



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PARODONCIA

T E S I S

Que para obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

José Luis Nieva Flores

José Mauricio Castillo Hdez.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E .

INTRODUCCION.....	1
Capítulo I	
ANATOMIA PARODONTAL.	1
Capítulo II.	
ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.....	14
Capítulo III.	
CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.....	19
Capítulo IV.	
DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.....	26
Capítulo V.	
PREOPERATORIO.....	30
Capítulo VI.	
PLAN DE TRATAMIENTO.....	41
Capítulo VII.	
INSUMENTAL.....	45
Capítulo VIII.	
TIPOS DE CIRUGIA EN PARODONCIA.....	53
Capítulo IX.	
MÉTODOS PREVENTIVOS.....	78
CONCLUSIONES.....	85
BIBLIOGRAFIA.....	86

INTRODUCCION.

La periodoncia es indispensable en toda la práctica odontológica y se debe tener un explícito conocimiento, acerca de los tejidos de soporte dentario, ya que las enfermedades periodontales son la causa principal de pérdida de dientes, resorción ósea y alteraciones en tejidos blandos.

Se hará una evaluación completa de la salud periodontal y saber si éste se encuentra en condiciones para recibir algún tratamiento, como puede ser quirúrgico, ortodóntico, colocación de prótesis y para cualquier otro tipo de tratamientos en cavidad oral.

Sería contraproducente realizar procedimientos bacteriológicos si antes no se retiran los agentes locales irritantes, como tenemos:

- a) Placa Dentobacteriana
- b) Sarro Supra e Infragingival
- c) Malposición Dentaria
- d) Control de Enfermedades Sistémicas

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

En investigaciones realizadas sobre restos fósiles encontrados se ha detectado enfermedad periodontal en épocas anteriores a la nuestra.

Ya que documentos históricos revelan el conocimiento de la enfermedad periodontal, así como la necesidad de su tratamiento.

En los Egipcios se encontró que también podían sufrir los pro- ble- mas de los dientes, esto lo revelan los cuerpos embalsamados.

En el papiro de Ebers existen referencias a la enfermedad perio- dontal y también recetas para el fortalecimiento de los dientes, y se ha- ce mención de especialistas dedicados a las alteraciones dentales, co- mo son: Los Sumerios, Asirios, y Babilónicos.

El tratado médico Chino escrito por Huang-Fi, en el que se divide a la enfermedad bucal en tres tipos:

- a) Estados Infeccionados
- c) Enfermedad de los tejidos blandos de revestimiento de los dien- tes
- d) Caries Dental.

Los hebreos en los escritos Talmúdicos se describen las afecciones patológicas de los dientes y su estructura, y el reconocimiento de la importancia de la higiene bucal.

Una muestra de civilización Fenicia, incluye una férula de alambre que aparentemente fue construida para estabilizar dientes aflojados por la enfermedad peridontal destruccion crónica.

Los Griegos con Hipócrates y que es mejor conocido como el Padre de la Medicina, éste explica la función y la inervación de los dientes y la etiología de la enfermedad peridontal.

Los Romanos también describen la enfermedad peridontal.

Rhazes recomendaba aceite de rosas, miel y enjuagues bucales, astringentes y polvos detrificos.

Bartolomé Estagnio en un libro publicado en Venecia hizo la comparación de la piel con las uñas, en relación al alveolo con las raíces dentarias explicando que había un ligamento poderoso entre estas dos estructuras.

Actualmente se le ha dado prioridad a la parodencia ya que la mayoría de los pacientes presentan un mayor o menor grado de alteración a nivel parodontal.

Para el operador es más conveniente el prevenir o detener las enfermedades parodontales, que curarlas, enseñando al paciente las técnicas adecuadas de higiene bucal.

CAPITULO I.

ANATOMIA PARODONTAL

Antes de desarrollar en forma directa el tema de cirugía en parodoncia, es necesario conocer los conceptos básicos y tenerlos muy en cuenta para la práctica profesional ya que sin el conocimiento de estos sería - más difícil poder diferenciar o diagnosticar una enfermedad, así como -- para encontrar una terapia adecuada para los tejidos afectados.

PARODONTO. Es el conjunto de tejidos que protegen y dan sosten al - diente dándole además una funcionalidad específica.

Los componentes del parodonto son los siguientes:

I. - **En**

II. - Ligamento parodontal.

III. - Cemento.

IV - Proceso alveolar.

ENCIA.

Es la parte de la membrana mucosa bucal que cubre a los procesos - alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes, para su estudio se divide en:

- a). - Encia marginal o libre.
- b). - Encia insertada.
- c). - Encia interdientaria o papilar.

ENCIA MARGINAL O LIBRE.

Como su nombre lo dice es el margen libre de la encía que rodea los cuellos de los dientes a modo de collar, su espesor es de 1 mm., se encuentra separada de la encía insertada por una suave depresión llamada Surco Marginal, en condiciones normales su color es rosa coral y se puede desprender fácilmente con un instrumento de punta roma.

ENCIA INSERTADA.

Es la encía que esta fija por ser firme y resilente, se encuentra unida al hueso alveolar y se extiende desde el surco marginal hasta encontrarse con la mucosa alveolar que es laxa, movable y de color más intenso porque está más vascularizada, a la línea donde se une la encía y la mucosa se le llama Unión Mucogingival.

En la superficie palatina la encía insertada se confunde con la mucosa alveolar palatina ya que las dos superficies son igualmente firmes.

La encía insertada de la superficie lingual termina y se une a la membrana mucosa que forma el piso de la boca.

El grueso de la encía varia de acuerdo a la persona y a diferentes zonas de la boca notandose así que es más gruesa en la zona de dientes anteriores superiores.

ENCIA INTERDENTARIA O PAPILAR.

Este tipo de encía en condiciones normales se encuentra ocupando el nicho gingival, su color debe ser también de rosa coral, la situación de esta encía indica si existe alguna patósis.

Regularmente se encuentra por debajo del punto de contacto y cuando hay presencia de diastemas la papila desaparece o se achata, entonces en la zona que era de parakeratina se convierte en zona de queratina, para

así poder resistir más los impactos alimenticios.

Las papilas vestibulares y linguales se unen por medio del Col o --- Collado, que es una depresión en forma de valle y se encuentra solamente en zonas posteriores.

MUCOSA ALVEOLAR.

Es la continuación de la encía, que cubre los carrillos por vestibular y es flexible ya que no esta adherida al hueso, el epitelio es muy delgado y se traslucen los vasos sanguíneos, su función y color son muy diferentes a los de la encía insertada.

Histológicamente.- La encía marginal esta formada a base de tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado, la superficie -- externa es queratinizada o bien paraqueratinizada y la superficie interna forma el tapiz del surco gingival.

FIBRAS GINGIVALES.

Son haces de fibras colágenas del tejido conéctivo, y tienen como - función mantener a la encía libre adosada al diente para soportar las -- fuerzas de masticación, estas fibras a su vez se clasifican en:

a).- Fibras dentogingivales.- Son las fibras que van del cemento a la lámina propia de la encía en forma de abanico inmediatamente debajo - de la adherencia epitelial.

b).- Fibras crestogingivales.- Estas fibras van de la cresta alveolar para insertarse coronariamente la lámina propia.

c).- Fibras circulares.- Estas fibras rodean al diente en forma de anillo, pero no tienen inserción en el.

d).- Fibras accesorias.- Dentro de estas estan las transeptales que corren horizontalmente del cemento del diente vecino pasando sobre la -- cresta alveolar, también dentro de estas fibras accesorias encontramos a las dentoperiósticas y se extienden desde el perióstio del hueso alveolar hacia el diente por la cara vestibular o lingual.

El tejido conectivo esta compuesto por una gran número de mastocitos, enzimas proteolíticas, estereolíticas y sustancias como la histamina, además de que también encontramos leucocitos.

SURCO GINGIVAL.

Es el espacio entre la encía libre y el diente, mide aproximadamente de 1 a 3 mm. de profundidad. no es queratinizado, además es importante mencionar que actúa como membrana semipermeable através del cual si pueden pasar productos nocivos, es en este sitio donde se filtran los líquidos tisulares conocidos como líquido gingival o líquido crevicular.

La unión dentogingival se hace por medio de las fibras gingivales y de la adherencia epitelial.

LA ADHERENCIA EPITELIAL SE REALIZA MEDIANTE:

I.- Membrana basal.

a).- Lámina lúcida.- Es aquí donde se adhieren los hemidesmosomas.

b).- Lámina densa.- Se encuentra adyacente al esmalte.

II.- Mucopolisacáridos altamente pegajosos.

III.-Capa adhesiva de prolina e Hidroxiprolina.

Los hemidesmosomas son puentes intercélulares.

La posición de la adherencia epitelial varia según la edad, en los niños se encuentra al nivel del esmalte, mientras que en los adultos se encuentra en la unión amalocementaria y en pacientes con edad avanzada -

regularmente se encuentra en cemento.

LIQUIDO GINGIVAL.

También se le llama líquido fisiológico porque:

- 1.- Limpia el material del surco.
- 2.- Contiene proteínas plasmáticas adhesivas que ayudan a que exista más unión al diente.
- 3.- Posee propiedades antimicrobianas.
- 4.- Ejerce actividad de anticuerpo.

Una vez rebasado el límite de protección del líquido hacia la encía en un proceso patológico, da lugar entonces a la proliferación de bacterias y aumenta cuando hay procesos inflamatorios.

La progesterona y los estrógenos aumentan la permeabilidad de los vasos gingivales y por esto se eleva la concentración del líquido crevicular.

Encía Insertada.- Esta formada por un núcleo central de tejido conjuntivo, cubierto de epitelio que consta de cuatro estratos que son.

Estrato basal, estrato granuloso, estrato espinoso o de Malpigi y estrato córneo.

Tanto el tejido conjuntivo como el epitelial se encuentran unidos por la membrana basal.

La superficie de la encía se caracteriza por tener un puntilleo muy semejante al de una cáscara de naranja, esto es debido a las depresiones epiteliales y estas varían según la persona.

Encía interdientaria.- Este tipo de encía está formada por el mismo tipo de tejidos.

Dentro de las células existentes en el epitelio gingival están los

linfocitos, melanocitos, y células de Langerhans.

La inervación esta dada por los nervios de ligamento parodontal, del nervio bucal, el nervio labial y el palatino, los estímulos nerviosos generalmente se transmiten en dolor ya que son fibras amielínicas del tejido y que no son capaces de diferenciarlos, existen además terminaciones nerviosas especializadas en la lámina propia como son los corpúsculos de Meissner y los de Krause

Irrigación.- En la capa papilar de la encía hay capilares que nacen de arterias alveolares interdientarias que perforan la cresta alveolar e irrigan las papilas gingivales y son zonas adyacentes a esta; otra fuente proviene de las arterias supraperiósticas y vasos del ligamento parodontal que van acompañados de linfáticos.

CARACTERISTICAS SUPERFICIALES DE LA ENCIA.

Su color es generalmente rosa coral, pero esto depende mucho del aporte sanguíneo, espesor, grado de queratinización y de células que contienen pigmentos como la melamina.

En su tamaño depende de los elementos celulares y su vascularización, esta varia de acuerdo con respecto a las diferentes zonas de la boca.

Su consistencia debe de ser firme y resilente por la presencia de fibras de colágena.

El contorno de la encía adopta la forma de los dientes, de la alineación de los dientes en el arco dentario, en la localización y tamaño del área de contacto proximal.

La textura de la encía en condiciones normales es muy semejante por

su puntilleo al de una cáscara de naranja y este varía según las prolongaciones e invaginaciones entre el epitelio y el tejido conectivo.

LIGAMENTO PARODONTAL.

Esta formado a base de tejido conectivo denso que une a la raíz del diente con el hueso alveolar, la función principal del ligamento parodontal es la de mantener al diente en el alveolo y el establecer la relación fisiológica entre el cemento y el hueso

Además de la función ya mencionada presenta otro tipo de funciones específicas que son:

Función Física.- Transmite las fuerzas oclusales sobre el hueso, -- además mantiene los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes.

Función Formativa.- Las células del ligamento participan en la formación y reabsorción de estos tejidos en los movimientos fisiológicos -- del diente.

Función Sensitiva.- Esta dada por las fibras mecanorreceptoras que existen en el ligamento parodontal.

El ligamento parodontal se origina a partir de elementos del tejido conectivo en la etapa embrionaria.

Las fibras parodontales son haces de fibras de colágeno que se organizan en grupos y van del cemento al hueso alveolar y de acuerdo a su -- inserción y dirección se denominan:

1.- Fibras Crestoalveolares, se extienden en forma de abanico desde la cresta del proceso alveolar hasta el cemento.

2.- Fibras Horizontales, forman un ángulo recto con respecto al eje

mayor del diente, desde el hueso se dirigen e insertan en cemento predominando a nivel de tercio cervical, estas son las fibras que resisten -- las fuerzas funcionales laterales.

3.- Fibras Oblicuas, este tipo de fibras son las que existen en - - mayor número y constituyen la principal ayuda del diente frente a las -- fuerzas axiales, estas corren oblicuamente y van del hueso alveolar al - cemento.

4.- Fibras Apicales, este grupo irradia en todas direcciones desde_ la región apical del cemento al hueso.

5 - Fibras Inter-radicales, corren sobre la cresta del tabique en las funciones de los dientes inter-radicales uniendo las raíces y las_ fibras transeptales.

6.- Fibras de Sharpey, son los extremos de las fibras colágenas - - incluidas en el cemento y hueso.

El ancho del ligamento parodontal es variable y depende la edad del paciente y trabajo funcional que ha desarrollado el diente, así la medida promedio oscila entre 0.25 mm. y 0.1 mm., su forma es parecida a un - reloj de arena, ya que se adelgaza en la parte media del alveolo.

Histológicamente los elementos celulares del ligamento periodontal_ son: Fibroblastos, Fibras Oxitalánicas, Osteoblastos, Osteoclastos, Macrófagos de los tejidos y Restos Epiteliales de Malassez.

La irrigación proviene de ramas de las arterias alveolares que - -- penetran en los tabiques interdientarios, otras ramas llegan al ligamento de la encía.

La inervación se efectúa por medio de fibras nerviosas sensoriales_ capaces de transmitir sensaciones como presión, dolor, calor, etc. por -

las vías trigéminas.

Los impulsos o estímulos nerviosos son importantes también en la -- coordinación de los movimientos de los músculos masticadores.

Cuando por algún motivo llega a haber un desgarramiento de fibras se compensa por la función de los osteoblastos.

