CONTINUA AVASCULAR.

LA INTERACCIÓN ESTÁ REGIDA POR LA MEMBRANA BASAL LA CUAL TIENE CUATRO CAPAS O ESTRATOS.

1. CAPA BASAL
2. ESTRATO ESPINOSO
3. ESTRATO GRANULAR
4. CAPA SUPERFICIAL O ESTRATO CÓRNEO.

1. CAPA BASAL. SON CÉLULAS CUBOIDALES O COLUMNARES DESCANSAN SOBRE LA MEMBRANA BASAL SIGUIENDO SU FORMA ONDULAR. ESTAS CÉLULAS SE VAN A DIFERENCIAR Y VAN A FORMAR LA CAPA SUPERFICIAL DE QUERATINA, CONFORME PASA A OTRO ESTRATO SON DE MAYOR TAMAÑO.

2. ESTRATO ESPINOSO. SU NOMBRE DERIVA DE LOS PUENTES CARACTERÍSTICOS QUE PARECEN EXTENDERSE DE UNA CÉLULA A OTRA. LAS CÉLULAS PRESENTAN CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE MAYOR ESPECIALIDAD Y MADURACIÓN. EN LA CAPA PROFUNDA DEL ESTRATO ESPINOSO SE LLEVA A CABO LA DIVISIÓN CELULAR.

EN ESTE ESTRATO APARECEN NUEVOS ORGANELOS QUE ES EL CUERPO DE ODLAND Y HAY AUMENTO DE TONOFIBRILLAS.

3. CAPA GRANULAR. LAS CÉLULAS SE ENCUENTRAN APLANADAS LOS NÚCLEOS ALARGADOS Y DE MAYOR DENSIDAD, EL CITOPLASMA ESTÁ OCUPADO POR LOS TONOFILAMENTOS, TAMBIÉN ENCONTRAMOS GRÁNULOS DE QUERATOHIalina DONDE QUEDAN ENCERRADOS LOS TONOFILAMENTOS.

4. CAPA SUPERFICIAL. POR LO GENERAL SE PRESENTA UNA TRANSICIÓN REPENTINA DE LA CAPA GRANULAR AL ESTRATO CÓRNEO, LO QUE REFLEJA LA QUERATINIZACIÓN DE LAS CÉLULAS, ESTAS SON DELGADAS

Y PARALELA CARENTES DE NÚCLEO.

LAS CÉLULAS EPITELIALES SE UNEN A OTRA CÉLULA POR MEDIO DE DESMOSOMAS, ESTÁS ESTRUCTURAS SE LOCALIZAN EN LA MEMBRANA DE LA CÉLULA Y ESTÁ CONSTITUÍDA POR UNA PLACA DE UNIÓN Y LAS TONQ FIBRILLAS QUE TERMINAN EN ESTA PLACA TAMBIÉN HAY UNIONES ESTRECHAS EN LAS CUALES LA MEMBRANA CELULAR DE UNA CÉLULA SE RELACIONA CON LA MEMBRANA DE LA CÉLULA VECINA QUEDANDO UN ESPACIO REDUCIDO O NULO.

LAS CÉLULAS VAN A TENER LA MITAD DE UN DESMOSOMA.

HEMIDESMOSOMA - ES LA MITAD DE UNA DESMOSOMA.

LA MEMBRANA BASAL VA A TENER LA FUNCIÓN DE REGULAR LA NUTRICIÓN Y PERMEABILIDAD DEL EPITELIO.

TEJIDO CONECTIVO GINGIVAL.

ESTE TEJIDO ESTÁ ALTAMENTE ORGANIZADO, ADAPTA UNA FORMA ARQUITECTÓNICA, PROPORCIONA TONO A LA ENCÍA LIBRE E INSERTADA Y FUERZA TENSIL A LA INTERFASE ENTRE EL DIENTE Y LOS TEJIDOS --BLANDOS, LOS PRINCIPALES COMPONENTES SON:

FIBRAS COLÁGENAS, VASOS, CÉLULAS QUE ESTÁN SUSPENDIDAS EN--UNA SUSTANCIA FUNDAMENTAL.

LAS FIBRAS SON LOS FIBROBLASTOS QUE SON CÉLULAS QUE SECRE--TAN LA SUSTANCIA FUNDAMENTAL.

EL TEJIDO CONECTIVO ESTÁ CONSTITUÍDO POR CÉLULAS, LA POBLACION PUEDE VARIAR SEGÚN EL SITIO, TENEMOS CÉLULAS CEBACEAS, FIBROBLASTAS, MACRÓFAGOS, CÉLULAS LINFOIDES LEUCOCITOS SANGUI---

NEOS, TENEMOS TAMBIÉN CÉLULAS DE DEFENSA, COMO HISTIOCIDOS, MACRÓFAGOS, MÓNOCITOS, CÉLULAS PLÁSTICAS, LINFOCIDOS, CÉLULAS MENSQUIMATOSAS INDIFERENCIAS, VASOS SANGUINEOS Y NERVIOS.

LA VASCULARIZACIÓN DE LA ENCÍA, PROVIENE DE TRES FUENTES.

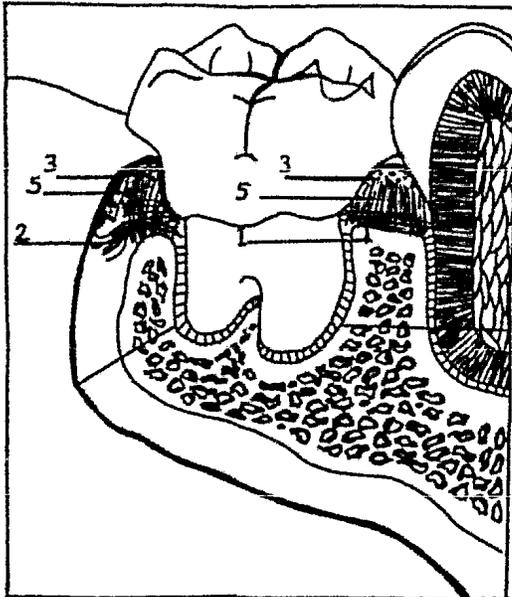
1. ARTERIOLAS SUPRAPERIOSTICAS.

2. POR VASOS DEL LÍQUIDO PERIODONTAL, SE EXTIENDE HACIA LA ENCÍA, SE ANASTOMOSAN CON CAPILARES EN LA BASE DEL SURCO.

3. POR ARTERIOLAS QUE EMERGEN DEL TABIQUE INTERDENTARIO QUE SE ANASTOMOSAN POSTERIORMENTE CON VASOS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

FIBRAS COLAGENAS

ESTÁN ORGANIZADOS EN HACES QUE SE DENOMINAN FIBRAS GINGIVALES, DE ACUERDO A SU LOCALIZACIÓN E INERVACIÓN SE CLASIFICAN EN CINCO GRUPOS:



1. FIBRAS DENTOGINGIVALES.
2. FIBRAS DENTOPERIOSTICAS.
3. FIBRAS ALVEOLOGINGIVALES.
4. FIBRAS CIRCULARES.
5. FIBRAS TRANSEPTALES.

1. DENTOGINGIVALES - SE ENCUENTRA Y VAN DEL CEMENTO APICAL A LA BASE DEL SURCO, CORRE EN FORMA DE ABANICO Y TERMINA CERCA DEL EPITELIO DE LA ENCÍA MARGINAL.

2. DENTOPERIOSTICAS - VAN DEL CEMENTO Y CORREN POR LA SUPERFICIE EXTERNA DEL PERIOSTIO SE INSERTAN EN ÉL.

3. ALVEOLOGINGIVALES - VAN A IR DE LA CRESTA ALVEOLAR HACIA LA ENCÍA MARGINAL E INSERTADA.

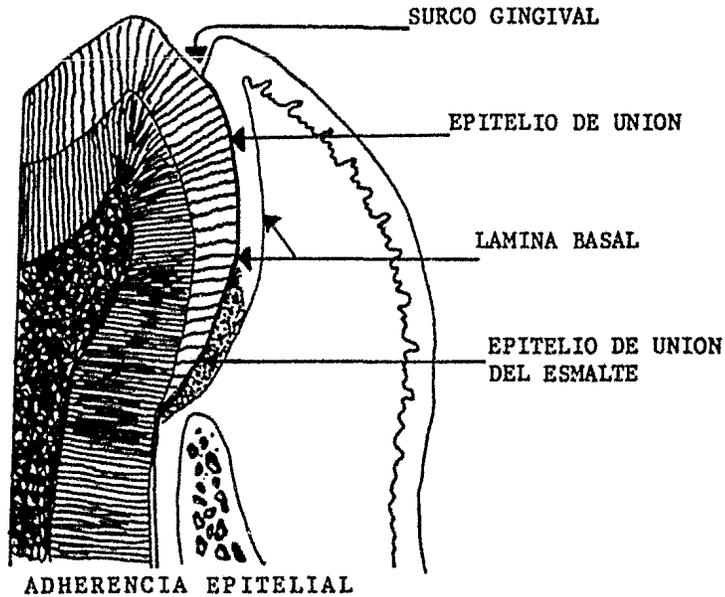
4. CIRCULARES - RODEAN AL DIENTE A MODO DE ANILLO.

5. TRANSEPTALES - SITUADAS INTERPROXIMALMENTE, FORMAN HACES QUE SE EXTIENDEN DEL CEMENTO DE UN DIENTE AL CEMENTO DE OTRO.

LA FUNCIÓN DE LAS FIBRAS GINGIVALES ES MANTENER LA ENCÍA ADHERIDA A LA SUPERFICIE DEL DIENTE PARA EVITAR QUE LAS FUERZAS DE MASTICACIÓN LAS DESPLASE.

INTERFASE TISULAR ENTRE EL EPITELIO Y TEJIDO CONECTIVO.

EL EPITELIO SE UNE AL TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE A TRAVÉS DE UNA LÁMINA BASAL QUE TIENE UN GROSOR DE 0,5 A 1,0 M.



LA LÁMINA BASAL SE COMPONE DE LÁMINA LUCIDA Y LÁMINA DENSA. LOS HEMIDESMOSOMAS DE LAS CÉLULAS EPITELIALES BASALES SE APOYAN EN LA LÁMINA LUCIDA Y SE EXTIENDEN DENTRO DE ELLA.

LA LÁMINA BASAL FORMA UNA CAPA SÓLIDA E INTECTA, SALVO EN PARTES DONDE HAY PROCESO DE DESPLAZAMIENTO DESDE EL TEJIDO CONECTIVO HACIA EL EPITELIO DE UNIÓN, LÁMINA PROPIA DEL TEJIDO CONECTIVO ES POCA DENSAMENTE COLAGENA, CONTIENE FIBRAS ELÁSTICAS, ESTAS UNEN ENTRE SÍ LAS CÉLULAS BASALES, LÁMINA BASAL A LOS TEJIDOS CONECTIVOS, SE OBSERVAN EN EL EPITELIO BUCAL Y EL SURCO DE UNIÓN.

LA LÁMINA BASAL ES IMPORTANTE PARA COMPRENDER LA ESTRUCTURA NORMAL Y LAS ALTERACIONES PATOLÓGICAS.

EPITELIO DE UNIÓN - ES EL TEJIDO QUE UNE AL DIENTE POR UN LADO Y AL EPITELIO DEL SURCO O TEJIDO CONECTIVO DEL OTRO, Y VA

A FORMAR EL SURCO GINGIVAL.

EPITELIO DEL SURCO - ES MUY IMPORTANTE YA QUE ACTUA COMO --
UNA MEMBRANA SEMIPERMEABLE A TRAVÉS DE LA CUAL PASAN HACIA LA
ENCÍA LOS PRODUCTOS BACTERIANOS.

ADHERENCIA EPITELIAL - ES EL MEDIO DE UNIÓN DEL EPITELIO AL
DIENTE Y SE UNE AL ESMALTE POR UNA LÁMINA BASAL ESTA UNIÓN ES-
TÁ REFORZADA POR MUCOPOLIZACARIDOS Y POR FUERZAS DE BANDER ---
VALLS.

LÍQUIDO GINGIVAL O LÍQUIDO CREVICULAR.

SE ENCUENTRA EN EL SURCO GINGIVAL, SE FILTRA DENTRO DEL SUR-
CO GINGIVAL DESDE EL TEJIDO CONECTIVO GINGIVAL.

EL LÍQUIDO GINGIVAL TIENE VARIAS FUNCIONES QUE SON:

- A). LIMPIA EL MATERIAL DEL SURCO.
- B). CONTIENE PROTEÍNAS PLASMÁTICAS ADHESIVAS.
- C). POSEE PROPIEDADES ANTIMICROBIANAS.
- D). PUEDE EJERCER ACTIVIDADES DE ANTICUERPOS EN DEFENSA DE
LA ENCÍA.

EL LÍQUIDO GINGIVAL AUMENTA CUANDO HAY INFLAMACIÓN, CON LA
MASTICACIÓN DE ALIMENTOS DUROS.

LA COMPOSICIÓN DEL LÍQUIDO GINGIVAL ES PARECIDA A LA DEL --
SUERO SANGUÍNEO, YA QUE CONTIENE K, CA, NA, AMINOÁCIDOS, PRO--
TEÍNAS PLASMÁTICAS, GAMMAGLOBULINA G.A: M. ALBÚMINA, LISOZIMA,
FIBRINÓGENO Y FOSFATASA ÁCIDA.

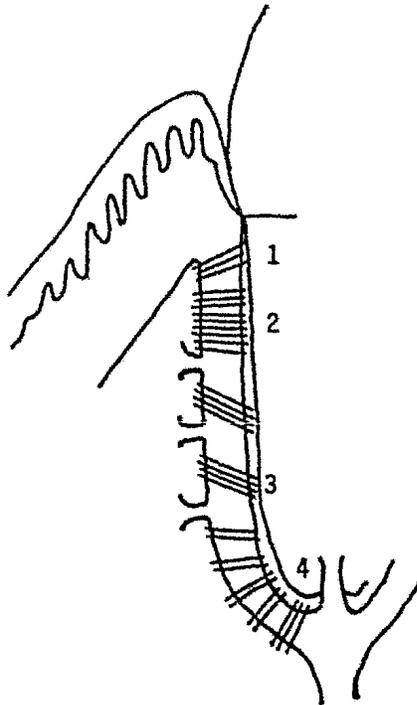
LIGAMENTO PERIODONTAL:

ES UNA ESTRUCTURA DE TEJIDO CONECTIVO DENSO QUE RODEA A LA RAÍZ DEL DIENTE Y LA UNE AL HUESO ALVEOLAR.

EL LIGAMENTO PERIODONTAL TIENE ELEMENTOS QUE SON CARACTERÍSTICAS MUY IMPORTANTES COMO LAS FIBRAS COLAGENAS QUE SE ENCUENTRAN DISPUESTAS EN HACES O GRUPOS QUE SIGUEN UN RECORRIDO ONDULAR.

LAS FIBRAS TIENEN LA PROPIEDAD DE AMORTIGUAR.

LAS FIBRAS PRINCIPALES DEL PERIODONTO SE DISTRIBUYEN EN LOS SIGUIENTES GRUPOS



1. FIBRAS CRESTO-ALVEOLARES.
2. FIBRAS CRESTO-HORIZONTALES.
3. FIBRAS CRESTO-OBLICUAS.
4. FIBRAS CRESTO-APICALES.
5. FIBRAS CRESTO-INTERRADICULARES.

1. FIBRAS CRESTO-ALVEOLARES.- ESTE GRUPO DE FIBRAS SE EXTIENDEN OBLICUAMENTE DESDE EL CEMENTO HASTA LA CRESTA ALVEOLAR

2. FIBRAS HORIZONTALES.- LAS FIBRAS CORREN EN ÁNGULO RECTO EN RELACIÓN AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE DESDE EL CEMENTO HASTA EL HUESO.

3. OBLICUAS.- SON LAS MÁS NUMEROSAS E IMPORTANTES, CORREN OBLICUAMENTE Y ESTÁN UNIDAS AL CEMENTO, ESTAS FIBRAS CONSTITUYEN LA PROTECCIÓN PRINCIPAL DEL DIENTE CONTRA LAS FUERZAS MASTICATORIAS.

