



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"ENFERMEDAD PARODONTAL
ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

HUGO LEDESMA ROMERO



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 está 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

CAPITULO:	1	.....	PARODONTO.
	2	.....	ENCIA.
	3	.....	LIGAMENTO PARODONTAL.
	4	.....	CEMENTO.
	5	.....	HUESO ALVEOLAR.
	6	.....	ENFERMEDAD PARODONTAL.
	7	.....	ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL DE TIPO INFLAMA TORIO.
	8	.....	DEPOSITOS SOBRE LOS DIENTES.
	9	.....	BOLSAS PARODONTALES.
	10	.....	ABSCESO PARODONTAL.
	11	.....	GINGIVITIS ULCERATIVA NECRO SANTE.
	12	.....	GINGIVOSIS Y PARODONTOSIS.
	13	.....	DETARTRAJE Y CURETAJE.
	14	.....	FISIOTERAPIA ORAL.
	15	.....	FERULAS.
	16	.....	CIRUGIA PARODONTAL.
	17	.....	RELACIONES DE LA PARODONCIA CON OTRAS DISCIPLINAS DE LA ODONTOLOGIA.

Capítulo I

PARODONTO

El Parodonto, es un conjunto funcional de tejidos que tienen independencia fisiológica, pero que, al actuar juntos le dan so porte al diente y le permiten desempeñar sus funciones.

También se le conoce con los nombres de periodonto y paradencia. Este actúa como una unidad funcional formada por 4 estructuras, que son: encia, ligamento parodontal, hueso alveolar y cemento dentario.

La Parodencia es la rama de la Odontología que estudia a la unidad funcional llamada (parodonto); dedicándose al estudio de los tejidos parodontales en condiciones normales, para poder devolver la salud al parodonto cuando éste la ha perdido, y lograr sobre todo, que se conserve saludable.

EL PARODONTO SE DESARROLLA EMBRIONARIAMENTE, A PARTIR:

- A) ECTODERMO.-- Procede únicamente el epitelio que recubre la encia.
- B) MESODERMO.-- Proceden todos los otros tejidos: conjuntivo de la encia, cemento dentario, ligamento parodontal y hueso alveolar.

Cuando el germen dentario comienza su desarrollo, el tejido que

lo rodea se organiza y muestra un acúmulo de células mesenquimatosas y fibrosas, que se condensan y envuelven al germen formando una estructura que recibe el nombre de saco dentario. Conforme evoluciona el germen dental, el saco dentario se organiza celularmente y, las células que se encuentran en la parte externa, darán origen al hueso alveolar; las células que se encuentran en la parte interna darán origen al cemento dentario a partir de los cementoblastos y las células centrales se diferenciarán en fibroblastos que darán origen al ligamento parodontal.

Cuando el diente ya está formado, principia a hacer erupción y el tejido conjuntivo gingival se une al saco dentario fundiéndose de tal manera que solo se aprecia la región radicular del saco dentario, desapareciendo la porción coronal a medida que va haciendo erupción el diente.

Estos tejidos cuando actúan correctamente y en armonía, la boca puede desempeñar correctamente sus funciones y así mantener la integridad de sus componentes.

Cuando aparecen cambios patológicos, inflamatorios, degenerativos o destructivos, aparece entonces lo que conocemos con el nombre de enfermedad parodontal. Que incluye una gran variedad de cambios, signos y síntomas clínicos que pueden llevar hasta la pérdida de los dientes.

La parodoncia, al conocer la anatomía y fisiología de los te

jididos parodontales, puede reconocer los cambios morbosos que en ellos ocurran, los factores causales de dichas desviaciones de la normalidad y las medidas terapéuticas o profilácticas que se requieran para lograr una mayor permanencia de los dientes en la boca.

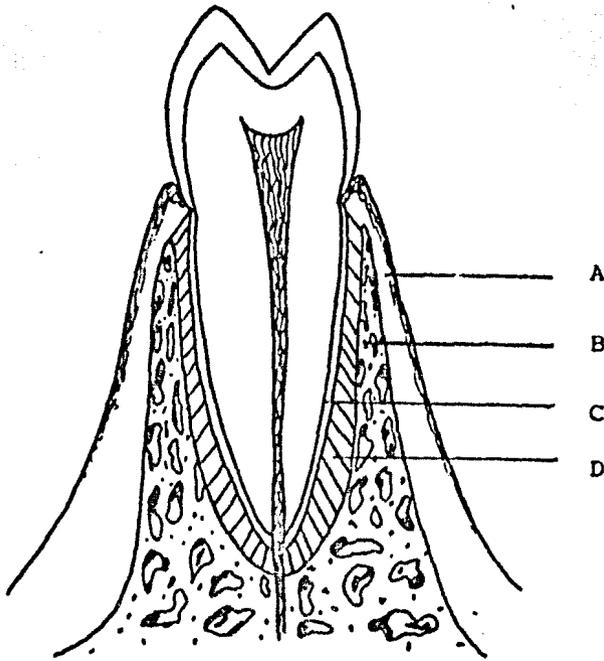


Fig. 1 PARODONTO A) ENCIA. B) HUESO ALVEOLAR.
C) CEMENTO D) LIGAMENTO PARODONTAL

Capítulo II

ENCIA

El epitelio que recubre la cavidad oral recibe el nombre de mucosa oral y los tejidos que la forman son el epitelio poliestratificado que en ocasiones llega a queratinizarse y una lámina propia ricamente vascularizada.

La submucosa está formada por tejido conjuntivo y dependiendo del lugar varía su grosor, siendo éste el lugar donde se asientan las glándulas, vasos, nervios y el tejido adiposo; éste último permite la movilidad en las porciones donde sea necesario.

Orban divide la mucosa oral en 3 tipos basándose en la clase de epitelio que presente, estructura, grosor y elasticidad de la lámina propia.

Estos 3 tipos son:

- 1.- La porción que recubre tanto el hueso alveolar adyacente a los dientes (encia) como el paladar duro, llamada mucosa masticatoria, siendo ésta firme y adherida al hueso.
- 2.- La porción que recubre el dorso de la lengua, en la cual se encuentran las papilas gustativas, llamada ésta mucosa especializada.

3.- El resto de la mucosa oral, que se denomina mucosa areolar o de recubrimiento, sin función específica.

LA MUCOSA MASTICATORIA SE DIVIDE EN 2 PORCIONES:

- a) Es la que cubre el paladar duro y presenta una capa de - submucosa con porciones de tejido adiposo que le sirve - de colchón y tejido conectivo fibroso que la mantiene firmemente adherida al hueso.

- b) Es la que cubre los procesos alveolares y rodea el cuello de los dientes (encía) siendo ésta más firme que la mucosa del paladar proque el tejido conectivo denso, se funde con el periostio del proceso alveolar.

CARACTERISTICAS DE LA ENCIA:

La encía tiene un color rosa pálido conocido como coral, debido a su vascularización interna y el grosor del epitelio que da un color rojo y la queratinización que opaca ese color.

En algunos casos debido a la presencia de melanina la encía puede presentar porciones más oscuras o bien cubrir toda la - encía de un color negrusco, no obstante la encía sigue mante - niendo su condición dentro de la normalidad.

La consistencia de la encía es firme y resilente, estando -

bien unida a los dientes y al hueso alveolar, por lo que puede soportar las fuerzas de la masticación.

Esta es delgada y sigue estrechamente el contorno del hueso lo que le da aspecto festoneado.

Su superficie presenta una serie de depresiones lo que le da un aspecto de " cáscara de naranja ", y se conoce como punteado de la encía.

Al unirse con las piezas dentarias, se adelgaza progresivamente hasta terminar en la forma conocida como filo de cuchillo.

En la región interproximal, llena el espacio de dientes en contacto, formando la papila interdental, por debajo del punto de contacto.

LA ENCIA SE DIVIDE CLINICA E HISTOLOGICAMENTE EN 3 PORCIONES:

NES:

- a) ENCIA LIBRE: Es la parte de la encía que se encuentra adyacente al diente, rodeándolo en forma de collar, sin estar insertada en él.

La encía libre es delgada y está separada del diente por una cavidad que rodea al órgano dentario y se conoce como:

surco gingival, crévice o crevículo.

El surco gingival está limitado, por un lado, por el diente y por el otro el epitelio que recubre la porción interna de la encía y en el fondo por una estructura firmemente unida al diente llamada adherencia epitelial.

El surco marginal se reconoce por su profundidad que varía, de 0 mm hasta 2 mm.

El epitelio de la encía libre en la porción del surco marginal es delgado y consta de 3 capas de células y éstas - al aproximarse a la superficie migran hacia afuera del - surco y hacia la porción más alta del margen gingival, donde se descaman sin llegar a queratinizarse.

El epitelio, en el fondo del surco marginal, se engruesa, para formar la estructura llamada adherencia epitelial - que está unida firmemente al diente. Esta porción del - epitelio separa la raíz de la corona clínica, demarcando con su localización el cuello clínico del órgano dentario. El epitelio se torna permeable a consecuencia de un flúido crevicular que se produce en el conjunto de la encía - por la diferencia de presiones.

- b) ENCIA ADHERIDA O INSERTADA: Es la porción de la encía que se continúa con la encía libre por un lado y con la muco-

sa areolar por el otro y está firmemente unida al hueso - alveolar y al cemento lo que le da la consistencia firme y resiliente; es ésta la que presenta el punteado de la encía.

Los límites de la encía insertada están por un lado, en el surco marginal, que la separa de la encía libre y por el otro, en una línea, claramente marcada, que la separa de la mucosa areolar, llamada línea mucogingival.

La línea mucogingival sigue un contorno irregular, haciéndose más cervical en los frenillos donde éstos limitan los movimientos de los labios y carrillos.

En la encía insertada es donde se soportan los esfuerzos de la masticación.

- c) PAPILA INTERDENTAL O INTERPROXIMAL: Es la porción de la encía que une a las otras dos porciones y ocupa el espacio - comprendido entre dos dientes, llegando por debajo del punto de contacto siendo a veces de forma piramidal o irregular en ocasiones, presentando dos pequeñas papilas, una en situación vestibular y otra en situación lingual o palatina. Con una depresión entre ambas papilas, por debajo del punto de contacto.

- A) ENCIA MARGINAL. B) ENCIA ADHERIDA. C) PAPILA INTERDENTAL
 D) MUCOSA AREOLAR. E) SURCO MARGINAL. F) LINEA MUCO GINGIVAL.

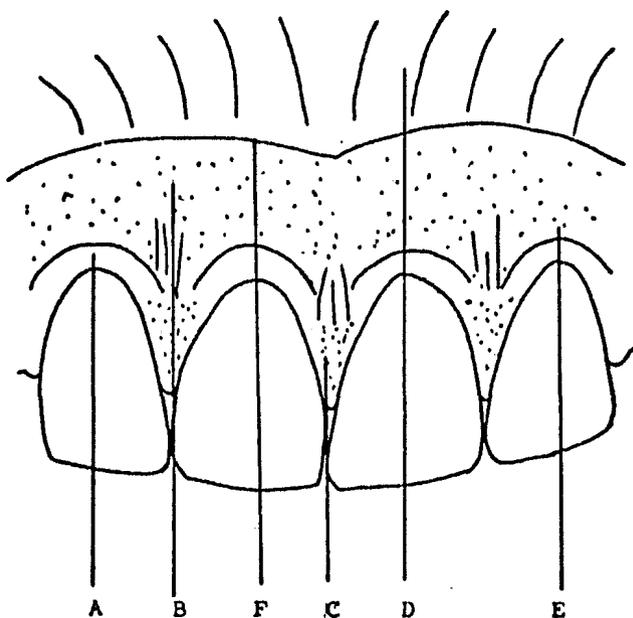


Fig. 2

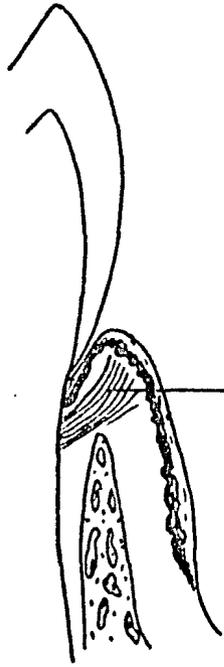
La encía está formada por dos tejidos: un epitelio que recubre y un conjuntivo, en el cual se encuentran los elementos necesarios para el desempeño de su función.

El epitelio es de tipo poliestratificado y se une al diente - por medio de la adherencia epitelial y los elementos que constituyen este epitelio son los desmosomas, éstos son el medio de - unión de las células coeliales.

El tejido conjuntivo, ricamente vascularizado, presenta una - gran cantidad de fibras de colágeno que hacen posible que la en-

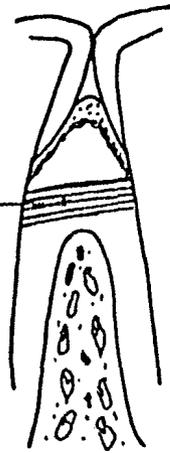
cía se mantenga firmemente en su lugar, soportando los esfuerzos de la masticación y uniéndola, tanto al diente, como al hueso alveolar. Estas fibras se encuentran arregladas en haces definidos y se les conoce con el nombre de FIBRAS GINGIVALES, LAS CUALES SE DIVIDEN EN 4 GRUPOS:

- 1.- GINGIVO DENTALES: se insertan en el cemento dentario y se abren como abanico, dirigiéndose hacia la cresta de la en cía libre y de la en cía adherida por debajo de la adheren cia epitelial y por encima de las fibras parodontales.
- 2.- TRANSEPTALES: se encuentran interproximalmente, formando haces horizontales que unen un diente con el diente vecino pasando por encima de la cresta alveolar, inmediatamente por debajo de la adherencia epitelial.
- 3.- CIRCULARES: se encuentran rodeando al diente en forma de anillo, exclusivamente en el tejido conjuntivo.
- 4.- GINGIVO OSEAS: son las que se implantan en el hueso alveolar por un lado y por el otro, en el conjuntivo de la en cía, cerca de la unión con el epitelio.



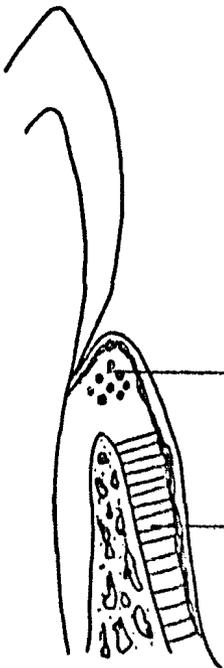
FIBRAS GINGIVO DENTALES

Fig. 3



FIBRAS TRANSEPTABLES

Fig. 4



FIBRAS CIRCULARES

FIBRAS GINGIVO-OSEAS

Fig. 5

Capítulo III

LIGAMENTO PARODONTAL

El ligamento parodontal es el tejido que rodea al diente en su porción radicular y se continúa con el tejido conjuntivo de la encía sin que exista una clara demarcación entre ellos.

Este tejido es la verdadera unión entre el diente y el hueso alveolar y además de mantener al diente en continua reformatión.

El ligamento parodontal es básicamente, tejido conjuntivo rico en fibras de colágeno y, por medio de las fibras, absorbe los esfuerzos de la masticación y de los movimientos parafuncionales, manteniendo al diente suspendido, sin permitirle tocar directamente al hueso, lo que ayuda a amortiguar las presiones que se ejerzan sobre los dientes.

El ligamento está situado en el espacio comprendido entre el hueso alveolar y el cemento dentario y está firmemente unido a ellos por fibras de colágeno y en su espesor contiene vasos y nervios que son los que dan el aporte sanguíneo y sensibilidad (propiocepción) a los dientes.

El grosor del ligamento varía en las distintas caras del diente, siendo más delgado en la cara mesial y más grueso en la cara distal. La parte más delgada se encuentra colocada a nivel del fulcro en cualquiera de las caras del diente.

El grosor del ligamento está en íntima relación con la función del diente. Cuando la función se reduce, el ligamento se adelgaza y cuando la función aumenta el ligamento se ensancha.

El ligamento parodontal es rico en elementos histológicos; lo que le permite desempeñar una multitud de funciones, necesarias para mantener el diente en su alveolo, librarlo de los traumatismos y tomar parte activa durante la masticación.

ENTRE ESTOS ELEMENTOS ENCONTRAMOS:

- 1.- FIBRAS PARODONTALES: Son fibras de colágeno de trayecto ondulado, ésto le da una propiedad elástica, ya que no lo son pero al hacer presión sobre ella, se estiran un poco. Estas fibras se insertan en el hueso alveolar y en el cemento del diente manteniéndolo firmemente unido.

Estas fibras están formadas por pequeñas fibrillas que se unen en grupos, para formar las más gruesas y éstas a los haces. Estas fibras le dan cierta movilidad al diente, pero este movimiento normal y fisiológico, no es detectable a simple vista.

LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL PUEDEN SER DIVIDIDAS EN 5 GRUPOS PRINCIPALES, QUE SON:

- a) FIBRAS TRANSEPTALES: Son las que se encuentran interproximalmente, uniendo a un diente con su vecino inmediato, o a

do raíces de un diente multiradicular, pasando por encima de la cresta alveolar.

También consideradas gingivales de acuerdo a su posición anatómica, pero se consideran parodontales por su función de mantener el diente en su lugar.

- b) FIBRAS CRESTOALVEOLARES: Estas se insertan en el cemento por debajo de la adherencia epitelial y se dirigen oblicuamente hasta la cresta alveolar.

Su función es soportar las cargas laterales del diente y ayudar a contrarrestar el empuje de las fibras apicales.

- c) FIBRAS HORIZONTALES: Se extienden perpendicularmente a la superficie dentaria y están situadas un poco más apicalmente, que las anteriores.

Su función es también como las anteriores, soportar las presiones laterales del diente.

- d) FIBRAS OBLICUAS: Es el grupo más numeroso. Se extienden oblicuamente, del hueso alveolar con una dirección apical hasta insertarse en el cemento dentario.

Su función es soportar las cargas, en sentido longitudinal al diente.

e) FIBRAS APICALES: Estas fibras solo se encuentran en las raíces completamente formadas. Se dirigen en forma irradiada del ápice al hueso alveolar.

Su función es la de proteger el ápice dentario y no permitirle acercarse al hueso, protegiendo así los vasos y nervios de esta porción.

2.- FIBROBLASTOS: Son células de tejido conjuntivo, pueden ser grandes, delgadas o en forma de estrella. Son las más numerosas y su función es producir fibras colágenas.