En pacientes seniles las fibras parodontales son más gruesas ya que las zonas interfibrilares disminuyen y se pueden presentar degeneraciones de tipo Hialino y condroide originando que haya menos irrigación en esta zona.

CEMENTO.

Es de tejido conectivo especializado calcificado que forma la raíz del diente, es de color amarillo claro y se distingue del esmalte por no tener brillo.

Histológicamente el cemento se forma de:

1.- Una matriz interfibrilar compuesta por un complejo de proteínas y carbohidratos, también se forma de mucopolisacáridos neutros, ácidos y citoplasmas de algunos cementoblastos.

2.- Fibras Colágenas.

3.- Contenido Inorgánico.- Hidroxiapatita 45%, calcio, fósforo y -- magnesio.

El cemento se presenta en dos tipos que son:

1.- Cemento Primario o Acélular.

2.- Cemento Secundario o Célular.

El cemento depositado originalmente es el primario o acélular, y los depósitos progresivos sobre la capa primaria, son los de cemento secunda

rio o c lular; el cemento c lular se forma principalmente en el tercio apical de la raíz y el ac lular en los dos tercios coronarios.

El Cemento C lular es el menos calcificado, contiene cementocitos que se hayan en espacios aislados o lagunas.

Con el depósito continuo de capas se forman unas líneas llamadas, líneas de crecimiento y son paralelas al eje mayor del diente, con la edad avanzada existe una mayor acumulación de cemento .

CEMENTOGENESIS.

El cemento empieza a formarse en las primeras etapas de formación de la raíz, los precementoblastos se ubican cerca de la dentina y depositan la primera capa de cemento primario, es en esta etapa cuando los precementoblastos convergen a cementoblastos funcionales.

La formación del cemento continúa cuando se van acumulando nuevas capas, esto sucede toda la vida ya que el desgaste fisiológico lo compensa la síntesis de cemento y absorpci n de hueso para mantener una distancia favorable, para la dimensión vertical.

Entre las funciones del cemento tenemos las siguientes:

- 1.- Proporciona una superficie de unión al hueso alveolar.
- 2 - Transmite las fuerzas de masticación al hueso alveolar.
- 3.- Interviene en la reparación cuando se ha traumatizado la raíz.
- 4.- Permite al diente movimientos verticales o mesiales mediante su continuo crecimiento.

UNION AMELOCEMENTARIA

En algunas ocasiones es esmalte y el cemento establecen contacto _ pero sin cabalgamiento. esto sucede en un 30 % de los casos, pero puede suceder que no contacten como sucede en el caso de la retracción gingi_ val y dentina expuesta, pero puede presentar también cabalgamiento esto_ es que el cemento recubre el esmalte en un espacio corto, suele suceder_ en un 50 % de los casos.

PROCESO ALVEOLAR

Desde el punto de vista anatómico y funcional esta dividido en :

1. - Hueso Alveolar
- 2 - Hueso de soporte

1.- El hueso alveolar es una capa delgada y compacta y esto viene a formar la pared interna del alveolo, es aquí donde se vienen a insertar _ las fibras parodontales, se le conoce también con el nombre de lámina _ cribiforme.

2 - El hueso de soporte es que rodea y sostiene la cortical ósea _ alveolar, esta a su vez se compone de placas corticales compactas de la superficie vestibular y lingual de los procesos alveolares y hueso espon_ joso formado por traveculas reticulares.

La forma del proceso alveolar sigue el contorno de la línea cervi_ cal y varía dependiendo de la posición de los dientes ya que donde hay zonas de prominencia de una pieza dentaria el hueso es más delgado y en el lado opuesto tiene más grosor.

En el maxilar inferior y por su cara lingual las placas corticales son más gruesas.

Histológicamente el proceso alveolar contiene una matriz calcificada con osteocitos encerrados dentro de los espacios o lagunas y estos se comunican por medio de canaliculos que sirven para oxigenar y alimentar al osteocito y elimina tambien productos de deshecho.

Los osteoblastos son los que realizan por medio de aposición ósea la formación de hueso y los osteoclastos son los que estan presentes para realizar la resorción.

El periostio es de tejido conectivo modificado que recubre las láminas corticales.

La matriz intercelular contiene los siguientes compuestos que son:

- a) La matriz orgánica
- b) La matriz inorgánica

a) Matriz orgánica dentro de esta tenemos fibras de colágena, agua, mucopolisacáridos.

b) Matriz inorgánica estas son: carbonato, hidroxilos, fosforo, calcio, y algunas otras sales que se van depositando en forma de hidroxiapatita.

Las Fibras de Sharpey son las que van incluidas dentro del hueso y pueden encontrarse totalmente calcificadas.

El Sistema Haversiano es cuando el hueso recibe depositos por medio de láminas concéntricas en torno a un vaso sanguíneo.

Fisiología: Fisiologicamente toma parte en el mantenimiento del equilibrio del calcio organico.

El Proceso alveolar puede presentar las siguientes patologias:

Fenestración .- Generalmente se presenta como un orificio en la placa cortical sobre la raíz solo que este no se comunica con el margen de la cresta alveolar su tamaño es variable y se puede encontrar en cualquier superficie

Dehiscencia .- Ausencia de hueso de tamaño variable y que puede extenderse más allá del tercio medio de las raíces dentarias.

Migración Mesial Fisiológica:

El hueso alveolar se reconstruye de acuerdo a la migración que se ha llevado a cabo con la edad y los movimientos funcionales, se observa que los puntos de contacto se vuelven áreas de contacto y las piezas dentarias tienden a moverse hacia mesial .

CAPITULO II

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES
PERIODONTIALES.

La enfermedad periodontal se presenta por factores desencadenantes y estos pueden ser locales o generales.

Entre los factores locales encontramos los siguientes, placa bacteriana, higiene bucal inadecuada, impacción de los alimentos sobre la encía, sarro, hábitos, trauma de oclusión, y malposición dentaria.

Los factores generales o sistémicos son los siguientes:

Diabetes, trastornos endocrinos, deficiencia de vitamina A, deficiencia de proteínas, factores hematológicos radiaciones, t. b.

Placa Bacteriana.- Es el sustrato más microorganismos que se localizan sobre la superficie por selección bacteriana mesoquímica la colonización se lleva a cabo por dos mecanismos, la colonización selectiva bacteriana o por que precursores que permanecen en los defectos estructurales que dan origen a una nueva formación selectiva que por causas favorables a los microorganismos se encuentran sobre el diente.

La colonización de microorganismos empieza a partir de las bacterias y proteínas que existen en la saliva y puede incrementarse si la dieta es blanda, la placa bacteriana esta compuesta de un complejo de polisacáridos, proteínas, carbohidratos, lípidos, fósforo, calcio.

Las bacterias que se encuentran son cocos facultativos Gram positi

vos entre estos encontramos a los estreptococos y estafilococos, de mayor número los primeros.

Microrganismos Gram positivos como lactobacilos, actinomyces, neocardia, y corinebacterium.

Microrganismos anaérobicos Gram negativos, propiobacterium y Corinebacterium.

Cocos gram negativos la veillonella, diplococos.

Microrganismos gram negativos bacteroides, fusobacterium selenomas leptothix, y al final aparecen espirilos y espiroquetas.

Materia alba.- Es una materia compuesta a base de leucocitos, células epiteliales descamadas y células muertas, además es poco adhesiva - al diente es blanda y pegajosa.

Higiene bucal inadecuada.- El uso inadecuado del cepillo dental -- puede ocasionar abrasión en los cuellos de los dientes y lesionado la encía tendiendo a retraerse, favoreciendo así la acumulación de placa bacteriana y alimentos.

Impactación de alimentos.- Es cuando se presentan cúspides impelentes o cúspides embolo ayuda a que los alimentos se impacten o acúen en el periodonto por las fuerzas oclusales. Ocasionalmente inflamación gingival, sangrado favoreciendo también la formación de abscesos paradontales y destrucción del hueso alveolar.

Sarro.- Placa dental muy adherente y calcificada, son focos aislados que forman una masa que se deposita en capas continuamente (es por eso) produce una irritación directa. Este a su vez se divide en:

Supracoronar.- Se desprende fácilmente y esta formado por saliva, de color blanco cremoso o amarillo localizado generalmente frente a los orificios de salida de las glándulas salivales.

Infragingival.- Se localiza en las bolsas paradontales es de color

negrusco o pardo adherido firmemente es petreo y obscuro y su extensión indica la profundidad de la bolsa paradontal.

Hábitos.- Causada algunas veces por Stress emocional, citaremos -- por ejemplo: el mordisqueo de pipa en el caso de los fumadores, o el -- empuje lingual, morder palillos, lápices, etc.

Cortar hilo con los dientes, sostener clavos con los dientes, mascar tabaco, etc.

Trauma de oclusión.- Los tejidos periodontales dependen de la actividad funcional neuromuscular. La lesión del tejido paradontal causada por fuerzas oclusales se denomina como trauma de oclusión.

Malposición dentaria.- Por la acumulación de detritus alimenticios trae como consecuencia alteraciones a nivel paradontal.

Los factores sistémicos comprenden aquellas enfermedades o alteraciones de tipo general que traen como consecuencia manifestaciones -- orales.

Diabetes.- La diabetes es una enfermedad que aparece cuando los -- islotes de Langerhans producen muy poca insulina, permitiendo entonces una acumulación excesiva de azúcar en sangre.

Características a nivel oral son: Resequedad de la mucosa, eritema difuso de la mucosa, lengua seburral y aliento cetónico.

A nivel paradontal son: Tendencia de la formación de abscesos paradontales periodontoclasia diabética y estomatitis diabética.

Trastornos endócrinos.- Las glándulas endócrinas sintetizan hormonas y las liberan a la corriente sanguínea, sin embargo, al modo de -- acción de las hormonas se comprenden en forma deficiente, se sabe que -- algunas glándulas dependen de una hormona específica producida por la --

adenohipófisis o hipófisis anterior y que a su vez son controladas por ella. Se ha visto que la mayoría interviene en la calcificación de huesos y dientes, por esto se estudian actualmente los efectos sobre la cavidad oral cuando hay una disfunción endocrina por ejemplo la paratiroides. Cuando hay una disfunción de esta glándula se presenta a nivel parodontal lo que se conoce como osteitis fibrosa quística, a nivel periodontal en las mujeres con problemas de menstruación, menopausia, y el uso de anticonceptivos muchas veces trae como consecuencia problemas de gingivitis.

Deficiencia de vitamina A.- Cuando se presenta la deficiencia de vitamina A, trae como consecuencia movilidad dentaria ya que este tipo de vitamina es indispensable para preservación del tejido epitelial.

Deficiencia de proteínas.- Las anomalías que se presentan por deficiencia de proteínas son: Atrofia muscular, anemia leucopénica y pérdida de peso; en cavidad oral disminuye la capacidad regenerativa de anti-cuerpos.

Factores Hematológicos.- Existen cambios patológicos locales en presencia de enfermedades de la sangre acompañados de factores locales, en pacientes con problemas de hemofilia y leucemia los tratamientos dentales se harán a nivel hospitalario y bajo la supervisión de un especialista. Para no arriesgar la vida del paciente.

En el paciente con leucemia hay una proliferación maligna de los glóbulos blancos en la médula ósea, lo que da por resultado grandes números de leucocitos en la sangre periférica muchos de los cuales son inmaduros.

En el paciente con hemofilia.- Trastorno clásico de la primera etapa

pa de la coagulación, es una enfermedad hereditaria caracterizada por la deficiencia del factor V de coagulación y que es transmitida por la madre. Los varones y las mujeres no la padecen solo la transmiten.

Manifestaciones en cavidad oral.- Color rojo difuso de la mucosa y cianosis en la misma, superficie brillante, se presenta lo que se dice agrandamiento gingival leucémico, presentándose diversos grados de inflamación, ulceración y necrosis.

En pacientes hemofílicos si las ulceraciones son demasiado amplias y persistentes para su control son difíciles y en ocasiones llega a causar la muerte del paciente.

Radiaciones.- En pacientes sometidos a radioterapia, se presentan a nivel oral las siguientes alteraciones: Gingivitis, hemorragia gingival, periodontitis y extrusión dentaria y presentando destrucción ósea. Trayendo como consecuencia la movilidad dentaria.

Tuberculosis.- En pacientes afectados por la t. b. sífilis, neiritis. Se reduce la resistencia tisular a irritantes locales y con tendencia a la resorción ósea, y otras manifestaciones más como son; resaca de la boca, edema, y sangrado de encías.

Manifestaciones parodontales en pacientes epilépticos, este tipo de pacientes presentan un agrandamiento gingival pero sin embargo puede depender también el tipo de respuesta de cada organismo y la tolerancia hacia algunos medicamentos, (difenilhidantoinato de sodio).

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

Se clasifican en:

Inflamatorias	gingivitis
	periodontosis
Distróficas	Estados parodontales atrofi- cos
	Resección gingival
	Atrofia presenil
	Hiperplasia gingival
Traumáticas.	Trauma de oclusión
	Bruxismo

Inflamación. - Es la respuesta de los tejidos vivos a la lesión. Se caracteriza por una evolución específica en alteraciones fisiológicas y bioquímicas. El proceso inflamatorio reúne todos los recursos del organismo y los presenta en el lugar de la lesión como defensa contra los invasores microbianos y sustancias o estímulos nocivos inasimilados.

Características. - Enrojecimiento, aumento de volumen, calor dolor y pérdida de la función.

Fases del proceso inflamatorio. -

a).-Lesión de los tejidos, que genera la reacción inflamatoria.

- b).- Hiperegia causada por dilatación de capilares y vénulas.
- c).- Aumento de la permeabilidad vascular y acumulación de exudado inflamatorio que contiene polimorfonucleares, macrófagos, linfocitos.
- d).- Neutralización, dilución y destrucción del irritante.
- e).- Limitación de la inflamación y circunscripción de la zona de tejido conectivo, tejido fibroso conectivo joven
- f).- Iniciación de la reparación.

Gingivitis.- Es la inflamación que presentan las encías, es la enfermedad más común de la zona gingival, la inflamación se encuentra presente casi siempre en todas las formas de enfermedad gingival, porque los irritantes locales tales como placa bacteriana, materia alba, y calculos, son extremadamente comunes además, son irritantes locales que causan inflamación, los microorganismos y sus productos lesivos están siempre presentes en el medio gingival.

La inflamación que es causada por la irritación local origina cambios degenerativos, necróticos, y proliferativos de los tejidos de la encía. Hay una tendencia a denominar todas las formas de enfermedad de la región gingival con el nombre de gingivitis.