4. FIBRAS APICALES.- ESTAS FIBRAS SE ENCUENTRAN SOLO EN DIENTES QUE SE HAN TERMINADO DE FORMAR.

5. INTERRADICULARES. ESTAS FIBRAS SE ENCUENTRAN EN DIENTES DONDE HAY BIFURCACIÓN O MULTIRRADICULARES.

EL LIGAMENTO PERIODONTAL TIENE FORMA DE RELOJ DE ARENA, EL ANCHO VARÍA SEGÚN LA EDAD.

LOS ELEMENTOS CELULARES QUE ENCONTRAMOS SON:

FIBROBLASTOS, CEMENTOBLASTOS Y OSTEÓBLASTOS, VASOS SANGUÍNEOS Y NERVIOS RODEADOS DE FIBRAS DE TEJIDO CONECTIVO LAXO

(FIBRAS INDIFERENCIADAS) CÉLULAS ENDOTELIALES, MACRÓFAGAS, CORDONES DE CÉLULAS EPITELIALES DENOMINADAS RESTOS DE MALASSEZ. -
ADEMÁS DE LAS FIBRAS YA MENCIONADAS TENEMOS OTROS TIPOS QUE --
SON:

FIBRAS DE OXITALAN.

CORREN PERPENDICULARMENTE A LAS FIBRAS PRINCIPALES, SIN EM-
BARGO, ANCLAN EN EL CEMENTO Y EL HUESO, PUEDEN SER ELÁSTICAS.
SU FUNCIÓN ES DESCONOCIDA.

NUTRICIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

LA IRRIGACIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL PROVIENE DE TRES --
FUENTES:

1. VASOS SANGUÍNEOS DE LA ZONA PERIAPICAL PROCEDE DE LOS --
VASOS QUE VAN A LA PULPA.

2. VASOS RAMIFICADOS DE LAS ARTERIAS INTERALVEOLARES ES EL
APORTE SANGUÍNEO PRINCIPAL.

3. ARTERIAS DE LA ENCÍA, SE ANASTOMOSAN.

INERVACIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

SE ENCUENTRA INERVADO POR FIBRAS SENSORIALES CAPACES DE --
TRANSMITIR SENSACIONES TÁCTILES DE PRESIÓN Y DOLOR POR LAS ---
VÍAS TRIGEMINALES, EL TIPO DE INERVACIÓN ES PROPIOCEPTIVO.

EL LIGAMENTO VA A TENER CUATRO FUNCIONES.

-FORMATIVA

- NUTRITIVA

- SENSORIAL

- FÍSICA.

FORMATIVA.- LA FUNCIÓN FORMATIVA ES EJECUTADA POR LOS CEMENTOBLASTOS Y LOS OSTEÓBLASTOS, ESENCIALES EN LA ELABORACIÓN DEL CEMENTO Y HUESO, LOS FIBROBLASTOS QUE FORMAN LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO.

NUTRITIVA.- EL LIGAMENTO PROVEE DE ELEMENTOS NUTRITIVOS AL CEMENTO Y AL HUESO ALVEOLAR SE REALIZA POR NERVIOS Y VASOS SANGUÍNEOS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

SENSORIAL.- EL LIGAMENTO PERIODONTAL CONFIERE SENSIBILIDAD PROPIOCEPTIVA Y TÁCTIL.

FÍSICA.- RESISTENCIA AL IMPACTO DE LAS FUERZAS OCLUSALES, - TRANSMISIÓN DE LAS FUERZAS OCLUSALES AL HUESO Y AL LIGAMENTO PERIODONTAL.

C E M E N T O:

ES UN TEJIDO CONECTIVO MESENQUIMATOSO QUE CUBRE LA RAÍZ ANATOMICA DEL DIENTE.

EL CEMENTO ES DE COLOR AMARILLENTO GENERALMENTE Y ESTÁ FORMADO APROXIMADAMENTE DEL 50% DE MATERIA ORGÁNICA Y 50% DE MATERIA INORGÁNICA.

TENEMOS DOS TIPOS DE CEMENTO.

1. CEMENTO ACELULAR (PRIMARIO).

2. CEMENTO CELULAR (SECUNDARIO).

LOS DOS SE COMPONEN DE UNA MATRÍZ INTERFIBRILAR CALCIFICADA

Y FIBRILLAS COLÁGENAS.

EL CEMENTO CELULAR SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE CEMENTOCITOS QUE SE HALLAN EN LAGUNAS QUE SE COMUNICAN ENTRE SI Y FORMAN UN SISTEMA DE CANALÍCULOS ANASTOMOSADOS.

VAMOS A ENCONTRAR DOS TIPOS DE FIBRAS.

LA FIBRAS SE SHARPEY SON ESTRUCTURAS ORIENTADAS QUE PENE--TRAN EN EL CEMENTO PARA FORMAR PARTE DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, ESTAN FORMADAS POR FIBROBLASTOS, CEMENTOBLASTOS Y OSTEOBLASTOS.

SE HALLAN RODEADAS DE FIBRAS DE TEJIDO CONECTIVO MAS LAXO - DESORGANIZADO, CONOCIDAS COMO FIBRAS INDIFERENCIADAS.

FIBRAS DE LA MATRÍZ TIENEN ORIENTADOS SUS EJES LARGOS PARALELOS A LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ SON PRODUCIDOS POR LOS CEMENTOBLASTOS GENERAN LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL INTERFIBRILAR GLUCOPROTEICA ESTAS FIBRAS ASEGURAN LAS FIBRAS DE SHARPEY DENTRO DEL CEMENTO, ESTAS FIBRAS OCUPAN LA MAYOR PARTE DE ESTRUCTURA DEL CEMENTO ACELULAR DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE EN EL SOSTEN DEL DIENTE.

LA DISTRIBUCIÓN DEL CEMENTO VARÍA, EN LA MITAD CORONARIA ES ACELULAR Y EN LA MITAD APICAL ES CELULAR.

CON LA EDAD HAY MAYOR ACUMULACIÓN EN LA MITAD APICAL DE LA RAÍZ.

CEMENTO INTERMEDIO. ESTA MAL DEFINIDA LA UNIÓN AMELODENTINARIA CONTIENE REMANENTES CELULARES DE LA VAINA DE HERTWIG IN---

CLUÍDAS EN LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL CALCICA.

CEMENTOIDE. LA SUPERFICIE DE CEMENTO SECUNDARIO SE HAYA CUBIERTA POR UNA CAPA DE CEMENTO MÁS RECIENTE QUE AÚN NO ESTÁ -- CALCIFICADO.

HIPERCEMENTOSIS - EN DETERMINADAS SITUACIONES EL CEMENTO -- PUEDE EXCEDER LOS LÍMITES FISIOLÓGICOS Y PUEDE AFECTAR A UN SOLO DIENTE O HA TODOS.

HUESO ALVEOLAR

EL PROCESO ALVEOLAR ES EL HUESO QUE FORMA Y SOSTIENE LOS ALVEolos DENTARIOS.

EL HUESO ALVEOLAR SE FORMA POR LA DEPOSICIÓN DE SALES CÁLCICAS.

SE DIVIDE EN:

- HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO (LÁMINA CRIBIFORME).
- HUESO DE SOPORTE.
- HUESO ALVEOLAR - Es una LÁMINA DELGADA DE HUESO QUE RODEA LAS RAÍCES, EN ELLA SE INSERTAN LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

HUESO DE SOPORTE - RODEA LA CORTICA ÓSEA ALVEOLAR Y ACTUA - COMO SOTÉN EN SU FUNCIÓN, SE COMPONE DE:

- PLACAS CORTICALES COMPACTAS.
- HUESO ESPONJOSO QUE SE HAYA ENTRE LAS PLACAS CORTICALES Y EL HUESO ALVEOLAR.

EL HUESO ALVEOLAR ESTÁ PERFORADO Y A TRAVÉS DE LOS CUALES - PASAN LOS VASOS SANGUÍNEOS Y NERVIOS DEL LIGAMENTO PERIODON--- TAL.

EL HUESO ALVEOLAR SE COMPONE DE FIBRAS DE COLÁGENA SUSTAN-- CIA FUNDAMENTAL Y CRISTALES DE HIDROXIAPATITA.

LA ESTRUCTURA ALVEOLAR VARÍA CASI SIEMPRE EN BASE A TRES -- PRINCIPIOS.

1. LA POSICIÓN, ETAPA DE ERUPCIÓNM TAMAÑO Y FORMA DE LOS -- DIENTES.
2. ORIENTACIÓN VERTICAL DE LOS DIENTES.
3. GROSOR FINITO.

EL MARGEN ALVEOLAR SUELE SEGUIR EL CONTORNO DE LA LÍNEA CE-- MENTO ADAMANTINA.

EL HUESO ESTÁ CUBIERTO TANTO POR SU PARTE EXTERNA COMO IN-- TERNA POR CAPAS DE TEJIDOS CONJUNTIVO QUE SE DENOMINA PERIOS-- TIO Y ENDOSTIO.

EL HUESO ALVEOLAR SE COMPONE DE UNA MATRÍZ CALCIFICADA CON OSTEOCITOS ENCERRADOS EN ESPACIOS DENOMINADOS LAGUNAS, LOS OS-- TECITOS SE EXTIENDEN DENTRO DE PEQUEÑOS CANALES.

OSTEOCITOS - CÉLULAS APLANADAS POCO ALARGADAS, EMITE PROLON-- GACIONES CITOPLASMÁTICAS.

EL OSTEOCITO Y EL OSTEOLASTO SON CAPACES DE ALMACENAR CIER-- TAS CANTIDADES DE FOSFATO DE CALCIO EN EL CITOPLASMA.

EL OSTEOLASTO SINTETIZA LA PARTE ORGÁNICA DE LA COLAGENA - Y LAS GLUCOPROTEÍNAS, TIENE PROLONGACIONES CITOPLASMÁTICAS QUE SE UNEN A LOS OSTEOLASTOS VECINOS.

LOS OSTEOLASTOS SE CONVIERTEN EN OSTEOCITOS AL QUEDAR ATRAPADOS EN LAS LAGUNAS DE HANSHIP.

VITALIDAD DEL HUESO:

EL APORTE SANGUÍNEO PROVIENE DE RAMAS DE LAS ARTERIAS ALVEOLARES.

- VASOS DEL PERIOSTIO. CORREN SOBRE LAS PLACAS VESTIBULARES Y LINGUALES DEL HUESO, CONSTITUYE A LA IRRIGACIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y ENCÍA.

- VASOS ALVEOLARES. ES EL APORTE MAYOR, PASA POR EL CENTRO DEL TABIQUE ALVEOLAR.

- VASOS INTERDENTARIOS. IRRIGA EL TABIQUE Y LA PAPILA INTERDENTARIA.

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

ESTÁ DEBERÁ CONSTAR CON EL MAYOR NÚMERO DE DATOS QUE CONTEN GAMOS DEL PACIENTE.

VA A CONSTAR DE:

1. ANTECEDENTES GENERALES.

NOMBRE, EDAD, SEXO, OCUPACIÓN, DOMICILIO, TELEFONO, ESTA DO CIVIL, LUGAR DE NACIMIENTO.

2. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

SI HAY ENFERMEDADES POR HERENCIA COMO: DIABETES, HEMOFI-LIA, CARDIOPATÍAS, OBESIDAD.

3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

SE LE PREGUNTAN HÁBITOS, COSTUMBRES, DIETA, HIGIENE BU-- CAL.

4. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

SE LE PREGUNTA AL PACIENTE ACERCA DE SUS ENFERMEDADES -- PROPIAS DE LA INFANCIA, SI A TENIDO INTERVENCIONES QUI-- RÚRGICAS (PORQUÉ FUERON) SI HA SUFRIDO ACCIDENTES TRAUMÁ TICOS, SI A TENIDO COMPLICACIONES CON LOS ANESTÉSICOS, - SI ES ALERGICO A ALGÚN MEDICAMENTO (PENICILINA ERITROMI- CINA).

5. PADECIMIENTO ACTUAL.

SE LE PREGUNTA SI ESTA TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO DESDE - CUENDO, Y POR QUÉ RAZÓN.

ES DE GRAN IMPORTANCIA PREGUNTAR EL NOMBRE DE SU MEDICO Y SU TELÉFONO.

6. INTERROGATORIO DE APARATOS Y SISTEMAS.

A) APARATO DIGESTIVO - INTERROGAMOS AL PACIENTE SI TIENE PROBLEMAS PARA TRAGAR LOS ALIMENTOS, SI PADECE AGRURAS, NAUSEAS, VÓMITO, ASTENIA, ANOREXIA, ESTREÑIMIENTO, DIABETES ETC.

B) APARATO RESPIRATORIO - INTERROGAMOS AL PACIENTE SI HAY -- DISNEA, SI SIENTE DOLOR EN EL PECHO AL HACER EJERCICIO, - SI TIENE TOS PERSISTENTE CON SANGRE, ETC.

C) CARDIOVASCULAR - SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI TIENE PALPITACIONES, TAQUICARDIA, INFLAMACIÓN DE TOBILLOS, DOLOR - PRECORDIAL DEL BRAZO IZQUIERDO.

D) GENITOURINARIO

SE LE PREGUNTA SI TIENE ALGUNA ENFERMEDAD RENAL, CUÁNTAS VECES ORINA AL DÍA, SI HAY ARDOR, DOLOR SANGRE O ESPUMA - EN LA ORINA.

E) SISTEMA ENDOCRINO - SE LE PREGUNTA SI TIENE PROBLEMAS EN LAS GRANDULAS COMO TIROIDISMO, PARATIROIDISMO, HIPOTIROIDISMO, ETC.

F) SISTEMA HEMATOPOYETICO - SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI -- HAY POLIDIPSIA, POLIFAGIA, POLIURIA.

SON MUY IMPORTANTES ESTAS PREGUNTAS YA QUE CON ESTÁS NOS DAMOS CUENTA SI ES DIABETICO.

g) SISTEMA NERVIOSO - SE LE PREGUNTA SI TIENE CEFALÉAS, FRECUENCIA, QUE MEDICAMENTOS TOMA, SI HA TENIDO CONVULSIONES, TEMBLORES, ATAQUES.

ESTADOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER.

MENSTRUACIÓN, CUANTO DURA SU CICLO, SI PADECE DE CÓLICOS, - SI TOMA ANTICONCEPTIVOS QUE TIPO, SI ESTA EMBARAZADA, SI HA PASADO LA MENOPAUSIA.

EXAMEN BUCAL

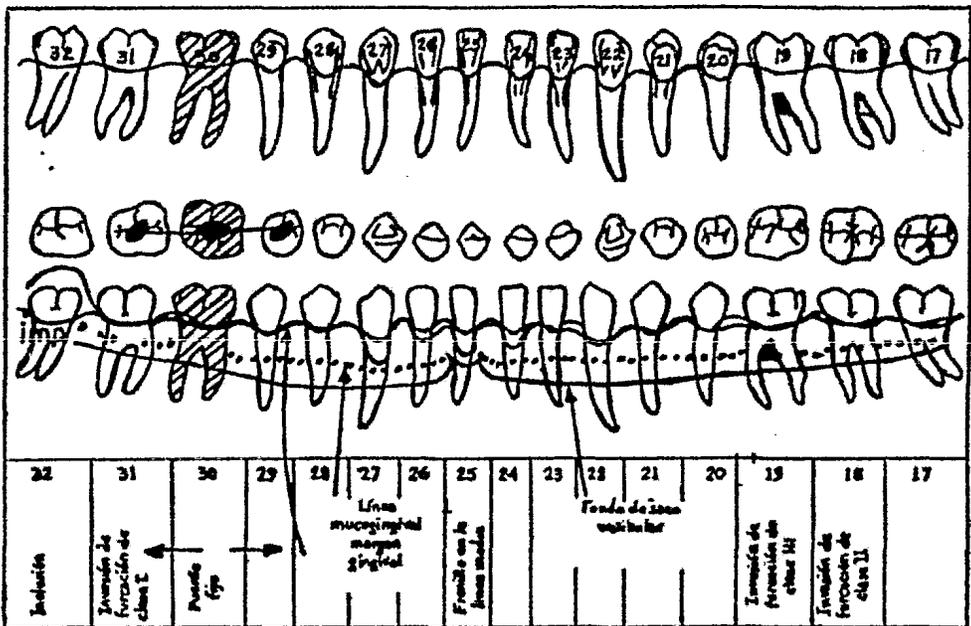
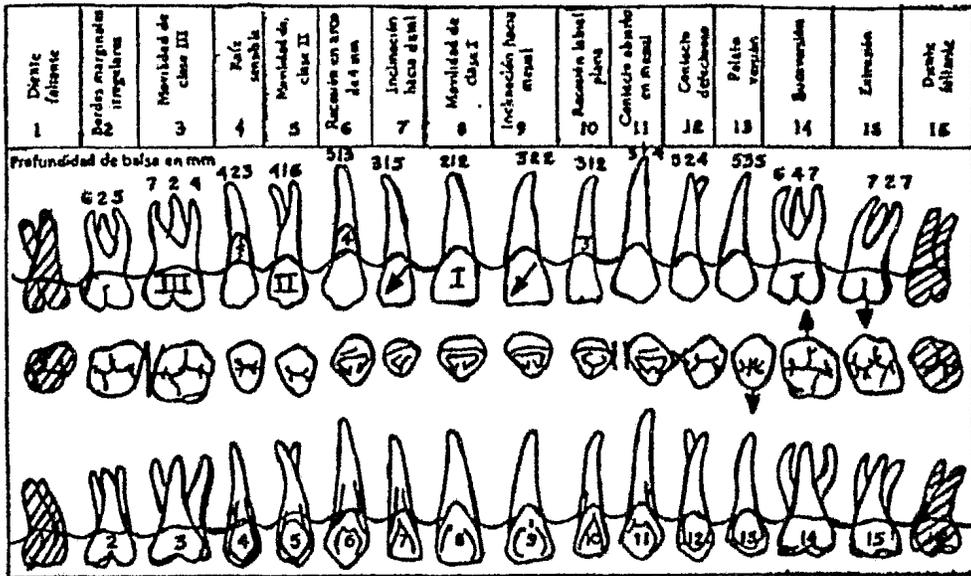
OBSERVAMOS TODAS LAS PARTES QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DE LA CAVIDAD ORAL QUE SON:

LENGUA, FRENILLOS, REGIÓN GINGIVAL, LABIOS, CARRILLOS, PISO DE LA BOCA, PALADAR BLANDO, DURO, MUCOSA, EXAMEN DE CADA PIEZA DENTAL, FORMA, COLOR, CONSISTENCIA, VOLUMEN, PRESENCIA DE TARTARO DENTARIO, ENCÍAS SANGRANTES, EXUDADO, DOLOR, BOLSAS PERIODONTALES, ETC.