3.- CEMENTOBLASTOS: Son células que se derivan del tejido conjuntivo y se encuentran en la superficie del cemento.

Su función es la formación de cemento sobre la raíz, tanto en la erupción del diente, como después de que ésta ha terminado, engrosando lentamente la raíz dentaria.

4.- OSTEOBLASTOS: Células cuboidales, derivadas del tejido conjuntivo, que se encuentran a lo largo de la superficie del hueso, empotradas entre las fibras del ligamento.

Su función es la formación de hueso, debido a la erupción continua del diente o migraciones del mismo.

5.- OSTEOCLASTOS: Son células multinucleares que se derivan de

las células mesenquimatosas indiferenciadas del ligamento parodontal.

Su función es reabsorber hueso, están presentes durante toda la vida del hueso y aumentan cuando las presiones sobre el diente aumentan.

- 6.- RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ: Son remanentes de la vaina epitelial de Hertwig. Se encuentran inactivos, pero en condiciones patológicas, dan origen a masas quísticas o tumores de origen dentario.
- 7.- VASOS SANGUINEOS: Se localizan en el tejido intersticial, entre las fibras principales y su función es la de dar nutrición al ligamento.
- 8.- NERVIOS: La inervación, es muy abundante y sus elementos son receptores de dolor y propioceptores, que dan la sensación táctil.
- 9.- LINFATICOS: Se distribuyen igual que los nervios y vasos y su función es drenar el ligamento parodontal en dirección al hueso alveolar o hacia los nódulos linfáticos.
- 10.- ESPACIOS RESTANTES: Contienen básicamente, tejido conjuntivo el cual rodea las fibras, vasos y nervios y además contiene histiocitos, células mesenquimatosas indiferen-

ciadas y linfocitos.

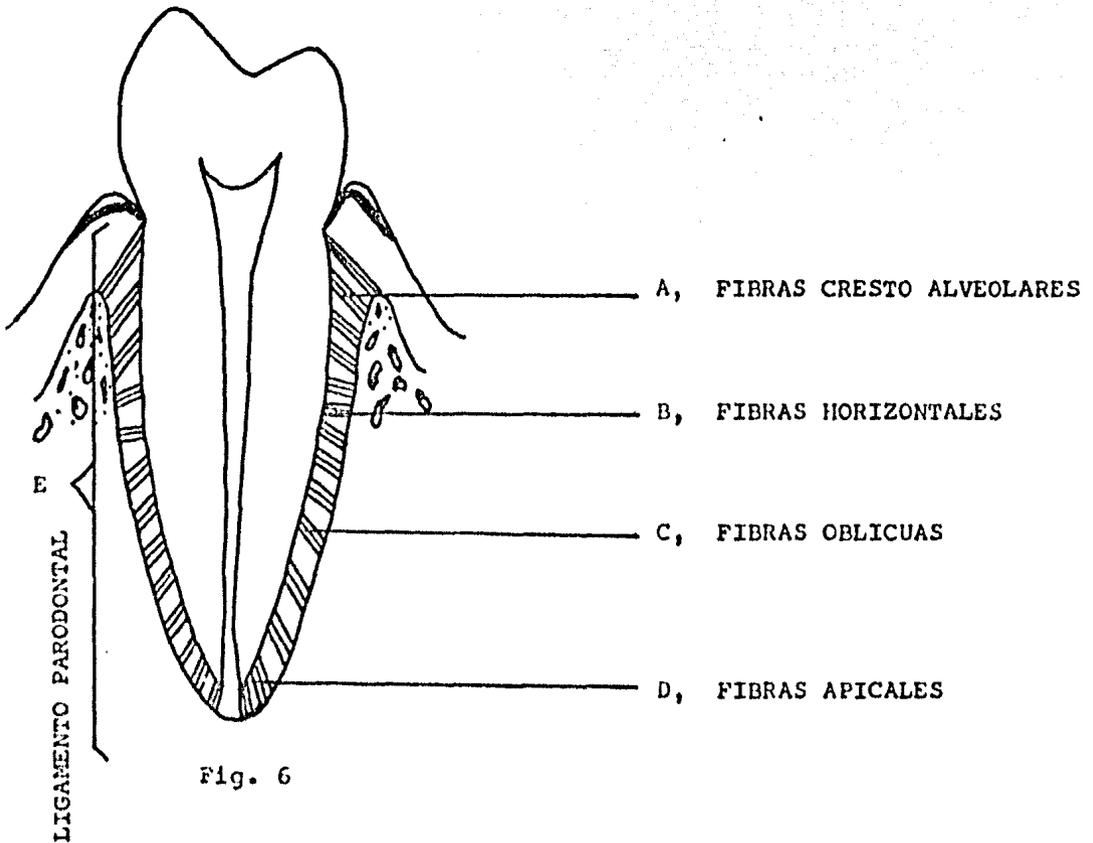


Fig. 6

FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL

I) FUNCION FORMATIVA: Está desempeñada por los osteoblastos, osteoclastos, cementoblastos y fibroblastos. Los tres primeros se encargan de reabsorber o depositar hueso o cemento, manteniendo una relación constante entre ellos y los fibroblastos,

forman fibras de colágeno del ligamento parodontal.

Esta función se realiza constantemente para mantener la salud dental hasta donde sea posible.

- II) FUNCION DE SOPORTE: Mantiene la relación del diente con otros tejidos vecinos a él, sosteniéndolo en su alveolo y absorbiendo la presión ejercida sobre los órganos dentarios. Durante la masticación, transmitiendo estas presiones en forma de tracción hacia el hueso por conducto de las fibras principales.
- III) FUNCION NUTRITIVA: Por la gran cantidad de anastomosis sanguíneas a todo lo largo del ligamento parodontal, ésta se encarga de asegurar el aporte nutricional al cemento, hueso y en ocasiones a la encía.
- IV) FUNCION SENSORIAL: Permite percepciones de dureza, al ser transmitida la presión o percusión sobre los dientes a los receptores del ligamento, dándonos noción de la fuerza o consistencia de lo que es prensado entre los dientes.

Un exceso de presión o estímulo en el parodonto, es registrado o reflejado como dolor.

La propiocepción del ligamento es la más importante porque influyen en gran parte en la masticación, fonación, deglución y en todos los movimientos parafuncionales y por ser la base de

todos los servomecanismos que constituyen los arcos reflejos.

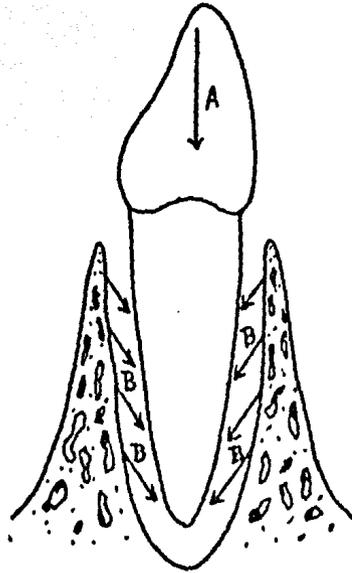


Fig. 7

EL DIENTE SE ENCUENTRA SUSPENDIDO GRACIAS AL LIGAMENTO PARODONTAL.

UNA FUERZA DE PRESION "A", SE TRANSFORMA EN UNA TRAC -
CION "B".

Capítulo IV

CEMENTO

El cemento es el tejido dentario calcificado que se deriva - del mesodermo y que cubre la raíz anatómica de los dientes.

Su principal función es la de soportar las fibras de colágeno del ligamento parodontal, con lo que asegura la inserción del diente al hueso alveolar.

El cemento es el más blando de los tejidos del diente y el - que tiene menor proporción de sales minerales, siendo más obscuro que el esmalte y casi del mismo color que la dentina. Pero es más duro que el hueso.

En la formación del diente, tan pronto como la dentina radicular se empieza a depositar en el molde que ha hecho la vaina de Hertwig, las células del tejido conjuntivo que se encuentran por fuera de esta vaina, empiezan a introducirse rompiendo la - continuidad de ésta y se acomodan sobre la superficie de la dentina, sobre la cual empiezan a depositar cemento que aumenta durante toda la vida del diente.

Las fibras del ligamento recientemente formadas, penetran entre los cementoblastos y al aumentar el grosor del cemento, que dan empotradas en él, fijando al diente.

El grosor del cemento varía considerablemente con la edad del individuo, siendo más gruesa en la porción del ápice, adelgazándose hacia la porción cervical, en la unión amelo-cementaria donde, esta unión puede efectuarse de 4 formas:

- 1.- Aquella en la cual el cemento sobrepasa y cubre parte del esmalte. Este caso se presenta en cerca del 60% de los dientes.
- 2.- Aquel en que el cemento y esmalte se unen en un punto apareciendo ambos como filo de cuchillo. Este caso se presenta en el 30% de los casos.
- 3.- Es aquel que cuando el epitelio de la vaina de Hertwig no se separa de la superficie dentinaria, no puede depositarse cemento, dejando un espacio entre el cemento y el esmalte. Este se presenta en un 5% de los casos.
- 4.- Es cuando la vaina epitelial permanece en el cuello del diente, después de haberse empezado a depositar el cemento por debajo de ella. Algunas de las células cercanas al órgano del esmalte y el epitelio interno a éste, se convierten en ameloblastos y continúan el esmalte de manera que cubre parte del cemento. Esto se presenta en un 5% de los casos.

Cuando la dentina queda desprotegida como en el caso "c", los órganos dentarios pueden presentar una sensibilidad exagerada.

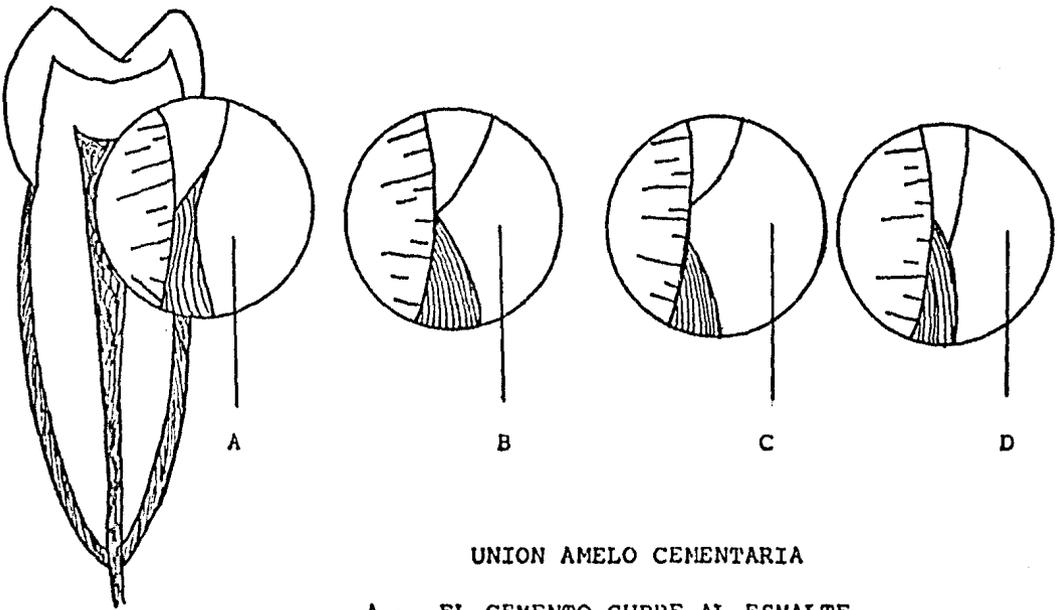


Fig. 8

UNION AMELO CEMENTARIA

- A.- EL CEMENTO CUBRE AL ESMALTE
- B.- SE UNEN EN UN PUNTO
- C.- SE ENCUENTRAN SEPARADOS
- D.- EL ESMALTE CUBRE AL CEMENTO

Los cementoblastos después de haber depositado unas capas de cemento, pueden quedar embebidas en él, recibiendo entonces el nombre de cementocitos y basándonos en este hecho podemos dividir al cemento en dos tipos:

- a) PRIMARIO O ACELULAR.- Su función y composición química es la misma, su única diferencia es la presencia o ausencia de cementocitos en su espesor.
- b) SECUNDARIO O CELULAR.-

En el cemento celular, los cementocitos pueden encontrarse en forma estrellada, con numerosos procesos citoplasmáticos uniéndose a

otras células pero también podemos encontrar células sin conexión, ni superficie donde las células se encuentran más profundas y muertas con sus lagunas vacías.

El cemento acelular, se encuentra en la porción adyacente a la dentina, desde la unión cemento-esmalte hasta el ápice.

Conforme aumentan las fuerzas de la masticación, los cementoblastos son estimulados para continuar su función formadora durante toda la vida, reabsorbiéndose en raras ocasiones.

El cemento al estar en formación continua, ayuda a la migración mesial y oclusal (erupción activa), de los dientes, evitando que el ligamento aumente de grosor en las partes donde ha migrado el diente.

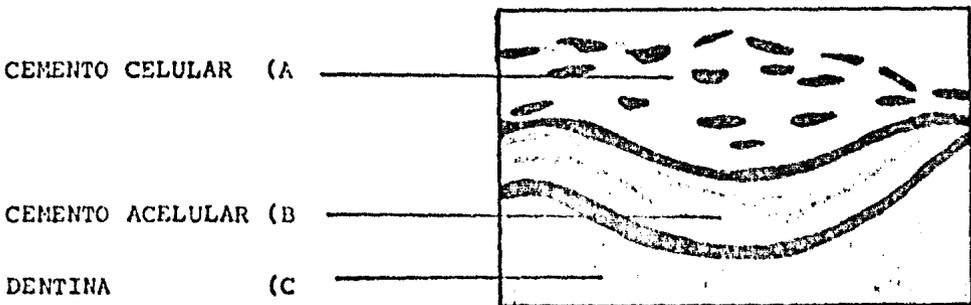


Fig. 9

FUNCIONES DEL CEMENTO

- 1.- Unión de las fibras del ligamento al diente donde se les de nomina fibras de Sharpev.
- 2.- Compensación de la pérdida de substancia dentaria debido al desgaste oclusal, al hacer que crezca el ápice del diente - (erupción activa).
- 3.- Por deposición continua, permite la erupción vertical y migración mesial.
- 4.- Reparación de fracturas, sellador de conducto radicular en dientes no vitales.
- 5.- Regula junto con el hueso, el grosor del ligamento parodontal.

Con lo anterior, tiene el cemento función formativa, reparativa, reguladora y unión.

Capítulo V

HUESO ALVEOLAR

El hueso es un tejido conjuntivo altamente especializado, cuya sustancia intersticial es rica en depósitos de sales de calcio; - está formado por una materia calcificada, donde se encuentran unos espacios colocados a distancias regulares, llamados lagunas oseas, que sirven de alojamiento a las células del hueso.

Los huesos de las arcadas dentarias se desarrollan, en la vida intrauterina, alrededor de los gérmenes dentarios, donde va creciendo y circundando los gérmenes y formando las porciones corticales, y las apófisis interdentarias y septa interradiculares. - Este crecimiento no termina hasta que el diente hace erupción.

Tanto el maxilar como la mandíbula pueden ser divididos en dos porciones: a) Hueso alveolar, b) El resto del hueso.

La única diferencia entre estos dos, es que el proceso alveolar tiene un elemento funcional adicional con relación al resto del hueso. Y que le sirve para dar soporte a los dientes. El hueso alveolar se define como la porción de los maxilares, en donde se encuentran los alveolos dentarios.

El osteoblasto es la célula formadora de hueso y da origen al osteocito. La función del osteoblasto es la de depositar polisa-

cáridos, formando la matriz ósea y grasas, proteínas y carbohidratos, para la formación de hueso.

Los depósitos minerales en el hueso, ocurren después de que el osteoblasto ha depositado los mucopolizacaridos. Estos depósitos minerales son principalmente: calcio y fósforo; con carbonatos de sodio, magnesio y fluor.

El hueso es un tejido muy plástico y sensible a los cambios de presión y tracción, quienes lo remodelan constantemente, pero cuando el hueso pierde sus sales minerales o cuando todavía no se depositan en él, recibe el nombre de osteoide.

Los osteoblastos al estar formando hueso, quedan incluidos - en él, reciben el nombre de osteocitos y son los que se encargan de mantener la función del hueso.

Los osteoblastos son células que están siempre balanceados - con los osteoclastos y se encargan de la función osteoclástica, que es la reabsorción de hueso para su remodelación, que tiene lugar constantemente tanto en el hueso compacto, como en el hueso con sistemas de Havers. Son pequeños canalículos lentamente agrandados por la actividad osteoclástica y cerrados por la actividad osteoblástica.

La mayor parte del hueso se encuentra dispuesta en sistemas de Havers, que consisten en capas concéntricas de hueso con osteocitos atrapados en él, manteniendo sus conexiones con otras

células a través de canalículos. Al centro se encuentra un conducto, el conducto de Havers, por el cual, corren vasos sanguíneos que nutren a todo el sistema.

EL HUESO REPRESENTA LA MAYOR RESERVA DE CALCIO DEL ORGANISMO Y MANTIENE LOS NIVELES DE EL EN SANGRE.

EL HUESO ALVEOLAR PUEDE SER DIVIDIDO EN TRES PARTES:

- 1.- LAMINA DURA O CRIOSEA: Es la pared del alveolo dentario, delgada y de hueso compacto, atravesado por multitud de canalículos por donde pasan los vasos y nervios. Es donde se conectan el hueso con el ligamento parodontal. La lámina dura se une a la lámina cortical en la cresta alveolar.
- 2.- LAMINA CORTICAL: Es la superficie interna y externa de los huesos maxilares. Es una porción de hueso delgado y compacto, siendo más delgado en el maxilar que en la mandíbula.
- 3.- HUESO DE SOPORTE: También conocido como hueso esponjoso y se localiza entre las dos láminas formando el cuerpo de los maxilares. Contiene numerosos espacios en todo su espesor, denominados espacios medulares donde se encuentra la médula ósea.