Sin embargo en la encía ocurren cambios patológicos que no son originados por la irritación local tales como, atrofia, hiperplasia y neoplasia.

No todos los casos de gingivitis son obligatoriamente iguales por el hecho de que presenten alteraciones inflamatorias, y con frecuencia es preciso distinguir entre inflamación y otros procesos patológicos que pudieran hallarse en la región gingival.

En la gingivitis la inflamación es el factor desencadenante de --

alteraciones clínicas en pacientes con esteos generales que por sí mismos no producen enfermedad gingival detectable desde el punto de vista clínico, son ejemplos de esto, la gingivitis del embarazo y la gingivitis leucémica.

La gingivitis es una enfermedad progresiva y evoluciona de la siguiente manera:

a).- Gingivitis Aguda.- Este tipo de gingivitis es dolorosa, de instalación repentina y es de corta duración.

b).- Gingivitis Subaguda.- Es una fase de la gingivitis menos grave que la gingivitis aguda.

c).- Gingivitis Recurrente.- Esta enfermedad es la que reaparece después de haber sido eliminada mediante tratamiento o que desaparece espontáneamente y pasado algún tiempo aparece nuevamente.

d).- Gingivitis Crónica.- Es de instalación lenta pero de larga duración y asintomática, salvo que se complique con exacerbaciones agudas o subagudas, la gingivitis crónica es el tipo más común, los pacientes pocas veces recuerdan haber sentido síntomas agudos, pero es una lesión fluctuante en la cual las zonas inflamadas persisten o se tornan recurrentes y las zonas normales se inflaman.

La gingivitis se distribuye en las estructuras gingivales de la siguiente manera:

1.- Localizada, se limita a la encía de un solo diente o un grupo de dientes.

2.- Generalizada, como su nombre lo indica afecta toda la cavidad oral.

3.- Marginal, afecta el margen gingival, pero puede incluir una por

te de la encía insertada contigua.

4.- Papilar, abarca las papilas interdenterias y con frecuencia se extiende hacia la zona adyacente del margen gingival, es común que afecte las papilas y no al margen gingival; los primeros signos de gingivitis aparecen en la papila.

5.- Difusa, abarca la encía marginal, encía insertada y papila interdenteria.

Dentro de las características clínicas de la gingivitis se encuentran; para valorar estas características clínicas es preciso ser sistemático, y no perder de vista los fenómenos llamativos que pueden ser de importancia para el diagnóstico, el enfoque clínico sistemático exige el examen ordenado de la encía y de las siguientes características; color, tamaño y forma, consistencia, textura superficial y posición, facilidad de hemorragia y dolor.

Periodontitis.- Es la enfermedad inflamatoria de la encía y los tejidos más profundos del periodonto, se caracteriza por la formación de bolsas y destrucción de hueso, la periodontitis se ha considerado como la extensión directa de la gingivitis que ha avanzado y por infinitos motivos que no están al alcance del operador y que la enfermedad a seguido un curso progresivo.

La diferencia entre gingivitis y periodontitis es cuantitativa más que cualitativa, y en algunos casos, resulta difícil distinguir la gingivitis avanzada de la periodontitis incipiente.

La periodontitis es originada principalmente por factores irritativos extrínsecos y puede estar complicada por enfermedades intrínsecas, como por ejemplo, encontramos trastornos endocrinos deficiencias de la -

nutrición, traumatismos periodontales u otros factores.

Características Clínicas.- Las más importantes son: la bolsa periodontal con exudado y la resorción de la cresta alveolar.

La bolsa periodontal.- Es la profundización patológica del surco gingival, es una de las características importantes de la enfermedad periodontal, el avance progresivo de la bolsa conduce a destrucción de los tejidos periodontales de soporte movilidad y exfoliación dentaria.

Las bolsas periodontales presentan los siguientes signos y síntomas:

El método más seguro para la localización de bolsas periodontales es por medio del sondeo periodontal.

Los signos clínicos que indican la presencia de una bolsa periodontal son:

a).- Encía marginal rojo-naranja, agrandada, con un borde enrollado o separado de la superficie dentaria.

b).- Una zona vertical azul-rojiza desde el margen gingival hasta la encía insertada y algunas veces, puede llegar hasta la mucosa alveolar.

c).- Una rotura de la continuidad vestibulo lingual de la encía interdientaria.

d).- Encía brillante, hinchada y con cambios de color asociados a superficies radiculares expuestas.

e).- Sangrado gingival.

f).- Exudado purulento sobre el margen gingival o su aparición al hacer presión digital sobre la superficie lateral del margen gingival.

g).- Movilidad, extrusión y migración de dientes.

h).- Aparición de diastemas donde no los había.

Las bolsas parodontales son indoloras, pero pueden generar en los siguientes síntomas.

Dolor localizado o sensación de presión después de comer, que disminuye gradualmente, sabor desagradable en áreas localizadas, una tendencia a succionar material de los espacios interdentarios, dolor irradiado en la profundidad del hueso, la necesidad de introducir un instrumento puntisgado en las encías, esto lo hace el paciente porque al haber sangrado hay una sensación de alivio, quejas de que los alimentos se atascan entre los dientes, el paciente percibe cierta movilidad dentaria y prefiere comer del lado contrario, sensibilidad a los cambios térmicos y dolor de dientes con ausencia de caries.

Estadíos periodontales atróficos.- La atrófia periodontal ha sido aceptada como una entidad diferente a la periodontitis y definida como la disminución en el tamaño de un órgano o parte del mismo, en virtud de la pérdida de sus elementos celulares una vez que ha alcanzado la madurez.

Recesión Gingival.- Es la forma de atrófia periodontal observada con mayor frecuencia en esta afección, existe una pérdida de tejido periodontal no inflamatorio, con movimiento apical simultáneo de la inserción de tejidos blandos al diente sin formación de bolsa.

La etiología puede ser traumática, como por ejemplo, el uso vigoroso y a largo plazo de un cepillo de dientes con cerdas duras, o también puede ser el resultado de fuerzas oclusales excesivas o puede aparecer también en una forma espontánea con la edad.

Atrófia Preseñal.- Se manifiesta con la reducción de la altura del periodonto y recesión con inflamación gingival leve. Además de una

perdida ósea generalizada prematura.

Hiperplasia Gingival.- Se produce porque aumenta en número de elementos celulares y fibras intercélulares locales.

Atrófia por desuso.- Este tipo de Atrófia se produce cuando la estimulación funcional que demanda para el mantenimiento de los tejidos - parodontales disminuye gradualmente o esta ausente, además, se caracteriza por el adelgazamiento del ligamento parodontal y además reducción y adelgazamiento de la cantidad de fibras periodontales, existe una - - alteración de la disposición fasciculada de las fibras hipercementosis y la reducción de la altura del hueso alveolar.

Osteoporosis que se presenta como una disminución de la cantidad y espesor de las travéculas óseas.

III CAUSAS TRAUMATICAS DE LA ENFERMEDAD

PARODONTAL.

Trauma de oclusión, la inflamación gingival no es muy común en el trauma de oclusión y llega a presentarse con ella o sin ella.

Cuando la inflamación es el único proceso patológico presenta las siguientes características clínicas; movilidad dentaria, espacio periodontal pronunciado en la región gingival de la raíz con ensanchamiento del ligamento parodontal en el apice, se encuentran dientes aislados y sus antagonistas, no hay formación de bolsas periodontales, y no hay -- inflamación gingival significativa, tampoco presentan dolor.

Bruxismo.- Es el hábito de rechinar los dientes. Este movimiento se hace por la noche inconscientemente por lo general, se puede presentar el bruxismo también en situaciones de stress.

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

Al realizar cualquier tratamiento dentro de la cavidad bucal, es de suma importancia cualquier diagnóstico completo, de esto es necesario saber reconocer las características clínicas y radiográficas de las distintas enfermedades, el diagnóstico demanda una comprensión de procesos patológicos existentes y de su etiología.

El diagnóstico que se realiza debe de ser sistemático y organizado persiguiendo como único fin el bienestar del paciente, no es suficiente con tan solo reunir datos, sino que deben de irse armando de una manera que proporcionen una explicación coherente del problema periodontal del paciente.

Para realizar un buen diagnóstico el cirujano dentista debe de hacer valoración del estado general del paciente, desde el primer momento en que éste entra al consultorio, esto incluye consideraciones tales como: El estado mental y emocional del paciente, actitud y edad fisiológica y cuando se sienta en el sillón revela manifestaciones vagas de enfermedad que se reconocen por lo siguiente:

a).- **Facies**, Los cambios faciales que asocian enfermedades como hipertioridismo, miastenia grave, acromegalia enfermedad de Parkinson, de Paget, mixédema, parálisis de Bell, anemia pernicioso y parálisis facial.

b). Hábito orgánico. Son demasiado delgados o presentan una obesidad merced a esto sugiere la posibilidad de algún trastorno ya sea hormonal o nutricional, ó debido a enfermedades debilitantes como neoplasma y tb.

c). Postura. Artritis, tb. óseas y enfermedad de Paget.

d). Temperatura. Si existe temperatura orgánica elevada puede ser signo de que existe algún tipo de infección.

e). Forma de caminar. Es muy frecuente que la sífilis terciaria, la enfermedad de Paget, y la esclerosis múltiple se identifique con un modo de andar anormal.

f). Respiración. - La disnea puede indicar una insuficiencia cardíaca o alguna enfermedad pulmonar, en la respiración silbante se presenta la que se conoce con el nombre de asma bronquial.

g). Piel. En algunos tipos de dermatosis aparecen erupciones cutáneas, en la argiria, enfermedad de Addison y la pelagra presentan pigmentaciones, en la anemia o en la insuficiencia cortica existe palidez, la coloración amarilla indica ictericia obstructiva, tóxica o infecciosa, en el cretinismo y el mixédema y resequedad, la cianosis puede tener un origen en enfermedad cardíaca o pulmonar, las hemorragias se producen en la diástesis hemorrágicas, así mismo es necesario observar los nevus, tumores queloides o neurofibromatosos

h). Oídos. - La descarga purulenta se observan infecciones agudas y crónicas.

i).- Ojos.- Es preciso notar la inflamación exoftálmica y los cambios pupilares.

j).- Cuello.- Las venas cervicales prominentes pueden tener relación con una falla cardíaca congestiva u otras alteraciones del sistema cardiovascular, las pulsaciones carotídeas vigorosas pueden indicar la presencia de una hipertensión arterial, linfadenomas, bocio o agrandamiento tiroideo.

k).- Zonas Submaxilar y Parotídea.- La osteomielitis, la actinomicosis, la obstrucción del conducto de Wharton y la angina de Ludwig producen la inflamación de la zona submaxilar.

La parotiditis epidémica, la obstrucción del conducto de Stenón la enfermedad de Mikulicz o neoplasmas puede ser causa de la inflamación de esta zona.

Después de haber terminado de examinar todo lo anterior se debe -- realizar una historia sistemática y la mayor parte de esta historia se -- observa en la primera visita y esta puede irse ampliando en las visitas siguientes, la importancia de la historia sistemática se debe explicar a los pacientes porque frecuentemente omiten información que no -- pueden relacionar con su problema dental y esto ayuda al Cirujano Dentista a llegar a un mejor diagnóstico de las enfermedades bucales de -- enfermedades generales

La detección de estados a nivel sistémico que demanden precauciones especiales y modificaciones en los procedimientos terapéuticos, la historia sistemática debe incluir referencia a lo siguiente:

1.- Si el paciente está bajo tratamiento médico en caso de ser así, cuál es la naturaleza de su enfermedad y cuál es el tratamiento, hay --

que inquirir especialmente respecto a anticoagulantes y corticosteroi--
des, dosis y duración.

2.- Antecedentes de fiebre reumática, enfermedad cardiaca reumáti-
ca o congénita. hipertensión, angina de pecho infarto de miocardio, -
nefritis, enfermedad hepática, diabetes, lipotimias y desmayos.

3.-Tendencias hemorrágicas anormales como epistáxis, sangrado pro-
longado de heridas pequeñas, equimosis espontáneas tendencia excesiva_
a hematómas y sangrado menstrual

4.- Enfermedades Infecciosas, contacto resistente con enfermedades
en el hogar o en el trabajo. Rx recientes de tórax.

5.- Alergias fiebres altas, asma, sensibilidad a alimentos. fi- -
bras sintéticas, sensibilidad a medicamentos como aspirina, codina. bar-
bitúricos. sulfonamidas, antibióticos. procaína. laxantes y materiales_
dentales como el eugenol o resinas acrílicas.

6.- Información con respecto al comienzo de la pubertad y menopau-
sia. trastornos menstruales. embarazos abortos o histerectomia.

HISTORIA DENTAL.

Una vez realizada la historia sistemática se interrogará al pacien-
te sobre el motivo principal de la consulta, algunos síntomas de enfer-
medad gingival y periodontal son: Encías sangrentes, movilidad dentaria
aparición de diastemas donde no los había anteriormente mal gusto en la
boca, sensación de picazón en las encías, que se alivian al escarbar --
con un palillo. puede presentarse dolor de diversos tipos y duración. -
como dolor constante sordo, dolor apagado después de comer dolores irra-
diados profundos en los maxilares especialmente en los días de lluvia,-

dolor pulsátil agudo sensibilidad a la percusión, sensibilidad al frío, - al calor, sensación de ardor en las encías, extrema sensibilidad al aire inhalado.

Dentro de la historia dental se incluiran referencias tales como:

a).- Visitas al dentista - Frecuencia, fecha de la última visita al dentista, naturaleza del tratamiento, profilaxia bucal, frecuencia y - - fecha de la última.

b).- Cepillado Dentario.- Frecuencia, antes o después de la comida, método, tipo de cepillo, que tiempo tarda para cambiar a un cepillo nuevo, otros métodos de cuidado de la boca, enjuagatorios, masaje digital.- estimulación interdental, utilización del hilo dental.

c).- Tratamientos de Ortodoncia.- Fecha de iniciación y fecha de -- término del tratamiento.

d).- Dolor de Dientes o Encías. Modo que es provocado, su naturaleza, duración y como se alivia

e).- Encías Sangrantes.- Cuando se notó por vez primera, si es - - espontáneo, si sangran al cepillarse o al comer, por la noche, con periodicidad regular, si tiene relación con el periodo menstrual, duración de el sangrado y como es detenido.

f).- Historia de Problemas de Encía.- Naturaleza de la afección, -- tratamiento anterior, duración, naturaleza y tiempo aproximado de conclusión.

g).- Hábitos.- Rechinamiento de dientes. si es durante el día o la _ noche, se sienten los dientes o músculos doloridos por la mañana, inte-- rrogar al paciente si tiene algunos otros hábitos como masticar tabaco, - morderse las uñas o mordisquear objetos extraños.