PARA SU ESTUDIO VAMOS A UTILIZAR UN PERIODONTOGRAMA O FICHA PERIODONTAL.

PARA EL EXAMEN BUCAL TENDREMOS QUE VALERNOS DE UN ESTUDIO - RADIOGRÁFICO, PUES POR MEDIO DE ELLAS TOMAMOS LAS PRECAUCIONES NECESARIAS.

EN EL PERIODONTOGRAMA VAMOS A ANOTAR:



PERIODONTOGRAMA

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL
ENFERMEDADES SISTEMICAS CON MANIFESTACIONES
PARODONTALES

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

LOS FACTORES PREDISPONENTES SE CLASIFICAN EN:

EXTRÍNSECOS (LOCALES)

INTRÍNSECOS (GENERALES)

FACTORES LOCALES.

SON FACTORES PREDISPONENTES.

PLACA BACTERIANA.

LA PLACA ES UNA ESTRUCTURA ESPECÍFICA AUNQUE ALTAMENTE VARIABLE, QUE RESULTA DE LA COLONIZACIÓN Y CRECIMIENTO DE MICROORGANISMOS, TIENE UN METABOLISMO PROPIO, SU ASPECTO ES UNA MASA AMORFA BLANDA GRANULAR QUE SE ADHIERE FUERTEMENTE A LA SUPERFICIE DENTARIA. ES EL PRINCIPAL Y ÚNICO FACTOR QUE POR SI MISMO PUEDE DESENCADENAR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

LOS MICROORGANISMOS VAN A ESTAR VIVOS Y ORGANIZADOS. FORMADA POR NUMEROSAS ESPECIES DE CEPAS INCLUIDAS EN UNA MATRÍZ EXTRACELULAR FORMADA DE PRODUCTOS DEL METABOLISMO BACTERIANO Y SUSTANCIAS DEL SUERO, SALIVA Y DIETA.

LA PLACA SE VA A FORMAR POR:

1. COLONIZACIÓN BACTERIANA.

2. CRECIMIENTO Y MADURACIÓN BACTERIANA.

LOS MICROORGANISMOS SE UNEN Y DESARROLLAN SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE, SON LIMPIADOS POR LA MASTICACIÓN O ELEMENTOS -

MECÁNICOS.

LA COLONIZACIÓN OCURRE POR MEDIO DE:

- A), MICROORGANISMOS SENCILLOS O EN MASA QUE SE MULTIPLICA,
- B), CULTIVOS MIXTOS DE MICROORGANISMOS.

VA A EXISTIR UNA INTERFASE QUE ES LA CUTICULA UNA CAPA ACELULAR FORMADA POR PROTEÍNAS SALIVALES.

LOS MICROORGANISMOS SON COCOS GRAM POSITIVOS.

STREPTOCOCCUS SANGUIS

STREPTOCOCCUS MUTANS

STREPTOCOCCUS SALIVARIUS ESTE SE ENCUENTRA EN LA LENGUA EN MAYOR CANTIDAD.

LOS MICROORGANISMOS SE VITALIZAN Y FORMAN COLONIAS Y A SU VEZ UNA MATRÍZ EXTRACELULAR QUE TIENE LA FUNCIÓN DE:

1. MANTENER UNIDOS LOS MICROORGANISMOS.
2. VA A SER FUENTE DE CARBOHIDRATOS PARA LOS MICROORGANISMOS.
3. PERMITE LA DIFUSIÓN DE LOS MICROORGANISMOS A TRAVÉS DE ELLA.
4. VA A CONTENER SUSTANCIAS ANTIGÉNICAS PARA EL HUESPED.

CONFORME PASA EL TIEMPO LA FLORA EMPIEZA A CAMBIAR A BASTONES GRAM POSITIVOS, NEISSERIA, ETC.

CUANDO SE COMPLETA EL CRECIMIENTO EN TODOS LADOS DEL DIENTE EMPIEZA A CRECER HACIA ADELANTE CAMBIA A UNA FLORA ANAEROBIA, POR LAS CONDICIONES QUE EXISTEN SE TRANSFORMA EN GRAM NEGATIVOS, SE ENCUENTRAN ESPIROQUETAS, POSTERIORMENTE SE FORMA FLO--

RA EN EL SURCO, LLAMADA FLORA SUBGINGIVAL ESTA SE ENCUENTRA EN BOLSAS PERIODONTALES.

FASES DE COLONIZACIÓN BACTERIANA.

- I. EN 24 HORAS ENCONTRAMOS DE 80 A 90 % DE COCOS GRAM POSITIVOS, BASTONES CORTOS, NEISSERIA Y NOCARDIA,
- II. DE 2 A 4 DÍAS APARECEN MICROORGANISMOS FILAMENTOS Y -- BASTONES, HAY DISMINUCIÓN DE COCOS Y PREDOMINA LOS -- LEPTOTHRIX Y FUSOBACTERIAS.
- III. DE 6 A 10 DÍAS APARECEN LOS VIBRIONES Y ESPIROQUESTAS HAY AUMENTO EN EL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN GRAM NEGATIVA DE ANAEROBIOS.

- CÁLCULO DENTARIO O SARRO:

ES UNA MASA ADHERENTE, CALCIFICADA O EN CALCIFICACIÓN, SE FORMA SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES NATURALES Y PRÓTESIS DENTALES.

SE CLASIFICA EN:

SUPRAGINGIVAL. ES BLANCO, AMARILLENTO DE CONSISTENCIA DURA Y ARCILLOSA, SE ENCUENTRA ABAJO DE LA CRESTA DE LA ENCÍA MARGINAL.

SUBGINGIVAL. ES DENSO, DURO, PARDO OSCURO O VERDE NEGRUSCO DE CONSISTENCIA PÉTREA Y UNIDO CON FIRMEZA A LA SUPERFICIE DENTARIA

- MATERIA ALBA.

ES UN DEPÓSITO AMARILLENTO O BLANCO GRISÁSEO BLANDO Y PEGAJOSO, FORMADO POR MICROORGANISMOS AGREGADOS, LEUCOCITOS Y CÉLULAS

LAS ÉPITELIALES Y EXFOLIADOS, MUERTOS ORGANIZADOS AL AZAR Y -- ADHERIDOS A LA SUPERFICIE DEL DIENTE, PLACA Y ENCÍA SE PUEDE QUITAR CON EL CHORRO DE AGUA O ENJUAGUES VIGOROSOS.

- CONSISTENCIA DE LA DIETA.

LOS ALIMENTOS BLANDOS O ADHESIVOS TIENDEN A ACUMULARSE ENTRE LOS DIENTES Y SOBRE LA ENCÍA. ES IMPORTANTE TENER UNA DIETA BALANCEADA.

- RESTAURACIONES INADECUADAS.

AL NO EXISTIR UN SELLADO PERFECTO HABRÁ ACUMULACIÓN DE PLACA E INFLAMACIÓN EN LAS ENCÍAS.

- DIENTES AUSENTES.

VAN A CAUSAR CAMBIOS QUE PRODUCEN DIVERSOS GRADOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.

- DIASTEMAS.

PRESENCIA DE DIASTEMAS DONDE NO HABÍA, CUANDO HAY ENFERMEDAD PERIODONTAL SE OBSERVAN:

- FRACASO DEL PACIENTE PARA REALIZAR EL CONTROL DE PLACA,

QUIZÁS ESTE ES EL PRINCIPAL FACTOR QUE CONTRIBUYE A LA ACUMULACIÓN Y CRECIMIENTO DE PLACA, PUEDE SER CONSECUENCIA DE:

FALTA DE INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN EN EL CEPILLADO DIARIO.

FACTORES PREDISPONENTES COMO PRESENCIA DE BOLSAS, RESTAURACIONES DEFECTUOSAS Y APARATOS MAL AJUSTADOS.

- HÁBITOS.

SON IMPORTANTES EN EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SE DIVIDEN EN:

A). NEUROSIS. COMO MORDISQUEO DE LABIO, CARRILLO, LENGUA, - PALILLOS DENTALES, UÑAS, LAPICES, PLUMAS Y NEUROSIS OCLUSAL.

B). HÁBITOS OCUPACIONALES, SOSTENER CLAVOS EN LA BOCA, MOR- DER HILOS, PRESIONAR BOQUILLAS DE INSTRUMENTOS MUSICALES DE -- VIENTO CONTRA LOS LABIOS.

C). VARIOS. FUMAR PIPA O CIGARROS, MASCAR TABACO.

- BRUXISMO.

SE DEFINE COMO EL APRETAMIENTO O RECHINAMIENTO AGRESIVO DE LOS DIENTES VA A PRODUCIR ALTERACIONES EN LOS TEJIDOS PERIODON- TALES, ESTE SE PRESENTA DURANTE EL DÍA O LA NOCHE O AMBOS.

- RESPIRADOR BUCAL.

CREA CONDICIONES QUE CONDUCEN A UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPA- CIDAD DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES PARA RESISTIR LA INVACIÓN - MICROBIANA, LAS ALTERACIONES GINGIVALES INCLUYEN ERITEMA, EDE- MA, AGRANDAMIENTOS Y UN BRILLO SUPERFICIAL DIFUSO EN LAS ÁREAS EXPUESTAS SU EFECTO SE ATRIBUYE A IRRITACIÓN POR DESHIDRATA--- CIÓN DE LA SUPERFICIE.

-CARIES DENTAL.

PREDISPONE A LA ACUMULACIÓN DE IRRITANTES LOCALES Y RETEN-- CIÓN DE ALIMENTOS ESTO ES EN QUINTAS CLASES.

- IRRITANTES QUÍMICOS.

LA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA VARÍA, PUEDE SER DESDE UN ERITE- MA HASTA FORMACIÓN DE VESÍCULAS Y ÚLCERAS. POR ENJUAGATORIOS - BUCALES, DENTRIFICOS O MATERIALES DE PRÓTESIS, TAMBIÉN PUEDE - SER POR EL USO IMPRUEDEnte DE DROGAS ESCARÓTICAS (FENOL, NITRA- TO DE PLATA)

LA IRRITACIÓN SE OBSERVA EN OBREROS DONDE SE EMPLEAN PRODUCTOS QUÍMICOS.

-FRENILLO.

ES UNA ESTRUCTURA BIOLÓGICA YA FORMADA, NO TIENE FUNCIÓN ESPECÍFICA SU COMPOSICIÓN ES LAXA Y QUERATINIZADO.

LAXO PORQUE NO RECIBE NINGÚN IMPACTO, QUERATINIZADO EN SU CONTORNO.

FUNCIONALMENTE SE CREE QUE UN FRENILLO ANORMAL IMPIDE UN CEBILLADO ADECUADO, Y ESTO TRAE COMO CONSECUENCIA LA FORMACIÓN DE SARRO.

FACTORES INTRINSECOS.

NO PUEDEN CAUSAR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DIRECTAMENTE PERO SI CAMBIA LA RESPUESTA DEL PERIODONTO HACIENDOLA MÁS INTENSA ANTE LA ACCIÓN DEL IRRITANTE LOCAL.

1. INFLUENCIA NUTRICIONAL.

2. HORMONAL.

3. AFECCIÓN HEMATOLÓGICA.

1. INFLUENCIAS NUTRICIONALES.

- DEFICIENCIA DE VITAMINA " A "

EXISTE Poca INFORMACIÓN PERO SE HA OBSERVADO QUE LA DEFICIENCIA VA A PRODUCIR EN LA ENCÍA, METAPLASIA QUERATINIZANTE DEL EPITELIO, PROLIFERACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL. ESTAS ALTERACIONES VAN A ESTAR PRESENTES CUANDO HAYA UN AGENTE LOCAL.

VA A PRODUCIR ALTERACIONES EN EL ORGANISMO COMO, RETARDO --

DEL CRECIMIENTO, ALTERACIONES DEL TEJIDO EPITELIAL, NERVIOS Y CEGUERA NOCTURNA.

- DEFICIENCIA DEL COMPLEJO " B "

SE COMPONE DE TIAMINA (VITAMINA B₁), RIBOFLAVINA (VITAMINA B₂), AC. NICOTÍNICO (NIACINA), AC. PANTOTÉNICO, PIRIDOXINA --- (VITAMINA B₆), BIOTINA, AC. PARAAMINOBENZOICO, INOSITAL, COLMA, AC. FÓLICO Y VITAMINA B₁₂.

ES RARO QUE LA ENFERMEDAD BUCAL SE DEBA A LA DEFICIENCIA -- DE UN SOLO COMPONENTE POR LO GENERAL ES MÚLTIPLE LA ENFERMEDAD LAS ALTERACIONES BUCALES SON:

GINGIVITIS, GLOSITIS, GLOSODINEA, ESTOMATITIS, QUEILOSIS E INFLAMACIÓN TOTAL DE MUCOSA BUCAL.

- TIAMINA (B₁).

LA DEFICIENCIA CAUSA EL BERI - BERI, SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES Y PÉRDIDA DE APETITO.

VA A CAUSAR ALTERACIONES BUCALES COMO: HIPERSENSIBILIDAD DE LA MUCOSA BUCAL, VESÍCULAS PEQUEÑAS Y EROSIÓN DE LA MUCOSA BUCAL.

- RIBOFLAVINA.

LOS SÍNTOMAS DE LA DEFICIENCIA DE RIBOFLAVINA SON DERMATITIS SEBORREICA Y QUERATITIS VASCULARIZANTE.

EN LA MUCOSA SE ENCUENTRAN ALTERACIONES COMO GLOSITIS, QUEILOSIS, LENGUA LISA CON CAMBIOS DE COLORACIÓN.

GLOSITIS. SE CARACTERIZA POR LA COLORACIÓN MAGENTA Y ATROFIA DE LAS PAPILAS.

LA QUEILOSIS SE ENCUENTRA EN LA COMISURA DE LOS LABIOS DE COLOR ROJO Y DOLOROSO SE PUEDE EXTENDER.

- AC. NICOTÍNICO

LAS DEFICIENCIAS GENERALES SON PELAGRA, TRANSTORNOS GASTROINTESTINALES, NEUROLÓGICOS Y MENTALES.

ALTERACIONES BUCALES EN GLOSITIS Y ESTOMATITIS.

EN LA FORMA AGUDA HAY HIPEREMIA DE LENGUA, AGRANDAMIENTO DE PAPILA.