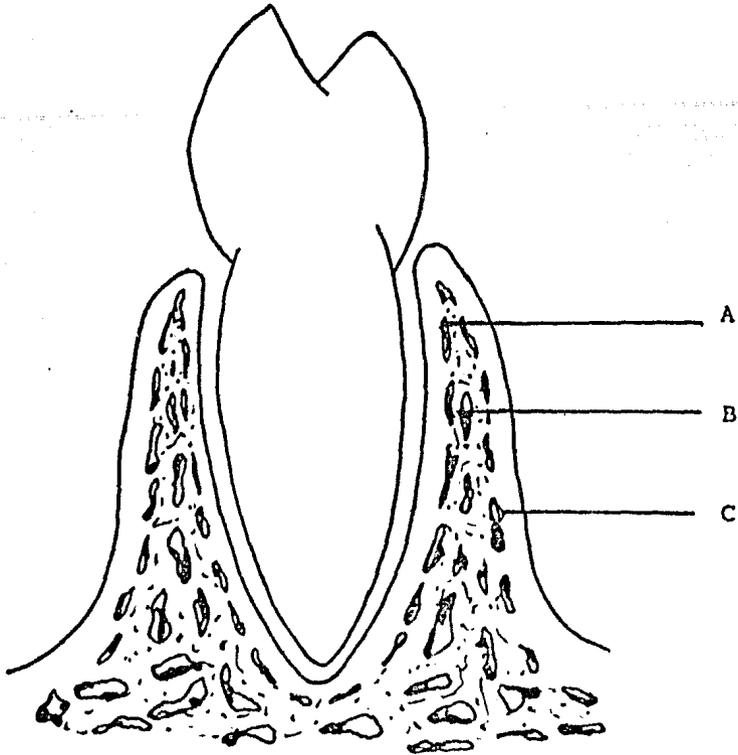


Fig. 10

- A - LAMINA DURA
- B - HUESO DE SOPORTE
- C - LAMINA CORTICAL

Capítulo VI

ENFERMEDAD PARODONTAL

Los trastornos patológicos que afectan los tejidos parodontales pueden presentar varias manifestaciones clínicas, dependiendo de su naturaleza, etiología y extensión.

De acuerdo a los tejidos involucrados, la división se basa en padecimientos que atacan solo la encía y padecimientos que involucran al resto del parodonto. Se hace esta división, porque los padecimientos que atacan la encía no ponen en peligro inmediato al soporte de los órganos dentarios; a diferencia del resto del parodonto, donde la destrucción llega a tejidos más profundos, con lo que siempre obtendremos secuelas permanentes, como la pérdida parcial de soporte.

De acuerdo a la naturaleza o tipo de padecimiento, que incluye desde etiología, manifestaciones clínicas, evolución y tratamiento, pueden clasificarse como: enfermedades inflamatorias, degenerativas o distróficas y mixtas.

Fig. 11

	INFLAMATORIAS	DISTROFICAS	MIXTAS
ENCIA	GINGIVITIS	GINGIVOSIS	-----
PARODONTO	PARODONTITIS SIMPLE	PARODONTOSIS	PARODONTITIS COMPLEJA

LA GINGIVITIS: Es una enfermedad inflamatoria, generalmente en la encía marginal, donde el color cambia a rojo más oscuro, el volumen aumenta principalmente en las papilas; la superficie pierde su punteado haciéndose lisa y brillante; existe también un exudado que fluye del crevice. El paciente observa sangrado al cepillado además de haber un acumulo de materia alba y placa dentobacteriana, mal sabor de boca y halitosis.

Si la gingivitis progresa a tejidos más profundos, principia la destrucción del ligamento parodontal y hueso adyacente, entonces recibe el nombre de parodontitis simple. La sintomatología es la misma que la gingivitis más la destrucción del ligamento y migración apical de la adherencia epitelial, lo que permite la aparición de bolsas parodontales.

Al hacerse más severa la enfermedad, aparecen síntomas como movilidad dentaria, supuración, migraciones y denudación por destrucción de los tejidos parodontales afectados.

LA GINGIVOSIS: Es una enfermedad distrófica que ataca la encía, (también conocida como gingivitis descamativa crónica), y se caracteriza por áreas circunscritas; generalmente en la encía adherida donde el epitelio es rechazado por el conjuntivo, terminando por desprenderse.

En el área afectada encontramos el tejido conjuntivo de la encía expuesto sin la protección del epitelio, el que se niega a crecer sobre el área.

Su etiología se desconoce, pero se cree que es un padecimiento autoinmunitario. Los pacientes con gingivosis pueden padecer al mismo tiempo gingivitis.

PARODONTOSIS: Es uno de los problemas parodontales que continúan sin solución y se caracteriza porque los dientes, principalmente los incisivos centrales inferiores y los primeros molares; principian a perder firmeza, hay migraciones y formación de diastemas.

Al paciente le resulta cada vez más difícil, masticar ya que el ligamento junto con el soporte del diente se va destruyendo. La encía se presenta con sus características normales. La etiología se desconoce por lo que es muy difícil la conservación de los órganos dentarios.

Cuando se presenta en un paciente una parodontitis simple y una parodontosis, el resultado es una destrucción casi total de los tejidos parodontales.

Al potencializarse los dos padecimientos, nos encontramos con una enfermedad de tipo inflamatorio que se conoce como parodontitis compleja. Su sintomatología es la misma que la de la parodontitis simple, pero más exacerbada. Hay bolsas parodontales de más de 6 mm, movilidad dentaria de grado 3, supuración, migraciones severas y destrucción ósea hasta el tercio apical. Su pronóstico es muy pobre.

Capítulo VII

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL DE TIPO INFLAMATORIO

Para poder administrar una terapéutica adecuada, es necesario conocer las manifestaciones clínicas, desviaciones de la normalidad y su etiología.

El paso más importante en el tratamiento de la enfermedad parodontal, es la remoción de su etiología.

La enfermedad parodontal inflamatoria es la destrucción de los tejidos de soporte del diente, del margen gingival hacia apical- y sus factores etiológicos se dividen en: a) Locales, b) Generales:

- a) LOCALES: Son aquellos que se encuentran en íntimo contacto con los dientes y las estructuras de soporte.
- b) GENERALES: También llamados sistémicos y son los que están en relación con la salud general y el metabolismo del paciente.

FACTORES ETIOLOGICOS LOCALES:

- 1.- DEPOSITOS SOBRE LOS DIENTES: Estos se refieren al sarro, materia alba y placa dentobacteriana.

- 2.- MASTICACION UNILATERAL: Causado probablemente por un desequilibrio oclusal o dolor en los dientes, ya sea por caries, - exodoncias, etc.

El lado de la boca que está funcionando mantiene sus dientes limpios y la encía estimulada. Del lado en desuso general - mente se encuentran acumulos de sarro, hay pérdida de tono - tisular con tendencia a la inflamación y dabilidad del soporte parodontal.

- 3.- IRRITANTES MECANICOS: Pueden ser los márgenes abiertos o sobrados de una restauración, aparatos ortodónticos mal colocados, coronas o prótesis mal ajustadas. Estos irritantes hacen que la encía responda con una inflamación localizada y - resorción de la cresta ósea.

Estos factores se les denomina iatrogénicos en lo relativo a la prótesis, operatoria, endodoncia y ortodoncia; debido al tipo de materiales restauradores utilizados, por las presiones y desgastes oclusales, que pueden irritar los márgenes-gingivales provocando inflamación.

La ortodoncia puede favorecer el acumulo de alimentos entre las bandas y la encía, además de provocar reabsorción ósea,- radicular y movilidad dentaria.

- 4.- IMPACTO DE ALIMENTOS: Existen dos tipos de impacto de alimen

tos:

- 1.- HORIZONTAL: Es el empaquetamiento de comida y detritus - entre los órganos dentarios, por la acción mecánica de - las mejillas y lengua.

- 2.- VERTICAL: Es el impacto de comida entre dos dientes, debido a presiones oclusales durante la masticación.

- 5.- DJETA NO DETERGENTE: Esta tiende a adherirse sobre los dientes e interfiere con el proceso de autoclisis de la cavidad oral, siendo difícil su remoción.

- 6.- FALTA DE ESTIMULO GINGIVAL: El flujo sanguíneo disminuye y la sangre se estanca favoreciendo a los irritantes locales porque los tejidos se hacen más susceptibles a ellos.

- 7.- HABITOS OCLUSALES ANORMALES: Al distribuir en forma desigual las fuerzas de la masticación, producen áreas de hiperfunción y áreas de hipofunción, siendo ambas de gran importancia para la producción de enfermedad parodontal.

Estos hábitos son automáticos y el paciente no se percata de ellos y entre los más comunes se encuentra, el colocar cuerpos extraños entre las arcadas, triturándolos continuamente, como son: lápices, uñas, alambres, palillos, etc. Otro hábito es el bruxismo, siendo éste muy destructivo.

8.- MAL USO DEL CEPILLO DENTAL: Causa abrasiones vestibulares, -
falta de estímulo gingival, irritación y recesión de los te-
jidos gingivales debido a que no se lleva una técnica adecua
da del cepillado dental.

9.- OTROS FACTORES: ANATOMIA DE LOS DIENTES, FUNCION OCLUSAL, -
FACTORES MICROBIANOS, IRRITANTES QUIMICOS.

FACTORES ETIOLOGICOS SISTEMICOS:

1.- MALA NUTRICION: Dieta pobre en proteínas y excedida en carbo
hidratos, hace que el paciente padezca deficiencias nutricio
nales responsables de una baja de resistencia de los tejidos.

2.- DIETA: Puede influir localmente produciendo presiones exage-
radas si el alimento es muy duro o fibroso y falta de estímulo
si el alimento es muy blanco. Por otro lado, puede influir
nutricionalmente por la calidad, cantidad y balance de los
alimentos.

3.- DISCRASIAS SANGUINEAS: Muestran alteraciones de los tejidos
orales y parodontales en la medida de que éstos transtornos
alteran las relaciones celulares normales, interfiriendo éstas
con el metabolismo y la función normal de los tejidos -
afectados.

4.- ALERGIAS: Tanto generales como por contacto, pueden variar -

el cuadro gingival en la medida de la severidad de las manifestaciones locales.

- 5.- DROGAS: Producen una alteración en la función del tejido conjuntivo de la encía.
- 6.- RADIACION: En altas dosis produce eritema con descamación de células epiteliales dejando el área desnuda, presentan también serostomia y una baja del p^h salival, que provoca la destrucción del material del diente y si la radiación es mayor puede producir osteoporosis y necrosis en las áreas expuestas.
- 7.- FACTORES PSICOGENICOS: Hábitos anormales y bruxismo, saliva espesa y descalcificación dentaria.

Capítulo VIII

DEPOSITOS SOBRE LOS DIENTES

Estos depósitos se pueden clasificar de la siguiente manera:

- a) Película Adquirida.
- b) Placa Dentobacteriana.
- c) Sarro o Tartaro.
- d) Detritus de Alimentos.
- e) Materia Alba.

- a) PELICULA ADQUIRIDA: Se observa como un depósito en forma de -
cutícula, libre de bacterias, de grosor de 0.1 a 0.8 micras,
que requiere al rededor de una semana para su formación.

Se observa principalmente en el tercio gingival de los anteriores
superiores y está formada primordialmente por proteínas -
resistentes a la hidrólisis; es de color café o gris translú-
cido y puede ser removida con abrasivos. Juega un papel muy
importante en la formación de la placa dentobacteriana, ya -
que le proporciona un medio donde puede fijarse y proliferar.

- b) PLACA DENTOBACTERIANA: Ha recibido gran atención, como produc-
tora de diversas patologías, que van desde la caries dental,
hasta la inflamación gingival.

Es densa, consiste en una masa coherente de microorganismos tales como: cocos, bastones y espirilos y que se acumula sobre la superficie de los dientes, que no tienen adecuada limpieza.

Su origen es el crecimiento bacteriano en áreas sin limpieza, tiene potencialidad de desmineralizar al esmalte por las toxinas que producen los microorganismos; produciendo caries o bien fijarse en el tejido blando, agravando o provocando una inflamación gingival que posteriormente puede llegar a ser una enfermedad parodontal.

Es el factor etiológico más importante en la producción de la mayoría de las enfermedades parodontales.

La placa dental puede ser removida por el cepillado y un abrasivo suave.

Su formación es alrededor de tres semanas y puede ser supragingival o subgingival; donde la supragingival está formada por bacterias GRAM positivas, principalmente estreptococos y la otra por GRAM negativos.

La composición de la placa varía de persona a persona; de área a área de la misma boca; de una cara de un diente a otra y de la región supragingival a la subgingival en la misma cara del diente.

Para que la placa pueda producir enfermedad, es necesario que cumpla ciertos requisitos:

- 1.- Que contenga suficientes microorganismos de suficiente patogenicidad.
- 2.- Que la placa patógena, se encuentre en contacto directo con la encía.
- 3.- Que el medio donde se desarrolla sea apropiado para ella.
- 4.- Que la composición no favorezca la inhibición de unos microorganismos por otros, ni de sus productos.
- 5.- El huésped debe ser susceptible a contraer la enfermedad, reaccionando con inflamación, fácilmente, a los estímulos de la placa.

La placa es de color ligeramente amarillento y translúcido, no se distingue a simple vista, pero puede ser visualizada cuando es teñida con azul de metileno o fucina.

c) SARRO O TARTARO: El término tartaro significa sedimento. El sarro es el resultado de la mineralización de la placa dental bacteriana, sin embargo, es posible encontrar depósitos minerales libres de gérmenes.

Los mayores acumulos se encuentran supragingivalmente, cerca -

de la desembocadura de los conductos salivales, en la porción vestibular de los molares superiores y por la zona lingual de los insisivos inferiores.

En su forma madura, consiste en una matriz orgánica impregnada en un 70 a 90% de sales inorgánicas, primordialmente, calcio y fosfatos que pueden estar en forma cristalina.

Se han descrito dos tipos de depósitos:

a) Los Supragingivales.

b) Los Infragingivales.

Los dos son del mismo tipo y composición, solo que el segundo es más duro y adherido a la superficie dental del primero.

La fuente de los minerales que se depositan en el sarro, ha sido relacionado con la saliva y el suero, primordialmente con ayuda del fluido gingival.

d) DETRITUS DE ALIMENTOS: Estos son simplemente restos de comida retenidos en la boca. Son de escasa importancia, ya que pueden ser removidos con relativa facilidad y solo en casos especiales quedan retenidos entre los dientes.

Su importancia en la enfermedad parodontal, es que actúan primeramente como una cuña, separando a los dientes y comprimendo a la papila interdental. Además de permitir el acumulo de

bacterias que agravan una posible situación patológica ya existente.

e) MATERIA ALBA: Es una mezcla blanca y blanda de proteínas salivales, bacterias, células epiteliales descamadas y leucocitos en desintegración, que se adhieren a la superficie de los dientes, placa dentobacteriana o encía.

No tiene una arquitectura específica y puede ser removida con un cepillo dental y abrasivos suaves.

Su potencial tóxico es desconocido.

Capítulo IX

BOLSAS PARODONTALES

La bolsa parodontal es el signo característico de una parodontitis y es la consecuencia de la extensión de la inflamación gingival a tejidos más profundos.

La adherencia epitelial migra a más apicalmente y da lugar a un crevice patológicamente agrandado.

Conforme la adherencia epitelial migra hacia apical, el epitelio crevicular sufre alteraciones progresivamente y conforme aumenta la inflamación y la profundización del surco; aparecen prolongaciones dactilares, adelgazándose algunas áreas del epitelio y colectando en el surco materiales extraños que aumentan la irritación.

Este surco gingival, que por la enfermedad presenta profundidad mayor que lo normal; ateración del epitelio en sus paredes, microabscesos y ulceraciones con salida continua de exudados y supuración, recibe el nombre de Bolsa Parodontal.

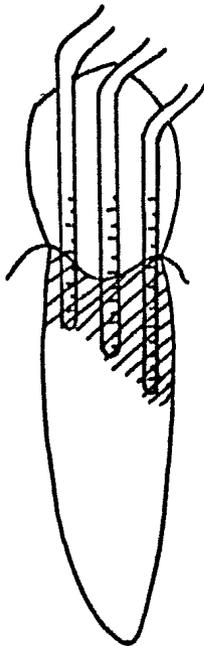
Cuando el hueso se ha empezado a destruir y la adherencia epitelial se hace más apical, en la raíz se puede observar que el cemento expuesto muestra lugares con descalcificaciones en el fondo de la bolsa. La adherencia epitelial presenta dos formas diferentes; una superficial con signos de irritación y otra - -

basal o profunda con células normales.

El edema que se produce por la inflamación y la desorganización de las fibras gingivales, favorecen al aumento de volumen de la encía con superficie lisa y brillante.

La hiperemia y la cianosis son las responsables de su color azulado. La desorganización de las fibras que están por debajo de la adherencia epitelial, permite la migración apical y con éllo aumentar la profundidad de la bolsa.

Cuando el surco gingival es mayor de 2 mm de profundidad, habrá una bolsa parodontal en esa zona.



BOLSA PARODONTAL

MÁS DE 2 mm.

Fig. 12

LAS BOLSAS PARODONTALES SE DIVIDEN: (Según sus manifestaciones clínicas, extensión y localización, tomando como base el lugar donde se encuentra la adherencia epitelial y las relaciones de ésta con sus estructuras vecinas) en:

1.- DE ACUERDO A SU LOCALIZACION SOBRE EL DIENTE.

- a) VIRTUALES O PSEUDOBOLSAS.- La profundidad del surco ha sido aumentado exclusivamente por el crecimiento de la encía quedando la adherencia epitelial en su lugar y la destrucción no invade el ligamento parodontal.

- b) VERDADERAS.- Donde presuponen desorganización de fibras del ligamento, destrucción más cervical de la cresta ósea y profundización de la adherencia epitelial.

Estas bolsas se dividen, atendiendo al número de caras del diente afectadas y la dirección que presenta, en:

- I.- SIMPLES: Abarcan una cara del diente.
- II.- COMPUESTA: Abarcan dos caras del diente.
- III.- COMPLEJA O TORTUOSA: Abarcan varias caras del diente y su trayecto es ondulado y generalmente principian en una cara y terminan en otra.