Una vez realizada la historia dental se procederá a tomar una serie radiográfica que contendrá Rx perispicales, y de aleta de mordida poste

riores, después se procederá a tomar modelos de estudio que son de gran utilidad complementaria en el exámen bucal

La radiografía es una ayuda valiosa en el diagnóstico de la enfermedad periodontal, la determinación del pronóstico y la evaluación del resultado del tratamiento, es un complemento del exámen clínico.

La imágen radiográfica es un producto de la superposición de dientes hueso y tejidos blandos entre la trayectoria de el cono del aparato y la película. estas nos revelan alteraciones en los tejidos calcificados, pero no nos revelan el estado real de la actividad celular sino que muestran los efectos de la experiencia celular sobre el hueso y las raíces.

EXAMEN BUCAL

La secreción excesiva de saliva o ptialinismo, se presenta en una serie de estados, como en la gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA), en irritación por tabaco por estimulación psíquica, angina de Vincent, con el uso de determinadas drogas tales como mercurio policarpina, yoduros bromuros y fósforo

La halitosis puede ser de gran utilidad para el diagnóstico y su origen puede ser:

Local - Por retención de alimentos en las superficies proximales, lengua saburral, gingivitis ulceronecrosante es fácil de identificar el dolor fétido característico, estado de deshidratación, caries, prótesis, bolsas paradontales heridas quirúrgicas o de extracciones en cicatrización.

Extrabucal o Remota. - Incluye estructuras vecinas asociadas con --- rinitis, sinusitis, o amigdalitis y bronquiales como la bronquitis fétida crónica, bronquiectasia, absesos pulmonares, gangrena de los pulmones o tuberculosis pulmonar, el olor a acetona y el aliento urémico renal.

En los labios es menester considerar neoplásias, chancro, queilosis irritación por hábitos de mordisqueo, indentaciones por la oclusión y quistes mucosos.

En el piso de la boca son frecuentes las aftas, neoplasmas y rínula este tipo de alteraciones en el piso de la boca son dolorosas.

En el paladar es frecuente observar paladar de fumador, leucoplasia torus palatino, neoplasmas

Se examina la lengua para determinar si existen alteraciones en el color, tamaño y naturaleza de las papilas además de que si existiera -- alguna patología como leucoplasia, eritema multiforme liquen deficiencia del complejo B, sífilis t. b., síndrome de Plummer Vinson.

Otros cambios incluyen eritema migrales, moniliasis, lengua fisurada congénita glositis romboidal media y neoplasia.

Se tratará de localizar factores locales de irritación antes de --- explicar remotas de los problemas de lengua como son: Bordes de dientes_ anteriores en malposición, zonas asperas en dientes.

Método para la localización de bolsas parodontales ya que estas no_ se llegan a distinguir ni por medio de examen radiográfico. Unicamente_ se logra su localización por medio del sondeo, o con un explorador. La_ bolsa periodontal es una lesión de tejidos blandos y las radiografías unicamente nos indicaran las zonas de pérdida ósea y es allí donde se -- puede suponer que hay bolsas con los rayos X se usan conos de plata o --

gutapercha para ayudar a determinar el nivel de la inserción de las bolsas periodontales y la relación con el hueso, esto se lleva a cabo en -- bolsas aisladas ya que su aplicación en toda la boca sería mas complicado. Es más indicado el sondeo y el exámen directo

En el exámen de las bolsas periodontales se estudia cada una de las superficies del diente para así medir la profundidad de las bolsas para -- esto se dispone de una sonda calibrada en milímetros, esta se introduce -- en dirección paralela al eje longitudinal del diente hasta que el extremo romo haga contacto con el fondo de la bolsa, no se debe de forzar --- dentro de los tejidos subyacentes

La profundidad de la bolsa es simplemente la distancia entre la --- base de la bolsa y el margen gingival.

Supuración.- Se aplicará la yema del dedo índice sobre el sector -- lateral de la encía marginal y se ejerce presión con movimientos circula -- res hacia la corona del diente. con esta técnica se puede determinar si existe exudado purulento en una bolsa parodontal o alcanza con el exámen visual. sin la presión digital puesto que el pus se forma en la pared -- interna de la bolsa en tanto que, en el aspecto externo de ella puede no ofrecer manifestaciones de su presencia, no en todas las bolsas periodon -- tales encontremos exudado purulento pero con la presión digital se descu -- bre la presencia de bolsas donde no se sospechaba.

Función del laboratorio en el diagnóstico de las enfermedades perio -- dontales.- El laboratorio es de gran ayuda ya que por medio de las biop -- sias se podrán localizar y detectar la presencia de neoplasia de tipo -- maligno. ya que el diagnóstico para saber si hay una neoplasia por exá -- men microscópico. existen varias técnicas y métodos para las biopsias --

uno de ellos es cuando la lesión es pequeña, se hace totalmente excindi-
da, la excisión debe ser lo suficientemente ancha y profunda para que --
cuando se realice el corte se haga con cierto margen de seguridad.

Cuando la lesión es grande y la excisión completa resulta imposible
se obtiene una muestra representativa de la lesión como si esto fuera --
mediante un corte de tejido selectivo.

Técnicas para obtener una muestra de tejido:

a).- Insición.- Esta puede hacerse con un bisturí, o corriente cor-
tante de alta frecuencia. La remoción del tejido con una hoja afilada --
parece ser la técnica de elección en tanto que la electrocirugía se usa --
con ventajas en tumores muy vascularizados en los cuáles el sangrado po-
dría arrastrar células cancerígenas y producir una cáncer distal.

b).- Biopsia por sacabocados o PUNCH este método tiene un valor li-
mitado para la cavidad bucal sirve para la remoción de pequeñas muestras
de tejido de zonas inaccesibles, como son los senos maxilares y paredes --
faríngeas

El paciente y el pronóstico. Por medio del pronóstico se podrá ha-
cer la predicción, evolución y la finalización de una enfermedad y las --
posibles respuestas al tratamiento.

El pronóstico deberá ser determinado antes de planear el tratamien-
to. El diagnóstico de la enfermedad gingival y periodontal depende de --
manera decisiva, del paciente, esto es por medio de la actitud y deseo --
de conservar los dientes naturales, además de su capacidad de desarro-
llar una buena higiene bucal, sin estos factores el tratamiento no ten-
drá éxito.

El pronóstico en pacientes con enfermedad gingival se basa sobre el

papel de la inflamación en el proceso total de la enfermedad, ya que si la inflamación es el único cambio patológico el pronóstico es favorable siempre y cuando se eliminen todos los irritantes locales y se consiguen contornos gingivales que preserven la salud y el paciente presente toda su cooperación con el aporte de una buena higiene bucal.

Si la inflamación esta agregada a cambios tisulares de origen sistémico, como el agrandamiento correspondiente a pacientes sometidos a medicación de dilantina, o en pacientes con trastornos nutricionales y hematológicos o también hormonales. La salud gingival puede ser reinstalada temporalmente por medio del tratamiento local, pero un pronóstico a largo plazo se basa en el control o corrección de los factores sistémicos que intervienen.

El pronóstico en pacientes con enfermedad periodontal se divide en dos ramas que son:

- a).- Pronóstico total.
- b).- Pronóstico de dientes individuales.

El pronóstico total se refiere a las preguntas, hay que emprender el tratamiento, tendrá éxito, al determinar el pronóstico total se toman en cuenta los siguientes factores.

a).- Respuesta ósea pasada. La respuesta ósea a factores locales es una guía útil para predecir la respuesta ósea al tratamiento y la posibilidad de detener los procesos que destruyen al hueso.

b).- Altera del hueso remanente.- Corroborar que queda suficiente hueso remanente para sostener los dientes, ya que en el caso de que haya poca pérdida ósea el soporte dentario no esta en peligro, o cuando

La pérdida ósea es grande y generalizada es obvio que el hueso remanente es insuficiente.

c).- Curetaje.- Por este medio se toman muestras de cavidades óseas o trayectos fistulosos.

Para hacer un diagnóstico de enfermedades gingivales y de la mucosa bucal la biopsia gingival es muy importante, y el estudio microscópico de biopsias gingivales muchas veces suele ser el único método de detección de interrelaciones locales y sistémicas, que no se pueden discernir desde el punto de vista clínico.

La presencia de un granuloma eosinofílico puede ser detectada por medio de la biopsia gingival además este tipo de biopsia es indispensable cuando se sospecha la presencia de enfermedades como gingivitis descometiva, penfigoide benigno de las mucosas, pénfigo o liquen plano.

En este tipo de biopsias es imprescindible incluir encía marginal y encía insertada. los cambios de inflamación del margen gingival tienden a obscurecer toda alteración que pueda ser producida por un trastorno sistémico, la inclusión de la encía insertada en la que los efectos de los irritantes locales son menos probables, ofrece una oportunidad de investigar cambios tisulares que pueden ser de origen sistémico.

Ayudas de laboratorio usadas en el diagnóstico de enfermedades sistémicas.

- a).- Hemograma
- b) Frotis sanguíneo.
- c). Recuento de eritrocitos
- d). Contenido de Hemoglobina.
- e).- Recuento Leucocitario.

- f).- Recuento leucocitario.
- g).- Eritrosedimentación.
- h).- Tiempo de coagulación
- i).- Tiempo de sangrado.
- j).- Tiempo de retracción del coágulo
- k).- Tiempo de protrombina.
- l). Prueba de fragilidad capilar.
- m).- Estudios de médula ósea.

La mayoría de los pacientes sin embargo no encuadran dentro de las categorías extremas. La altura del hueso remanente esta en alguna parte intermedia y hace que el nivel óseo únicamente sea insuficiente para determinar el pronóstico total.

Edad del Paciente. - En pacientes jóvenes y con mayor nivel de destrucción ósea sera más desfavorable el pronóstico ya que en un tiempo -- relativamente más corto el hueso tuvo mayor destrucción.

Número de dientes remanente. - Si el número y distribución de dientes es inadecuada para el sostén de prótesis satisfactorias el pronóstico es malo, ya que la posibilidad de mantener la salud periodontal se ve disminuida a causa de la incapacidad de establecer un medio funcional adecuado, ya que la aplicación de prótesis muy extensas en una cantidad de dientes insuficientes crean lesiones periodontales.

CAPITULO V

PREOPERATORIO.

Una semana antes de iniciar la cirugía, el dentista examinará las historias clínicas y dentales del paciente, se revisará el control inicial y se hará una nueva valoración para poder determinar toda modificación o alteración de la profundidad de la bolsa como consecuencia de procedimientos previos de raspaje radicular curetaje y enseñanza de la higiene bucal, se valorará la atención que el paciente pone para cuidar su boca, se tomará nota de la sensibilidad dentaria y tomar medidas para combatirla.

Exámen Prequirúrgico. - Incluye el control del fichado para poder valorar las modificaciones de profundidad de la bolsa y observación de la forma, contorno y textura de la encía.

La indicación para la cirugía, será dada por la presencia de bolsas y la forma no fisiológica de la encía.

Las contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico será determinado por el tipo de enfermedades orgánicas o metabólicas (diabetes no controlada, cardiopstias graves, trastornos hemorrágicos) o en los pacientes en los cuáles no se ha tenido éxito en la cirugía anterior, también en pacientes con índicealto de caries ya que corren riesgo cuando quedan zonas de cemento expuesto después de la cirugía.

Se tomará en cuenta el estado emocional del paciente con el fin de seleccionar el mejor tratamiento para el paciente ya que cuando el paciente se atemoriza ante la cirugía propuesta se elegirá otro tipo de tratamiento

Se tomará en cuenta la estética.- Cuando el paciente se preocupa por la deformación antiestética que pueda causar el desplazamiento apical del margen gingival, se enfocará la cirugía con cautela.

Preparación de las zonas a intervenir quirúrgicamente.

Por medio de técnica de cepillado primeramente se logrará la desinfección de la encía y al mismo tiempo se reducirá la propensión de hemorragias.

Se trata de reducir al mínimo la flora microbiana, se eliminan también las caries existentes las restauraciones en mal estado o prótesis mal ajustadas

Se verificará que se cuenta con todo el material necesario para efectuar la intervención quirúrgica sin contratiempos.

Precauciones Preoperatorias.- Es necesario contar con exámenes de laboratorio para poder determinar el estado general del paciente:

Biometría Hemática.

Mujeres 12.8 a 17 gr.

Hombres 15 a 20 gr.

Hematocrito

Mujeres 40.52 ml.

Hombres 45.60 ml.

Tiempo de Sangrado.

De 1 a 3 min.

Tiempo de Coagulación.

De 8 a 12 minutos en mujeres y hombres.

Glucosa en Sangre.

De 60 a 100 mg./100 ml. de sangre.

Tiempo de Protrombina.

De 12 a 14 min.

Premedicación. - La premedicación se hará cuando este indicada, incluye la administración de antibióticos a pacientes con cardiopatía valvular o cualquier otro tipo de enfermedades que requieran antibióticos.

En estos casos la premedicación se hará 24 horas antes de la cirugía para proporcionar niveles adecuados. La medicación antibiótica deberá ser en cantidades adecuadas y seguirá varios días.

CAPITULO VI

PLAN DE TRATAMIENTO

Una vez que quedan establecidos el diagnóstico y el pronóstico, se establece un plan de tratamiento, el cual, el cual el Cirujano Dentista organiza y programa una serie de procedimientos para eliminar signos y síntomas y así restablecer la salud dental del paciente

El plan de tratamiento se basa específicamente en los hallazgos del examen en el diagnóstico y en la etiología presuntiva de la enfermedad y en el pronóstico.

El tratamiento periodontal exige planificación a largo plazo en este se incluyen también todos los procedimientos que se requieren para el establecimiento y mantenimiento de la salud bucal, como decidir si se conservan los dientes o extraerlos.

El bienestar de la dentadura no debe estar puesto en peligro por un intento heroico de conservar dientes dudosos, el estado periodontal de los dientes que decidimos conservar, es más importante que su número los dientes que pueden ser conservados con un mínimo de duda y un margen máximo de seguridad proporcionan la base para el plan de tratamiento que se puede considerar como definitivo .