EN LA FORMA CRÓNICA LA LENGUA ESTA FISURADA Y DELGADA, LOS SURCOS SUPERFICIALES CON RUGOSIDADES MARGINALES Y ATROFIA DE LAS PAPILAS FUNGIFORMES Y FILIFORMES.

- AC. PANTOTENICO

LAS ALTERACIONES BUCALES NO SE HAN ENCONTRADO EN PERSONAS.

- PIRIDOXINA (VITAMINA B₆)

LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA DE ESTE MEDICAMENTO VAN A PRESENTAR QUEILOSIS ANGULAR, GLOSITIS CON HINCHAZÓN, ATROFIA DE PAPILAS.

- AC. FÓLICO

VA A ORIGINAR ANEMIA MACROCÍTICA CON ERITROPOYESIS MEGALOBLÁSTICA, LESIONES GASTROINTESTINALES.

ALTERACIONES BUCALES. ESTOMATITIS GENERALIZADA CON GLOSITIS ULCERADAS, QUEILITIS Y QUEILOSIS.

VA A VER DESAPARICIÓN DE LAS PAPILAS FILIFORMES Y FUNGIFORMES, LA LENGUA SE ALISA Y TIENE UN COLOR ROJO, ARDOR Y DOLOR.

- VITAMINA " B₁₂ " .

ES LA ÚNICA VITAMINA QUE CONTIENE COBALTO ES FACTOR ANTIPER

NICIOSO, PRODUCE LA ANEMIA PERNICIOSA.

- DEFICIENCIA DE LA VITAMINA " C "

LA DEFICIENCIA GRAVE DE VITAMINA "C" CAUSA ESCORBUTO, ES -
UNA ENFERMEDAD MANIFESTADA POR ANOMALIAS EN LA SUSTANCIA FUNDA-
MENTAL DEL TEJIDO CONECTIVO Y EN LOS PEQUEÑOS VASOS.

VA A AFECTAR TRES TIPOS DE CÉLULAS FIBROBLASTOS, OSTEOLAS-
TOS Y ODONTOBLASTOS.

SE CARACTERIZA POR TENDENCIA HEMORRAGICA, MALA CICATRIZA---
CIÓN DE HERIDAS Y OSTEOPOROSIS.

- VITAMINA " D "

ES IMPORTANTE PARA LA FORMACIÓN DE HUESO Y DIENTES.

LA DEFICIENCIA DE VITAMINA "D" PRODUCE RAQUITISMO EN JÓVE---
NES, OSTEOMALACIA Y OSTEOPOROSIS EN LOS ADULTOS.

- VITAMINA "K"

ES NECESARIA PARA LA PROTOMBINA EN EL HÍGADO.

LA DEFICIENCIA DE VITAMINA "K" ORIGINA UNA TENDENCIA HEMO---
RRÁGICA (HEMORRAGIA GINGIVAL).

2. HORMONAL

LAS HORMONAS SON SUSTANCIAS ORGÁNICAS PRODUCIDAS POR LAS -
GLÁNDULAS ENDOCRINAS, SON SECRETADAS HASTA EL TORRENTE SANGUÍ-
NEO, TIENEN INFLUENCIAS FISIOLÓGICAS EN DETERMINADAS CÉLULAS Y
SISTEMAS.

EN LOS TRANSTORNOS HORMONALES EXISTE LA TENDENCIA AL DESA---
RROLLO DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL INFLAMATORIA Y PERIODONTAL DE
DESEQUILIBRIO DE HORMONAS SEXUALES TALES COMO EN LA PUBERTAD,

EMBARAZO, MENOPAUSIA Y EN PERSONAS QUE TOMAN ANTICONCEPTIVOS - (ORALES).

-HIPERTIROIDISMO.

CRETINISMO SE PRODUCE POCO DESPUÉS DEL NACIMIENTO.

LAS CARACTERÍSTICAS SON: RETRASO FÍSICO Y MENTAL.

EL CRECIMIENTO ÓSEO ESTA RETRASADO, EL DESARROLLO CRANEOFACIAL ANORMAL, EL CRÁNEO ES GRANDE, EL ROSTRO INFANTIL Y TOSCO, LOS MAXILARES SON PEQUEÑOS, LA ERUPCIÓN DENTARIA ESTÁ RETRASADA.

MIXEDEMA JUVENIL SE PRESENTA ENTRE SEIS Y DOCE AÑOS PUEDE ESTAR RELACIONADA CON DEFICIENCIAS DE YODO Y OTRAS INFLUENCIAS PERJUDICALES A LAS GLÁNDULAS TIROIDES.

LOS SÍNTOMAS SON INACTIVIDAD DE CONCENTRACIÓN.

LOS CAMBIOS BUCALES CLAVES SON FORMACIÓN TEMPRANA DE LOS -- MAXILARES, LOS DIENTE SE FORMAN MAL.

EL HUESO ALVEOLAR SE PRESENTA CON CIERTA RAREFACCIÓN Y PARCIALMENTE DESCALCIFICADO, LA ERUPCIÓN DENTAL SE ADELANTA.

- HIPOPITUITARISMO.

EL ENANO PITUITARIO SE RETARDA EN EL DESARROLLO DE DIENTES Y MAXILARES.

HAY UNA RESORCIÓN DEMORADA DE LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN Y UN RETRASO EN LA FORMACIÓN Y ERUPCIÓN DE LA SEGUNDA DENTICIÓN, VA A TENER APIÑAMIENTO DE DIENTES Y MALA OCLUSIÓN.

- HIPERPITUITARISMO.

EL GIGANTISMO SE CARACTERIZA POR UNA ALTURA POCO COMÚN Y --

DESPROPORCIONADA, MANOS Y PIES GRANDES, ROSTRO LARGO Y MANDÍBULA PROGNÁTISMO, RASGOS TOSCOS, LOS LABIOS Y LENGUA SE AGRANDAN CRECIMIENTO DE LA APÓFISIS ALVEOLAR Y COMO CONSECUENCIA AUMENTO EN EL ARCO DENTARIO.

-HIPERPARATIROIDISMO.

LAS ALTERACIONES BUCALES SON MALA OCLUSIÓN Y MOVILIDAD DENTARIA.

-DIABETES

LOS INDIVIDUOS CON DIABETES ESTÁN PREDISPUUESTOS A LA GINGIVITIS Y PERIODONTITIS.

SI HAY AGENTES LOCALES VA A VER SEQUEDAD BUCAL, ERITEMA DIFUSO DE LA MUCOSA BUCAL Y PERDIDA OSEA.

3. AFECCIONES HEMATOLÓGICAS.

PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA AFECCIÓN HEMATOLÓGICA ES IMPORTANTE UN EXÁMEN FÍSICO COMPLETO Y ESTUDIOS HEMATOLÓGICOS MINUCIOSOS.

LAS ALTERACIONES BUCALES SON MUY FRECUENTES EN LAS AFECCIONES SANGUÍNEAS.

POR ESTA RAZÓN LOS TRANSTORNOS GINGIVALES Y PERIODONTALES - SE CONSIDERAN QUE TIENEN INTERRELACIÓN FUNDAMENTALMENTE ENTRE LOS TEJIDOS BUCALES, LA SANGRE Y ORGANOS HEMANTOPOYÉTICOS.

LA HEMORRAGIA ANORMA DE LA ENCÍA ES UN SIGNO CLÍNICO IMPORTANTE QUE SEÑALA LA PRESENCIA DE UNA AFECCIÓN HEMATOLÓGICA.

- LEUCEMIA.

LOS PACIENTES QUE PADECEN UNA DE LAS LEUCEMIAS AGUDAS PUEDEN

PRESENTAR TAMBIÉN MANIFESTACIONES INFLAMATORIAS CON HIPERPLASIA GINGIVAL ASOCIADA, ESTO NO SE OBSERVA EN LEUCEMIA CRÓNICA.

LOS IRRITANTES LOCALES VAN A DESENCADENAR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

- ANÉMIA.

LAS ALTERACIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES SUELEN VERSE EN INDIVIDUOS ANÉMICOS.

LA ANÉMIA NO ES UNA CAUSA PREDISPONENTE DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

LOS DEFECTOS DE LA COAGULACIÓN Y OTRAS DISCRASIAS SANGUÍNEAS PROVOCAN UN SANGRADO ANORMAL POCO FRECUENTE EN LAS ENCÍAS.

- TRANSTORNOS PSICOSOMÁTICOS.

NO SE HAN COMPRENDIDO LOS MECANISMOS DE ESTAS ALTERACIONES.

LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y GINGIVALES DE TIPO INFLAMATORIO PARECEN SER MÁS PREVALENTES EN INDIVIDUOS CON ANOMALIA SIQUIÁTRICA Y ANGUSTIA.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

CLASIFICACIÓN DE GINGIVITIS Y PERIODONTITIS.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

1. INFLAMATORIAS - (GINGIVITIS, PERIODONTITIS Y AGRANDAMIENTOS GINGIVALES).
2. DISTRÓFICAS - (GINGIVOSIS Y PERIODONTOSIS)
3. NEOPLASIAS - (FORMACIÓN DE TUMORES, DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA.
4. ANOMALÍAS.

GINGIVITIS.

1. AGUDA: DOLOROSA, DE CORTA DURACIÓN SE INSTALA REPENTINAMENTE.
2. SUBAGUDA: ES UNA FASE MENOS GRAVE QUE LA AFECCIÓN AGUDA.
3. RECURRENTE: ESTÁ ENFERMEDAD DESAPARECE ESPONTÁNEAMENTE Y REAPARECE DESPUÉS DE SER ELIMINADA MEDIANTE TRATAMIENTO.
4. CRÓNICA: ES DE LARGA DURACIÓN E INDOLORA ES LA MÁS COMÚN.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU LOCALIZACIÓN.

LOCALIZADA. SE LIMITA A UNO O MÁS DIENTES.

GENERALIZADA: ÁBARCA TODA LA BOCA.

MARGINAL: AFECTA EL MARGEN GINGIVAL, ALGUNAS VECES PARTE DE LA ENCÍA INSERTADA.

PAPILAR: ÁBARCA LAS PAPILAS INTERDENTARIAS Y SE EXTIENDE AL MARGEN GINGIVAL, APARECEN EN ESTA ZONA LOS PRIMEROS SIGNOS DE GINGIVITIS.

GINGIVITIS

DIFUSA: ABARCA ENCÍA MARGINAL, INSERTADA Y PAPILA INTERDENTARIA.

- GINGIVITIS

ES LA INFLAMACIÓN DE LAS ENCÍAS CAUSADA POR LOS IRRITANTES LOCALES Y PUEDE AGRAVARSE POR UN FACTOR SISTEMÁTICO. PUEDE SER AGUDA O CRÓNICA (LOCALIZADA O GENERALIZADA).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE EXUDADO INFLAMATORIO Y EDEMA, CIERTA DESTRUCCIÓN DE LAS FIBRAS GINGIVALES, ULCERACIÓN Y PROLIFERACIÓN DEL EPITELIO DEL SURCO.

LA ENCÍA VA A ESTAR ENROJECIDA, LA ENCÍA MARGINAL PIERDE SU FORMA, TEXTURA Y CONSISTENCIA, GENERALMENTE ES INDOLORA Y PUEDE HABER SANGRADO EXPONTANEO O PROVOCADO.

TRATAMIENTO.

SE LE ELIMINAN AL PACIENTE LOS IRRITANTES LOCALES SE LE DA UNA TÉCNICA DE CEPILLADO CON UN CEPILLO ADECUADO Y SE LE INDICA EL USO DEL HILO DENTAL.

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA (GUNA)

ES UNA INFECCIÓN AGUDA Y APARECE REPENTINAMENTE, SE LE CONOCE COMO GINGIVITIS DE VINCENT, BOCA DE TRINCHERA, GINGIVITIS - ULCERATIVA AGUDA, ESTOMATITIS ULCEROMEMBRANOSA, ESTOMATITIS FÉTIDA.

ES UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA DESTRUCTIVA DE LA ENCÍA SE -
CARACTERIZA POR SU APARICIÓN REPENTINA FRECUENTEMENTE DESPUÉS
DE UNA ENFERMEDAD DEBILITANTE, INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, -
DE TRABAJOS INTENSOS SIN DESCANSO, TAMBIÉN SE ATRIBUYE A BACTE-
RIAS Y OTROS FACTORES LOCALES Y EL FACTOR PSICOGÉNICO QUE ES -
DE GRAN IMPORTANCIA, SE DEBE HACER UN EXAMEN CON DEMASIADA ES-
PECIFICIDAD.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

SE OBSERVAN LESIONES EN LA ENCÍA MARGINAL, PIPILA INTERDEN-
TARIA O EN AMBAS, DA UN ASPECTO DE DESTRUCCIÓN COMO CARCOMIDO
QUE PARECEN ESTAR AUSENTES PARCIALMENTE O TOTALMENTE CREANDO-
CRATERES LAS LESIONES QUE SE PRESENTAN SON ÚLCERAS CUBIERTAS -
POR UNA SEUDOMEMBRANA BLANQUECINA, AMARILLENTA O GRIS SEPARADA
DEL RESTO DE LA MUCOSA GINGIVAL POR UNA LÍNEA LINFOMATOSA BIEN
DEFINIDA, EN ALGUNOS CASOS LAS ÚLSERAS QUEDAN SIN LA SEUDOMEM-
BRANA SUPERFICIAL Y EXPONEN EL MARGEN GINGIVAL QUE ES ROJO BRI-
LLANTE Y HEMORRAGICO. PUEDE ABARCAR DESDE UN DIENTE, VARIOS O
TODA LA BOCA, SE LLEGA A DESARROLLAR EN BOCAS SANAS.

EXISTE UNA REACCIÓN DOLOROSA A LA INSTRUMENTACIÓN Y AL TAC-
TO.

YA QUE LAS LESIONES SON MUY SENCIBLES EL PACIENTE SE QUEJA
DE UN DOLOR CONTINUO, CONSTANTE E IRRADIADO, QUE SE INTENSIFI-
CA CON LOS ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS O MUY CALIENTES Y A LA
HORA DE LA MASTICACIÓN.

VA A VER SANGRADO, DOLOR Y EN ALGUNAS OCASIONES MAL OLOR, - ESTÁ ENFERMEDAD DEJA CICATRÍZ.

ALGUNOS PACIENTES REFIEREN LINFOMA, ODONTOPATIAS (INFLAMACIÓN DE GANGLIOS), ANOREXIA Y FIEBRE.

TRATAMIENTO

EN LA PRIMERA VISITA, SE DEBERÁ OBTENER UNA IMPRESIÓN GENERAL DEL PACIENTE, CON DATOS QUE ÉL MISMO NOS PROPORCIONARÁ A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

EL TRATAMIENTO SE DARÁ EN BASE AL GRADO DE GRAVEDAD QUE SE PRESENTA EN LA ENFERMEDAD.

SE LE INDICARÁ AL PACIENTE QUE SE ENJUAGUE CADA HORA EL PRIMER DÍA CON UNA CUCHARADA DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO AL 3 % MEZCLADA CON UNA CUCHARADA DE AGUA TIBIA, SUELE ALIVIAR EL DOLOR,

ES IMPORTANTE REALIZAR UN CURETAJE Y LAVADO VIGOROSO Y VERAL PACIENTE DIARIO DURANTE DOS O TRES DÍAS HASTA QUE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES ESTEN LISAS Y LIMPIAS SE LE DA AL PACIENTE CONTROL DE PLACAS Y TÉCNICAS DE CEPILLADO.

EN CASO DE QUE HAYA EXTRACCIONES O CIRUGÍAS GINGIVALES SE DEJAN PARA CUATRO SEMANAS DESPUÉS.

LA CIRUGÍA CORRECTIVA ES PARA ELIMINAR LOS CRÁTERES GINGIVALES.

SI ES NECESARIO SE ADMINISTRA ANTIBIOTICOS EN LAS PRIMERAS CITAS.

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA.

ENFERMEDAD AGUDA ES SUMAMENTE CONTAGIOSA ES CAUSADA POR EL VIRUS HERPES SIMPLEX, EL TIEMPO DE INCUBACIÓN ES DE DOS A SEIS DÍAS.