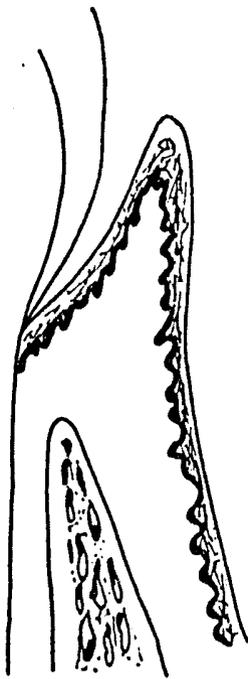


Fig. 13

PSEUDO BOLSA

BOLSAS

VERDADERAS

A - SIMPLE

B - COMPUESTA

C - TORTUOSA

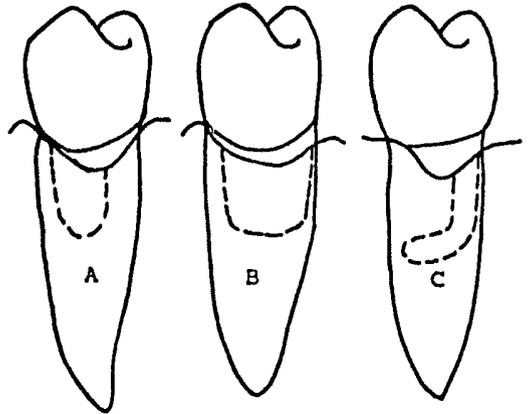


Fig. 14

2.- DE ACUERDO A SU POSICION CON RESPECTO AL HUESO ALVEOLAR:

a) SUPRAOSEAS: La adherencia epitelial se encuentra colocada oclusalmente con relación a la cresta adyacente.

b) INFRAOSEAS: La adherencia epitelial se encuentra más apicalmente que el hueso.

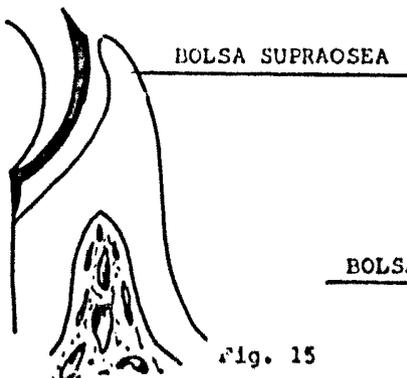


Fig. 15

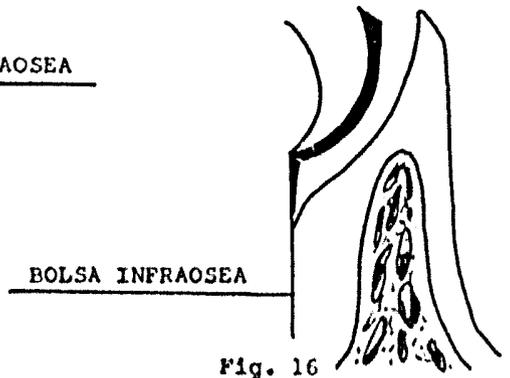


Fig. 16

Todos los tipos de bolsas pueden estar presentes en una misma boca al mismo tiempo y aún cada diente puede presentar diferentes tipos de bolsas en sus diferentes caras.

Su tratamiento es a base de gingivectomía o curetaje.

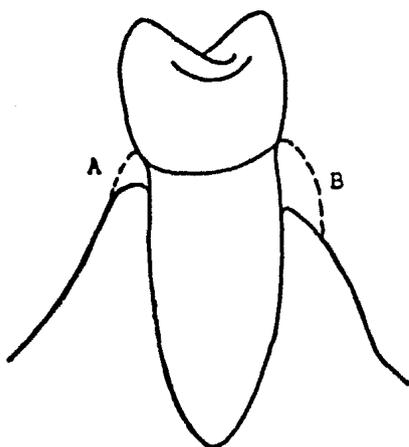


Fig. 17

A - CICATRIZACION Y PERDIDA DE TEJIDO DESPUES DE UN CURETAJE.

B - DESPUES DE UNA GINGIVECTOMIA.

Capítulo X

ABSCESO PARODONTAL

Los abscesos parodontales, son colecciones de material purulento que se encuentran circunscritas en los tejidos de soporte del diente, sin involucrar necesariamente, la integridad pulpar.

LOS ABSCESOS APICALES: Son consecuencia de un problema que penetró a través de la corona dentaria.

LOS ABSCESOS GINGIVALES Y PARODONTALES: Tienen como origen los tejidos blandos que circundan al diente.

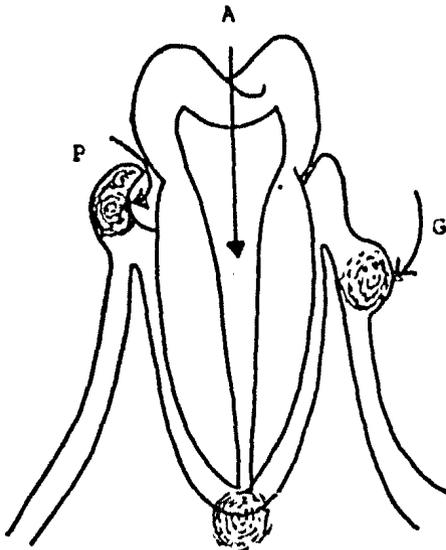


Fig. 18

VIAS DE PENETRACION DE LOS ABSCESOS:

- A. APICAL
- P. PARODONTAL
- G. GINGIVAL

ABSCESO GINGIVAL:

Cuando se produce un traumatismo en la encía y se rompe la continuidad del epitelio, bien sea, por el uso de objetos extraños como el palillo de dientes o por malas manipulaciones dentales. Se pueden introducir bacterias en el tejido conjuntivo, desarrollándose con esto una reacción en él; localizada superficial y clínicamente su apariencia es de una inflamación circunscrita a la porción de la encía que recibe el traumatismo, es de volumen pequeño y existe enrojecimiento en la encía.

Cuando las bacterias entran en los tejidos, se crea una barrera formada por leucocitos, encontrándose un bloqueo del lugar debido a la trombosis y el desarrollo de una red de fibrina alrededor de esa zona.

Este tipo de proceso, rara vez ataca a tejidos más profundos por ser una infección leve que puede ser controlada a corto plazo, por las defensas naturales del organismo y desaparece sin dejar secuelas.

Es de evolución rápida y puede comprimir la zona afectada, con presencia de dolor y la tumefacción crece rápidamente.

La sintomatología desaparece rápidamente, cuando con un curetaje cuidadoso de la zona, es retirado el cuerpo extraño atrapado en el surco.

En caso de que la colección purulenta sea grande, se requerirá de una incisión que permita el drenaje del material purulento. Esta incisión se hará en la porción más alta de la tumefacción y siempre con una dirección horizontal.

ABSCEJO PARODONTAL:

Se presenta sobre una de las paredes del diente y se forma en relación a una bolsa parodontal angosta, tortuosa, profunda y estrecha; la cual por medios mecánicos sufre una obliteración en su porción más coronal, bien sea por algún cuerpo extraño atrapado en la entrada de la bolsa o por una exasercación de la inflamación gingival que comprime y cierra la bolsa parodontal.

Esta bolsa contiene ahora una gran cantidad de irritantes, detritus y bacterias que proliferan en ellas y no pueden salir hacia la cavidad oral. Son capaces al aumentar su número, de invadir el tejido conjuntivo a través de las soluciones de continuidad del epitelio.

El absceso parodontal es una verdadera infección gingival y puede presentarse abarcando varios dientes; en extensión, distender al carrillo con manifestaciones de asimetría facial e infarto ganglionar.

Este absceso puede presentarse en dos formas:

a) AGUDO, b) CRONICO.

AGUDO:

La manifestación aguda, puede presentarse desde una tumefacción circunscrita hasta una invasión grande de la región con manifestaciones extraorales y linfadenitis. El dolor es sordo, localizado y constante y se modifica con la percusión, palpación o masticación y no se modifica con cambios de temperatura.

En la mayor parte de los casos, cuando el absceso está localizado, es posible ver una pequeña tumefacción circunscrita o nivel de tercio medio del diente o en la porción interproximal; pero esta tumefacción cuando no está circunscrita puede abarcar varios dientes.

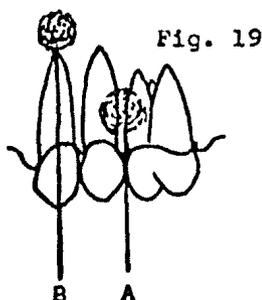
Radiográficamente, es posible observar desde un ligero engrosamiento del ligamento parodontal, hasta una destrucción ósea circunscrita sobre una de las paredes del diente.

Si se sospecha de un absceso parodontal, hay que hacer un sondeo suave y cuidadoso alrededor del diente, para encontrar la entrada de la bolsa que le dio origen.

Si el absceso parodontal agudo continúa su curso, puede establecerse el drenaje espontáneo; bien sea a través de la bolsa al disminuir la inflamación que la está cerrando o bien por la formación de una fístula que descarga el material purulento acumulado, con lo que pasa a un nuevo estadio, conocido como absceso parodontal crónico.

CRONICO:

Este absceso se encuentra generalmente sin sintomatología. El paciente no se da cuenta de la presencia de este problema, ya que desaparece el dolor y la tumefacción, quedando sólo una cavidad entre la encía y el diente; de donde es posible extraer - exudado purulento por presión digital sobre el tejido, o bien, existe la presencia de una fístula.



LOS ABSCESOS PARODONTALES SE LOCALIZAN A NIVEL DE TERCIO MEDIO DE LA RAIZ Y CON FRECUENCIA EN EL ESPACIO INTERPROXIMAL:

- A. ABSCESO PARODONTAL
- B. ABSCESO PERIAPICAL

TRATAMIENTO:

El tratamiento del absceso parodontal agudo, debe estar encaminado a volverlo crónico, para localizar la afección y obtener una remoción de la sintomatología. Esto se logra al establecer un drenaje, de preferencia por la bolsa misma; con una cureta que remueve el material que obstruye la entrada de la bolsa y si és to no es posible porque la bolsa sea demasiado angosta o tortuo

sa, habrá que hacer una incisión a un lado del problema y desde ella se desprende el tejido hasta el área afectada, para que la descarga se efectúe a través de tejido sano.

La administración de antibióticos o de cualquier otro antimicrobiano, estará indicada solo si el paciente muestra síntomas de malestar general y fiebre.

El absceso parodontal crónico, se trata por medio de un colgajo, curetaje o de cualquier tipo de procedimiento en ojal, que permita el acceso al área afectada para remover los depósitos de sarro sobre el diente; eliminar el epitelio de la bolsa, el tejido granulomatoso y favorecer la reinserción del tejido sobre la pared del diente.

Capítulo XI

GINGIVITIS ULCERATIVA NECROSANTE

Entre el grupo de las inflamaciones gingivales, la gingivitis ulcerativa necrosante difiere de las demás, en cuanto a etiología, manifestaciones, curso y duración.

En ésta el dolor es muy agudo, continuo y exacerbado; su curso es de algunos días, produce destrucciones rápidas, verdaderas necrosis de áreas circunscritas, primordialmente papilas interdentarias y capuchones de dientes en erupción. Además, produce sialorrea, sangrado espontáneo, sabor metálico y presión en el ligamento parodontal; que da al paciente la sensación de tener cuñas entre los dientes y de que éstos son cuerpos extraños en su boca.

Se le atribuyen como factores etiológicos a dos microorganismos: el fusobacterium plautivincenti y la borrelia vincenti.

Existen dos formas de esta enfermedad: Aguda y Crónica:

La que tiene más importancia es la aguda, siendo de muy corta duración, de sintomatología muy molesta para el paciente y de grandes destrucciones por necrosis.

El dolor gingival es intenso y espontáneo, necrosis de la pa-

pila interdental con formación de úlceras y pseudo membranas de color gris, que en algunos casos, va acompañada de fiebre y malestar general.

La pseudo membrana cubre las lesiones como una malla fibrosa que contiene conglomerados de material purulento necrosado, bacterias, células epiteliales y varios elementos sanguíneos.

Las úlceras, representan lugares ideales para el crecimiento bacteriano, especialmente en las áreas de necrosis donde pueden multiplicarse el *fusobacterium vincenti* y la *borreliavinenti*.

La necrosis al avanzar y horadar los vasos, puede permitir la entrada de los microorganismos presentes en las úlceras, con lo cual, el caso se puede complicar con una toxemia o bacteremia, que da una sintomatología de malestar general y fiebre.

Las lesiones se encuentran más comúnmente, en la porción anterior de la encía inferior y aun más por vestibular.

Los pacientes generalmente, presentan mala higiene oral, no sólomente en el período agudo de la enfermedad debido al dolor, sino desde antes de la instalación del problema.

ETIOLOGIA:

FACTORES ETIOLOGICOS LOCALES:

Depósitos de sarro, márgenes sobrados y mala higiene oral, deficiencias nutricionales, -
disturbios metabólicos, agotamiento físico y tensiones -

FACTORES ETIOLOGICOS SISTEMICOS:

emocionales. Siendo éste último, el que parece ser de mayor importancia en la producción de esta enfermedad.

Los factores locales influyen irritando continuamente el tejido, favoreciendo la aparición de la enfermedad.

Los factores sistémicos, bajan la resistencia de los tejidos a los agresores.

TRATAMIENTO:

Es la remoción de los síntomas agudos y posteriormente la ejecución del tratamiento parodontal convencional.

El tratamiento local se ejecuta diariamente mientras persisten los síntomas agudos y se desarrollará de la siguiente manera:

- 1.- Limpieza suave de los tejidos gingivales con chorro de -
auga y con una torunda de algodón para eliminar el teji-
do necrosado y los acumulos superficiales.
- 2.- Detartraje de las superficies visibles, evitando lesionar
el tejido blando.
- 3.- Limpieza de las superficies dentarias con procedimientos
suaves, para eliminar detritus y la placa dental.

4.- Detartraje de las porciones subgingivales y cuando los -
síntomas hayan disminuído, se principia al tratamiento -
parodontal convencional.

El paciente debe empezar tan pronto como le sea posible, con
un cepillo blando mantener el área limpia. Se deben evitar las
comidas con especias, muy calientes, el alcohol y el cigarro. -
Deben descansar sino les es posible dormir.

La dieta debe ser revisada, insistiendo en la necesidad de -
una buena ingestión de alimentos.

Capítulo XII

GINGIVOSIS Y PARODONTOSIS

GINGIVOSIS:

Es una enfermedad degenerativa, que ataca al tejido gingival exclusivamente, cuya etiología es desconocida.

Generalmente, los márgenes gingivales son de color rosa coral sin presencia de bolsas parodontales, ni exudado; se observa que es más frecuente en el sexo femenino. Se localiza en la encía - sin atacar ningún otro tejido del parodonto.

Se ha creído que su etiología está relacionada con alguno de los estados carenciales, proteínicos o vitamínicos, o con desajustes hormonales.

Se caracteriza por pequeñas áreas de epitelio, sobre todo, en la encía adherida que al dejar la zona del tejido conjuntivo descubierta y expuesta al medio bucal, da una sintomatología dolorosa.

Se presenta como una o varias zonas pequeñas eritematosas en la encía adherida o marginal, con superficie lisa y blanda con sensación de sequedad y ardor en toda la boca.

Las zonas afectadas pueden reepitelizarse y hay ocasiones en que la enfermedad desaparece sin dejar secuelas, ni conocerse - la razón de esta remisión espontánea.

La incidencia de esta afección es muy baja y la gravedad de las lesiones y extensión son variables y pueden infectarse en forma secundaria; lo que exacerba el dolor que normalmente es bastante agudo.

Se han propuesto varios tipos de tratamiento, desde dietas ricas en proteínas y vitaminas, terapéutica hormonal hasta aplicaciones tópicas de ungentos con estrógenos en ambos sexos. Todos estos tratamientos han sido efectivos en algunos casos e inútiles en otros.

Se ha llegado a recomendar, ya que la enfermedad puede curar espontáneamente, el uso de pomada simple sobre las lesiones para que las proteja del medio ambiente y esperar tratando de controlar el estado general del paciente, lo más posible, y que el caso mejore con el tiempo.

PARODONTOSIS:

Es una enfermedad ideopática que ataca al parodonto, difícil de comprender y controlar.

Su aparición no puede predecirse, presentándose a veces sin

antecedentes familiares y en algunos casos, atacando a varios - miembros de la familia.

Se ha creído que está asociado con algún trastorno sistémico que interfiere con la nutrición local del tejido.

Es una enfermedad degenerativa de los tejidos de sostén del diente, que se presenta en ambos sexos en la segunda y tercera década de la vida.

Los signos y síntomas de este padecimiento, incluyen el aflojamiento y migración de los dientes, la formación de diastemas y la tendencia a acrecentarse la mala posición dentaria. No - existe la inflamación gingival, ni formación de bolsas parodontales.

Su primera manifestación es una destrucción ósea vertical marcada, movilidad dentaria y migración hacia vestibular o proximal de los dientes afectados, siendo éstos exclusivamente los incisivos centrales y los primeros molares. El resto de la dentición muestra ausencia de patología tanto clínica como radiográficamente.

Posteriormente, al avanzar el caso, la destrucción ósea, la - movilidad y la migración dentaria; se hace manifiesta en áreas - vecinas a las priméramente afectadas.

La última etapa se alcanza cuando se generaliza la destrucción del hueso de soporte a todos los órganos dentarios. Se observa radiográficamente como una destrucción ósea horizontal al unirse todas las destrucciones verticales, presentando ahora una gran movilidad de todos los dientes y migraciones. Principalmente hacia vestibulas, mostrando diastemas en casi todos los espacios.

La destrucción ósea vertical presenta dos características:

- 1) Ataca primero los centrales y los primeros molares.
- 2) La destrucción es en forma de arco, más frecuente en la raíz mesial.

La enfermedad principia con una degeneración destrucción y lisis de las fibras del ligamento parodontal a cualquier altura.

Esta destrucción tiene su asiento en el plexo intermedio del ligamento parodontal, dejando las fibras principales que de él parten al cemento y hueso, sin el apoyo necesario.

El estímulo fisiológico que el ligamento parodontal representa para el hueso, cesa al desaparecer las presiones y tensiones que sobre él debe transmitir el ligamento. Lo que favorece a la destrucción ósea a lo largo del ligamento parodontal sin lle

gar hasta la encía, dando así una imagen de destrucción vertical.

Los dientes al perder así su soporte, se aflojan cediendo a las presiones de la oclusión o de los tejidos musculares. Y si esta destrucción es en una sola cara del diente, las fibras principales del ligamento parodontal del lado opuesto, tirarán del diente hasta llevarlo fuera de su lugar favoreciendo la formación de diastemas.

Esta enfermedad se forma completamente independiente de la inflamación gingival, porque no afecta la encía marginal, ni la adherencia epitelial. Por lo que, la movilidad dentaria y la destrucción ósea se presentan sin formación de bolsas parodontales, ni grandes acumulos de irritantes locales.

La etiología de la parodontitis es desconocida, también el tratamiento, ya que la destrucción continuará irremisiblemente hasta que el paciente pierda todos los dientes.

Lo único que se puede hacer en favor del paciente, es tratar de conservar los dientes por todos los medios el mayor tiempo posible y se logra manteniendo el caso libre de irritantes locales y de inflamación gingival; para evitar que el caso avance más rápidamente al formarse bolsas parodontales.