Los dientes en el límite de sus posibilidades no contribuye a la integridad de la dentadura, incluso se les puede salvar en un estado necesario, tales dientes se convierten en fuentes repetitivas de moles

tias para el paciente desvirtúan el valor del servicio más importante _
 prestado por establecimiento de la salud perioral en el resto de la _
 boca, en el plan de tratamiento se determinan todas las bases y necesidades
 del paciente, esto lo encontramos en el examen inicial.

Tratamiento preliminar. En el examen inicial primeramente se encamina
 para hacia la eliminación de la inflamación gingival, bolsas periodontales
 y factores que las originan, también se eliminara la inflamación y _
 se le impondra al paciente un programa de higiene bucal.

Esto puede demandar algunas visitas para eliminar todos los depositos
 y el establecimiento de un control eficaz de placa, hay que medir el
 nivel de la higiene bucal que realiza el paciente y en cada visita por si
 fuera necesario se le daran más instrucciones al paciente que habra de _
 seguir en su casa.

En el plan de tratamiento para tejidos blandos se incluye la eliminación
 de bolsas parodontales y la inflamación gingival y las relaciones
 mucogingivales que conducen a la preservación de la salud periodontal, _
 remodelado de las superficies proximales, vestibulares y linguales y en
 rebordes marginales de restauraciones, para proporcionar el contacto pro_
 ximal adecuado y vías de escape para los alimentos.

Después de las fases del tratamiento se hara una revaloración sobre
 la base del grado de mejoría obtenido, se compararan los resultados del_
 tratamiento preliminar con la ficha, en esta se ha de registrar la inflamación
 residual y sus causas presuntivas, así como los cambios de profundad
 de la bolsas y movilidad dentaria, en caso de ser necesario se ha_
 ran,

cambios pertinentes a favor del paciente dentro del plan de tratamiento

En el tratamiento periodontal se procedera a intervenciones restau_ radores, sin embargo muchas vecesa las caries son tan profundas que dem_ ndan atención inmediata, este tipo de restauraciones solo son temporales por que se hara la reconstrucción de las piezas dentales una vez conclui_ do el tratamiento periodontal, tambien se puede precisar de ferulas tem_ porales que se usaran durante el tiempo que dure el tratamiento.

Para mantener una relación optima oclusal es necesario proporcionar una estimulación funcional esencial para preservar la salud periodontal, para conseguir esto se requiere de un ajuste oclusal, procedimientos, ___ restauradores, proteticos. y ortodonticos, ferulización y corrección de ___ habitos de bruxismo.

Un ajuste oclusal se hace despues del curetaje o alisamiento rali_ cular una vez ya eliminada la inflamación, cuando los dientes presentan una gran movilidad estos se sacan de oclusión, con el fin de reducir la_ movilidad, el ajuste oclusal esta indicado una vez que se hicieron trata_ mientos quirurgicos y tratamientos ortodontico.

En los tratamientos de ortodoncia puede preceder o seguir a cual ___ quier quier intervención quirurgica, cuando el movimiento ortodontico se hace para eliminar la inflamación que genera la malposición dentaria, la inclinación o la migración gingival cuando hax existencia de estas afe_ cciones, se procedera a realizar una intervención quirurgica.

Cuando el movimiento dentario ortodontico se realiza con propositos de _ reconstrucción o estetico, se hace despues de la cirugia en el transcur_

de un tratamiento de ortodoncia, se realizan programas de curetajes frecuentes y de un control estricto de placa bacteriana.

En enfermedades sistémicas, es imprescindible tomar precauciones especiales durante el tratamiento periodontal, ya que de no hacerlo afectan la respuesta a los procedimientos terapéuticos y amenazan la preservación de la salud periodontal una vez concluido el tratamiento.

Se tiene que llevar un registro exacto del tratamiento que se realiza en cada sesión, es de suma importancia que se haga un registro preciso de la mejoría del paciente. Se anotan todo tipo de medicamentos que se le prescriben al paciente, el tipo de cepillo indicado, métodos de cepillado y otros procedimientos de higiene bucal.

A medida de que se ejecuta el tratamiento, se controlara cada paso en el plan de tratamiento, se incluirán citas para revaloraciones posteriores.

CAPITULO VII

INSTRUMENTAL

Los instrumentos más utilizados para cualquier tratamiento de las diferentes enfermedades que afectan a las estructuras periodontales están fabricados de acero inoxidable, de carburo de tungsteno y en acero rápido que no es inoxidable pero que tiene un mejor corte.

Estos instrumentos están diseñados para finalidades específicas, como la eliminación de cálculo, alisado de las superficies radiculares curaje de las encías o para la remoción de tejido enfermo.

Un instrumento presenta las siguientes características :

Mango. El mango dentro de su presentación comercial y según el fabricante, en su superficie puede ser lisa o estriada, o rugosa., esta característica es de gran ayuda para el operador, porque así sería más difícil que se resbale entre los dedos, otro requisito es de que el mango debe de ser calibrado.

Cuello. - Esta diseñado de tal manera que la parte activa quede en la prolongación del mango.

Hoja. - Esta diseñada para que se adapte en las mejores condiciones a la región para la que está diseñada.

CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS
PERIODONTALES

1. - Instrumentos de examen, estan los instrumentos que se utilizan para la realizaci3n en el examen bucal: Son espejo bucal pinzas de curaci3n, exploradores y sondas periodontales.

Sondas periodontales estas se usan para medir la profundidad de las bolsas periodontales y determinar su forma, sus caracteristicas representativas son: una hoja en forma de varilla troncoconica y esta graduada con marcas cada milimetro o dos milimetros y su punta es roma o redondeada, la hoja debe estar alineada con el eje longitudinal del diente y se hacen varias mediciones para determinar el curso de las bolsas en cada superficie.

2. - Pinzas marcadoras de bolsas, es un instrumento doble cuya forma es muy similar a las pinzas de curaci3n, una punta es aguda y esta doblada en angulo recto, la otra es roma y algo arqueada para adaptarse al contorno dental cuando se introduce en la bolsa las hojas estan unidas al cuello mediante una forma curva de cuello de ganso para facilitar la accesibilidad a diferentes superficies del diente.

Para marcar una bolsa, se alinea la punta roma con el eje longitudinal del diente y se introduce hasta el fondo de la bolsa, despues se presionan los extremos hasta que se unan, creando un punto sangrante externo que corresponde al fondo de la bolsa, luego se hacen marcas multiples para trazar el curso de las bolsas sobre cada una de las superficies del diente.

3 - Exploradores, existe una gran diversidad de exploradores pero es recomendable el uso combinado de los números 23 y 17, son de poco peso delicados y muy templados, el número 23 tiene forma de hoz y el 17 consiste en una hoja de forma de S con una curvatura en ángulo recto en el extremo, los exploradores se usan para localizar los depósitos subgingivales antes de raspar y para controlar la lisura de la raíz después del tratamiento.

4. - Raspadores superficiales se presentan en un juego de tres raspadores de extremo doble para quitar depósitos supragingivales, estos instrumentos vienen marcados con los números 19, 29, 39, 49, 59, y 69.

En el número 19 tiene forma de hoz y los lados aplastados, en el número 29 es trapezoidal en el corte transversal, en los instrumentos números 39 y número 49 tienen un par de hojas pesadas en forma de hoz y cuernos angulados, la superficie interna es ancha y se afina hacia la punta, el extremo es redondeado para preservar la eficacia del instrumento cuando se achica por el afilado.

Los raspadores superficiales número 59 y número 69, son más finos que los anteriores con dos pequeñas hojas trapezoidales cada una con los bordes cortantes.

5 - Raspadores profundos, los raspadores números 79 y 89 se utilizan para la remoción de depósitos profundos, este tipo de raspadores son mucho más finos que los raspadores superficiales y proporcionan una accesibilidad en bolsas profundas con un mínimo de traumatismo de los tejidos blandos

Los raspadores 7G y 8G son instrumentos de doble extremo con hojas largas, estrechas y en forma de hoz, cada una de ellos tiene una superficie externa redondeada, en sus dos bordes cortantes estan formados por la unión de los bordes laterales de las superficies internas y externas.

Tanto la superficie interna como externa terminan en una punta apicada y redondeada y la angulación de la hoja con respecto al cuello proporciona accesibilidad a todas las zonas de la boca.

6.- Azadas, estas se utilizan para alisar y pulir superficies radiculares, lo cual significa, eliminar restos de cálculo y cemento endurecido. Las azadas número 11G, número 12G y número 13G y 14G son instrumentos de extremo doble diseñados para proporcionar accesibilidad a todas las superficies radiculares, el borde cortante esta formado por la unión de la superficie terminal aplanada con la superficie interna de la hoja la hoja es algo arqueada para que mantenga el contacto en dos puntos sobre una superficie convexa, en la parte posterior es de forma redonda y la hoja tiene un espesor mínimo para permitir su acceso a las raíces con bolsas profundas sin que interfieran los tejidos adyacentes .

7.- Cinceles, estan diseñados para superficies proximales de dientes demasiado juntos para permitir el uso de otros raspadores por lo general se usan en la parte anterior de la boca

Los números 15G y 16G son instrumentos de doble extremo con un cuello curvo y un cuello recto, las hojas son algo curvas y el borde cortante toma el cálculo sin hacer muescas en la superficie del diente,

este instrumento se activa con un movimiento de empuje, mientras el cos_
tado de la hoja se mantiene apoyado firmemente contra la raíz.

8.- Curetas, básicamente se usan para las paredes blandas de las _
bolsas periodontales, ya que son instrumentos con hojas finas.

Para eliminar el tapiz interno y la adherencia epitelial, elimina _
también fibras periodontales de paredes de defectos óseos correspondien_
tes a bolsas infraóseas. Así mismo, se utiliza para desprender fragmen_
tos de cálculos y alisar superficies radiculares.

La cureta número 17G o universal y 18G, presentan un cuello angula_
do con una hoja en forma de cuchara, la superficie interna es plana y la
superficie externa es redondeada, se forman dos bordes cortantes donde__
ellas se encuentran.

La forma de utilizar la cureta es introduciéndola hasta el fondo de
la bolsa y el instrumento se activa hacia la corona de modo que el borde
cortante tome el revestimiento de la pared de la bolsa, el borde cortan_
te del otro lado de la hoja se puede usar para alisar las superficies __
radiculares.

En la eliminación de la adherencia epitelial se introduce la cureta
de modo que la hoja apunte hacia apical y la punta se apoye en el fondo
de la bolsa, cuando se hace la eliminación de la adherencia epitelial se
ejerce una suave presión vertical para empujar la punta dentro de la zo_
na de la adherencia y se mueve el instrumento a lo largo del fondo de la
bolsa o también se puede usar para la remoción parcial de la papila gin_
gival interdientaria, esto es más bien conocido con el nombre de papilec_
tomía,

esto se hace introduciendo la cureta por un costado de la papila y se activa a travéz de ella para quitar la cantidad deseada de tejido.

9. Limas. Este tipo de instrumento está completamente en desuso, porque dejan rugosidades sobre las superficies radiculares.

10. - Azada Quirúrgica. - La azada quirúrgica presenta una hoja aplanaada en forma de cola de pescado con una convexidad pronunciada en su porción terminal. Su borde cortante está biselado con bordes redondeados y se proyecta más allá del eje mayor del mango se utiliza para desprender las paredes de las bolsas después de la insición de la gingivectomía, pero también es útil para alisar superficies radiculares hechas accesibles mediante cualquier procedimiento quirúrgico.

11. Bisturíes periodontales, estos son los números 20 G y 21 G, son de doble extremo y se utilizan para gingivectomías y otra clase de cirugías periodontales. toda la perifería es un borde cortante formado por la unión de las superficies externa e interna, y para tener acceso a las superficies proximales presenta una punta alargada.

12. -Interdent. - Se presenta con el número 22 G y el número 23 G, este también es un instrumento de doble extremo y está diseñado especialmente para eliminar tejido interdentario durante la gingivectomía, es útil también para colgajos periodontales y para incidir la pared interna de bolsas infraóseas y consiste en un par de hojas semejantes, alargadas levemente curvas. Los bordes cortantes son afinados y forman la perifería de la hoja

13. - Instrumentos Quirúrgicos de Kirkland, son instrumentos que se utilizan para la técnica de gingivectomía, los instrumentos 12 K número 13 K, y número 14 K están adaptados especialmente para remover tejido --

enfermo después de la incisión de gingivectomía y la limpieza de las --- superficies radiculares. Los instrumentos que proporcionan accesibili-- dad a todas las superficies dentarias para la eliminación de depósito y_ alisamiento de raíces son: Los números 2 K, 3 K, 4 K, 5 K, 7 K, 8 K, 9 K 17 K, 18 K, 19 K, 20 K, 21 K, y 22 K.

Los bisturíes periodontales de Kirkland número 15 K y 16 K, son ins_ trumentos pares y consisten en una hoja delgada aplanada unida al mango_ por un cuello ángulado el borde interno es recto y el externo es elípti- co.

14.- Elevador de Periostio. Estos elevadores. de periostio cumplen diversas finalidades en la cirugía periodontal, los instrumentos con --- extremos redondeados y hojas rectas sirven para más usos, y viene marca- do con el número 24 G.

15. Tijeras.- Estas se usan en la cirugía periodontal para la elimina_ ción de lengüetas de tejido durante la gingivectomía. sirve para recor-- tar los márgenes de colgajos, agrandar incisiones en absesos periodonta- les y eliminar inserciones musculares en la cirugía mucogingival el núme_ ro 25 G son tijeras con mango curvo y hoja biselada curva con estriacio- nes existen tijeras curvas y rectas.

16.- Aspiradores, éstos son indispensables en cualquier interven--- ción quirúrgica ya que permiten una visibilidad adecuada.

17.- Instrumentos para Limpieza y Pulido.- Entre éstos tenemos la - taza de goma, el portapulidor, el cepillo de cerda, y la tira de papel.

Las tazas de goma presentan en su interior estrías ya que es una -- pieza ahuecada, se usa en la pieza de mano con un contrángulo especial - para profilaxis, el uso enérgico de las tazas de goma puede quitar una -

capa de cemento el cuál es muy delgado en su tercio gingival.

El portapulidor es un instrumento de mano diseñado para sostener -- una punta de madera, la punta de madera con una pasta pulidora se aplica sobre el diente sobre el diente con una firme acción de bruído.

Los cepillos de cerda pueden ser en forma de taza o de rueda estos_ se utilizan en la pieza de mano con pasta pulidora ya que son muy rígi-- das las cerdas de estos cepillos solo debe de emplearse en la corona --- para evitar una lesión del cemento

Las tiras de papel se usan con pasta pulidora o pasta abrasiva y se usa para pulir superficies proximales inaccesibles con otros instrumen-- tos de pulir.