ES UNA ENFERMEDAD VIRAL QUE TIENE UN PERÍODO DE EVOLUCIÓN - DE DOCE A CATORCE DÍAS, APARECE CON MAYOR FRECUENCIA EN LACTANTES Y EN NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS, EN ADOLESCENTES Y ADULTOS NO ES MUY FRECUENTE.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

LA AFECCIÓN APARECE COMO UNA LESIÓN DIFUSA ERITOMATOSA Y BRILLANTE DE LA ENCÍA O EN CUALQUIER OTRA ZONA DE LA CAVIDAD BUCAL.

EN EL PRIMER PERÍODO ENCONTRAMOS VISÍCULAS AISLADAS O MÚLTIPLES ERITOMATOSAS (ENROJECIMIENTO) CONFUSO, CIRCUNSCRITAS ESFÉRICAS Y GRISES QUE SE LOCALIZAN EN ENCÍA, MUCOSA LABIAL O BUCAL, PALADAR BLANDO, MUCOSA FARÍNGEA, MUCOSA LINGUAL Y SUBLINGUAL A LAS VEINTICUATRO HORAS LAS VESÍCULAS SE ROMPEN Y DEJAN ÚLCERAS SOMERAS, DOLOROSAS CON MARGEN ROJO Y UNA PORCIÓN CENTRAL AMARILLENTA O GRISÁSEA ESTÁ ENFERMEDAD NO DEJA CICATRÍZ.

EL PACIENTE REFIERE DOLOR AGUDO AUMENTADO CON LOS ALIMENTOS CONDIMENTADOS Y DURANTE LA MASTICACIÓN.

EL PACIENTE TIENE FIEBRE Y DEBILIDAD, EN LOS NIÑOS PUEDE HABER DESHIDRATACIÓN.

TRATAMIENTO.

LA CURACIÓN ES PAULATINA YA QUE DURA DOS SEMANAS O UNA.

PERO SE ADMINISTRA ANALGESICOS Y ANTIPÍRETICOS SI HAY FIE--
BRE.

LOS ENJUAGUES BUCALES DEBEN SER SUAVES O SE PUEDEN APLICAR
POMADAS.

LA PENICILINA NO ESTÁ INDICADA EN ESTOS CASOS.

PRIMERO SE VA A ELIMINAR LA PLACA PARA REDUCIR LA INFLAMA--
CIÓN.

EL TRATAMIENTO PRIODONTAL SE POSPONE HASTA QUE PASEN LOS -
SINTOMAS AGUDOS.

GINGIVITIS DEL EMBARAZO

EL EMBARAZO POR SI MISMO NO PRODUCE GINGIVITIS, EL ORIGEN -- VA A SER DEBIDO A LOS AGENTES LOCALES, LAS ZONAS INFLAMADAS -- QUE NO SE HABÍAN TOMADO EN CUENTA SE VAN A NOTAR MÁS DURANTE -- EL EMBARAZO.

LA GINGIVITIS MÁS INTENSA SE PRESENTA EN EL OCTAVO MES Y -- DISMINUYE EN EL NOVENO.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

LA ENCÍA ESTÁ INFLAMADA, EL COLOR VARÍA DE UN ROJO BRILLAN-- TE AL ROJO AZULADO, DE ASPECTO LISO, BLANDO, FIABLE Y VA A VER MOVILIDAD DENTARIA.

LA ENCÍA MARGINAL E INSERTADA VAN A ESTAR EDEMATIZADAS Y -- MARGENES IRREGULARES, SE HUNDE A LA PRESIÓN, EL ENROJECIMIENTO EXTREMO SE DEBE A LA VASCULARIDAD CON TENDENCIA A LA HEMORRA-- GIA POR LO GENERAL ES INDOLORA, PERO PUEDE AGRAVARSE POR LA -- PROLIFERACIÓN DE CAPILARES, EPITELIO, TEJIDO CONECTIVO Y LAS -- CÉLULAS ENDOTELIALES A VECES COMBINADA CON ÚLCERAS O ALGUNAS -- INFECCIONES AGUDAS PRESENTA DOLOR.

CUANDO LAS PAPILAS SE AGRANDAN SE LES DENOMINA "TUMOR DEL -- EMBARAZO" QUE PUEDE DESAPARECER DESPUÉS DEL PARTO.

TRATAMIENTO

SE DEBE PREVENIR LA ENFERMEDAD ANTES QUE SE PRODUZCA, EL -- TRATAMIENTO DEMANDA ELIMINACIÓN DE LOS AGENTES LOCALES E IRRI-- TANTES.

SE LE VA A ENSEÑAR AL PACIENTE EL CONTROL DE PLACA Y TÉCNICA DE CEPILLADO, PARA ESTABLECER UNA BUENA HIGIENE BUCAL Y DE SER NECESARIO SE HACE RASPAJE Y CURETAJE O UN TRATAMIENTO EN FORMA PAULATINA DURANTE ESTE PERIÓDO.

EN LOS TUMORES Y AGRANDAMIENTOS SE PUEDE CONSIDERAR LA CIRUGÍA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO ES EL MOMENTO MÁS SEGURO O EL OCTAVO MES, SI NO SE DEJA PARA DESPUÉS DEL PARTO.

GINGIVITIS: DESCAMATIVA CRÓNICA. (GINGIVOSIS)

ES MUY RARA PERO ATACA LA ENCÍA MARGINAL E INSERTADA Y PAPILAS.

SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN MUJERES DESPUÉS DE LOS 30 AÑOS, PERO PUEDE PRESENTARSE EN HOMBRES Y EN LA PUBERTAD, - SE VE EN BOCAS DESDENTADAS Y DENTADAS.

SU ETIOLOGÍA ES DESCONOCIDA PERO SE CREE QUE SE DEBE A LA INFLAMACIÓN EN LA PARTE VESTIBULAR ASOCIADA CON IRRITANTES LOCALES, Y EL FACTOR VA A SER DESEQUILIBRIO HORMONAL Y DEFICIENCIA NUTRICIONAL.

ES DE DURACIÓN INDEFINIDA CON PERÍODOS DE REMISIÓN Y EXACERVACIÓN.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

LAS LESIONES VAN A VARIAR EN DIFERENTES ZONAS EN UNA MISMA BOCA LAS LESIONES POR LO GENERAL SE ENCUENTRAN EN ENCÍA VESTIBULAR VA A TENER ZONAS IRREGULARES DE COLOR ROJO VIVO, LISAS Y BRILLANTES, AL TOCARSE CON EL DEDO, ALGODÓN O CHORRO DE AIRE - PUEDE DESPRENDERSE EL EPITELIO SUPERFICIAL, DEJANDO LA SUPERFICIE DOLOROSA Y SANGRANTE.

LAS LESIONES SON VESÍCULAS CON UN FONDO ERITOMATOSO.

EL PACIENTE EXPERIMENTA UNA SENSACIÓN DE ARDOR CON LOS ALIMENTOS CONDIMENTADOS, TIENE UN SABOR SALADO Y RARAS VECES DOLOR EXPONTÁNEO.

TRATAMIENTO

ES IMPORTANTE DETERMINAR LA ETIOLOGÍA.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN DOS FASES.

1. RASPAJE Y CURETAJE, ELIMINACIÓN DE LOS IRRITANTES LOCALES.

CONTROL DE PLACAS SIN DESCAMAR LAS ENCÍAS.

ELIMINACIÓN DE LA INFLAMACIÓN MARGINAL, MEJORA EL ESTADO DE LA ENCÍA INSERTADA.

2. TRATAMIENTO SISTEMÁTICO CON CORTICOSTEROIDES, MEDIANTE UN PERÍODO LIMITADO PORQUE SI SE PROLONGA PUEDE SER MÁS NOSIVO QUE LOS SÍNTOMAS BUCALES.

EN CASO DE QUE ESTA ENFERMEDAD SEA PRODUCIDA POR PENFIGOIDE BENIGNO DE LAS MEMBRANAS PUEDE HABER LESIONES OCULARES Y VAGINALES CONCOMITENTES.

LOS CORTICOSTEROIDES SISTEMÁTICOS SON EFICACES Y SE PUEDEN COMBINAR CON EL USO TÓPICO DE KÉNALOR APLICADO TRES VECES AL DÍA EN CASO DE QUE LAS LESIONES SEAN INTENSAS.

AGRANDAMIENTOS GINGIVALES

LOS AGRANDAMIENTOS GINGIVALES SE CLASIFICAN SEGÚN SU ETIOLOGÍA Y SU PATOLOGÍA:

- I - AGRANDAMIENTOS INFLAMATORIOS (CRÓNICO Y AGUDO)
- II - AGRANDAMIENTO HIPERPLÁSTICO NO INFLAMATORIO (HIPERPLASIA GINGIVAL).
- III - AGRANDAMIENTO COMBINADO
- IV - AGRANDAMIENTO CONDICIONADO
- V - AGRANDAMIENTO NEOPLÁSTICO
- VI - AGRANDAMIENTO DEL DESARROLLO

POR SU LOCALIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN SE DESIGNA:

LOCALIZADO - LIMITADO A LA ENCÍA ADYACENTE A UN SOLO DIENTE O A UN GRUPO DE DIENTES.

GENERALIZADO - ÁBARCA LA ENCÍA DE TODA LA BOCA.

MARGINAL - CONFINADO A LA ENCÍA MARGINAL.

PAPILAR - SE LIMITA A LA PAPILA INTERDENTARIA.

DIFUSO - AFECTA A LA ENCÍA MARGINAL, INSERTADA Y PAPILAR.

CIRCUNCRITA - AGRANDAMIENTO AISLADO, SÉSIL DE ASPECTO TUMORAL.

AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO

ESTE COMIENZA COMO UN ABULTAMIENTO LEVE EN LA PAPILA INTERDENTARIA, ENCÍA MARGINAL O AMBOS. ESTE ABULTAMIENTO SE VE COMO UN SALVAVIDAS ALREDEDOR DEL DIENTE AFECTADO Y CRECE HASTA QUE TAPA PARTE DE LA CORONA, POR LO REGULAR ES LOCALIZADO O GENERA

LIZADO, ES INDOLORO Y DE CRECIMIENTO LENTO, SALVO QUE SE COM--
PLIQUE CON ALGUNA INFECCIÓN AGUDA O TRAUMA.

A VECES EL AGRANDAMIENTO EVOLUCIONA COMO UNA MASA CIRCUNS--
CRITA SÉSIL QUE SE ASEMEJA A UN TUMOR PUEDE SER MARGINAL, IN--
TERPROXIMAL O EN ENCÍA INSERTADA.

SU ETIOLOGÍA SE DEBE PRINCIPALMENTE A FACTORES LOCALES.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

EL COLOR, CONSISTENCIA Y TEXTURA VAN A ESTAR ALTERADOS, EL
COLOR ES ROJO O ROJO AZULADO, BLANDOS Y FIABLES, LA SUPERFICIE
ES LISA Y BRILLANTE, VA A SANGRAR CON FACILIDAD.

ABUNDAN LOS FIBROBLASTOS, VA A VER PROLIFERACIÓN DEL EPITE--
LIO, LÍQUIDO INFLAMATORIO, EXUDADO CELULAR, ETC.

AGRANDAMIENTO HIPERPLASTICO NO INFLAMATORIO

HIPERPLASIA - AUMENTO DE TAMAÑO DE LOS TEJIDOS O DE UN ORGA
NO PRODUCIDO POR EL AUMENTO DE CANTIDAD DE SUS COMPONENTES.

SU ETIOLOGÍA NO SE DEBE A IRRITANTES LOCALES SE HALLA CON -
FRECUENCIA SOBRE AGREGADO AL TRATAMIENTO CON DILANTENA (DEFENL
HIDANTO INATO DE SODIO).

ESTE AGRANDAMIENTO SE VE CON FRECUENCIA EN PERSONAS CON EPI
LEPSIA, SE VE MÁS EN PACIENTES JÓVENES.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

LA LESIÓN PRIMARIA COMIENZA EN EL MARGEN GINGIVAL VESTIBU--
LAR Y LINGUAL Y EN LA PAPILA INTERDENTARIA ES INDOLORO. CONFOR
ME PROGRESA LA LESIÓN PUEDE TRANSFORMARSE EN UN REPLIEGUE MA--

CIZO DE TEJIDO CUBRE UNA PARTE DE LA CORONA Y PUEDE INTERPONERSE EN LA OCLUSIÓN, LA LESIÓN TIENE FORMA DE MORA SI NO HAY INFLAMACIÓN ES FIRME DE COLOR ROSADO PALIDO Y RESILIENTE CON UNA SUPERFICIE LOBULADA QUE NO TIENDE A SANGRAR.

LA HIPERPLASIA ES GENERALIZADA PERO POR LO REGULAR SE VE EN LA PARTE ANTERIOR TANTO INFERIOR COMO SUPERIOR.

POR LO GENERAL SE PRESENTA EN ZONAS DENTADAS Y DESAPARECE - SI SE HACE LA EXTRACCIÓN, EN ZONAS DESDENTADAS ES RARA.

ESTE AGRANDAMIENTO SI SE TRATA QUIRÚRGICAMENTE PUEDE APARECER DE NUEVO, DESAPARECE EXPONTANEAMENTE DESPUÉS DE UN MES DE DEJAR DE TOMAR LA DROGA.

II - AGRANDAMIENTO HIPERPLÁSTICO, IDIOPÁTICO HEREDITARIO O FAMILIAR.

ES UNA LESIÓN RARA DE ETIOLOGÍA INDETERMINADA SE LE CONOCE COMO ELEFANTIASIS, FIBROMATOSIS IDIOPÁTICA ETC.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

EL AGRANDAMIENTO AFECTA LA ENCÍA INSERTADA, ENCÍA MARGINAL Y PAPILAS INTERDENTARIAS, ES COMÚN QUE ABARQUE LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL, PUEDE SUSCRIBIRSE A UN SOLO MAXILAR.

LA ENCÍA AGRANDADA ES ROSADA, FIRME, DE CONSISTENCIA PARECIDA A LA DEL CUERPO, LA SUPERFICIE ES FINAMENTE "GUIJARROSA", - EN CASOS MUY ABANZADOS EL AGRANDAMIENTO CUBRE LOS DIENTES Y SE PROYECTA HACIA BUCAL.

LA INFLAMACIÓN SECUNDARIA ES COMÚN EN EL MARGEN GINGIVAL.

ETIOLOGÍA EN ALGUNOS CASOS SE EXPLICA SOBRE BASES HEREDITARIAS PERO LA ETIOLOGÍA ES DESCONOCIDA.

III - AGRANDAMIENTO COMBINADO

ESTE SE PRESENTA CUANDO LA HIPERPLASIA SE COMPLICA CON LA INFLAMACIÓN SECUNDARIA.

LA ELIMINACIÓN DE LOS IRRITANTES LOCALES REDUCE LA PROPORCIÓN DEL TAMAÑO DE LA LESIÓN PERO LA HIPERPLASIA QUEDA.

IV - AGRANDAMIENTO CONDICIONADO

HAY TRES CLASES DE AGRANDAMIENTOS CONDICIONADOS SON:

HORMONAL, LEUCÉMICO Y DEFICIENCIA DE VITAMINA "C".

SE PRESISA DE LA IRRITACIÓN LOCAL PARA QUE COMIENCE ESTE TIPO DE AGRANDAMIENTO, SIN EMBARGO LA IRRITACIÓN POR SI SOLA NO DETERMINA LA NATURALEZA DE SUS CARACTERÍSTICAS.

V - AGRANDAMIENTO NEOPLASICO (TUMORES GINGIVALES).

EPULIS - SE DESIGNA ESTE NOMBRE A TODOS LOS TUMORES DE LA ENCÍA SIRVE PARA LOCALIZAR EL TUMOR PERO NO LO DESCRIBE.

LOS NEOPLASMAS SON CAUSA DE UNA PROPORCIÓN COMPARATIVAMENTE PEQUEÑA DE AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

FIBRONA - NACEN DEL TEJIDO CONECTIVO O DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, SON TUMORES ESFÉRICOS DE CRECIMIENTO LENTO, QUE TIENDE A SER FIRME Y NODULARES, PERO PUEDEN SER BLANDOS Y VASCULARES.

NEVUS - PUEDE SER PIGMENTADO O NO ES FRECUENTE EN LA PIEL - PERO SE HA REGISTRADO NEVUS GINGIVAL LA LESIÓN ES BENIGNA Y DE

CRECIMIENTO LENTO SU COLOR ES GRIS PÁLIDO Y PARDO OSCURO, PUEDE SER PLANO O ALGO ELEVADO SOBRE LA SUPERFICIE GINGIVAL.

HEMANGIOMA - TUMOR BENIGNO QUE SE PRODUCE EN LA ENCÍA.