La reposición de los dientes ausentes, debe hacerse en forma mucosoportada exclusivamente, para evitar mayores trastornos.

Capítulo XIII

DETARTRAJE Y CURETAJE

DETARTRAJE:

Es el procedimiento mediante el cual, se retiran los depósitos de sarro o tartaro de la superficie de los dientes.

Es también, la técnica básica del tratamiento parodontal, que asegura la limpieza de las superficies radiculares, eliminando los depósitos calcificados y los detritus en las áreas, tanto supra como subgingivales de los dientes.

En el detartraje se debe tener especial cuidado con los pacientes que presentan trastornos de cicatrización, discrasias sanguíneas, endocarditis bacteriana, etc. Porque produce pequeños desgarres y laceraciones en los tejidos blandos; lo que es fuente de hemorragias y existe también, el peligro de producir bacteremias transitorias.

Recientemente han aparecido en el mercado, instrumentos mecánicos que accionados con el torno dental o con ultrasonido, ayudan a la remoción del sarro. Pero, los mejores resultados se logran con el uso de instrumentos de mano, llamados escariodontos.

Los escariodontos constan de tres partes: 1) MANGO, 2) CUELLO y 3) HOJA DE TRABAJO O PARTE ACTIVA.

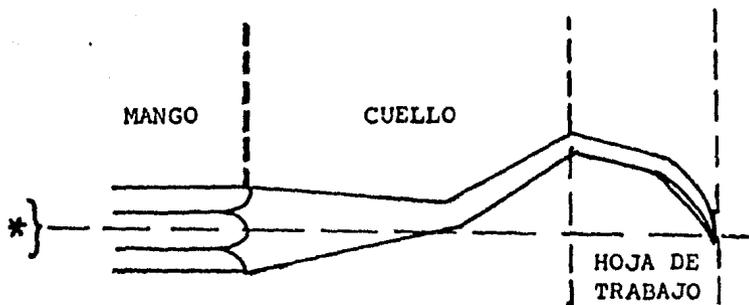


Fig. 20

•La hoja de trabajo debe estar colocada en el eje del mango, la mejor forma de tomar el escariodonto es en forma de lápiz, para lograr una instrumentación correcta debiendo asegurar un punto de apoyo, lo más cercánamente al diente donde se trabaja.

CLASIFICACION DE LOS ESCARIODONTOS Y AREA DE TRABAJO

INSTRUMENTO:

AREA DE TRABAJO:

CINCEL

Superficies proximales de dientes anteriores y tan posteriormente como el caso lo permita.



PARTE ACTIVA DEL CINCEL

Fig. 21

HOSES

No. 10 - Angulos proximales de dientes anteriores.

No. 11 y 12 - Angulos proximales de posteriores y son derecha e izquierda.

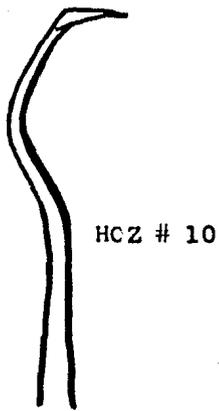
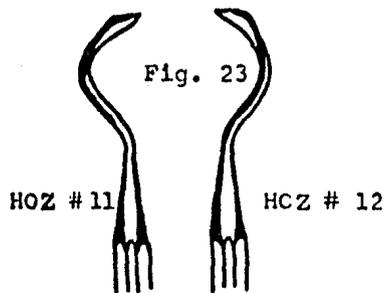


Fig. 22



AZADONES

No. 2 - Superficies labiales de dientes anteriores.

No. 3 o 5 - Superficies linguales de dientes anteriores.

No. 7 o 9 - Superficies linguales o bucales de posteriores.

No. 4 - Superficies mesiales de posteriores.

No. 8 - Superficies distales de posteriores.

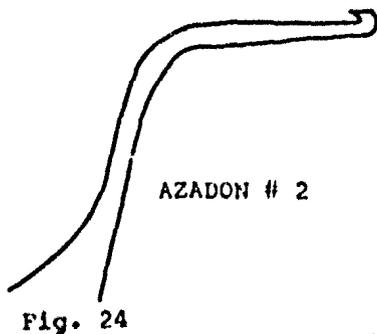


Fig. 24

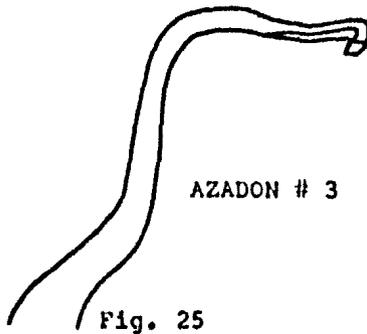
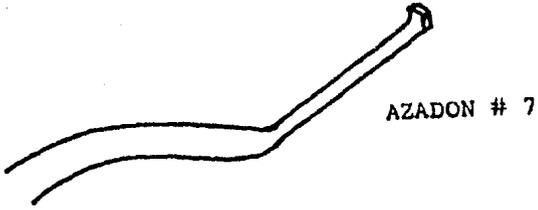
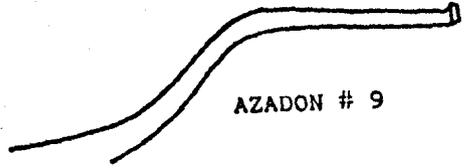


Fig. 25



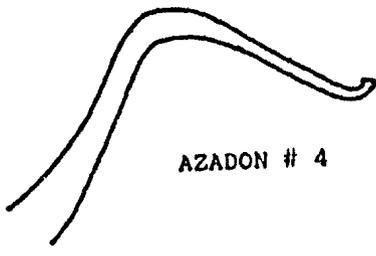
AZADON # 7

Fig. 26



AZADON # 9

Fig. 27



AZADON # 4

Fig. 28

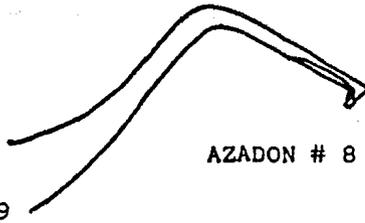


Fig. 29

AZADON # 8

CINCEL: Se usa con un movimiento de empuje de labial hacia lin gual en ángulo recto al eje mayor del diente; para desprender las porciones gruesas de sarro supragingival - colocadas en las superficies linguales de los anteriores inferiores.

El filo del instrumento se coloca en el espacio interproximal recargando el instrumento en una de las caras proximales y empujar hacia lingual de manera, que el - instrumento se desplace sobre la superficie del diente.

Este movimiento de empuje, se hace con un ligero sentido circular, para seguir la forma de la cara del diente.

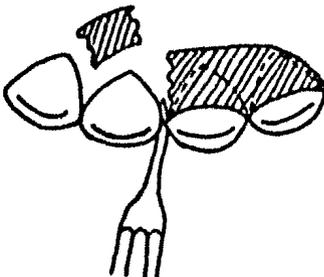


Fig. 30

POSICION Y ACCION DEL CINCEL

HOCES: Se utilizan solo con movimientos de tracción sobre los ángulos que forman las caras proximales y bucal o lingual de los órganos dentarios; como el instrumento tiene dos filos, permite su uso tanto en superficie mesial como en la distal.

Las hoces se utilizan con movimientos completos, descansando la hoja contra el diente con el apoyo digital lo más cercano posible y utilizando movimientos completos de la mano y el brazo.

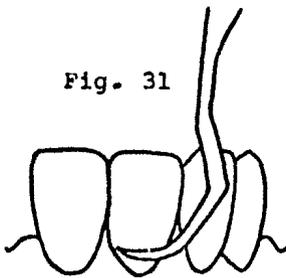


Fig. 31

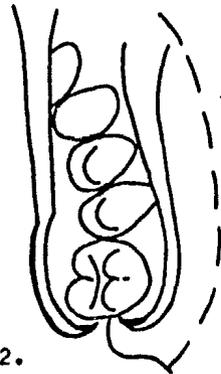
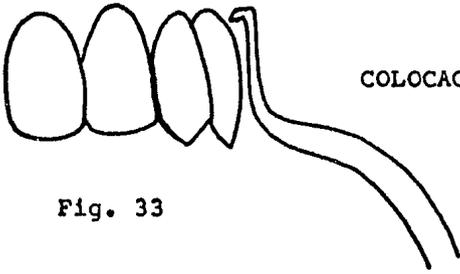


Fig. 32

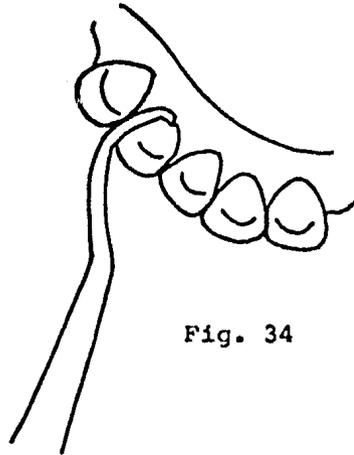
COLOCACION DE LA HOZ # 10, 11 Y 12.

AZADONES: Son instrumentos de tracción diseñados para enganchar trozos de sarro y retirarlos con un movimiento de -- tracción vigoroso, pero controlado. Pueden ser utilizados en todas las superficies libres de los dientes y su diseño es principalmente para la porción supra -- gingival; aunque existen algunas modificaciones que -- permiten utilizarlo subgingivalmente.



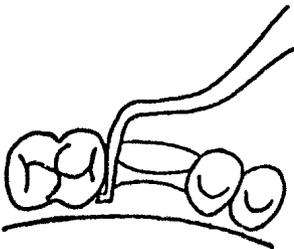
COLOCACION DEL AZADON # 2

Fig. 33



COLOCACION DEL AZADON # 3

Fig. 34



COLOCACION DEL AZADON # 4

Fig. 35

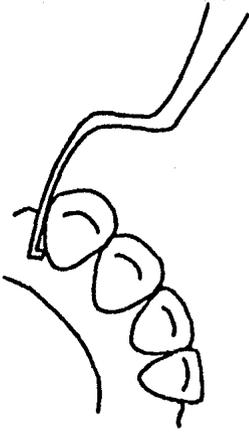


Fig. 36

COLOCACION DEL AZADON # 8

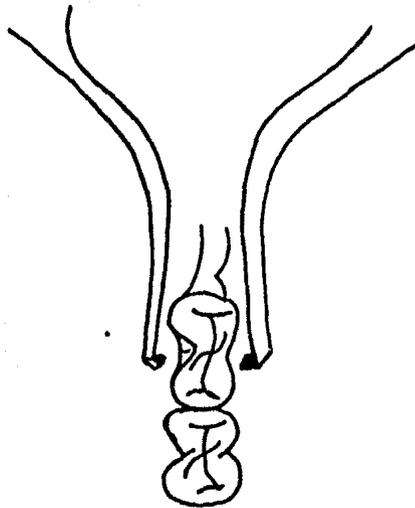


Fig. 37

COLOCACION DEL AZADON # 7 Y 9

Una vez terminada la remoción de sarro en toda la boca, deben pulirse todas las superficies del diente, lo cual, asegura la - eliminación de los pequeños fragmentos que pudieran haber quedado.

Este pulido debe de efectuarse, por medio de palos de naranjo con porta pulidos, tiras de lija, cepillos mecánicos y copas de hule.

CURETAJE:

Es el procedimiento quirúrgico, mediante el cual se raspan y limpian los dientes y los tejidos blandos para favorecer su retorno a un estado normal y que se efectúa mediante una cucharilla o cureta.

El curetaje propicia más destrucción, pero es un procedimiento quirúrgico que en parodencia tiene significado propio, ya que se utilizan instrumentos especializados y su técnica debe ser - llevada a cabo, siguiendo un patrón definido y un sistema propio de especialidad.

El curetaje es primeramente, un procedimiento quirúrgico; segundo, raspado de los tejidos; tercero, efectuado en una cavidad; cuarto, ejecutado por medio de curetas.

Las curetas son instrumentos en forma de cucharas con filo, -

utilizadas para remover parte del tejido y sobre cualquier tipo de tejido, duro o blando.

El objetivo del curetaje, es el de devolverle el soporte al diente cuando éste lo ha perdido, efectuando un procedimiento que elimine todo el tejido que interfiera con la cicatrización, favoreciendo con éllo, la readherencia del tejido conjuntivo y el diente.

Haciendo el curetaje, se asegura un resultado estético, ya que se trata de conservar lo más posible la altura de la encía.

El curetaje está indicado en bolsas parodontales no muy profundas y de trayecto tal, que nos permita la manifestación siendo por ésto, imposible efectuarlo en bolsas curvas, angostas o tortuosas .

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

El objetivo del curetaje, es retirar los restos de sarro que hayan quedado sobre la superficie radicular después del detartraje; alisar la superficie del diente, ya que la cicatrización se efectúa mejor en una superficie sin irregularidades y, principalmente, retirar la pared del epitelio y tejido granulomatoso, que

recubre la parte gingival de la bolsa para que, al dejar tejido conjuntivo sano en relación con la superficie cementaria o dentinaria, se efectúe la readherencia.

Para efectuar el curetaje, las curetas se introducen hasta el fondo de la bolsa con su filo inferior contra el diente. De esta posición se hala con pequeños movimientos de espiral o helicoidales, hasta cubrir toda la porción radicular.

Si el tejido es firme y la bolsa no muy profunda, al mismo tiempo que alisamos la raíz con el otro filo que está en relación con el tejido blando, se desprenderá una capa de éste, eliminando así la pared de la bolsa.

Si el tejido no es muy firme y es desplazado fácilmente de su lugar, puede ser sostenido con el dedo en la parte externa para que la cureta en su trayecto pueda eliminar en la porción necesaria de tejido blando.

En el curetaje también, debe de eliminarse la adherencia epitelial y se logra utilizando la cureta de anteriores en toda la boca, conocándola en forma vertical en la parte más distal de un diente y llevándola hasta la porción mesial haciendo que el filo se introduzca en la adherencia epitelial eliminándola durante su recorrido.

Las curetas 13 y 14 se utilizan para anteriores y las 17 y 18

para posteriores.

CURETA COLOCADA VERTICALMENTE, DONDE UN FILO QUEDA MAS INFERIOR QUE EL OTRO.

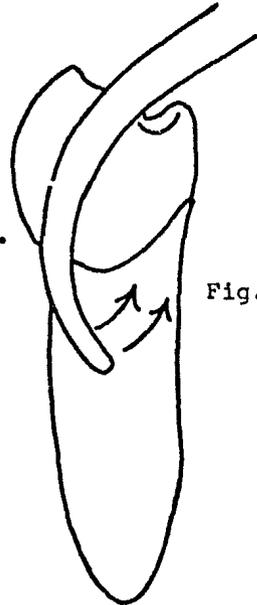
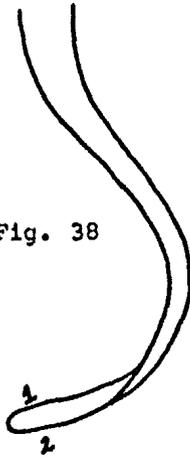


Fig. 39

Fig. 38



CURETAJE CON MOVIMIENTOS HELICOIDALES.

Una vez efectuado el curetaje, el sangrado gingival que éste propicia, asegura la formación de un coágulo que llena el espacio de la bolsa y adhiere firmemente el tejido blando con el diente, permitiendo que la readherencia se efectúe de dentro hacia afuera por debajo del coágulo.

Es necesario evitar que algún elemento extraño se introduzca en este lugar, separando los tejidos, lo cual evitará a su vez la readherencia.

Para lograrlo se puede colocar una capa delgada de estaño, cubriendo tanto el diente, como la encía por vestibular y por lingual e indicando al paciente, que por lo menos por 24 horas se -

abstenga de usar esa sección de la boca, para la masticación.

La cicatrización total se logra en los 10 o 15 días siguientes, por lo que, no debe revisarse el resultado, ni introducir una sonda en el lugar tratado antes de ese tiempo.

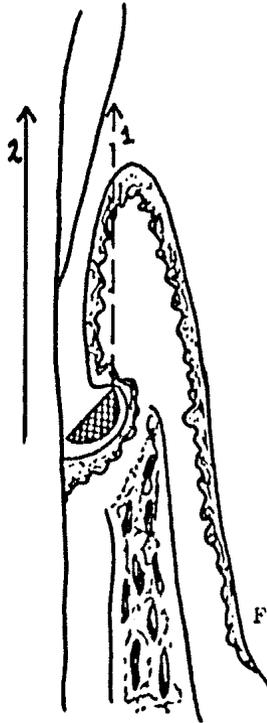


Fig. 40

AL RECORRER LA CURETA HACIA VERTICAL, EL FILO SUPERIOR (1), CORTA EL TEJIDO ELIMINADO, LA PARED DE LA BOLSA.Y EL FILO INFERIOR (2), ALISA AL DIENTE.

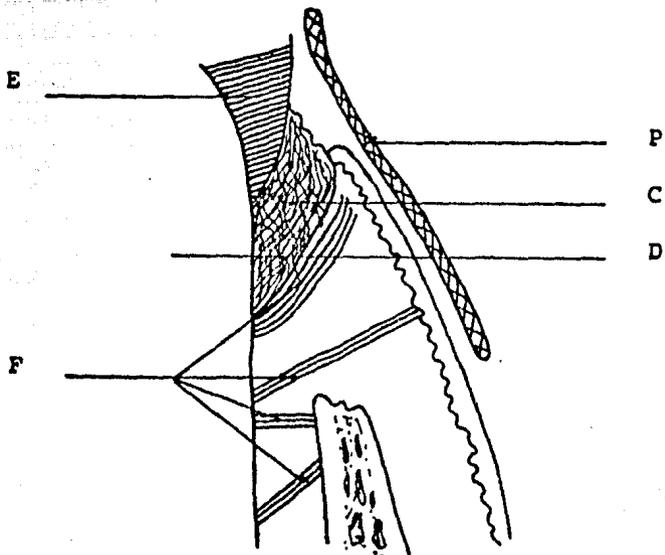


Fig. 41

AREA POSTERIOR AL CURETAJE CON EL COAGULO Y
LA PROTECCION MECANICA DEL AREA:

- P) PAPEL ESTAÑO
- F) FIBRAS PARODONTALES
- C) COAGULO
- D) DENTINA
- E) ESMALTE

Capítulo XIV

FISIOTERAPIA ORAL

Es un hecho evidente que un programa de limpieza oral, juega un papel muy importante en el arresto y control de la caries dental y la enfermedad parodontal.