CAPITULO VIII

TIPOS DE CIRUGIA EN PARODONCIA

Curetaje Gingival.- Este es un tipo de cirugía planificada y sistematizada, y sirve para eliminar parte o todo el revestimiento gingival con inflamación crónica y ulcerado de la bolsa.

Para la eficacia de esta cirugía, el curetaje gingival habrá de basarse en indicaciones claras, objetivos deliberados y un procedimiento disciplinado, los objetivos son los de todo tratamiento periodontal como Eliminar la inflamación, erradicar la bolsa y restaurar la salud gingival.

El curetaje gingival específicamente sirve para reducir el edema clínico, la hiperemia por la cianosis, y para retraer la encía libre. La eliminación de la inflamación y la erradicación de algunas bolsas gingivales, o de todas ellas se consigue mediante esta técnica.

El término de curetaje, se refiere únicamente al tratamiento realizado en el tejido blando de bolsas periodontales o de bolsas gingivales.

El curetaje gingival se hace simultáneamente con el raspaje radicular, (no en todos los casos), en otros, cuando la inflamación gingival persiste después de un raspaje radicular minucioso, el operador realiza curetaje de revestimiento enfermo de la bolsa para reducir la inflamación y favorecer la contracción del margen de la encía, es una generalidad que los pacientes con inflamaciones edematosas y granulomatosas responden mejor al curetaje que los que exhiben cuadros que se caracterizan fundamentalmente por hiperplasia fibrosa.

Cuando la finalidad es la retracción de la encía marginal, la presencia de una fibrosis muy antigua es una contraindicación para el curetaje. Las bolsas intraalveolares anchas o tortuosas no se prestan al curetaje gingival, los cráteres óseos se tratan mediante procedimientos óseos o -- mediante insertos óseos.

Técnica.- En el curetaje gingival se corta o se desprende el revestimiento de la bolsa y se elimina el tejido inflamatorio subyacente, ya -- que se trata de un tratamiento quirúrgico, hay que dar anestesia local ya sea por bloqueo o por infiltración.

El C. D. debe planificar para trabajar en un solo diente o en un segmento del arco, esto se debe de hacer en una sola sesión.

Se debe cortar y no desgarrar o mutilar la pared blanda de la bolsa, la colocación de los dedos pulgar e índice contra la superficie vestibular o lingual de la encía ayudará a sostener el tejido y a realizar el -- curetaje, mediante un patrón definido y movimientos cortos hay que llevar el tejido enfermo a la superficie, y limpiar cada vez la hoja de la cureta con una gasa esteril.

Una vez realizado el curetaje, se lavarán las bolsas con una solución salina normal esteril, con una jeringa, y se insecionará la zona -- para constatar que se hizo la limpieza completa de las superficies radiculares, se acercarán los tejidos, con cuidado a la superficie dentaria y -- solo cuando sea necesario se colocará un apósito quirúrgico, a las dos -- semanas siguientes será posible valorar los resultados y determinar la -- necesidad de continuar con el tratamiento.

Instrumentar.- Las curetas se usan únicamente para tejidos blandos, -- este instrumento debe estar perfectamente afilado, son de estructura muy

delicada, para que sus delgadas hojas entren en bolsas estrechas, profundas y serpinginosas

Gingivestomía. - Se define como la excisión de la pared blanda de la bolsa, este tipo de cirugía tiene como fin la eliminación de las bolsas. - La gingivectomía obtiene su eficacia de lo siguiente:

a).- Al eliminar la pared enferma de la bolsa que oculta la superficie dentaria, proporciona la accesibilidad y visibilidad fundamentales para la remoción completa de los depósitos superficiales irritantes y el alisado en el fondo de la raíz.

b) - En la eliminación de tejido enfermo y de los irritantes locales se crea un medio ambiente favorable para la cicatrización gingival y restauración del contorno gingival fisiológico.

Indicaciones. - Cuando existe una exposición muy marcada de la corona dentaria clínica.

2. - Eliminación de bolsas supraalveolares y bolsas falsas.

3. Eliminación de agrandamientos fibrosos.

Contraindicaciones.

1. En presencia de rebordes alveolares vestibulares gruesos.

2. Cráteres interdentarios o crestas óseas en forma caprichosa.

3. La posición del margen gingival y el contorno de la encía.

4. La posición dentaria también desempeña un papel importante en la morfología gingival.

5. - En presencia de bolsas intraalveolares.

6. - Cuando la higiene bucal es mala.

7. - Cuando la relación del operador y el paciente es difícil, o si el manejo del paciente es un problema,

8.- Cuando existen determinadas enfermedades sistémicas.

9.- Cuando el paciente se queja de sensibilidad dentaria antes de la cirugía.

TECNICA

Secuencia que llevará el operador para realizar una cirugía de gingivectomía: Primeramente se marcan las bolsas con una sonda periodontal o con una pinza marcadora de bolsas, cuando se llegue a utilizar la sonda milimétrica se mide y se marca la superficie externa de la encía punzando esta con una sonda o un explorador. Cuando se emplea una pinza marcadora de bolsas se introduce el extremo recto hasta el fondo de la bolsa y se marca la profundidad con el extremo para punzar, se hacen puntos sangrantes en toda la zona con bolsas incluso hasta en la papila interdientaria.

Incisión.- Se hace por apical hasta los puntos sangrantes y se extiende por la encía hasta el final, a nivel del fondo de la bolsa es decir, a nivel de los puntos sangrantes. Donde la encía sea gruesa, el bisel pueda ser largo y por el contrario en presencia de encía delgada y de textura fina, el bisel corto conferirá la forma festoneada adecuada.

Es preciso que el bisturí periodontal este bien afilado para que las incisiones se hagan de una manera siguiendo el contorno gingival, o bien el corte debe de realizarse de una sola intención, con facilidad y no se desgarran o se laceren los tejidos.

En la zona interdientaria la incisión se extenderá a mayor profundidad en los tejidos cuando, la encía es gruesa y fibrosa puede -----

presisarse volver a hacer el movimiento dentro de la primera insición - para cortar la encía del todo.

Cuando la cirugía abarca la encía que rodea el último diente del arco la insición comienza distal a este diente, para que el bisel sea adecuado se usan bisturíes angulados, se puede hacer la insición inicial con un bisturí arriñonado de hoja gruesa o con instrumentos similares.

Para comodidad del operador se utiliza un bisturí fino para gingivectomía como es el de Orban, para incidir la encía interdientaria y para unir las insiciones entre los dientes el tejido gingival incidido se elimina tomando un extremo del tejido principalmente desprendido con una pinza para tejidos y cortando su unión remanente con un escalpelo o bisturí.

Se pueden utilizar las insiciones continuas o discontinuas según lo prefiera el operador.

Insición Discontinua.- Se comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector anterior, siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose a través de la encía interdientaria hasta el ángulo distovestibular, del diente siguiente, la otra insición se comienza allí donde la anterior cruza el espacio interdentario y se lleva hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente, las insiciones individuales se repiten hasta alcanzar la línea media.

Insición continua este tipo de insición se comienza en la superficie vestibular del último diente y se lleva hacia el sector anterior -

sin interrupción, claro esto es, siguiendo el curso de las bolsas periodontales hasta la línea media.

En dónde se encuentran las inserciones de los frenillos las inserciones se recolocarán para evitar tensiones sobre la encía durante la cicatrización.

Una vez hechas las incisiones en la superficie vestibular el proceso se repite en la superficie lingual, esto se hace para evitar que los vasos y nervios del conducto incisivo establezcan un mejor contorno por operatorio.

Eliminación del tejido de granulación.- Este tejido se elimina un poco antes de iniciar la cirugía con un curetaje minucioso esto se hace con el fin de que la hemorragia que proviene del tejido gingival no interfiera en la visibilidad del campo operatorio.

En la eliminación del tejido de granulación se utilizan básicamente curetas, estas se introducen por la superficie dentaria y debajo del tejido de granulación, para separarlo del hueso subyacente.

Una vez terminada la eliminación del tejido de granulación queda al descubierto una superficie de hueso subyacente o también una capa de tejido fibroso que lo cubre.

Eliminación del cálculo y depósitos de substancia radicular necrótica.- La minuciosidad con que se cureteen las superficies radiculares, de esto depende mucho el éxito o fracaso de una gingivectomía, esto se hace inmediatamente momentos después de que se retira el tejido de granulación y por ningún motivo se dejará para citas posteriores.

Manejo del margen óseo alveolar.- Cuando hay existencia de bolsas supraóseas el hueso no se toca para nada, porque el hueso se encuentra por debajo de las bolsas periodontales es tejido vivo que no está afectado por la infección y por lo tanto no está necrótico.

Cuando se pretende limar o alisar el hueso para crear un margen -- redondeado y parejo, resulta innecesario y perjudicial, porque trae --- como consecuencia un retardo en la cicatrización y reduce la altura pos operatoria del hueso.

Cuando hay existencia de bolsas infraóseas aquí si es aconsejable una remodelación del hueso, los defectos marginales son limados y el -- margen óseo redondeado por el proceso de cicatrización.

El limado de las superficies óseas lesiona a las células osteóge-- nas que cubren las travéculas óseas y espacios endosteales, que forman hueso nuevo durante la cicatrización, las células lesionadas se convierten en residuos degenerados que deben de ser eliminados por los fagocitos y la actividad enzimática antes de que pueda producirse la fase --- constructiva de cicatrización, también trae como consecuencia que los fragmentos de hueso que se desprender se necrosen y que actúen como --- agentes irritantes, que prolongan la fase exudativa de la inflamación y retardo en la cicatrización.

Antes de proceder a colocar el apósito quirúrgico se observa cada superficie de todos los dientes para detectar si quedaron algunos restos de cálculos o tejido blando, después de lo cual la zona se lava --- varias veces y se con agua bidestilada, suero fisiológico o bien se puede lavar con agua tibia varias veces, después 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.

Cuando una hemorragia es persistente presenta dificultades para la colocación del apósito periodontal, los sangrados pueden ser provocados al remover el colgajo por medio de los puntos sangrantes principalmente

cubierto por un coágulo, pero ejerciendo presión sobre el punto sangran- do con una torunda de algodón empapado con agua oxigenada puede cesar - el sangrado.

Si la hemorragia es en interproximal, se acucia el algodón entre -- los dientes, y en caso de que se haya lesionado un vaso pequeño y la - hemorragia no ceda con la presión y si se tiene a la mano un electrocau- terio sería suficiente para producir hemostasia.

El coágulo es de suma importancia porque protege la herida y pro- porciona una Andamio para los nuevos vasos sanguíneos y células del te- jido conectivo que se forman durante la cicatrización, esto se debe de - hacer antes de colocar el apósito ya que la superficie cortada debe es- tar cubierta por el coágulo, solo que este no debe de ser muy volumino- so, ya que de ser así entorpece la retención del apósito además es un - medio excelente para la proliferación de bacterias y aumenta la posibili- dad de infección y retarda la cicatrización.

El apósito después de la cirugía se coloca con la finalidad de que el paciente tenga mayor comodidad posoperatoria, ya que este impide la - formación de tejido de granulación y a su vez hace la función de matriz.

Matrices. Para retener el apósito se usan matrices preformadas de -acrílico, cuando la cirugía abarca un diente aislado, se ata hilo den- - tal en torno al cuello del diente y se dejan extremos de 3 a 4 mm. de - longitud el apósito se adherirá al hilo.

Si hay exigencias estéticas antes de la intervención se hace una - chapa gingival plástica y se coloca sobre el apósito, esta chapa tam- - bién estabilizará el apósito.

El apósito debe cubrir y proteger la herida del trauma mecánico -- durante la masticación y la irritación causada por alimentos condimentados, este se coloca a lo largo de los cuellos de los dientes y es muy -- importante que no cubra las superficies oclusales porque de ocurrir --- esto el paciente lo puede fracturar una vez que haya endurecido o puede actuar como una interferencia oclusal.

Existen muchas clases de apósitos y también materiales nuevos que están en investigación.

El apósito consiste en polvo y líquido y se mezclan en una lozeta de vidrio, con una espátula para cemento, el polvo se va incorporando -- gradualmente hasta que se forma una masa consistente y esto también se puede hacer con los dedos hasta formar una masa muy pegajosa, la consig tencia adecuada es importante, el primer impulso es hacer una mezcla -- demasiado blanda y por lo tanto es más difícil de aplicar, entre los -- apósitos más comunes encontramos el Wonder Pack, Tem Pack y los cementos de Kir'land.

Dentro de las funciones del apósito quirúrgico todavía no existe -- alguno con propiedades curativas ya que el valor de este es indirecto y solo ayuda a la curación a proteger el tejido y no aportar factores cicatrizantes, el apósito cumple las siguientes funciones:

- a). Controla la hemorragia posoperatoria.
- b). Minimiza la posibilidad de infección.
- c). Proporciona cierta ferulización de dientes móviles.
- d). Facilita la cicatrización al prevenir el traumatismo superficial durante la masticación y la irritación provenientes de la placa y residuos alimenticios.

El apósito se debe cambiar de 3 a 5 días o antes si este se mueve, otros casos que demandan un cambio de apósito, o dos, en cada cambio de apósito se inspecciona la zona en donde se realizó la intervención quirúrgica y se limpia cuidadosamente ésta superficie, y también se limpian las superficies radiculares, en caso de que llegue a existir tejido de granulación abundante este se retirará con una cureta.

Al hacer el retiro definitivo del apósito se le aconseja al paciente que no reduzca la higiene bucal, algunos pacientes temen que haya una hemorragia y suspenden el cepillado, cuando esto sucede se forma tejido de granulación y el tejido no madura como debiera.

El tratamiento quirúrgico de una gingivectomía puede fracasar si la higiene bucal posoperatoria no es muy adecuada, para que esto no suceda se utilizan cepillos muy blandos durante una o dos semanas.

Recomendaciones que se hacen al paciente para que no se presenten consecuencias posoperatorias.

1). Se le indicará al paciente que no coma y beba una hora después de la cirugía, esto lo hará hasta que frogue bien el apósito.

2). Se evitarán alimentos ácidos o condimentados.

3). En la zona operada, el cepillado se limitará en las superficies dentarias incisales y oclusales.

4).- El apósito se limpiará con suavidad, mediante un cepillo blando de penachos múltiples.

5).- Se le aconsejará que haga enjuagatorios suaves después de las comidas.