SON DE TIPO CAPILAR O CAVERNOSO, SON BLANDOS, SÉSILES O PEDICULADOS E INDOLOROS, PUEDEN SER LISOS O ABULTADOS IRREGULARES EL COLOR VARIA DE ROJO OSCURO AL PÚRPURA Y PALIDECE CON LA PRESIÓN.

PAPILOMA - ES UNA PROTUBERANCIA DURA DE ASPECTO VURRUGOSO, SOBRESALE DE LA ENCÍA. ESTA LESIÓN PUEDE SER PEQUEÑA Y CIRCUNSCRITA O PRESENTARSE COMO LESIÓN DURA Y ANCHA CON SUPERFICIE FINAMENTE IRREGULAR.

TRATAMIENTO DE AGRANDAMIENTOS GINGIVALES

SE BASA EN SU ETIOLOGÍA, ES PRODUCIDO POR LA INFLAMACIÓN SE TRATA POR PROCEDIMIENTOS LOCALES, SI EL FACTOR ES SISTEMÁTICO O DESCONOCIDO EL TRATAMIENTO LOCAL DISMINUYE LA INFLAMACIÓN.

SE HACE UN RASPADO Y CURETADO Y SE PROCEDE A UNA GINGIVECTOMIA, PARA DEVOLVER SU ASPECTO NORMAL A NUESTROS TEJIDOS.

LA GINGIVECTOMIA PUEDE SER DE BICEL EXTERNO Ó INTERNO.

LA GINGIVECTOMIA DE BICEL EXTERNO Ó 45° , PRIMERO SE ANESTESIA, SE HACE UN CORTE CON BISTURÍ DE HOJA No. 12 CON INCLINACIÓN DE 45° EN DIRECCIÓN DE LAS CORONAS, EL CORTE PUEDE SER CONTINUO O DISCONTINUO, DEBE CHOCAR CON EL DIENTE VA A QUEDAR UNA MESETA QUE SE QUITA CON LAS TIJERAS SE VA HACIENDO LA PLASTIA O EL FESTONEADO Y SE LE DA FORMA A LA PAPILA, CON EL BISTURÍ DE RIÑÓN SE RASPA HACIA CORONAL ADELGAZÁNDOLO SE LAVA CONTI

OTROS TRANSTORNOS PARODONTALES

NUAMENTE, LOS MISMOS PASO SE HACEN POR VESTIBULAR Y LINGUAL.

SE COLOCA UN APÓSITO NO DEBE QUEDAR MAS ABAJO DE LA LÍNEA MUCOGINGIVAL NI MUY CORONAL. SE REvisa AL PACIENTE OCHO DÍAS DESPUÉS Y VEMOS UNA NEOFORMACIÓN CAPILAR NUEVA FORMACIÓN DE VASOS.

SE DA TÉCNICA DE CEPILLADO

GINGIVECTOMIA DE BICEL INTERNO

CUANDO LAS PAPILAS NO ESTAN EXAGERADAS PODEMOS UTILIZAR EL BICEL INTERNO, SU VENTAJA ES QUE NO HABRÁ TEJIDO CONECTIVO EXPUESTO.

EN ESTÁ TÉCNICA SE ANESTESIA, CON UNA HOJA DEL No. 11 ó 15 SE HACE EL PRIMER CORTE, LA HOJA DEBE TENER UNA INCLINACIÓN -- HACIA APICAL, SE HACE ARRIBA DE LA ZONA QUE ESTA ALTERADA APROXIMADAMENTE 2 MM, DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL SIGUIENDO LA ANATOMÍA NORMAL DEL DIENTE TANTO POR BUCAL COMO POR LINGUAL, SE -- RETIRA EL TEJIDO INCIDIDO, SE DESENSARTAN LAS FIBRAS CIRCULARES GINGIVALES SE LEVANTA UN COLGAJO ADELGAZANDOSE SU PARED -- INTERNA CON UNAS TIJERAS, CON UNA CURETA LIMPIAMOS ALREDEDOR -- DEL DIENTE PARA ELIMINAR EL SARRO, LAVAMOS Y SUTURAMOS CON PUNTOS AISLADOS QUE NO AYUDARAN A DAR FORMA A LA PAPILA, COLOCAMOS UN APÓSITO QUE SE QUITA A LOS 8 DÍAS, SE DA TÉCNICA DE CEPILLADO PARA ESTIMULAR LA QUERATINIZACIÓN.

PERIODONTOSIS (CRÓNICA)

SE PRESENTA ENTRE LOS 13 Y 15 AÑOS SE MANIFIESTA POR UNA - DESTRUCCIÓN DE HUESO, PUEDE SER LOCALIZADA (MOLARES Y CENTRALES) O GENERALIZADA.

ES LA DESTRUCCIÓN NO INFLAMATORIA DEGENERATIVA CRÓNICA DEL PERIODONTO AFECTA PRINCIPALMENTE A MUJERES JOVENES Y ANCIANOS CON DIENTES SANOS.

SE CARACTERIZA POR LA PÉRDIDA OSEA VERTICAL, POR EL AFLOJAMIENTO DENTAL, AXFOLIACIÓN Y MIGRACIÓN DE LOS DIENTES CON APARICIÓN DE DIASTEMAS EN PRESENCIA O AUSENCIA DE PROLIFERACIÓN - EPITELIAL SECUNDARIA Y FORMACIÓN DE BOLSAS.

TAMBIÉN SE CARACTERIZA PORQUE AVANZA CON RÁPIDEZ.

ETIOLOGÍA

SE DEBE PRINCIPALMENTE A FACTORES SISTEMÁTICOS PERO LOS --- FACTORES LOCALES AGRAVAN LOS CAMBIOS DESTRUCTIVOS DE ORIGEN GENERAL.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

SON TRES ETAPAS DE LA PERIODONTOSIS.

- I. LAS FIBRAS DEL TEJIDO CONECTIVO SE DEGENERAN Y EL ESPACIO DE LIGAMENTO SE AGRANDA.
- II. EL EPITELIO CERCANO AL SURCO PROLIFERA, CONVIRTIÉNDOSE EN BOLSA.
- III. LA INSERCIÓN EPITELIAL SE SEPARA DEJANDO UNA BOLSA PROFUNDA.

LA PERIODONTOSIS ES UNA LESIÓN INDOLORA.

À VECES PUEDE PRESENTAR SÍNTOMAS SIMILARES A LOS DE LA PERIODONTITIS.

TRATAMIENTO

EN CASO DE QUE LA PÉRDIDA OSEA ALVEOLAR SEA LA MISMA QUE EN LA PERIODONTITIS AVANZADA SE HACE EL MISMO TRATAMIENTO.

SE HACE LA CORRECCIÓN DE LOS FACTORES SISTEMÁTICOS Y LOCALES.

EN CASO DE UNA PERIODONTOSIS AVANZADA EN LA CUÁL EL HUESO REMANENTE ES INSUFICIENTE PARA SOSTENER LOS DIENTES ES POSIBLE CONSERVARLO MEDIANTE TRATAMIENTO LOCAL, PERO DEBEMOS TENER EN CUENTA EL PRONÓSTICO DE DIENTES Y REALIZAR EL TRATAMIENTO MÁS CONVENIENTE.

PERICORONITIS

SE DEFINE COMO LA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES, Y TEJIDOS BLANDOS SE LOCALIZA EN DIENTES QUE NO HAN ERUPCIONADO ES MÁS FRECUENTE EN TERCEROS MOLARES INFERIORES PARCIALMENTE -- ERUPCIONADOS O RETENIDOS SE PUEDE PRESENTAR EN LOS SEGUNDOS MOLARES, TAMBIÉN SE PRESENTA CUANDO LOS NIÑOS HACEN CAMBIO DE DENTICIÓN, PUEDE SER PROVOCADA CUANDO EL DIENTE INICIA SU ERUPCIÓN Y QUEDA UN CAPUCHÓN DE ENCÍA LLAMADA OPERCULO, COMO ESTÁ CUBRIENDO AL DIENTE PROPICIA EL ACUMULO DE ALIMENTO Y PROLIFERACIÓN BACTERIANA, OTRO FACTOR ES QUE EL DIENTE AL NO TENER LUGAR PARA ERUPCIONAR PRESIONE LOS TEJIDOS CAUSANDO INFLAMACIÓN QUE PROVOCA MÁS IRRITACIÓN POR LOS MOVIMIENTOS DE LA MASTICACIÓN -- PRESENTÁNDOSE ULCERACIONES DE TEJIDO, LA PERICORONITIS PUEDE -- SER AGUDA O CRÓNICA.

AGUDA

SI EL OPERCULO FAVORECE LA ACUMULACIÓN DE ALIMENTOS PRESENTÁNDOSE INFLAMACIÓN Y AUMENTO DE VOLUMEN DE LOS TEJIDOS, PROVOCA INTERFERENCIA OCLUSAL, CLÍNICAMENTE LA ENCÍA SE OBSERVA INFLAMADA Y LA LESIÓN SUPURATIVA DE COLOR ROJO BRILLANTE ULCERADA, SENSIBLE DURANTE LA MASTICACIÓN PUEDE PRESENTARSE DOLOR IRRADIADO AL PISO DE LA BOCA Y GARGANTA (DURANTE LA DEGLUSIÓN) SE PUEDE PRESENTAR TRISMO Y LINFADENITIS.

CRÓNICA

SE PRESENTA CUANDO EL CAPUCHÓN NO ES MUY PROPICIO AL ACUMU-

LO DE ALIMENTOS PERO PRESENTA UN LEVE ESTADO DE INFLAMACIÓN --
QUE ES ASINTOMÁTICO PERO PUEDE AGUDIZARSE,

TRATAMIENTO

SE VA A TOMAR EN CUENTA LOS FACTORES:

- 1). INTENSIDAD DEL PROCESO INFLAMATORIO.
 - 2). COMPLICACIONES SISTEMÁTICAS.
 - 3). CONVENIENCIA DE CONSERVAR EL DIENTE AFECTADO.
1. SE VA A EFECTUAR UNA LIMPIEZA DE LA ZONA INFLAMADA MEDIANTE LAVADO SE APLICA ANESTESIA TÓPICA.
 2. SE LE INDICA AL PACIENTE AUMENTAR SU HIGIENE BUCAL Y DIETA BLANDA.
 3. EN CASO DE PRESENTAR EXUDADO PURULENTO SE DEBERÁ ESTABLECER EL DRENAJE, SEGÚN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE SE TRATARÁ CON ANTIBIÓTICOS.
 4. CUANDO HAYA CESADO LA INFLAMACIÓN SE TOMA UNA RADIOGRAFÍA PARA VER LA POSIBILIDAD DE ELIMINAR EL ÓPERCULO O HACER LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE,

ABSCESO PERIODONTAL

LOS ABSCESOS SOLO DIFIEREN EN SU ORIGEN Y EN EL AVENAMIENTO DE LA INFECCIÓN, EL DIAGNÓSTICO SE BASA EN HALLAZGOS CLÍNICOS - EN EXAMEN RADIOGRÁFICOS Y EN LA PRUEBA PULPAR.

EL ABSCESO PERIODONTAL ES LA ACUMULACIÓN DE PUS LOCALIZADA QUE AFECTA LA INTEGRIDAD DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES PRODUCIENDO UN INFECCIÓN MIXTA DE MICROORGANISMOS, SE LE CONOCE COMO ABS

CESO LATERAL O PARIETAL, PUEDE SER AGUDO O CRÓNICO, Y SE PUEDE PRESENTAR EN CUALQUIER EDAD.

LOS FACTORES ETIOLÓGICOS SON, MALA ELIMINACIÓN DEL SARRO, - TRAUMATISMO, LA PRESENCIA DE UNA BOLSA PERIODONTAL SE PRESENTA EN LA PARTE LATERAL Y MEDIA DE LA RAÍZ, TAMBIÉN UN ABSCESO PERIAPICAL PROVOCA EL ABSCESO PERIODONTAL, PERO ESTE NO PRESENTA BOLSA, SE LOCALIZA EN EL APICE DE LA RAÍZ Y ES DE EVOLUCIÓN RÁPIDA.

ABSCESSO AGUDO

EL PACIENTE PRESENTA AUMENTO DE VOLUMEN, DOLOR, ENROJECIMIENTO, MOVILIDAD DENTARIA Y PUEDE PRESENTAR MALESTAR GENERAL, DOLOR AL COMER Y A LA PERCUSIÓN.

LA ENCÍA TIENE UN COLOR ROJO BRILLANTE Y SI SE OPRIME SE VE LA SALIDA DE PUS. EL DIENTE NO PIERDE SU VITALIDAD.

ABSCESSO CRÓNICO

EVOLUCIÓN MUY LENTA, ES UNA FÍSTULA QUE SE ABRE EN LA MUCOSA GINGIVAL ES DIFÍCIL DE DETECTAR, LA FÍSTULA PUEDE ESTAR CUBIERTA DE UNA MASA PEQUEÑA ROSADA, ESFÉRICA DE TEJIDO GRANULOMATOSO.

ES ASINTOMÁTICO Y SE CARACTERIZA POR UN DOLOR SORDO, LEVE - ELEVACIÓN DEL DIENTE Y DESEOS DE MORDER Y FROTAR EL DIENTE.

EL DIAGNÓSTICO SE HACE SONDEANDO EL DIENTE O DIENTES DONDE SE ENCUENTRA EL ABSCESO PUEDE MEDIR DE OCHO A DIEZ MILÍMETROS, TAMBIÉN HAY RESORCIÓN OSEA.

PARA SABER SI SE CONSERVA EL DIENTE TOMAMOS EN CUENTA SI LA LESIÓN ES VERTICAL O SI ES HORIZONTAL, SI ES VERTICAL SE DEBE - CONSERVAR EL DIENTE YA QUE CON LA AYUDA DEL DIENTE VECINO SE RE GENERA, EN CASO DE QUE SEA LA LESIÓN HORIZONTAL SE DESHECHA EL DIENTE.

EN EL ABSCESO PERIAPICAL SE HACE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS.

TRATAMIENTO

ABSCESO AGUDO

SE ADMINISTRA ANTIBIÓTICOS Y PENICILINA EN PACIENTES SIN -- COMPLICACIONES ORGÁNICAS, SE DRENA EL ABSCESO DURANTE 4 Ó 5 --- DÍAS.

EL DRENAJE PUEDE SER:

1. ENCONTRANDO EL ORIFICIO DE LA BOLSA PARA QUE SALGA LA PUS POR MEDIO DEL INSTRUMENTO.
2. SE DRENA MEDIANTE LA INCISIÓN LIBERATRIS PUEDE SER SEGÚN EL GRADO DE LA LESIÓN, SE LEVANTA UN COLGAJO, SE OBSERVA TEJIDO EDEMATOSO Y SARRO, HABRÁ SANGRADO, SE LIMPIA LA - BOLSA, HUESO Y RAÍZ PARA QUE EL CEMENTO QUEDE SANO SE LA VA Y SE SUTURA.

ABSCESO CRÓNICO

SE ADMINISTRA ANTIBIÓTICO AUNQUE NO ESTÉ EN FASE AGUDA POR ÚLTIMO SE ELIMINAN LAS BOLSAS PERIODONTALES MEDIANTE UN LEGRADO PERIODONTAL.

ABSESO GINGIVAL

FOCO PURULENTO SE LOCALIZA EN EL MARGEN GINGIVAL Y PAPILA INTERDENTARIA PRODUCIDA POR LA INTRODUCCIÓN DE OBJETOS EXTRAÑOS, SE CARACTERIZA POR QUE EL TEJIDO SE ENCUENTRA EDEMATIZADO POR EL PROCESO INFLAMATORIO, EL TEJIDO SE OBSERVA DE COLOR ROJO BRILLANTE CON UNA SUPERFICIE LISA, ES DOLOROSA, APROXIMADAMENTE A LAS 24 ó 48 HRS. SE VUELVE FRUCTUANTE DEBIDO A LA ACUMULACIÓN DE EXUDADO PURULENTO PUEDE PRESENTAR UNA FÍSTULA MEDIANTE LA CUAL SE VA A DRENAR.