Se ha observado que la remoción de sarro y otros agentes irritantes locales, favorece la mejoría tanto clínica, como histológicamente de los tejidos gingivales.

El masaje gingival ayuda a eliminar las colonias bacterianas, eleva la resistencia del tejido, porque estimula la circulación de la encía y colabora así a la disminución de la inflamación.

El éxito del tratamiento parodontal, depende de la habilidad del paciente para aprender un régimen efectivo de higiene oral y continuar con él sin desviaciones.

La mayoría de los pacientes descuidan la higiene de su boca o solamente hacen un cepillado sin técnica alguna y cuando el paciente está recibiendo tratamiento parodontal, se convierte en el más interesado en la higiene oral y si no sabemos motivar bien al paciente, una vez terminado el tratamiento, regresa a los hábitos que tenía antes del problema parodontal.

LA FISIOTERAPIA ORAL PUEDE SER LLEVADA A CABO MEDIANTE LOS SIGUIENTES METODOS:

- 1.- CEPILLADO DE LOS DIENTES Y MASAJE GINGIVAL.
- 2.- ESTIMULADORES INTERDENTALES.
- 3.- SEDA DENTAL.
- 4.- IRRIGACION INTERDENTAL.

1.- CEPILLADO: Es el método más usado y ha probado ser muy benéfico para mantener la salud parodontal, pero no puede por sí solo, evitar o curar la enfermedad parodontal.

Para la generalidad de los pacientes se recomienda un cepillo duro o extraduro, que asegure por su firmeza un buen masaje gingival. El uso de cepillo suave, debe limitarse a los casos agudos de inflamación gingival y a las zonas no perfectamente cicatrizadas y epitelizadas.

El único cepillo que llena los requisitos es el llamado - - "profesional", debe ser de mango recto, con las cerdas dispuestas en penachos; todos de la misma altura, alrededor de 10 mm. Debe tener 2 o 3 hileras de cerdas con una longitud de 25 mm.

Los cepillos que llevan intercaladas cerdas duras y cerdas blandas, no llenan los requisitos de un buen cepillo, ya que ni limpian correctamente la superficie dentaria, ni dan ma-

saje a la encía, ni estimulan la circulación de la misma.

LAS TECNICAS DE CEPILLADO QUE SE CONOCEN SON:

- a) STILLMAN MODIFICADO.
- b) CHARTERS.
- c) BARRIDO.
- d) BASS.

a) STILLMAN MODIFICADO: Se coloca el cepillo con las cerdas hacia apical, adosándolo a la superficie dentaria y gingival. Se gira hacia afuera el mango del cepillo hasta doblar las cerdas a una angulación de 45° . Se efectúa el movimiento vibratorio lateral durante 10 a 15 segundos, después se desplaza lentamente hacia oclusal hasta que todas las cerdas hayan pasado por la cara vestibular o lingual de los dientes y se repite 2 o 3 veces en cada lugar. La superficie oclusal, se cepilla colocando las cerdas perpendiculares a la cara oclusal y efectuando el mismo movimiento vibratorio sobre ellos.

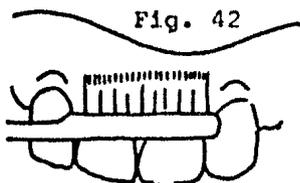


Fig. 42

STILLMAN

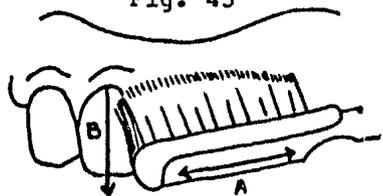


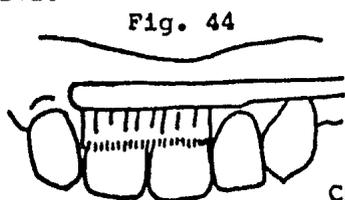
Fig. 43

COLOCACION DEL CEPILLO CONTRA LOS DIENTES Y ENCIA.

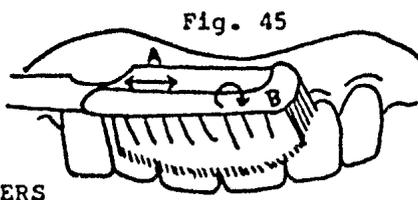
EL CEPILLO SE GIRA HACIA AFUERA HASTA QUE LAS CERDAS FORMEN UN ANGULO DE 45° .

- A) DIRECCION DEL MASAJE GINGIVAL.
- B) DESPLAZAMIENTO DEL CEPILLO CON DIRECCION OCLUSAL.

b) CHARTERS: Se coloca el cepillo en el cuello dentario dirigiendo las puntas de las cerdas hacia oclusal, adosándolas a la superficie gingival. Se gira el mango del cepillo hacia afuera hasta que las cerdas toman una angulación de 45° y en esta posición se ejecuta el masaje con vibración o circular durante 10 a 15 segundos y 2 a 3 veces en cada lugar. Las caras oclusales: se coloca el cepillo perpendicularmente a ellas y con movimiento circular, se remueven los restos de alimento de fosas y fisuras.



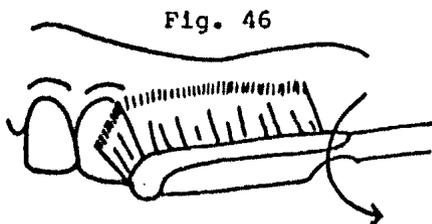
COLOCACION DEL CEPILLO
CONTRA LA ENCIA Y LOS
DIENTES.



GIRO DEL MANGO HASTA LOGRAR -
UNA ANGULACION DE 45° .

← → ↻ MASAJE GINGIVAL.

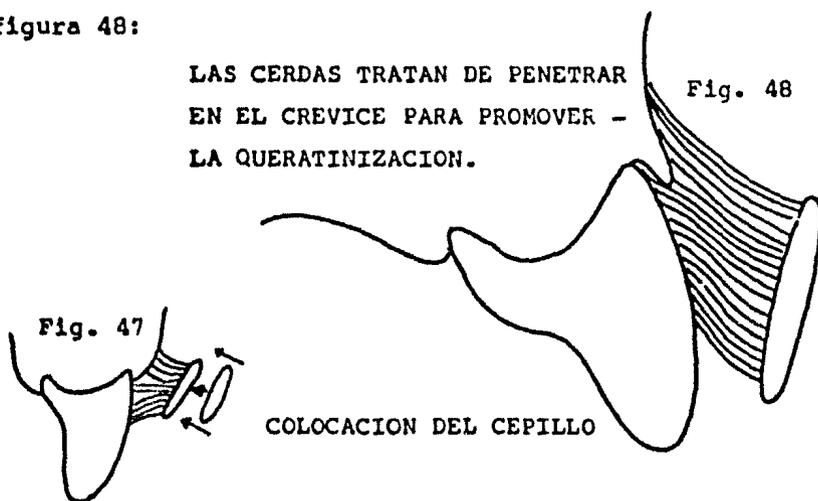
c) BARRIDO: Se coloca el cepillo de manera idéntica a la técnica de Stillman y sin dar masaje, se desplaza el cepillo hacia oclusal barriendo las superficies al mismo tiempo - que se gira el cepillo hacia afuera, y se repite 4 o 5 veces en cada lugar, tanto por vestibular como por lingual.



COLOCACION, DESPLAZAMIENTO
Y GIRO DEL CEPILLO HACIA -
OCCLUSAL.

d) BASS: Se utiliza cuando el paciente no ha aprendido los métodos anteriores y se ejecuta con cepillo de cerdas suaves, para no lacerar los tejidos. El cepillo se coloca paralelo al plano oclusal, con las cerdas dirigidas perpendicularmente a las caras vestibulares, abarcando parte de la encía. Se hace presión contra los dientes y encía, ejecutando un movimiento circular que permita que las cerdas penetren en los espacios interdientales y debajo de la encía libre; desalojando los depósitos que se puedan encontrar.

Una variante de este método, es la que se representa en la figura 48:



2.- ESTIMULADOR INTERDENTAL: Es un pequeño cono rígido de hule, que se usa para contornear las papilas, creando y manteniendo los surcos longitudinales que forman el festoneado gingival.

Se coloca hacia oclusal con una angulación de 45° sobre la -

papila interdientaria y nunca colocarlo en el espacio interdental. Después se presiona en la encía hasta producir un área de isquemia y con movimientos vibratorios muy pequeños, sin desplazarlo sobre la superficie gingival; se da el masaje requerido para que al usarse una vez al día, se produzca atrofia por presión y con ésto se asegura un buen contorno de la papila interdental.

ESTIMULADOR INTERDENTAL COLO
CADO EN EL ESPACIO INTERPROXI
MAL, PRODUCIENDO ISQUEMIA EN
LA PAPILA INTERDENTAL.

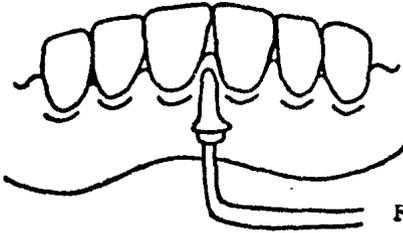


Fig. 49

3.- SEDA DENTAL: Los espacios interdientales son a menudo inaccesibles para el cepillo dental, teniéndose la necesidad de recurrir al uso del hilo de seda dental; que introducido desde oclusal en el espacio interdental, pueda retirar todos los restos de alimentos y las películas que se depositen en las caras proximales de los dientes.

La seda dental se enrolla en los dedos índices y con movimientos laterales se pasa por el punto de contacto. Una vez dentro del espacio, se tallan las caras proximales de los dientes y se retira en forma similar a la usada para introducirla.

4.- IRRIGACION INTERDENTAL: Existen varios aparatos que por medio de un chorro de agua, continuo o intermitente, pasa de vestibular a lingual por los espacios interdetales y expulsa de ellos los restos de alimentos que hayan quedado atrapados.

SOLUCIONES DESCUBRIDORAS:

Los depósitos que se coleccionan sobre la superficie de los dientes, pueden pasar desapercibidos por el paciente; por lo que, se utilizan soluciones colorantes que hagan visibles estas pelícu - las. Se les conoce como "Reveladoras de Placa", tñen todos los depósitos sobre los dientes. Estas soluciones contienen fuscina al 2%, eritrocina, preparados de Iodo, violeta de genciana, etc.

DENTIFRICOS:

Son sustancias que se utilizan junto con el cepillo dental, para lograr una buena higiene oral. La gran mayoría es un jabón o de tergente, que emulsionan las grasas, un abrasivo y un antiácido. En la práctica, resultan sin valor, irritativos y tóxicos.

ENJUAGUES BUCALES:

Sirven para completar la higiene oral, sin mencionar las solucio nes astringentes que son potencialmente dañinas; las antisépti - cas, tratan de terminar con los restos de placa microbiana dental que puedan existir después de un buen cepillado.

De estas sustancias podemos recalcar: hexil, resorsinol, timol, fenilfenol, picloxiclina y clorhexidina; como de mejor acción so bre los microorganismos de la placa dentobacteriana.

Capítulo XV

FERULAS

Una férula es un aparato que une y fija o inmoviliza varias partes móviles, brindándoles soporte y manteniéndolas en contacto unas con otras. Se utilizan mientras se logra la cicatrización y regeneración de los tejidos dañados, pero en las ocasiones en que ésta no es posible y los tejidos tienen un daño irreparable, la ferulización deberá ser permanente para ayudar a la función parcialmente perdida.

En odontología puede ser necesario a veces, inmovilizar los dientes, bien durante el tratamiento parodontal o bien posteriormente para asegurar su permanencia en la boca, facilitando su función.

Las férulas crean unidades dentales multirradiculares, aumentando el área total de soporte parodontal y la resistencia radicular. El centro de rotación de cada diente es cambiado, ofreciendo ahora más resistencia a las fuerzas mesio distales.

Los dientes con movilidad aumentada, una vez incluidos en la férula, ofrecen más resistencia a las presiones ejercidas sobre su corona en todas direcciones.

Las férulas compensan la disminución de soporte dentario, -

distribuyendo las fuerzas aplicadas sobre un solo diente, entre varios de sus vecinos; reduciendo así las posibilidades de daño a los tejidos parodontales.

Las férulas estabilizan los contactos proximales, impidiendo el impacto de alimentos en las áreas interdenciales, manteniendo los dientes en su lugar evitando las migraciones, inclinaciones y sobreerupciones. Aseguran una mejor masticación y permiten - ejecutar la terapéutica parodontal: como el detartraje, el cure taje y el equilibrio oclusal. Además facilitan la cicatrización de los tejidos parodontales afectados y la deposición de hueso, alrededor de los dientes involucrados.

LAS FERULAS POR SU DURACION EN LA BOCA SE DIVIDEN EN:

a) TEMPORALES

b) PERMANENTES

a) TEMPORALES: Su propósito es el de asegurar la inmovilidad de los dientes y reducir las fuerzas aplicadas sobre ellos, durante un tiempo limitado.

ESTAN INDICADAS CUANDO:

1) Por un traumatismo se presenta aflojamiento accidental de los dientes.

2) Para estabilizar los dientes durante el tratamiento de la

enfermedad parodontal y durante la reconstrucción oclusal.

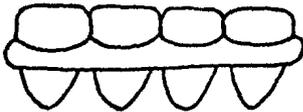
- 3) Para permitir la reconstrucción dentaria en otras áreas de la boca.
- 4) Para permitir la cicatrización del ligamento parodontal y la deposición de nuevo hueso areolar a los dientes afectados.
- 5) Como anclaje durante la terapéutica ortodóntica.

REQUISITOS DE LA FERULA TEMPORAL

- 1) Estabilizar perfectamente los dientes, sin permitirles movimientos en ninguna dirección.
- 2) No interferir con las funciones de las arcadas dentarias.
- 3) No lastimar los tejidos blandos.
- 4) Asegurar la integridad de las coronas, sin dejar secuelas, tales como caries, cavidades, surcos o destrucciones.
- 5) Ser fáciles de colocar.
- 6) Ser higiénicas.
- 7) Fáciles de retirar una vez terminada su función.

Para lograr la firmeza de la férula en todas direcciones, las férulas deben extenderse en forma de arco, incluyendo los dientes necesarios colocados fuera de la línea recta.

Fig. 50



LOS DIENTES SE MUESTRAN FIRMES, AL ESTAR UNIDOS CON UNA FERULA.

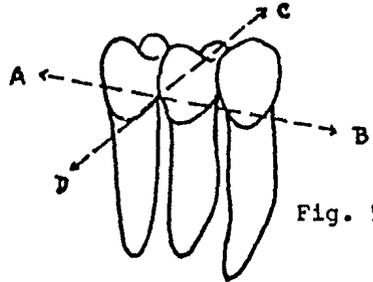


Fig. 51

GRUPO DE DIENTES UNIDOS EN LINEA RECTA, LO QUE NO DISMINUYE LA MOVILIDAD EN SENTIDO BUCO-LINGUAL C-D.

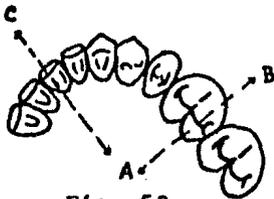


Fig. 52

FERULA EN FORMA DE ARCO, QUE REDUCE LA MOVILIDAD EN TODAS DIRECCIONES. LA MOVILIDAD A-B SE NULIFICA CON LA A-C Y VICEVERSA.

LAS FERULAS SE DIVIDEN DE ACUERDO CON EL LUGAR DE COLOCACION, CON RESPECTO DE LA CORONA EN:

- a) INTERNAS: Son las que se colocan dentro de la estructura coronaria del diente, en cavidades talladas con ese propósito.
- b) EXTERNAS: Son las que se colocan sobre la corona, cuidando de mantener su integridad.

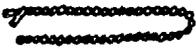
En la generalidad de los casos, se usará la externa para evitar la necesidad de efectuar restauraciones posteriores, para obturar cavidades preparadas en los órganos dentarios.

EXTERNAS:

1.- FERULA DE ALAMBRE: Indicada en dientes anteriores y se utiliza alambre flexible de acero inoxidable No. 0.01 y 0.007; el primero se utiliza como alambre maestro y el segundo como ligadura interdental.

REPRESENTACION ESQUEMATICA DE LA CONFECCION DE UNA FERULA DE ALAMBRE:

Fig. 53



ALAMBRE DEL # 0.01 DOBLADO SOBRE SI MISMO A MANERA DE TORSAL, PARA USARLO COMO ALAMBRE MAESTRO.

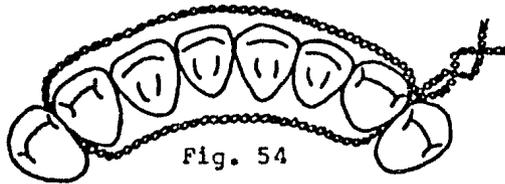


Fig. 54

ALAMBRE MAESTRO COLOCADO EN EL AREA A FERULIZAR.

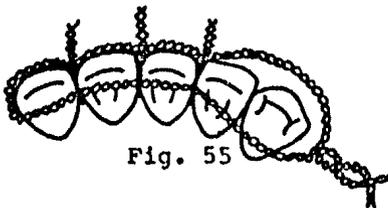


Fig. 55

COLOCACION DE LOS ALAMBRES INTERPROXIMALES # 0.007

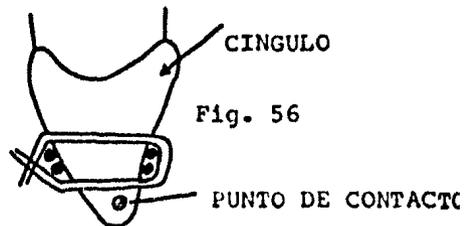


Fig. 56

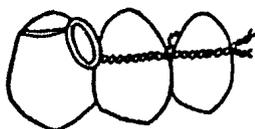
PARA EVITAR QUE LA FERULA SE DESPLACE, LOS ALAMBRES SE COLOCAN SOBRE EL CINGULO Y DEBAJO DEL PUNTO DE CONTACTO.

Esta férula si se coloca muy apretada, puede efectuar movimientos ortodónticos, juntando los dientes hacia lingual; por lo que, en algunos días se afloja, siendo necesario apretarla nuevamente.

Se ha aconsejado cubrir la porción vestibular de la férula, con acrílico de autopolimeración del mismo color de los dientes, por medio de la técnica de pincel, con lo que se le da más solides al aparato y se disimula estéticamente.