Exito.- Dependerá si se cumplen los requisitos previos y se realicen cuidadosamente las técnicas indicadas, se alcanzarán los objetivos y

será posible establecer el mantenimiento a largo plazo.

Fracaso.- En ocasiones el operador no alcanza los objetivos fijados, ésta situación se puede denominar como un fracaso en el tratamiento, claro que ésto se puede prevenir, se producen si los requisitos previos no se cumplen, si la realización de la cirugía no es adecuada, o si los procedimientos empleados estaban contraindicados.

Gingivoplastia.- En las enfermedades que afectan a la encía y a las estructuras parodontales pueden producir con frecuencia deformaciones de las encías, ya que entorpecen la excursión normal de los alimentos, colecciona placa irritante y residuos de alimentos esto a su vez hace que se prolongue y se agrave el proceso patológico.

Grietas gingivales. cráteres, papilas interdenterias en forma de meseta causadas por la GUNA y el agrandamiento gingival son ejemplos de tales deformaciones.

La remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos se le conoce con el nombre de gingivoplastia, por lo general, se realiza como una segunda operación sobre la encía cicatrizada en la que persistieron anormalidades después de un tratamiento anterior.

Esto significa que la insición debe de ser lo suficientemente profunda para eliminar tejido entre el fondo de la bolsa y el hueso, la insición debe de estar adecuadamente viselada.

El biselado y festonado se planifican y se realizan, si las insiciones se ejecutan así:

a).- Si se eliminan las bolsas por completo.

b).- La insición dejará una superficie con vertiente hacia la ----

corona esto es lo que se conoce como bisel.

c).- El bisel terminará en un margen en forma de filo de cuchillo.

d).- El tejido restante quedará festoneado alrededor de cada diente

Indicaciones.- La gingivoplastia se hace como procedimiento complementario cuando el remodelado no se incluye en el tratamiento inicial, o cuando la cicatrización inesperadamente produce anomalías gingivales.

La gingivoplastia se puede realizar con un bisturí periodontal, -- escalpelo, piedras rotatorias de diamante de grano grueso o por medio de electrocirugía.

SE compone de procedimientos que se asemejan a los realizados en el festoneado de las dentaduras artificiales, como es el afinamiento -- del margen gingival, creación de contorno gingival festoneado adelgazamiento de la encía insertada y creación de surcos interdentarios verticales, remodelado de la papila interdientaria para proporcionar vías de escape a los alimentos.

Colgajo periodontal.- El colgajo periodontal se puede definir como un segmento de encía y mucosa alveolar adyacente que se separa parcialmente por medios quirúrgicos.

Existe una clasificación de colgajos, como son de espesor total y de espesor parcial

El colgajo de espesor total incluye a toda la encía y mucosa alveolar que cubre tanto el diente como al hueso, cuando se realiza este tipo de colgajo quedan al descubierto tanto diente como hueso.

El colgajo de espesor parcial se separa por disección aguda para dejar el hueso cubierto por tejido conectivo blando con inclusión del periostio.

Los colgajos se diseñan con la finalidad de proporcionar acceso adecuado a los tejidos subyacentes, de manera que mantengan la circulación apropiada de los tejidos parcialmente separados.

Los colgajos se dividen en dos categorías según su diseño que son:

El Colgajo Completo. - Que comprende insisiones liberatrices oblicuas o verticales en los extremos laterales. estos extremos se unen -- por una insición horizontal en el margen gingival o apical a el cuando se hacen insisiones verticales se extienden lo suficientemente hacia la encía, y si fuera preciso a la mucosa alveolar esto se hace con el fin de liberar la tensión de los tejidos y permitir un buen acceso quirúrgico.

Colgajo Modificado. - Difiere de los anteriores porque en estos se realizan de una sola insición ya sea vertical u oblicua o no tienen -- insición vertical.

Rechazo del Colgajo. - Los colgajos se rechazan mediante insición roma o aguda, en la disección roma tenemos el colgajo de espesor total que es el rechazo roma del colgajo y se hace introduciendo un elevador de periostio entre la encía, el diente o el hueso, la primera insición previa a la introducción del elevador se realiza con un escalpelo o -- con un bisturí periodontal.

En las insisiones rectangulares, hay que prestar atención especial a esta masa gruesa y fibrosa, además, puede haber bolsas profun--

das y lesiones en las bifurcaciones, para reducir el volúmen de este -- tejido se adelgaza y se elimina parte del tejido, esto se hace con el - fin de permitir un acceso al hueso y reducción del volúmen de tejido -- para que el colgajo se adapte nuevamente después de la cirugía.

La Disección Aguda. - Colgajo de espesor dividido este tipo de disección se realiza con hojas quirúrgicas reemplazables o con un bisturí de forma arriñonada, esto lo hace el operador con el fin de evitar la exposición de hueso, el bisturí se introduce en la encía o en el surco y se disecciona a través de la lámina propia, sin quitar tejido blando del hueso, esto es conveniente en presencia de tablas óseas finas o cuando la corrección quirúrgica del hueso abarca únicamente el margen alveolar.

La disección aguda de la lámina propia deja al hueso protegido por una capa de tejido conectivo, incluso el periostio esto reduce la extensión de la resorción ósea posoperatoria.

Márgenes gingivales delgados, cuando la encía es delgada, la disección aguda desde el surco es difícil, en esta situación, la hoja se --- introduce por la insición liberadora vertical para disecar y adelgazar, después se mueve la hoja en dirección coronaria a partir de la base del colgajo.

Indicaciones:

- a). - En bolsas infraóseas.
- b). - En la corrección de defectos mucogingivales.
- c). - Restauración de tejidos destruidos por la enfermedad periodontal.
- d). - Por lesiones en las bifurcaciones y trifurcaciones.

e).- En abscesos parodontales.

f).- El colgajo es muy indicado en pacientes jóvenes ya que se logra mejor reinsertión y adhesión.

Contraindicaciones. -

En casos en que los métodos de reinsertión y resección pueden eliminar ventajosamente un surco profundo, ésto puede deberse a enfermedades sistémicas.

Técnicas. - Se marca la profundidad de las bolsas, haciendo un mínimo de puntos sangrantes, ésto se hace con el fin de evitar toda lesión inútil en la mucosa.

Reposición del Colgajo. - Se adelgazan las porciones abultadas, con curetas o tijeras se lava perfectamente la zona con agua bidestilada, - suero fisiológico o con agua tibia antes de volver al colgajo a su sitio.

La sutura puede ser de papila pasándola por proximal, en puntos aislados.

También se puede realizar con puntos continuos solo que el operador debe asegurarse de la estabilidad del colgajo, sea cuál fuere el tipo de sutura no se debe afectar mucha tensión para evitar necrosis de los tejidos.

Se puede colocar cemento quirúrgico sobre la sutura y el cemento se retiran de tres a cinco días.

La vestibuloplastia puede asociarse a una operación a colgajo de la forma siguiente:

Antes de suturar el colgajo se desliza apicalmente, cuando el fondo de la bolsa está colocado en forma apical, cuando la encía insertada

es muy corta.

Errores de la Técnica:

- a).- No adaptar bien el colgajo.
- b).- No hacer bien el remodelado de hueso.
- c).- No curetear o pulir bien las superficies.
- d) - Desgarre de tejidos.

Resección Ósea:

Procedimientos quirúrgicos que se efectúan en el hueso con el fin de remodelarlo. ya que si se dejan defectos después del tratamiento periodontal, tendremos como resultado la deformación de la encía que los cubre.

La cirugía ósea periodontal consta de procedimientos que eliminan el hueso alveolar para suprimir las bolsas y crear contornos óseos fisiológicos. esto permite que la encía se mantenga en un estado de salud y la forma de remodelar el hueso puede ser mediante la osteoplastia y la osteotomía.

Osteoplastia. - Es la remodelación de hueso que no proporciona inserción a las fibras del ligamento periodontal.

Ostectomía. - Es la eliminación de hueso que proporciona inserción a las fibras del ligamento periodontal.

Por lo común los dos procedimientos se hacen simultáneamente y se le denomina cirugía ósea.

Indicaciones:

La resección ósea esta indicada cuando es preciso cambiar el perfil óseo alveolar para facilitar la eliminación de bolsas y hacer -----

posibles los contornos gingivales fisiológicos.

Cráteres interproximales, anomalías anatómicas, exostosis y principalmente en el hueso interproximal.

Contraindicaciones:

Dehisencias, o fenestraciones alveolares, tablas óseas delgadas y la mala salud del paciente.

La textura blanda del hueso exige cuidados especiales porque se corre el riesgo de cortar hueso en exceso, para lo cual se usan instrumentos específicos, como: Fresas de carburo que no son muy traumáticas, cinceles y limas y motor de baja velocidad.

Protección del hueso una vez terminada la cirugía el hueso debe ser cubierto por encía y si en este lugar no existe encía se elegirá un injerto desplazado, o un injerto gingival libre.

Y cuando es inevitable la exposición posoperatoria se cubrirá con cera para hueso o con gelfoam antes de colocar el apósito, este se cambiará cada cinco días y la sutura se retirará en un lapso de cinco a siete días posteriores a la cirugía. Por último se le darán al paciente instrucciones de higiene bucal posoperatoria.

CIRUGIA MUCOGINGIVAL Y RECONSTRUCTIVA

Procedimientos quirúrgicos encaminados a corregir las relaciones entre la encía y membrana mucosa que complican la enfermedad periodontal, con el objeto de tener una zona de encía insertada funcional y adecuada, cuando se habla de cirugía reconstructiva es un atributo de la cirugía plástica porque en esta se realiza la restauración de los tejidos blandos periodontales.

Las bolsas que invaden la unión mucogingival, las más comunes son aquellas en que hay varios milímetros de encía, solo que las bolsas invaden la unión mucogingival, el tejido marginal resultante soporta mal el traumatismo de las excursiones de los alimentos durante la masticación o el traumatismo del cepillado.

Encía estrecha o ausente, cuando hay poca encía o esta no existe, incluso las bolsas someras plantean problemas mucogingivales, sin embargo hay que evitar ideas preconcebidas sobre el número de milímetros que serían adecuados desde el punto de vista funcional, una zona de encía insertada funcionalmente adecuada es la que se anula eficazmente la tracción muscular y permanece sana

Resección local este es otro tipo de problemas que afectan a la unión mucogingival esta puede ser en uno o dos dientes, por lo común estos defectos se presentan en dientes con malposición hacia vestibular o dientes con raíces prominentes, situaciones en las cuales es frecuente observar dehiscencias óseas. Algunas lesiones son producidas por la tracción del frenillo.

Vestibuloplastia. - Son los procedimientos quirúrgicos que se utilizan para alterar la forma del vestíbulo, y su finalidad principal es la de aumentar la profundidad del vestíbulo, para proporcionar espacio y ganar así encía insertada. Un vestíbulo profundo favorece la higiene bucal.

La vestibuloplastia se indica cuando existen resecciones gingivales que disminuyen la profundidad del vestíbulo y cuando existe una tensión excesiva sobre la encía marginal por la presencia de un vestíbulo corto.

Denudación parvial. - Este tipo de cirugía es el más aceptable y consiste en levantar un colgajo de espesor parcial, es en la unión mucogingival donde se separa el colgajo pero penetrando hasta este límite, mientras se sostiene se va separando tejido subyacente profundizando el vestíbulo bucal.

Una vez alcanzada la profundidad deseada, con una presión leve en carrillos y labios se lleva el colgajo hacia apical.

Se eliminan las inserciones musculares y frenillos proporcionando una base lisa para el tejido de granulación.

Queda a elección del operador si pone puntos de sutura o no ya que se puede tener una adherencia del colgajo por medio del coágulo, presionando con gasa la superficie, y por último se coloca el apósito quirúrgico.

Extensión vestibular con combinación de colgajo, es el nivel hasta donde se denuda el hueso de periostio y determina el ancho de encía insertada.

Técnica.- insiciones verticales cortas desde el margen gingival al hueso, eliminación de las bolsas periodontales mediante una gingivectomía, rechazo del colgajo mucoperiostico, continuación del colgajo dejando el periostio sobre el hueso, se remodela el hueso, sutura y colocación del apósito quirúrgico.

Fenestración.- Procedimiento que disminuye la pérdida de altura ósea, utilizando un colgajo de espesor parcial en la base del campo operatorio donde se levanta el periostio y se expone hueso, su unico fin es crear una cicatriz unida al hueso y que impide su separación de este y el estrechamiento de la zona insertada.

- Técnica: a) Se eliminan las bolsas periodontales
 b) Limpieza completa del periostio
 c) Por ultimo se realiza la fenestración.

Frenotomía - Los problemas del frenillo mandibular se resuelven por diversos procedimientos. el frenillo vestibular inferior se extiende casi hasta el margen libre de la encía, y la resesión gingival es evidente.

Frenectomia.- Cuando la posición del frenillo superior causa problemas se trata por excisión en su base, el borde separado puede suturarse o no.

FRENECTOMIA

- Técnica: a) Incisión horizontal en la línea mucogingival
 b) La mucosa se adelgaza y se diseca
 c) El extremo inferior de la zona expuesta se legra.
 d) Se sutura.

FRENILO

- A) El frenillo se toma con una pinza hemostática introducida hasta la profundidad del vestíbulo.
- b) Se elimina la porción triangular del frenillo
- c) Se limpia el campo operatoria
- d) Sutura y colocación del apósito quirúrgico.

Injertos:

Un injerto es tejido vital tomado de una zona donadora que se traslada a una zona receptora y que se emplea para reemplazar fragmentos de tejidos que se han perdido por diferentes causas.

Los injertos en la cavidad oral, pueden ser de encía, mucosa, y hueso. Los injertos pueden ser libres o pediculados.

Los injertos libres son tejidos completamente eliminados de un lugar a otro, sin conservar conexión con la zona donadora.

Los injertos libres se dividen en : a) Autoinjertos que son del mismo individuo.

Injertos Homólogos que son de otro individuo donador de la misma especie.

Injertos heterólogos, son injertos que provienen de una especie donadora diferente.

Los injertos pediculados son los injertos que permanecen unidos con su origen por medio de una base o pedículo.

El injerto libre solo vivirá si yace sobre un lecho lo suficientemente vascularizado mediante la difusión y el intercambio de líquidos.

El injerto pediculado se transfiere al sitio receptor mediante deslizamiento, transposición, ó por rotación sobre su base,

Desventajas del injerto pediculado, limitado en su movimiento por el tallo o pedículo

Que el sitio donador no puede encontrarse alejado del sitio receptor.