TRATAMIENTO

BAJO ANESTESIA TÓPICA SE DRENA Y SE LIMPIA CON AGUA TIBIA, SE LE INDICA AL PACIENTE QUE SE ENJUAGUE CON AGUA TIBIA CADA DOS HORAS, AL DÍA SIGUIENTE LA LESIÓN ESTÁ DISMINUIDA DE TAMAÑO Y SIN SÍNTOMAS, CON ANESTESIA TÓPICA SE RASPA Y CURETEA LA ZONA. SI ES MUY GRANDE LA LESIÓN SE ELIMINA QUIRÚRGICAMENTE.

PERIODONTITIS CRÓNICA

ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LAS ENCÍAS Y LOS TEJIDOS MÁS PROFUNDOS DEL PERIODONTO.

SE DICE QUE ES UN POCO CONSECUTIVA DE LA GINGIVITIS QUE NO HA SIDO TRATADA.

SU ETIOLOGÍA ES ORIGINADA PRINCIPALMENTE POR FACTORES IRRITANTES LOCALES, PERO PUEDE ESTAR COMPLICADA POR ENFERMEDADES SISTEMICAS COMO DIABETES MELLITUS.

SE OBSERVA TANTO EN HOMBRES COMO MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

LA CARACTERÍSTICA MÁS IMPORTANTE ES LA PRESENCIA DE BOLSAS PERIODONTALES CON Poca PROFUNDIDAD Y BOCA ANCHA DISTRIBUIDAS EN TODA LA CAVIDAD BUCAL Y COMO CONSECUENCIA DE ESTAS EXUDADO. PÉRDIDA OSEA GENERALMENTE HORIZONTAL POCAS VECES VERTICAL (EN LA PÉRDIDA VERTICAL SE PUEDE RECUPERAR EL HUESO CON UN INJERTO OSEO), MIGRACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL, MOVILIDAD DENTARIA CON INFLAMACIÓN AGUDA EN LAS ENCÍAS.

EL COLOR DE LAS ENCÍAS ES ROJO AZULADO Y LA FORMA Y CONSISTENCIA ESTÁN ALTERADAS, SE LOCALIZA EN UN DIENTE O EN GRUPO.

LAS BOLSAS ESTÁN LLENAS DE PLACA Y DENTRITUS.

ESTÁ ENFERMEDAD ES INDOLORA PERO PUEDE MANIFESTARSE SÍNTOMAS COMO:

AL MASTICAR DOLOR PUNZANTE Y SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN.

TRATAMIENTO

SE SONDEA CON UN SONDA RECTA Y PEGADA AL DIENTE, NO DEBE HABER SANGRADO, SE MIDE TRES VECES POR VESTIBULAR Y TRES POR LINGUAL.

SE ELIMINAN LOS IRRITANTES LOCALES.

SE HACE CONTROL DE PLACA Y SE DA TÉCNICA DE CEPILLADO.

SE HACE UN LEGRADO PERIODONTAL.

- SE ANESTESIA
- SE SEPARA UN COLGAJO CON UNA INCISIÓN PRIMARIA A NIVEL -- DEL SURCO GINGIVAL.
- SE ELIMINA EL TEJIDO GRANULOMATOSO, CEMENTO RADICULAR Y SARRO SUBGINGIVAL CON UN SOLO MOVIMIENTO QUE VAYA DE API- CAL HACIA CORONAL.
- SE LAVA CONTINUAMENTE.
- SE ALISA EL EPITILIO.
- SE SECA CON GASAS ESTERILES Y SE SUTURA.
- SE COLOCA UN APÓSITO QUIRÚRGICO SE DEBE TENER CUIDADO DE NO INTERFERIR EN LA OCLUSIÓN Y QUE NO LLEGUE A LA LÍNEA - MUCOGINGIVAL.
- SE CITA AL PACIENTE OCHO DÍAS DESPUÉS PARA RETIRAR EL APÓ SITO.
- SE LE DA TÉCNICA DE CEPILLADO Y DIETA BLANDA.

BOLSAS PERIODONTALES.

ES LA MIGRACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL HACIA APICAL.

SE CLASIFICAN EN SUPRAOSEAS E INFRAOSEAS DEPENDIENDO DE LA RELACIÓN QUE GUARDA CON LA CRESTA ALVEOLAR.

LAS BOLSAS SE HALLAN DELIMITADAS POR UNA PARED DURA QUE COR RESPONDE AL CEMENTO DEL DIENTE EL CUAL VA A TENER ADHERIDO EN SU SUPERFICIE GRAN CANTIDAD DE SARRO Y DE PLACA DENTOBACTERIA- NA POR OTRO LADO UNA PARED BLANDA QUE CORRESPONDE AL EPITELIO DE LA ENCÍA.

EL MÉTODO PARA LOCALIZARLAS ES MEDIANTE EL SONDEO DEL MAR--

GEN GINGIVAL EN CADA CARA DEL DIENTE.

LA BOLSA SUPRAOSEA VA A SER CUANDO EL FONDO DE LA BOLSA SE LOCALIZA CORONAL A LA CRESTA OSEA, LA PÉRDIDA OSEA ES HORIZONTAL.

LA INFRAOSEA ES CUANDO EL FONDO DE LA BOLSA ESTÁ APICAL A LA CRESTA, LA PÉRDIDA OSEA ES VERTICAL Y ANGULADA HABRÁ HUESO.

SINGNOS Y SÍNTOMAS.

LA ENCÍA MARGINAL VA A ESTAR ROJA AZULADO AGRANDADA Y BRILLANTE, INFLAMADA, SANGRADO GINGIVAL, EXUDADO PURULENTO, MOVILIDAD DENTARIA, EXTRUSIÓN Y MIGRACIÓN DENTARIA.

PUES SER INDOLORA O PRESENTAR LOS SÍNTOMAS SIGUIENTES:

SENSACIÓN DE PRESIÓN DESPUÉS DE COMER, DOLOR IRRADIADO EN LA PROFUNDIDAD DEL HUESO, SENSIBILIDAD AL FRÍO Y CALOR.

SON ORIGINADAS POR AGENTES LOCALES.

TRATAMIENTO

ES EL MISMO QUE EN LA PERIODONTITIS.

ELIMINACIÓN DE LOS IRRITANTES LOCALES.

CONTROL DE PLACA Y LEGRADO PERIODONTAL.

TECNICAS DE ANESTESIA

TÉCNICAS DE ANESTESIA.

LOS ANESTÉSICOS SON DE GRAN IMPORTANCIA EN LA PARODONCIA YA QUE SIN ELLOS NO SERÍA POSIBLE REALIZAR NINGÚN TRATAMIENTO, -- LAS TÉCNICAS QUE VAMO . A UTILIZAR CON FRECUENCIA SON:

TÉCNICA LOCAL SUPRAPERIOSTICA.

ES EL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO EMPLEADO EN LA MAYORÍA DE -- LOS CASOS DE ALGUNA INTERVENCIÓN ODONTOLÓGICA.

EL SITIO DE PUNCIÓN SERÁ EN EL PLIEGUE MUCOGINGIVAL (FONDO DE SACO) CON AGUJA CORTA, EN LA ZONA DESEADA SE ANESTESIA, A-- PROXIMADAMENTE VAMOS A ANESTESIAR LA PIEZA DESEADA Y LOS DOS - DIENTES CONTIGUOS, CON UN SOLO PIQUETE SE DEPOSITA LENTAMENTE.

EN LA APLICACIÓN DE ESTA INYECCIÓN SE PRODUCE LA SUFICIENTE ANESTESIA PARA OPERATORIA DENTAL. PARA EXTRACCIONES, TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS Y PERIODONTALES SE COMBINARÁ CON UNA INYECCIÓN PALATINA.

EN LOS INFERIORES ESTA TÉCNICA SE UTILIZA SOLO EN LOS CUATRO INCISIVOS INFERIORES QUE SE ANESTESIAN SATISFACTORIAMENTE.

EL SITIO DE PUNCIÓN ES EN EL PLIEGUE MUCOLABIAL CON AGUJA - CORTA, SE INTRODUCE CUIDADOSAMENTE HASTA QUE LA PUNTA LLEGUE - AL ÁPICE DE LA RAÍZ, SE UTILIZA PARA OPERATORIA EN CASO DE QUE SE QUIERA UTILIZAR PARA EXTRACCIONES O CIRUGÍA SE APLICA LA INYECCIÓN LINGUAL.

TÉCNICA LOCAL DEL PALADAR.

TOMAMOS EN CUENTA EL RAPE PALATINO QUE SE ENCUENTRA EN LA - LÍNEA AMELOCAMENTARIA DEBE SER EL SITIO DE PUNCIÓN MÁS O ME

NOS A LA ALTURA DEL TERCIO APICAL DE LA RAÍZ PALATINA DE LAS PIEZAS DENTARIAS, Y DEBE SER PERPENDICULAR A LA BOVEDA PALATINA DONDE LA ENCÍA ESTÁ MÁS ENGROSADA PARA FACILITAR LA ENTRADA DEL LÍQUIDO, SI NO NOS VA A COSTAR MAS TRABAJO DEPOSITAR - EL LÍQUIDO Y PODEMOS PROVOCAR IZQUEMIA, ESTA TÉCNICA SE UTILIZA EN TODO EL MAXILAR, EL HUESO ES POROSO, ESPONJOSO, DENSO Y MÁS VASCULARIZADO DEBIDO A ESTO EN CUALQUIER ZONA DEL MAXILAR EMPLEARÁ, SIEMPRE SE DEBE USAR AGUJA CORTA.

ESTA TÉCNICA SE UTILIZA JUNTO CON LA LOCAL VESTIBULAR PARA CIRUGIA, ENDODONCIA Y OPERATORIA.

EN LA MANDÍBULA LA ÚNICA ZONA PARECIDA A LA DEL MAXILAR ES LA REGIÓN DE INCISIVOS.

LA JERINGA SE TOMA COMO SE TOMA UN LÁPIZ.

ES ACONSEJABLE UTILIZAR MEDIO CARTUCHO EN VESTIBULAR Y MEDIO EN PALATINO TANTO EN SUPERIOR COMO INFERIOR SE DEBE DEPOSITAR LENTAMENTE.

BLOQUEO DE LA CONDUCCIÓN

LA SOLUCIÓN SE DEPOSITA EN UN PUNTO DEL TRONCO NERVIOSO, - SITUADO ENTRE EL CAMPO OPERATORIO Y EL CEREBRO. DE ESTA MANERA SE INTERRUMPE LA CONDUCCIÓN NERVIOSA Y POR LO TANTO LA PERCEPCIÓN DOLOROSA.

ANESTÉSICOS REGIONALES SUPERIORES.

TÉCNICA INFRAORBITARIA

SE ANESTESIAN LOS NERVIOS ALVEOLARES SUPERIORES MEDIO Y AN

TERIOR RAMAS TERMINALES DEL INFRAORBITARIO.

El SITIO DE PUNCIÓN ES EN EL PLIEGUE MUCOGINGIVAL A NIVEL - DEL SEGUNDO PREMOLAR O ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES.

SE LOCALIZA EL AGUJERO INFRAORBITARIO POR PALPACIÓN Y AHÍ SE INTRODUCE LA AGUJA HASTA QUE SE PERCIBA QUE HA LLEGADO AL AGUJERO SE DEPOSITA LENTAMENTE EL ANESTÉSICO.

PARA ESTA TÉCNICA UTILIZAMOS AGUJA LARGA Y SE DEJA TODO EL CARTUCHO Y VAMOS A ANESTESIA LOS PREMOLARES, INCISIVOS, LATERALES Y CENTRALES.

PARA LOGRAR UNA ANESTESIA PROFUNDA SE DEBERÁ COMPLETAR CON UNA INYECCIÓN PALATINA.

ESTA TÉCNICA SE UTILIZA PARA PRÓTESIS, OPERATORIA, ENDODONCIA, CIRUGIA Y PARODONCIA.

TÉCNICA CIGOMÁTICA

EL SITIO DE PUNCIÓN EN EL PLIEGUE BUCOGINGIVAL EN LA RAÍZ - DISTAL DEL PRIMER MOLAR CON UN ANGULO DE 45° CON RESPECTO AL - PLANO OCLUSAL PUNCIAMOS EN EL PLIEGUE Y LLEMAMOS AL PLEXO CIGOMÁTICO QUE SE ENCUENTRA ABAJO DEL ARCO CIGOMÁTICO SE ANESTESIA LOS TERCEROS MOLARES CON EL SEGUNDO PREMOLAR, SE DEPOSITA LA SOLUCIÓN LENTAMENTE Y SE USA AGUJA LARGA.

ESTA TÉCNICA SE UTILIZA PARA OPERATORIA, PRÓTESIS, ENDODONCIA, CIRUGÍA Y PARODONCIA.

PERO SE COMPLETARÁ CON UNA INYECCIÓN SUPRAPERIÓSTICA SOBRE EL SEGUNDO PREMOLAR.

REGIONES PALATINAS

LOS AGUJEROS PALATINOS SON DOS ANTERIOR Y POSTERIOR.

PARA ANESTESIAR EN EL AGUJERO PALATINO POSTERIOR EL SITIO - DE PUNCIÓN VA A SER EN LA RAÍZ PALATINA DEL SEGUNDO MOLAR LIGERAMENTE MÁS HACIA ATRÁS Y DEJAMOS LA MITAD DEL CARTUCHO.

CON ESTA TÉCNICA ANESTESIAMOS MUCOSA PALATINA. AL ANESTESIAR EL LADO IZQUIERDO CARGAMOS LA AGUJA HACIA EL LADO IZQUIERDO Y LA CARGAMOS HACIA EL DERECHO CUANDO ES DERECHO.

EL AGUJERO PALATINO ANTERIOR SE ENCUENTRA LOCALIZADO EN LA LÍNEA MEDIA UN CM. ARRIBA DE LOS ALVEOLOS DE LOS INCISIVOS O SEA ENTRE LAS DOS RAÍCES DE LOS INCISIVOS, DEJAMOS MEDIO CARTUCHO Y SE ANESTESIA EL PALADAR.

ESTA TÉCNICA SE EMPLEA PARA EXTRACCIONES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y COMO ANESTESIA COMPLEMENTARIA PARA OPERATORIA.

ANESTÉSICOS REGIONALES INFERIORES.

TÉCNICA DEL DENTARIO INFERIOR

VAMOS A UTILIZAR AGUJA LARGA PARA ESTA TÉCNICA.

MEDIO CARTUCHO EN LA ESPINA DE SPICK EN ABANICO.

CON LA YEMA DEL DEDO ÍNDICE VAMOS A TOCAR EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE Y COLOCAMOS LA AGUJA SOBRE LAS CARAS OCLUSALES DE LA ZONA POR ANESTESIAR Y PENETRA UNO Ó DOS CM. SE DEPOSITA MEDIO CARTUCHO Y VOLTEAMOS OTRA VEZ A LOS PREMOLARES DEL LADO CONTRARIO Y DEJAMOS EL RESTO DEL LÍQUIDO.

OTRA TÉCNICA SERÁ EL DEDO EN LA MISMA POSICIÓN Y EN LAS CARAS OCLUSALES EN MEDIO DE LA UÑA DEJAMOS EL LÍQUIDO Y AL CÁLCU

LO UN CM, O UNO Y MEDIO CM, DEJAMOS EL RESTO DEL CARTUCHO, LA SACAMOS UN POCO Y SEGUIMOS DEJANDO EL RESTO,

ESTA TÉCNICA ES IMPRECISA PORQUE SE PUEDE PERDER TODO EL LÍQUIDO EN LOS TEJIDOS BLANDOS.

ESTA TÉCNICA SE USA PARA EXTRACCIONES, PARODONCIA Y CIRUR---GÍA.

TÉCNICA MENTONIANA.

HACEMOS USO DE PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOGINGIVAL ENTRE LOS PREMOLARES EN EL TERCIO APICAL SE AVANZA HASTA QUE TOCA EL HUESO Y SE DEPOSITA LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA.

SE UTILIZA AGUJA CORTA Y ANESTESIAMOS EL PRIMER PREMOLAR Y EL CANINO Y SEGUNDO PREMOLAR NO CON MUCHA PROFUNDIDAD.

ESTA TÉCNICA ES PARECIDA A LA LOCAL SOLO QUE ES MÁS PRECISA.

LA INCLINACIÓN ES PERPENDICULAR AL PLANO OCLUSAL, Y DEJAMOS TODO EL CARTUCHO.

ESTA TÉCNICA SIRVE PARA OPERATORIA DENTAL, SE PUEDE USAR PARA EXTRACCIONES REFORZÁNDOLA CON UNA LINGUAL.