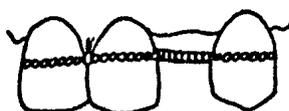
VARIANTES:

Fig. 57



ANCLAJE CERVICAL PARA EVITAR QUE LA FERULA SE DESPLACE HACIA OCLUSAL.

Fig. 58



COLOCACION DEL ALAMBRE MAESTRO EN UNA ZONA DESDENTADA.

2... FERULAS PREFABRICADAS: En los casos en que la mal posición dentaria o su anatomía no permita la localización de la férula de alambre; porque no sea posible usar alambres interdientales, por apiñamiento se puede fabricar una por método directo en un modelo de yeso.

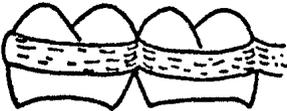
Se modela con cera, una barra continua que cubra las caras vestibular y lingual de los dientes a ferulizar. Se hace el vaciado en aleación de cromo-cobalto o en acrílico transparente, o del color de los dientes. Se lleva a su lugar y se asegura con un alambre para que no se desplace de su sitio, y se revisa de manera que no interfiera con la oclusión. Puede ser - -

usada tanto en anteriores como en posteriores.

3.- FERULAS DE BANDAS DE ORTODONCIA: En aquellos casos en los -
cuales existan diastemas, de manera que pueda ser introducida,
se confeccionan bandas individuales de ortodoncia para
cada uno de los dientes comprometidos y se soldan juntas -
hasta formar la férula completa.

Se aumenta su resistencia, soldando a cada lado de la banda
un alambre que aumenta su firmeza. Una vez recortada, aplica
cada y redondeados los bordes, las bandas se cementan.

Fig. 59



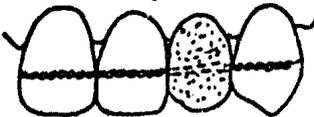
FERULA DE ALAMBRE Y ACRILICO.

Fig. 60



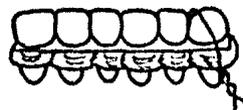
FERULA DE ALAMBRE CON ACRILICO
SOLO EN LAS LIGADURAS INTERPROXIMALES.

Fig. 61



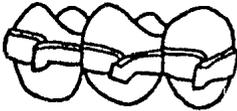
MODELO DE UN DIENTE FLOTANTE
EN UNA FERULA DE ALAMBRE Y -
ACRILICO.

Fig. 62



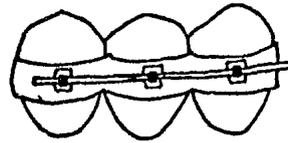
FERULA PREFABRICADA.

Fig. 63



FERULA DE BANDAS DE
ORTODONCIA.

Fig. 64



MANERA DE AUMENTAR LA RIGIDEZ
DE LA FERULA DE BANDAS DE OR-
TODONCIA.

FERULAS INTERNAS:

Estas férulas se construyen formando parte de la corona de los órganos dentarios, en cavidades especialmente talladas con este objeto.

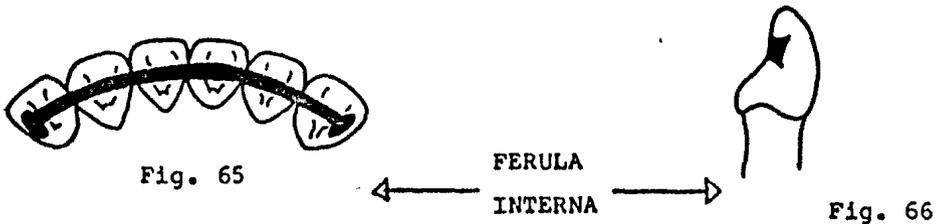
Están indicadas en los casos en donde la estética es muy importante y cuando se ha planeado usar posteriormente, una férula permanente en el mismo sector.

Se confecciona preparando un canal en la cara lingual de los dientes a ferulizarse si son anteriores, o sobre la cara oclusal si son posteriores. Se debe tratar de terminar este canal, en dientes paradontalmente sanos. Este canal que une todos los dientes involucrados; debe llevar en el fondo una retención similar a las utilizadas en las cavidades para amalgamas y en sus extremos se talla una cola de milano.

Se corta una porción de acero inoxidable, ligeramente más angosto que la caja tallada; se contornea a que siga el arco del surco

preparado y se introduce en él.

El resto de la cavidad puede ser llevada con amalgama o con acrílico de autopolimerización; empacando perfectamente y haciendo una unidad continua que incluya todos los dientes a ferulizar.



b) PERMANENTES: La terapéutica parodontal puede en ciertos casos, aumentar el soporte de los órganos dentarios; por medio de las técnicas que propician la readherencia tisular al diente. Sin embargo, en muchas ocasiones la cantidad de hueso de soporte es poca, o el esfuerzo a que están sometidos los dientes, es mayor del que pueden soportar.

En los casos en que la relación entre la carga oclusal y el soporte parodontal sea desventajoso para éste último; la reacción de una unidad multiradicular, reduce el esfuerzo individual pudiendo conservarse mejor los dientes que de otro modo estarían condenadas a la exodoncia.

LAS FERULAS PERMANENTES SE DIVIDEN EN:

1) FIJAS

2) REMOVIBLES

1.- FERULAS PERMANENTES REMOVIBLES: Pueden dar buenos resultados si son diseñadas en forma apropiada, lo que es muy difícil, ya que los efectos de palanca que pueden crear; - pueden ser demasiado lesivos. Sin embargo, si es posible que por medio de ganchos continuos se fijen los dientes y reciban cargas proporcionales en dirección axial; se puede usar este tipo de férula.

Estas surten su mejor efecto, cuando se usan coronas telescópicas y aditamentos de precisión que eviten el movimiento y las presiones indeseables al ser introducidos los removibles a su lugar, o al retirarlos.

2.- FERULAS PERMANENTES FIJAS: Este tipo de férulas es el más conveniente; su construcción es similar a las restauraciones protésicas, ejecutándolas en cada diente a ferulizar.

Todos los tipos de restauraciones en prótesis, pueden utilizarse y estas restauraciones se unen, cuidando que dejen suficiente espacio entre ellas para la papila interdental; que la soldadura sea rígida y que aseguren un buen acceso para la higiene bucal.

Después de cementada la férula, se debe equilibrar cuidadosamente la oclusión para asegurar una buena distribución de las fuerzas, tanto axiales, como durante los movimientos de la - masticación.

Capítulo XVI

CIRUGIA PARODONTAL

Entre los defecto o secuelas creado por la enfermedad parodontal, están las bolsas parodontales, las migraciones dentarias, la destrucción del tejido y la fibrosis gingival densa; que se encuentra expuesta a traumatismo continuo durante la masticación. Esta hiperplasiagingival, ofrece un área ideal para la retención de alimentos, sarro y placa que reinstalan el problema inflamatorio que estamos tratando de eliminar.

Las bolsas parodontales angostas y profundas, las tortuosas, las infraóseas y las hiperplasias gingivales; deben ser tratadas por la técnica quirúrgica llamada cirugía parodontal.

ENTRE LAS MAS UTILIZADAS ENCONTRAMOS:

- a) GINGIVECTOMIA.
- b) GINGIVOPLASTIA.
- c) OSTEOPLASTIA.
- d) OPERACIONES A COLGAJO.
- e) VESTIBULOPLASTIA.

GINGIVECTOMIA.- Consiste en la eliminación quirúrgica de la encía, que se encuentra sin soporte hasta el fondo de las bolsas.

Es un método drástico para erradicar las bolsas parodontales, ya que elimina toda la encía de dichas bolsas y el resultado final, es un diente con menos encía y muchas veces con el cuello expuesto.

La gingivectomía debe efectuarse donde haya hiperplasias, como en pacientes tratados con dilantina, en los cuales el tejido ha crecido cubriendo los dientes. En donde haya fibrosis gingival densa, la cual no mejora con el curetaje. En bolsas profundas, donde no puede efectuarse una instrumentación co-rrecta con las curetas, y en casos donde la destrucción ósea ha dejado el tejido gingival sin soporte.

Los instrumentos básicos de este procedimiento son:

- a) Instrumental de Anestesia.
- b) Marcador de Bolsa.
- c) Bisturí de hoja ancha.
- d) Bisturí de hoja angosta.
- e) Tijeras para encía.
- f) Curetas y escariodontos.

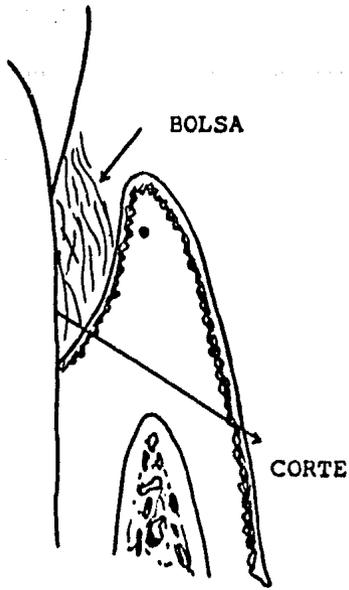
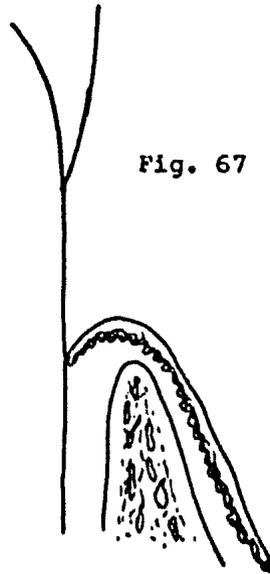


Fig. 67

PROCEDIMIENTO Y RESULTADO
FINAL DE LA GINGIVECTOMIA.



Una vez anestesiado el paciente, se delinear la profundidad de las bolsas con las pinzas marcadoras; y contorno de las bolsas.

Fig. 68



FORMA DE USAR LAS PINZAS MARCADORAS PARA DEJAR 3 PUNTOSANGRANTES EN -
CADA DIENTE.

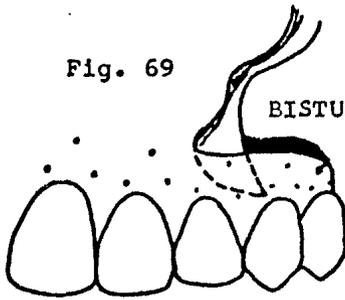
La parte recta de las pinzas, se coloca dentro de la bolsa y la punzante por fuera; al presionar los bocados de las pinzas, la porción exterior penetra en el tejido dejando un - punto sangrante que nos indica donde termina la bolsa. Se deben hacer 3 marcas por cada diente comprometido.

Teniendo todos los puntos sangrantes, tanto por lingual como por vestibular; se procede a efectuar la insición y se - lleva acabo con los bisturíes de hoja ancha No. 15K y 16K - (K=Kirkland); colocándolo a 45° sobre el tejido para dejar un bisel en dirección de la corona.

La insición se efectúa a uno o dos milímetros hacia apical, de las marcas sangrantes, teniendo como objeto, que el corte termine a nivel del fondo de la bolsa.

Se debe comenzar la insición en uno de los extremos de la - zona a operar y bien con cortes individuales para cada diente, o con un corte continuo; se completa hasta el otro lado.

El corte debe ser firme y se debe retrazar por lo menos dos veces, para asegurarnos de haber llegado a cortar todo el grosor del tejido. Se efectúa otra incisión similar en lingual o palatal.



LA INCISION SE REALIZA POR DEBAJO DE LOS PUNTOS SANGRANTES CON UNA ANGULACION DE 45° , PARA QUE TERMINE A NIVEL DEL FONDO DE LA BOLSA.

Con los bisturíes de hoja angosta, se hacen incisiones interproximales, colocándolos en la incisión previa y con movimientos de empuje y laterales. Se libera todo el tejido interproximal por vestibular y lingual de todos los espacios.

Cuando el tejido ya está cortado con una cureta de hoja fuerte, se elimina toda la porción coronal a la incisión.

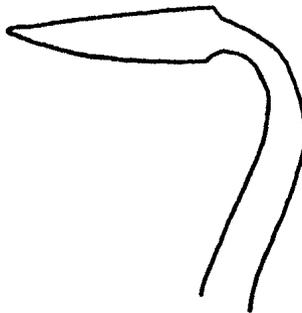


Fig. 70

BISTURI DE HOJA ANGOSTA

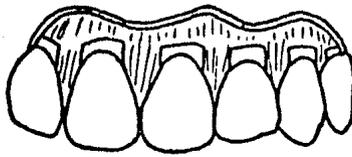


Fig. 71



REMOSION DE LA PORCION CORONAL DE LA INCISION

Una vez eliminado el tejido, se pueden observar trozos de sarro que hayan quedado después del detartraje y se procede a eliminarlos y aislar las paredes de los dientes.

El tejido granulomatoso se observa como acumulos blandos enrojecidos y sangrantes que sobresalen del área. Con curetas se elimina este tejido y con las tijeras se contornea el tejido; eliminando el área interproximal y las salientes o sobrantes en el corte.

El contorneado del tejido puede completarse con piedras montadas, con pinzas o con electrocirugía.

Las aristas que quedan del corte se suavizan raspándolas con la porción ancha de los bisturíes de Kirkland, por tracción.

El área operada debe de quedar limpia de restos de tejido y una vez que el sangrado ha desaparecido; se procede a cubrirlo

con cemento quirúrgico; que está hecho a base de óxido de zinc y eugenol, preparándolo con una consistencia pastosa firme y se lleva al lugar para que lo proteja y con éllo se evite la infección, el sangrado y el dolor. El cemento debe retirarse a los 8 días procediendo el paciente a mantener el área limpia - mediante el uso de un cepillo de cerdas suaves.

Tres o cuatro semanas después, el tejido se ha epitelizado y tomado un color rosa coral; entonces el paciente ya puede utilizar un cepillo de cerdas duras.

Como cuidados postoperatorios, se recomienda al paciente que - debe esperar dolor en los primeros días; el cual puede controlarse con analgésicos. Debe proteger el área para evitar que el cemento se afloje, se fracture o se caiga; si ésto sucede, se debe reponer; si hay sangrado por debajo del apósito, debemos retirarlo, localizar el área sangrante y cohibir la hemorragia antes de colocar un nuevo cemento.

GINGIVOPLASTIA: Este procedimiento es efectuado más frecuentemente que el anterior, porque éste asegura un recontorneado de la encía, le da la apariencia más estética y elimina la posibilidad de irritación de los tejidos blandos por el choque de alimentos.

La gingivoplastia, se utiliza para darle nueva forma a la encía marginal, buscando devolver el festoneado, el contorno y el grosor normales.

Esta técnica debe ser efectuada una vez que se han retirado - los irritantes locales; con lo que desaparece el edema y la - inflamación, dejando sólo la deformación fibrosa de la encía.

Para poder efectuar la gingivoplastia, se debe hacer que el - tejido blando se vuelva rígido durante los procedimientos ope - ratorios y ésto se logra, inyectando el anestésico en la papi - la interdental y si es necesario, en la encía marginal.

Con los bisturíes utilizados en la gingivectomía, se adelgazan la encía adherida y marginal, formando un chaflán amplio y se contornea en la forma deseada.

La papila interdental se rebaja para darle una forma cóncava; para que aparezca el contorneado normal, las salientes de te - jido pueden ser eliminadas con tijeras para encía y la super - ficie debe ser tallada con los bisturíes de hoja ancha (Kir - kland).

El área debe ser protegida con cemento quirúrgico de igual ma - nera que en la técnica de la gingivectomía.

OSTEOPLASTIA: Los defectos en la arquitectura de la encía, no son debidos exclusivamente a la fibrosis de élla; en ocasiones es el hueso subyacente el que presenta el defecto o son los - dos los que necesitan corrección.

La cirugía ósea no trata con tejidos enfermos, sino con el tipo de tejidos que es el resultado de la enfermedad.

Los defectos óseos, deben remodelarse para crear un medio fisiológico normal, evitando que se vuelva a instalar la enfermedad parodontal.

Los cráteres óseos interproximales, hacen que la encía sobre ellos siga el mismo contorno, favoreciendo la retención de alimentos, la irritación y con éllo nueva inflamación y más destrucción ósea.

Se hace un pequeño colgajo, bien por lingual o por vestibular; se descubre el defecto óseo y con gubias, con piedras de diamante o con limas para hueso; se elimina la porción vestibular o la lingual del cráter. Se contornea el hueso, se lava y se repone el colgajo en su lugar.

OSTEOTOMIA: Es la remoción quirúrgica de una porción de hueso y para lograrlo se descubre el área por medio de un colgajo y se elimina la porción necesaria por medio de gubias, limas, - cinceles o instrumentos rotatorios.

Una vez recontorneado el hueso, se lava el área, se repone el colgajo y se protege la herida con cemento quirúrgico.

OPERACIONES A COLGAJO: Es un procedimiento quirúrgico por medio del cual, se exponen las áreas afectadas asegurando un acceso directo hasta ellas. La porción del tejido blando que las cubre es rechazado de su lugar, mientras dura la operación; reponiéndola en su sitio una vez terminada.

Tienen como ventaja el de ofrecer una visión clara y directa del área del problema.

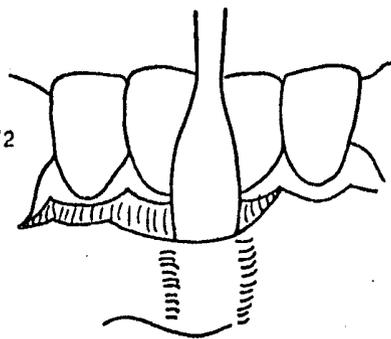
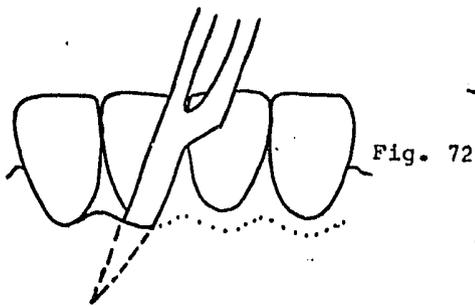
EXISTEN VARIOS TIPOS DE COLGAJOS DEPENDIENDO DE:

- a) SU INCISION INICIAL.
- b) EL GROSOR DEL TEJIDO A DESPRENDER.
- c) EL TRATAMIENTO QUE RECIBAN LOS TEJIDOS.
- d) EL LUGAR FINAL DONDE SE REPONGA EL TEJIDO.

a) LA INCISION INICIAL PUEDE SER:

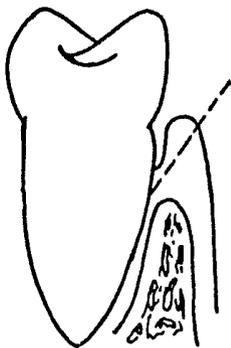
- 1) FORMA DE BOLSILLO.- Se deja la encía marginal en su lugar, despegando el resto del tejido.
- 2) CON INCISIONES LATERALES VERTICALES.- Despegando luego, el tejido en dirección apical.