Las ventajas que ofrece el injerto pediculados son:

El sitio donador y el sitio receptor se encuentran lado a lado.

La estrangulación del tallo del pedículo debiera evitarse para que la circulación hacia el injerto no sea limitada

Al diseñar la forma y longitud del injerto pediculado es necesario recordar ciertos principios :

- 1.- Tratar de no anorar el tallo o base
- 2.- La base del tallo no debe de ser muy estrecha, antes de hacer cualquier insición debe hacerse un diseño del injerto.

Se hace un intento para movilizar y levantar un colgajo de tejido que debiera ser girado en dirección mesial o distal según el

caso.

Al girar el pedículo se notara que existe dimensión lineal y vertical adecuada en el colgajo dado que este se acorta cuando se gira a la posición diagonal, por esta razón se recomienda buscar angulación más apropiada al girar el colgajo

Dentro de los injertos pediculados en cavidad oral tenemos:

a).- Colgajo desplazado lateral

b).- Injerto pediculado de doble papila.

c).- Colgajo deslizante de espesor parcial, desde una zona desnuda.

d).- Colgajos desplazados coronariamente.

a).- Colgajo desplazado lateral.- este tipo de injerto está indicado en resecciones gingivales locales, en donde por muy poca o nada de encía, en la superficie vestibular, en grietas gingivales y cuando existe malposición dentaria.

Cuando el espesor o ancho de la encía adyacente son buenos se escoge como una zona donadora.

Técnica:

1).- Se prepara el lecho, raspando el fondo de la superficie vestibular.

2).- Se hace una insición distal, extendiéndose en dirección apical hasta donde el injerto pediculado se pueda movilizar.

3).- El colgajo puede ser espesor total o parcial.

4).- Se desliza el colgajo hacia la zona receptora y se sutura.

5).- Se ejerce una suave presión continua sobre el injerto esto se hace con el fin de que éste disminuya el tamaño del coágulo y así favorecer la adherencia.

6).- Colocación del apósito quirúrgico.

INJERTO PEDICULADO DE DOBLE

PAPILA.

Se usa para cubrir raíces desnudas o también cuando existe mayor-

cantidad de tejido gingival en la papila interproximal.

Este tipo de injerto consiste en utilizar la papila en ambos lados de la raíz desnuda, como la encía que va a servir de donadora, al igual que el anterior éste tipo de injerto puede ser de grosor total o de grosor parcial, aunque el de grosor total ayuda más a la cicatrización, ambos lados del segmento papilar deben de ser aproximados y suturados sobre la raíz desnuda, también se coloca un apósito quirúrgico.

INJERTO GINGIVAL LIBRE.

Es un procedimiento quirúrgico de los más empleados, porque presenta más ventajas y sus características son:

Que no necesariamente tiene que ser tejido vecino, se pueden colocar injertos de más dimensión del que puede ofrecer un injerto pediculado.

Los injertos delgados resultan ser mejores, se recortan los restos de la lámina propia y periostio hasta alcanzar dimensiones extremadamente delgadas.

Para éste tipo de injerto libre en la preparación de su lecho se delimita la forma y tamaño.

Este tipo de injerto está indicado en :

Aumento de el ancho de la encía insertada y como único requisito es que no existan bolsas periodontales.

Técnica:

- 1).- Preparación del sitio receptor.
- 2).- Elección del sitio donador, regularmente se toma de la mucosa palatina ya que es un tejido abundante de queratina y paraqueratina y que es muy útil para márgenes alveolares.

3).- Se coloca el injerto en el lecho y se sutura.

4).- Este tipo de injertos pueden ser fijados mediante el coágulo de fibrina.

5).- Colocación del apósito quirúrgico en la zona receptora y en la zona donadora.

CAPITULO LV

METODOS PREVENTIVOS

Al finalizar el tratamiento se examina y valora al paciente en forma constante, esto se hace con el fin de continuar el tratamiento o en su defecto dar de alta al paciente.

El examen incluye la elaboración de una nueva ficha de registro del paciente para llevar un control de la enfermedad, así como de la bolsa parodontal, movimientos dentarios y además se anotara el color y textura de los tejidos y la hipersensibilidad dentaria.

La prevención se divide en tratamiento primario y tratamiento activo. El tratamiento primario consiste en adiestrar al paciente en el control que deberá llevar de la placa dentobacteriana, y la importancia es triba en que el paciente este consciente de la finalidad del tratamiento preventivo y lo favorable que es la cooperación del paciente para el éxito del mismo

El tratamiento activo es la secuencia de cooperación de paciente con el operador para lograr conjuntamente el éxito del tratamiento, las visitas que se hagan serán a largo plazo para corroborar el tratamiento.

Se hará una valoración de la profundidad de la bolsa periodontal, tomándose en cuenta que la profundidad del surco posoperatorio no exceda 3 m.m. y si existieran manifestaciones de bolsas residuales se trata

ran nuevamente las zonas afectadas, tomando en cuenta tambien el estado del paciente, como seria en pacientes con edad avanzada, o que factores extrinsecos hagan impracticable la eliminación completa de las bolsas, en casos de enfermedad avanzada el objetivo del tratamiento podria ser la prolongación de la vida de la dentadura aun cuando no se eliminan las bolsas pero en ciertas circunstancias hay que adoptar otro criterio de la salud gingival.

Se valorará tambien con frecuencia pero no siempre el tratamiento de ferulización dentaria pero esto no se lleva a cabo siempre.

En ocasiones la movilidad dentaria moderada o avanzada permanece invariable, se deberá tomar en cuenta, asi como la magnitud de la movilidad con el debido margen para la movilidad transitoria que a veces precede a la cirugía. La persistencia de la movilidad de 1 1/2 o mayor es indicación de que se esta llevando a cabo una buena ferulización.

El paciente deberá ser informado de la amplitud total del posible antes de que este se inicie, ya que el paciente deberá estar bien informado de los procedimientos que se le practicarán, ya que si este dudara, como operador se tomará una actitud firme para no hacer fracasar el tratamiento

SE valorará el color, textura y forma de los tejidos que generalmente cambian de características durante la cirugía, que al fin de esta serán encia rosada y firme, y unida firmemente a los dientes, el panti-llado que varia de un paciente a otro y tambien su distribución en la encia puede desaparecer despues de la cirugía y reaparecer gradualmente al correr los meses

Los márgenes gingivales deberán ser delgados y afinarse hacia los ___
 dientes, esto es visto desde la zona vestibular, las márgenes deberán ___
 hallarse irregulares y gruesas y los contornos inadecuados favorecen la
 retención de los alimentos, y la retención de placa, y como consecuencia
 la aparición de bolsas. Se examinarán las cercanías del frenillo, las ___
 inserciones musculares, el surco vestibular y el espacio sublingual al ___
 margen gingival ya que la cirugía marginal puede crear inadvertidamente ___
 relaciones potencialmente lesivas.

Higiene bucal.- Se determinará la eficacia de la higiene bucal del
 paciente, esto se hará examinando los dientes y tejidos para detectar ___
 residuos, inflamación y exudado, tomando índice de placa y observando la
 técnica del paciente ya que en estos casos hay personas que carecen de ___
 habilidad manual y otros carecen de motivación.

Además los márgenes gingivales pueden estar desplazados apicalmente
 y abiertos los espacios interdentarios. Además podría el paciente ser ___
 portador de alguna prótesis y esto hiciera más difícil la higiene bucal
 por otra parte si el paciente es minucioso con su higiene bucal se podrá
 mantener su salud periodontal sin volver a realizar un tratamiento de ti-
 po quirúrgico y obteniéndose un resultado no ideal.

Cuando el tratamiento ha de seguir otras formas o si ha sido prolon-
 gado se tomarán nuevas radiografías para determinar el estado de los al-
 veolos, los procesos cariosos, y se harán test de vitalidad de las pul-
 pas, los hallazgos para determinar el plan de tratamiento restaurador se
 harán de manera comparativa para registrar modificaciones ulteriores.

En el caso de que el paciente se vaya a dar de alta se tomaran radiografías mínimo a los dos años, ya que pasara un tiempo para poder observar la neoformación ósea, despues de este intervalo se tomaran radiografías a intervalos regulares

Objetivo.- Reducir al maximo la cantidad de microorganismos y eliminar placa residuo accesibles al margen gingival, favorecer la circulación de la zona, la cornificación del epitelio para tener así una encía más resistente a los irritantes locales. Con la conservación de los resultados benéficos del tratamiento y el descubrimiento de lesiones nuevas

Los dientes con tratamiento parodontal requieren de un curetaje y pulido constante, principalmente en la zona de la estructura adyacente al margen gingival. Estos pacientes requeriran tambien de una revisión de su oclusión ya que los dientes tratados permanecen fuera de oclusión durante un tiempo prolongado (En ocasiones se hacen desgastes de tipo selectivo para evitar o reducir el traumatismo secundario). Este desgaste se practica en los dientes opuestos al segmento tratado. En pacientes con formación de placa intensa la valoración se hará de dos a seis semanas. Y en pacientes bajo tratamiento ortodontico cada tres meses, y dentro de las personas que no tienen habilidad manual para el control de placa el tratamiento de profilaxis se hará de dos a seis meses.

Control de placa.- Consta de tres elementos que son : Motivación del paciente, Educación en los hábitos alimenticios del paciente, se proporcionara instrucción y se harán supervisiones periodicas para detectar

fallas en la técnica de cepillado que se haya indicado. Y para esto nos valdremos de tabletas reveladoras, hilo dental con cera y sin cera, y un cepillo dental adecuado

Dicho control se llevará a cabo hasta que el paciente tenga una técnica adecuada de higiene y en caso contrario se le harán saber sus deficiencias para obtener el éxito esperado

TECNICAS DE CEPILLADO DENTAL

El objetivo de la técnica de cepillado adecuado es lograr una higiene bucal adecuada, sin lesionar los tejidos de sosten dentario, Existen varios metodos de cepillado y se mencionaran los más conocidos..

Método de Fones. - Esta técnica se lleva a cabo pre sionando firmemente el cepillo contra los dientes y la encia con las cerdas en posición perpendicular a las superficies dentarias vestibulares y se le da al cepillo un movimiento en sentido rotatorio con los dientes con los dientes en oclusión.

Método Fisiológico. - Esta técnica se lleva a cabo con movimientos suaves de berrido que se inicia en los dientes y conti nua sobre el margen gingival y la encia insertada.

Método Circular. - Las cerdas del cepillo dental se colocan sobre la encia insertada con angulación de 45º , presionandose el costado de las cerdas contra el tejido y al mismo tiempo se da un mo vimiento al cepillo hacia incisal u oclusal contra los dientes y encias con movimientos circulares.

Método de Bass. - Se da angulación de 45° respecto al eje mayor de los dientes y se fuerzan los extremos de las cerdas dentro del surco gingival y sobre el margen gingival, asegurándose que las cerdas penetren lo más posible en el espacio interproximal ejerciéndose una presión suave en el sentido del eje mayor de las cerdas y se dan movimientos vibratorios hacia adelante y atrás

Método de Stillman - Se da una colocación al cepillo de modo que las puntas de las cerdas queden en parte sobre la encía y en parte sobre la porción cervical del diente, las cerdas quedaran oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical, dando una presión lateral sobre el margen gingival hasta que esta palidezca, se separa el cepillo para permitir que la sangre vuelva a la encía, se ejerce presión varias veces y se da un movimiento al cepillo rotatorio y suave

Método de Stillman modificado. - Consiste en una acción vibratoria combinada con el movimiento del cepillo en sentido del eje mayor del diente, el cepillo se coloca en la línea mucogingival con las cerdas dirigidas hacia la corona y se mueve dando masaje a la encía insertada y a la encía marginal, con las cerdas del cepillo apoyadas firmemente contra la encía, se da un movimiento de vibración mesiodistal leve simultáneamente con el movimiento gradual del cepillo hacia el plano oclusal, este movimiento limpia los dientes eficazmente, especialmente cuando el movimiento vibratorio fuerza dentro de los espacios interproximales y al mismo tiempo da masaje a la encía.

Auxiliares de limpieza dentaria - Hilo dental con _
cera o sin cera . Se usa cortando de 50 a 70 c,m y se envuelve tres ve _
ces en los dedos medios de ambas manos (un extremo en cada mano), se pa _
sa el hilo sobre el pulgar derecho e indice izquierdo, se introduce en
la base del surco gingival; se le da un movimiento vestibulolingual, _
firme, hacia atras y adelante y se lleva el hilo hacia oclusal para des _
prender toda acumulación de placa.

Tambien se mencioneran los limpiadores interdentarios, que pueden ser de
caucho, madera, y plastico se utilizan en donde se han creado espacios in
terdentarios por la perdida de tejido gingival.

Los conos de caucho que tambien dan gran utilidad vienen en algunos
cepillos en el extremo del mango. Los enjuagatorios bucales que dejan un
sabor fresco en la boca (es pasajero) y tambien los antisépticos bucales

CONCLUSIONES.

La finalidad específica de la periodoncia es la de mantener todas las estructuras de soporte dental en buen estado, esto comprende desde ligamento periodontal hasta hueso alveolar.

Las patologías que se presentan pueden ser desde una gingivitis hasta una afección en hueso, y se pueden corregir con una técnica de cepillado o con procedimientos quirúrgicos.

Con lo que respecta a la realización de técnicas quirúrgicas que se efectúan se debe estar completamente seguro de que el diagnóstico realizado es el correcto, ya que se cuenta con conocimientos fundamentales para realizarlo.

La cooperación del paciente es de suma importancia, ya que de poco serviría que hubiera poco interés y dedicación hacia las indicaciones del operador.

Se le debe explicar ampliamente al paciente del estado de salud en que se encuentra su boca, esto se hace con el fin de encontrar la forma de que el paciente colabore y tener éxito pre-trans y posoperatorio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Irving Glickman.; PERIODONTOLOGIA CLINICA.--
4a. Edición.- Editorial Interamericana 1980
- 2.- Saul Schlinger. ; Ralph A. Yodanis.-----
Roy C. Page.- ENFERMEDAD PERIODONTAL.-----
Primera edición en español.- CECSA. 1981.
- 3.- TECNICAS QUIRURGICAS FUNDAMENTALES en cavidad
oral.- Edición Salvat
- 4.- Blocker .; PATOLOGIA BUCAL
- 5.- PERIODONCIA DE ORBAN
Editorial Interamericana 1975
- 6.- Knud M. Kardel.; CIRUGIA PERIODONTAL.- H.F.-
M. de Murguía.