TÉCNICA PARODONTAL

SE UTILIZA CUANDO YA DESPUÉS DE HABER UTILIZADO LAS TÉCNICAS CONVENCIONALES EL PACIENTE AÚN SIENTE DOLOR.

VAMOS A PENETRAR NUESTRA AGUJA EN EL PARODONTO Y CON DOS Ó TRES GOTAS ES SUFICIENTE.

TERAPIAS ADICIONALES AL TRATAMIENTO PARODONTAL

INDICACIONES AL PACIENTE

SE LE VA A INDICAR AL PACIENTE UNA HIGIENE BUCAL ADECUADA -- ES NECESARIA PARA AYUDAR A CURAR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL INFLAMATORIA Y CUALQUIER OTRA ALTERACIÓN BUCAL.

TÉCNICA PARA ELIMINACIÓN DE LA PLACA. SE REQUIERE DE UNA HABILIDAD TÉCNICA CONSIDERABLE Y QUE ES INDISPENSABLE RECURRIR A UNA CAPACIDAD INDIVIDUAL INTENSA.

NINGUNA TÉCNICA NI MÉTODO PUEDEN APLICARSE UNIVERSALMENTE.

LAS TÉCNICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEBERÁN ADAPTARSE AL PACIENTE INDIVIDUAL, ADEMÁS CON FRECUENCIA SERÁ NECESARIO QUE -- SEA MODIFICADOS DE UN SITIO A OTRO EN EL MISMO PACIENTE SI SE DESEA OBTENER RESULTADOS ÓPTIMOS.

ADEMÁS DEL CEPILLO PUEDE EMPLEARSE UNA GRAN VARIEDAD DE INSTRUMENTOS PARA EL CONTROL DE PLACA.

ES RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA Y DE LA HIGIENE APRENDER -- LAS VENTAJAS Y LIMITACIONES DE CADA UNO DE ÉSTOS Y SELECCIONAR ENTRE LOS MISMOS LOS INSTRUMENTOS QUE PUEDAN SER UTILIZADOS EFICAZMENTE EN CASOS INDIVIDUALES, INSTRUIR AL PACIENTE EN SU UTILIZACIÓN Y VIGILAR SISTEMÁTICAMENTE EL RESULTADO.

CEPILLO DE DIENTES

DE TODOS LOS MÉTODOS PARA LA ELIMINACIÓN DE PLACA EL CEPILLO ES EL MÁS EMPLEADO UNIVERSALMENTE YA QUE UTILIZANDO UNA -- GRAN VARIEDAD DE TÉCNICAS Y CEPILLOS, REDUCE CONSIDERABLEMENTE LA PLACA EN LA SUPERFICIE BUCAL Y LINGUAL Y EN CIERTAMEDIDA -- LAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES.

LOS CEPILLOS MANUALES Y AUTOMÁTICOS SON CASI IGUALMENTE EFICACES PARA ELIMINAR PLACA DENTAL.

ELECCIÓN DEL CEPILLO

EL CEPILLO MÁS ADECUADO ES EL QUE TIENE MANGO RECTO DOS HILERAS DE CERDAS CORTADAS A UNA MISMA ALTURA, EL MATERIAL DE LAS CERDAS PUEDE SER NAYLON O NATURALES Y LA CONSISTENCIA DE PREFERENCIA DURAS DEPENDIENDO DEL TIPO DE ENCÍA Y DEL MASAJE QUE REQUIERE. LA ALTURA DE LAS CERDAS DEBERÁ SER MÁS O MENOS DE 12 MM. Y DE PENACHOS ESPECIALES, LOS EXTREMOS DE LAS CERDAS DEBEN DE TERMINAR REDONDEADOS.

EN LA ACTUALIDAD SE RECOMIENDA QUE EL CEPILLO SEA RELATIVAMENTE PEQUEÑO CON DOS Ó TRES HILERAS DE CERDAS Y DE 10 A 12 PENACHOS DE FIBRAS SINTÉTICAS, LA CONSISTENCIA DEBE SER BLANDA Y CON PUNTAS REDONDEADAS.

CARACTERÍSTICAS

1. EL CEPILLO DEBE SER PEQUEÑO Y RECTO.
2. LAS CERDAS SINTÉTICAS DURAN MÁS QUE LAS NATURALES Y RECUPERAN SU ELASTICIDAD MUCHO MÁS RÁPIDO DESPUÉS DE USARLAS.
3. LOS PENACHOS SEPARADOS PERMITEN UNA MEJOR ACCIÓN DE LAS FIBRAS PUESTO QUE PUEDEN ARQUEARSE Y LLEGAR A ZONAS QUE ALCANZARÍA CON SU CEPILLO TOTALMENTE CUBIERTO POR CERDAS.
4. LAS CERDAS DEBEN SER BLANDAS Y LOS EXTREMOS REDONDEADOS PARA NO LESIONAR LAS ENCÍAS.

EL OBJETIVO DEL CEPILLADO VA A SER QUITAR TODOS LOS RESTOS

ALIMENTICIOS, MATERIA ALBA Y REDUCIR LA PLACA BACTERIANA, ESTIMULAR LA CIRCULACIÓN GINGIVAL, LA QUERATINIZACIÓN DE LOS TEJIDOS HACIÉNDOLOS MÁS RESISTENTES A CUALQUIER TIPO DE AGRESIÓN.

TÉCNICA DE CEPILLADO

LAS TÉCNICAS DE CEPILLADO RECOMENDADAS PARA UN PACIENTE ESPECÍFICO DEPENDEN DEL ESTADO DENTAL Y PERIODONTAL DEL PACIENTE INDIVIDUAL.

LAS TÉCNICAS SON:

TÉCNICAS DE BASS. (O DEL SURCO)

SE USA UN CEPILLO DE CERDAS SUAVES PARA REMOVER LA PLACA BACTERIANA, MATERIA ALBA Y RESIDUOS ALIMENTICIOS DEPOSITADOS EN EL SURCO GINGIVAL, SE TOMA EL CEPILLO EN FORMA DE LÁPIZ INICIANDO POR LA SUPERFICIES VESTIBULARES Y LINGUALES DEL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO, COLOCAMOS EL CEPILLO PARALELO AL PLANO OCLUSAL CON LAS CERDAS HACIA ARRIBA POR DETRÁS DE LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO MOLAR, SE CONTINÚA COLOCÁNDO LAS CERDAS DEL CEPILLO EN UN ÁNGULO DE 45° , CON LAS PUNTAS PRESIONADAS SUAVEMENTE DENTRO DEL SURCO, SE ACCIONA Y SE MUEVE EL CEPILLO CON MOVIMIENTOS CORTOS ROTATORIOS O FROTANTES HACIA ATRÁS Y HACIA ADELANTE Y SE LLEVA SISTEMÁTICAMENTE POR TODA LA BOCA DURANTE 10 ó 15 SEG. SIN TRASLADAR EL CEPILLO DE SU LUGAR.

TÉCNICA DE STILLMAN

LA TÉCNICA DE STILLMAN ES UNA DE LAS MÁS USADAS SE RECOMIENDA QUE EL PACIENTE SE COLOQUE FRENTE AL ESPEJO Y QUE

PONGA LOS DIENTES BORDE A BORDE EL CEPILLO SE COLOCA DE MODO -- QUE LAS PUNTAS DE LAS CERDAS QUEDEN SOBRE LA ENCÍA MARGINAL Y -- SOBRE EL TERCIO CERVICAL DEL DIENTE, SE EJERCE PRESIÓN EN ELLAS HASTA PRODUCIR ISQUEMIA SE SEPARA EL CEPILLO PARA PERMITIR QUE LA SANGRE VUELVA A LA ENCÍA SE APLICA PRESIÓN VARIAS VECES Y SE HACE MOVIMIENTO DE BARRIDO HACIA INCISAL U OCLUSAL, EL CEPILLO DEBE HACER ESTE RECORRIDO POR LO MENOS SEIS VECES.

TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA

EL CEPILLO SE COLOCA EN LA LÍNEA MUCOGINGIVAL CON LAS CER-- DAS DIRIGIDAS EN UN ÁNGULO DE 45° SE ACTIVA EL MOVIMIENTO DE -- FROTAMIENTO EN LA ENCÍA INSERTADA SE CONTINÚA EL BARRIDO HACIA INCISAL U OCLUSAL.

TÉCNICA DE CHARTERS

SE COLOCA EL CEPILLO SOBRE EL DIENTE CON UNA ANGULACIÓN DE 45° CON LAS CERDAS ORIENTADAS HACIA LA CORONA, SE MUEVE EL CEPI LLO PARA QUE LOS LADOS DE LAS CERDAS ABARQUEN EL MARGEN GINGI-- VAL, SE GIRA LEVEMENTE EL CEPILLO PARA QUE LAS CERDAS PRESIONEN EL MARGEN GINGIVAL PARA QUE UNAS PENETREN EN EL ESPACIO INTER-- PROXIMAL Y SE GIRA EL CEPILLO MANTENIÉNDO LA POSICIÓN INICIAL, LA ACCIÓN ROTATORIA SE CONTINÚA HASTA 10 SEG.

PERO NINGUNA TÉCNICA ELIMINA BIEN LOS RESIDUOS UNA VEZ QUE SE HAN DESPRENDIDO. POR ELLO, A CADA CEPILLADO SEGUIRÁ UN ENJUA GUE MINUCIOSO Y VIGOROSO.

TÉCNICA CIRCULAR

EN ESTA TÉCNICA LAS CERDAS SE COLOCAN BIEN ARRIBA SOBRE LA ENCÍA INSERTADA CON UNA ANGULACIÓN DE 45° , PRESIONE EL COSTADO DE LAS CERDAS CONTRA EL TEJIDO Y AL MISMO TIEMPO MUEVA EL CEPILLO HACIA INCISAL U OCLUSAL CONTRA LA ENCÍA CON MOVIMIENTOS CIRCULARES, PROBABLEMENTE ESTA TÉCNICA SEA LA MÁS USADA PORQUE EL PACIENTE LA REALIZA CON FACILIDAD.

DESPUÉS DEL CEPILLADO ES DE GRAN IMPORTANCIA INDICAR AL PACIENTE EL HILO DENTAL.

ES QUIZÁ EL AUXILIAR MÁS RECOMENDADO Y EL MÁS ÚTIL. CUANDO SE EMPLEA CON REGULARIDAD Y CORRECTAMENTE.

SE RECOMIENDA USAR EL HILO NO ENCERADO PORQUE PASA CON MAYOR FACILIDAD A TRAVÉS DEL CONTACTO INTERPROXIMAL.

EL HILO SE UTILIZA, SE CORTARÁ UN TROZO DE HILO DE 25 A 36 CMS. DE LONGITUD SE ENVUELVE ALREDEDOR DEL DEDO MEDIO DE UNA MANO Y COLOCÁNDOLO SOBRE LAS YEMAS DE LOS ÍNDICES SE SUJETA FIRMEMENTE ENTRE LOS DEDOS.

EL HILO SE ACCIONA ENTRE LOS DIENTES CON UN LIGERO MOVIMIENTO BUCOLINGUAL HASTA QUE PASE A TRAVÉS DEL ÁREA DE CONTACTO.

A CONTINUACIÓN, EL HILO DEBERÁ ENVOLVERSE EN UNO DE LOS DIENTES Y REALIZAR MOVIMIENTO EN DIRECCIÓN APICAL HASTA PENETRAR EN EL SURCO, LA SUPERFICIE SE LIMPIA MOVIENDO EL HILO DE ARRIBA HACIA ABAJO, SOBRE EL DIENTE.

EL HILO DENTAL SE DEBE USAR DIARIO.

EN PACIENTES QUE CARECEN DE HABILIDAD MANUAL PUEDE SER ÚTIL EL DISPOSITIVO MANUAL PARA SUJETAR EL HILO.

OTRO AUXILIAR PARA LA LIMPIEZA ES EL PALILLO (O MONDADIEN--
TES).

ESTA EN UN DISPOSITIVO DE PLÁSTICO CON UN ÁNGULO SE USA PA--
RA ALCANZAR ZONAS DE FURCACIÓN CON CAVIDADES RADICULARES Y ZO--
NAS ENVAGINADAS, SE RECOMIENDA PARA LA ELIMINACIÓN DE PLACA TAN
TO EN LAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES COMO FACIALES Y LINGUALES.

APARATOS IRRIGADORES.

NO SON MUY EFICACES SOLO SIRVEN COMO AUXILIARES EN LA TÉCNI
CA DE CEPILLADO.

CEPILLO INTERPROXIMAL

ES UN CEPILLO NUEVO QUE ES PARECIDO AL CEPILLO CON LOS QUE
SE LAVAN LAS MAMILAS SE UTILIZA PARA LIMPIAR LAS ZONAS INTERPRQ
XIMALES EN PACIENTES CON NICHOS O ESPACIOS ABIERTOS SE DEBE ---
USAR TANTO EN LINGUAL COMO VESTIBULAR SE CREE QUE ES MÁS EFICÁZ
QUE EL HILO DENTAL.

TAMBIÉN SON DE GRAN IMPORTANCIA ENSEÑARLE AL PACIENTE A UTI
LIZAR LAS PASTILLAS REVELADORAS COMO LA ERITROSINA ROJA (FDC. -
No. 3) ES UNA TABLETA QUE EL PACIENTE DEBE PASAR POR TODA LA BO
CA Y SE DEBE ENJUAGAR Y SE NOTA DONDE HAY PLACA BACTERIANA.

OTRO AUXILIAR PARA LA LIMPIEZA ES EL PALILLO (O MONDADIEN--
TES).

ESTA EN UN DISPOSITIVO DE PLÁSTICO CON UN ÁNGULO SE USA PA--
RA ALCANZAR ZONAS DE FURCACIÓN CON CAVIDADES RADICULARES Y ZO--
NAS ENVAGINADAS, SE RECOMIENDA PARA LA ELIMINACIÓN DE PLACA TAN
TO EN LAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES COMO FACIALES Y LINGUALES.

ÁPARATOS IRRIGADORES.

NO SON MUY EFICACES SOLO SIRVEN COMO AUXILIARES EN LA TÉCNI
CA DE CEPILLADO.

CEPILLO INTERPROXIMAL

ES UN CEPILLO NUEVO QUE ES PARECIDO AL CEPILLO CON LOS QUE
SE LAVAN LAS MAMILAS SE UTILIZA PARA LIMPIAR LAS ZONAS INTERPRO
XIMALES EN PACIENTES CON NICHOS O ESPACIOS ABIERTOS SE DEBE ---
USAR TANTO EN LINGUAL COMO VESTIBULAR SE CREE QUE ES MÁS EFICÁZ
QUE EL HILO DENTAL.

TAMBIÉN SON DE GRAN IMPORTANCIA ENSEÑARLE AL PACIENTE A UTI
LIZAR LAS PASTILLAS REVELADORAS COMO LA ERITROSINA ROJA (FDC. -
No. 3) ES UNA TABLETA QUE EL PACIENTE DEBE PASAR POR TODA LA BO
CA Y SE DEBE ENJUAGAR Y SE NOTA DONDE HAY PLACA BACTERIANA.

CONCLUSIONES

ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL CIRUJANO DENTISTA EL CONOCER Y REALIZAR CORRECTAMENTE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES DENTALES QUE SE NOS PRESENTAN EN EL TRANSCURSO DE NUESTRA PROFESIÓN.

DISCERNIR AL ESTAR FRENTE A UN ESTADO PATOLÓGICO DEL PERIODONTO, DETERMINANDO POR MEDIOS TERAPÉUTICOS EL ALIVIO Y PRESERVACIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

BIBLIOGRAFIA

I - I. A. MJOR J. J. PINDBORG

HISTOLOGIA DEL DIENTE HUMANO

EDITORIAL LABOR, S. A.

II - IRVING GLICKMAN

PERIODONTOLOGIA CLINICA

NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S. A.

4A. EDICIÓN 1974.

III - DR. DANIEL A. GRANT

DR. IRVING B. STERN

DR. FRANK G. EVERETT

PERIODONCIA DE ORBAN

NUEVA EDITORIA INTERAMERICANA, S. A.

4A. EDICIÓN 1975.

IV - SAUL SCHLUGER, D. D. S.

RALPH A. YUODELIS, D. D. S., M. S. D.

ROY C. PAGE, D. D. S., P. H. D.

ENFERMEDADE PERIODONTAL

COMPAÑIA EDITORIAL

CONTINENTAL, S. A., MÉXICO.

1A. EDICIÓN 1981.