Pueden hacerse con bisel invertido, con lo que se pretende eliminar al mismo tiempo, la bolsa paradontal.



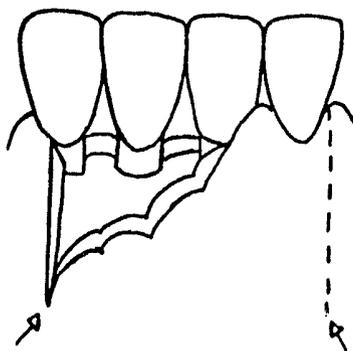
COLGAJO EN FORMA DE BOLSILLO

Fig. 73



COLGAJO CUYA INCISION
ES DE BISEL INVERTIDO.

Fig. 74



COLGAJO CON INCISIONES
LATERALES.

b) EL GROSOR A DESPRENDER PUEDE SER:

- 1) ESPESOR COMPLETO.-- Utilizando un instrumento fuerte y ro-
mo, se desprende totalmente del hueso
alveolar.

2) ESPESOR PARCIAL.-- En éste se separan con bisturí por dirección, de un lado el epitelio y la lámina propia y del otro el periostio unido al hueso. Esto se hace con el objeto de no interferir con la nutrición del hueso su per fer cial, para que no vaya a adelgazarse.

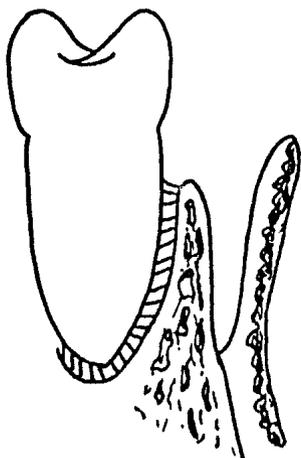


Fig. 75

COLGAJO DE ESPESO COMPLETO

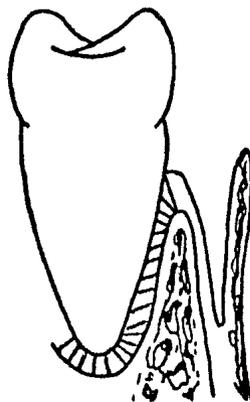


Fig. 76

COLGAJO DE ESPESOR PARCIAL

c) EL TRATAMIENTO QUE RECIBAN LOS TEJIDOS.--

El tejido blando puede reponerse tal como se despegó, habiendo trabajado solo en hueso; puede contornearse, adelgazarse o festonearse, según se quiera modificar la apariencia final o la exi ja el contorno del hueso.

d) EL LUGAR FINAL DONDE SE REPONGA EL TEJIDO PUEDE SER:

1) EN SU LUGAR ORIGINAL.

2) PUEDE SUTURARSE POR UN LADO: Para tratar de cerrar un - defecto preexistente.

3) COLOCARSE MAS APICALMENTE: Dejando una porción de hueso, expuesto poco usual por ser demasiado drástico y no produce efectos que se esperaban.

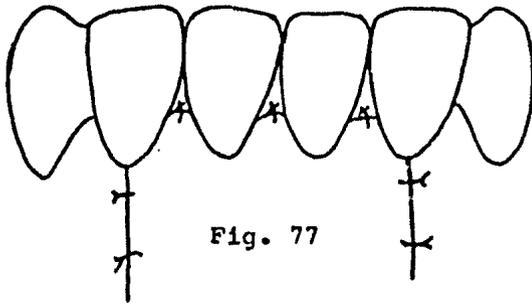


Fig. 77

COLGAJO REPUESTO EN EL MISMO LUGAR.

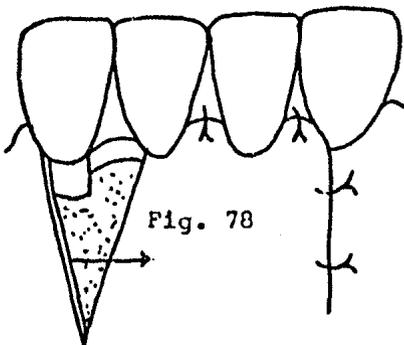


Fig. 78

COLGAJO DESLIZANTE LATERAL

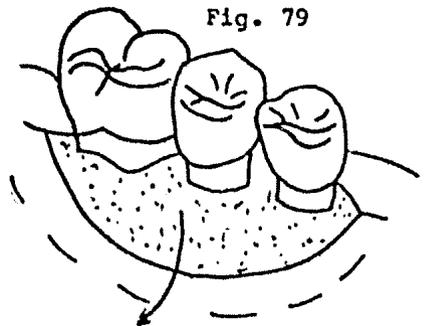


Fig. 79

COLGAJO DESLIZANTE APICAL

Una vez seleccionada la forma en que se va a hacer la incisión y la extensión de la misma; se procede a separar el te tejido blando del hueso subyacente por medio del elevador - de periostio, descubriendo al hueso.

El acceso al área que ésto proporciona, permite efectuar el curetaje de los defectos encontrados; retirar los cuerpos - extraños de las paredes de las raíces, eliminar el tejido - granulomatoso y los restos epiteliales de las bolsas. Y si es necesario, recontornear el hueso.

Posteriormente se lava el área y se repone el tejido, con - torneando el margen gingival si es necesario. Se sutura el colgajo y se coloca cemento quirúrgico como protección.

Las operaciones a colgajo están indicadas en:

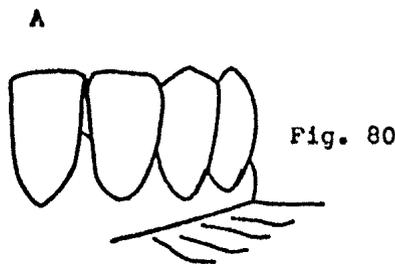
Bolsas parodontales tortuosas, infraóseas, abscesos cró - nicos con bolsas profundas, osteotomías y osteoplastías.

VESTIBULOPLASTIAS: Procedimiento quirúrgico indicado cuando se necesita aumentar la extensión de la zona de encía adherida, que se ha perdido por causa de la recesión gingival y tam - bién para liberar a la encía del tiro que representa sobre - élla la inserción alta de los frenillos que dificultan la - colocación de las prótesis. O que por estar demasiado altas pueden tirar de la encía libre, favoreciendo la recesión gin - gival.

Su técnica es la siguiente:

Se tira del labio o del carrillo, para visualizar mejor la unión entre la encía adherida y la mucosa areolar, donde se hace una disección cuidadosa del tejido con dirección apical, procurando dejar el periostio unido al hueso para asegurar la irrigación de la porción superficial.

El resultado final deseado se consigue impidiendo que los tejidos incididos vuelvan a unirse. Se logra colocando una porción de cemento quirúrgico, que separa los tejidos a la vez que los protege del medio bucal y se retira en 2 semanas.



VESTIBULO

PLASTIA: A. ESTADO ORIGINAL, MUY POCA ENCIA.



B. SE EFECTUA UN COLGAJO; COMBINACION DE BOLSILLO Y ESPESOR PARCIAL.

Fig. 80

C. SE DESCUBRE EN EL FONDO UNA PORCION DE HUESO.

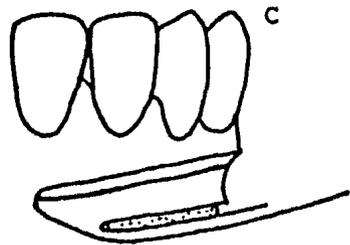
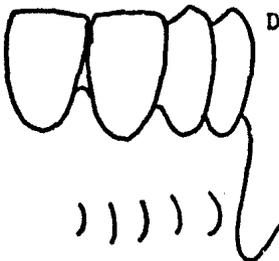


Fig. 80



D. CASO TERMINADO CON UNA ENCIA ADHERIDA NUEVA.

Fig. 80

Capítulo XVII

RELACION DE LA PARODONCIA CON OTRAS DISCIPLINAS DE LA ODONTOLOGIA

El campo de la parodncia está íntimamente relacionado con los de la operatoria dental, la prótesis y la ortodoncia; siendo frecuentemente interdependientes.

Los procedimientos elegidos en cualquiera de los campos, si no están bien planeados y llevados a cabo, repercuten en la salud parodontal o viceversa, ya que muchos de los factores etiológicos de la enfermedad parodontal están presentes en los procedimientos restauradores defectuosos o mal planeados.

OPERATORIA DENTAL:

Ninguna restauración dental de cualquier tipo que sea, podrá ser duradera y efectiva si el diente sobre el cual se construye, no está sano parodontalmente; y de igual modo, ninguna restauración, por más bien construída que esté técnicamente, podrá ser beneficiosa para el paciente si resulta productora de algún disturbio parodontal.

Como regla general, el tratamiento parodontal debe preceder a la ejecución de cualquier tipo definitivo de restauraciones dentales.

Con respecto a los materiales usados, el mejor para una restauración será aquel que tenga la misma dureza y resistencia que los dientes naturales donde se va a colocar.

Como no todos los dientes son de igual dureza, es imposible encontrar el material ideal, por lo que, se utiliza el material que más se asemeje al tejido dental.

Si se utiliza un material excesivamente duro, producen con el tiempo áreas de hiperfunción, ya que estos materiales no se desgastan como el tejido normal; quedando puntos altos de contacto oclusal.

Si se utilizan materiales muy blandos, se desgastan con facilidad, quedando los dientes fuera de oclusión con lo que, dejan de desempeñar su función para lo cual fueron colocadas.

Con respecto a la anatomía, cualquier restauración, desde la más pequeña, hasta la más amplia; debe estar en armonía con los demás dientes donde está colocada.

PROTESIS:

Las restauraciones deben hacerse con una angulación cuspidea, similar a los dientes naturales de cada paciente, para que la prótesis sea funcional.

El tipo más efectivo es la prótesis fija con dientes soportes en ambos extremos, ya que distribuye las fuerzas en forma axial y - mantiene las estructuras parodontales más efectivamente que cual quier otro tipo de prótesis.

La construcción de la prótesis debe de guiarse por los siguientes principios:

1.- El área de soporte parodontal debe estar en relación con la longitud del área desdentada.

2.- El diámetro buco-lingual de la prótesis debe reducirse conforme se aumenten pónicos.

Esta precaución asegura un menor esfuerzo oclusal que puede ser soportado por el parodonto.

3.- Las áreas interproximales deben ser lo suficientemente amplias, para permitir que la papila ocupe el lugar que le corresponde, evitando así inflamaciones y recesiones gingivales.

4.- La soldadura entre las coronas debe ser rígida y colocada - cerca del área oclusal, lo que evita irritación gingival y permite la higiene del área.

5.- La unión de las coronas con la encía debe mantener una relación correcta, que no hiera y que no forme espacios muertos

que sean fuente de irritación futura.

6.- La nueva unidad funcional debe transmitir a los dientes soportes, una presión lo más axial posible.

7.- El plano oclusal debe equilibrarse, evitando la construcción de prótesis que en los movimientos laterales sea fuente de trauma oclusal.

8.- La oclusión debe ser equilibrada antes y después de contruido el aparato protésico.

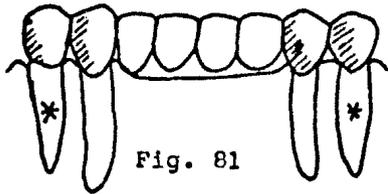


Fig. 81

PROTESIS FIJA DONDE SE HA INCLUIDO MAS •
SOPORTES PARA AUMENTAR EL AREA PARODONTAL.

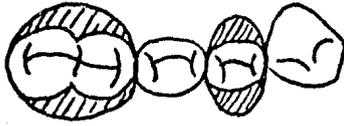


Fig. 82

FORMA DE REDUCIR EL DIAMETRO BUCO LINGUAL PARA
ASEGURAR UN MENOR ESFUERZO Y MAYOR EFECTIVIDAD
(SE ELIMINA LA ZONA SOMBREADA).

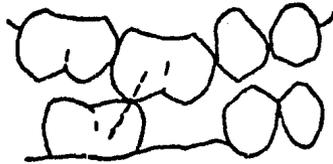
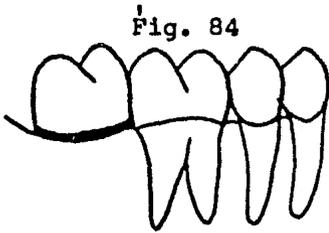


Fig. 83 .

LOS DIENTES FUERA DE PLANO OCLUSAL SON CONTACTOS
PREMATUROS EN PROTUSIVA O LATERAL.

Siempre que sea posible, debe evitarse construirse prótesis volados, ya que son causa de presiones oblicuas en los dientes soportes. Si es imposible evitarlo, se deben incluir - varios soportes para compensar esta carga lateral.



PROTESIS VOLADA CON SUFICIENTE
SOPORTE PARODONTAL.

Los aparatos removibles rinden un menor servicio que los fijos. Además de la producción de presiones y torsiones que produce el removible, es frecuente encontrar áreas de compresión en la encía alrededor de los dientes adyacentes al - - área donde se encuentra la silla.

Para la construcción de un removible se deben tomar en cuenta los siguientes principios, para que los efectos indeseables sean mínimos:

- 1.- Los apoyos oclusales deben descansar sobre los dientes soportes en un plano colocado en ángulo recto con el - eje axial del diente. Lo que asegura que la fuerza de la masticación se transmita lo más axialmente posible, de otro modo, empuja al diente con una presión lateral.

- 2.- Los apoyos oclusales deben extenderse suficientemente sobre la superficie oclusal, para que la presión masticatoria no tire del diente hacia el lugar desdentado.
- 3.- Los ganchos o retenedores deben asegurar una distribución equilibrada de las fuerzas sobre los dientes de soporte.
- 4.- Las barras linguales o palatinas deben de ser rígidas y fuertes para evitar que en los movimientos de masticación pierdan su forma y dejen de mantener la relación deseada entre la silla y el tejido de soporte.
- 5.- Las dentaduras parciales de acrílico, no deben construirse con prolongaciones interproximales que cubran el espacio interdental y la papila; ya que irritan la encía, la presionan y el resultado es un éxtasis sanguíneo de esa área.

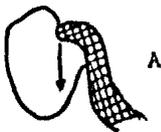
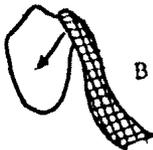


Fig. 85



APOYO OCLUSAL COLOCADO

- A) TRANSMITE LA PRESION EN FORMA AXIAL.
- B) TRANSMITE LA PRESION EN FORMA LATERAL.

Las dentaduras llamadas dento-mucosoportadas, deben construirse de manera que su soporte sea efectivamente distribuido entre los dientes y el tejido blando.

OCCLUSION: Nos referimos a todos los contactos dentarios que existen entre las superficies oclusales o incisales de los dientes - de la arcada superior y los de la arcada inferior.

El funcionamiento correcto de todos los elementos involucrados - en la oclusión, asegura una permanencia más larga, armónica y efectiva de los órganos dentarios. Haciendo que la oclusión resulte de vital importancia en todas las ramas clínicas de la odontología; en especial en parodoncia, ya que cualquier disfunción oclusal resulta ser un factor etiológico importante en la fisiopatología de la enfermedad parodontal.

ORTODONCIA: Uno de los factores etiológicos de la enfermedad parodontal, es el mal acomodo de los dientes que forman nichos cerrados en los espacios interdentes, que son fuente constante de irritación. Ya sea por el acumulo de alimentos o porque la encía recibe un estímulo anormal.

En estas áreas es frecuente encontrar inflamación más o menos severa con la tendencia a la formación de bolsas y a la destrucción ósea.

Es indispensable entences, que los aparatos ortodónticos sean - confeccionados en forma cuidadosa y el tratamiento sea manejado apropiadamente. Puesto que de otro modo, pueden ser causa de un daño parodontal mayor que del que se trataba de corregir.

Los aparatos de ortodoncia frecuéntemente producen irritación - -

inevitable de la encía, bien sea porque las bandas mismas quedan en contacto con el tejido blando y lo irritan; o bien porque se crea un espacio muerto entre las bandas, los alambres y demás aparatos y la encía; el cual no puede ser mantenido limpio por el paciente, lo que permite grandes acumulos de detritus muy próximos a la encía.

Para evitar este segundo caso, el paciente debe ser instruido - cuidadosamente para llevar a cabo su fisioterapia oral. Para lo cual se pueden utilizar los cepillos para ortodoncia. Con este cepillo se debe de efectuar la técnica de Charters por debajo de los alambres de ortodoncia y posteriormente, con un cepillo normal un cepillado de Stillman modificado.

Se pueden usar también aparatos irrigadores a presión relativamente suave entre los aditamentos metálicos y se debe instruir al paciente en el uso de estimulador interdental en todas las áreas que abarca el aparato. Lo cual devuelve a la encía el estímulo fisiológico.

Es de vital importancia para asegurar la permanencia del caso en su nueva posición, sin regresar hacia el estado anterior; el llevar a cabo un correcto ajuste oclusal una vez terminado el tratamiento.

Este ajuste oclusal asegura los órganos dentarios en su nueva posición y evita recidivas que de otro modo, muy a menudo se presentan.

BIBLIOGRAFIA

BEHSNILIAN, V.- Oclusión y rehabilitación. Montevideo, Uruguay
1971.

GLICKMAN, I.- Periodontología clínica. Editorial Mundi. 1967.

GRANT, D. et al.- Periodoncia de Orban. Interamericana. 1975.

PRICHARD JOHN F.- Enfermedad Parodontal Avanzada. México.

PRICHAR JOHN F.- Enfermedad Periodontal. Editorial Panamericana
na.

RAMFJORD, SIGURD. ASH.- Periodontología y Periodoncia. Editori-
al Panamericana.

RAMFJORD, S.P.- "Oclusión". Editorial Interamericana. 1972.

RODRIGUEZ, F.- Parodoncia. Editorial Méndez Oteo. 1982.

ROSS, I.F.- Oclusión. The C.U. Mosby Co. 1970.

SHIUGER.- Enfermedad Parodontal. Editorial Cecsa.

WARD, H. ; Simring, M.- Manual de Periodontología clínica. Edi-
torial Mundi. 1975.