

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

PREVENSION Y TRATAMIENTO DE LAS
PARODONTOPATIAS MAS FRECUENTES,
REALIZADO POR EL C.D. EN LA
PRACTICA GENERAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A.

EL C. JOSE ANGEL DUARTE QUINTANA.

Vo. B. J.
Raúl Pérez



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

CAPITULO I.- GENERALIDADES Y DESCRIPCION DE LOS TEJIDOS PARODON-
TALES.

- 1.- Encía
- 2.- Membrana parodontal
- 3.- Cemento
- 4.- Apófisis Alveolar

CAPITULO II.- CLASIFICACION DE LAS PARODONTOPATIAS, ETIOLOGIA Y-
CAUSAS GENERALES.

- 1.- Gingivitis
- 2.- Agrandamientos Gingivales
- 3.- Parodontitis
- 4.- Traumatismo Oclusal
- 5.- Absceso Parodontal

CAPITULO III.- TRATAMIENTO DE LAS PARODONTOPATIAS.

- 1.- Gingivectomía con Angulación de 45°
- 2.- Gingivectomía con Bisel Invertido
- 3.- Gingivoplastia
- 4.- Coagulo Oseo
- 5.- Control Personal de Placa
- 6.- Cepillo y Seda Dental
- 7.- Mondadientes
- 8.- Enjuagues
- 9.- Pastas Dentales

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

GENERALIDADES Y DESCRIPCION DE LOS TEJIDOS PARODONTALES

Parodoncia es la rama de la Odontología que estudia, - previene y trata de las enfermedades del Parodonto. La palabra Parodonto viene de las voces griegas: Para-cerca de, inmediato a y Odus-Odontos significa diente. Así pues se entiende por Parodonto a la Región Clínica comprendida a inmediaciones del cuello clínico de los dientes.

Deberá entenderse por Farodontopatías los distintos padecimientos que alteran la estructura del Parodonto sean éstos de la naturaleza atrófica, hipertrófica o neoformativa. La palabra tiene las mismas raíces que la palabra Parodonto y además la raíz griega Pathos que significa enfermedad.

El periodonto es el tejido de protección y sostén del diente. Se compone de encía, membrana parodontal, cemento y apófisis alveolar. El periodonto está sujeto a variaciones morfológicas funcionales así como a cambios con la edad.

Es necesario tener conocimiento de los tejidos parodontales para comprender la enfermedad periodontal.

Siendo el diente parte del Periodonto haré aquí también notar la diferencia entre corona, cuello y raíz anatómica, - de corona, cuello y raíz clínica.

Corona Anatómica es la parte del diente cubierta por esmalte.

Corona Clínica es la altura que tiene ésta desde su inserción epitelial hasta el borde incisal comprendiendo aquí el intersticio gingival o sea el espacio existente entre la inserción epitelial y el borde libre de la encía.

Cuello Anatómico es la unión del esmalte con el cemento.

Cuello Clínico es el lugar donde se realiza la inserción del Tejido Gingival rodeando al diente.

Raíz Anatómica es la parte del diente cubierta por cemento.

Raíz Clínica es la parte del diente cubierta por la encía.

Según estas definiciones vemos que las regiones anatómicas son inmutables en tanto que las regiones clínicas estén sujetas a las variaciones que los mismos padecimientos determinen.

ENCIA

Encía es la parte de la fibromucosa que cubre los procesos alveolares y rodea al cuello de los dientes. La encía es de color coral, pero pueden existir variantes según la raza, edad y sexo; ésto resulta del aporte vascular del grosor y grado de queratinización del epitelio y de la presencia de células con pigmento.

La Pigmentación Fisiológica de la Encía es producida por un aumento en el número de las células que contienen melanina. Estas Células se encuentran normalmente en la encía de la mayoría de los individuos con excepción de los albinos, haya o no pigmentación gingival clínicamente visible se localizan en la capa basal del epitelio y también en menor número en el tejido conectivo subyacente.

Las Células Epiteliales producen la melanina que contienen por lo que son llamadas melanoblastos. La encía es de consistencia firme, está cubierta por tejido escamoso estratificado en ocasiones queratinizado.

Tamaño de la encía. Esta representa la suma total de las células y elementos intercelulares y su aporte vascular. La alteración en el tamaño de la encía es una característica común de la enfermedad gingival resultante de alteraciones de sus componentes microscópicos. La encía es la primera barrera que debemos observar si es sana, o para descubrir cualquier alteración si es mala.

Microscópica y Clínicamente LA ENCIA se divide en:

- 1.- Encía marginal o encía libre
- 2.- Encía insertada
- 3.- Papila interdientaria

ENCIA MARGINAL O ENCIA LIBRE

Es el margen libre de la encía que rodea a los dientes. Está separada de la encía insertada por una suave depresión que recibe el nombre de surco marginal o gingival. Mide aproximadamente 1 mm. de ancho.

Dentro de las características microscópicas normales de la encía encontramos que está formada del núcleo central de tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado

ENCIA INSERTADA

La encía insertada se extiende desde la terminación de la encía marginal o sea desde el surco marginal hasta la línea mucogingival.

La encía insertada es más ancha en los dientes anteriores desde donde puede llegar a tener 4 mm. o más. Es más angosta en la región de los premolares. En la zona de molares en algunas ocasiones mide hasta 1 mm. de ancho, y en ocasiones no existe.

Por lo general la encía insertada es más ancha en el maxilar que en la mandíbula. La superficie de la encía insertada se caracteriza por el aspecto de cascara de naranja, denominado punteado, éste puede ser grueso o fino dependiendo de la

edad y el sexo. En las niñas es más fino que en los varones. Este puntilleo se debe a la interdigitación del tejido epitelial con el tejido conectivo.

El epitelio de la encía insertada y de la encía marginal es epitelio escamoso estratificado.

Los podemos clasificar bioquímicamente y morfológicamente en cuatro estratos distintos:

- 1.- Estrato Basal Cuboidal
- 2.- Estrato Espinoso
- 3.- Estrato Granuloso
- 4.- Estrato Queratinoso

ESTRATO BASAL CUBOIDAL

En ésta capa se lleva a cabo la mitosis, aquí encontramos queratocitos y melanocitos y células formadoras de pigmentos.

Las células son de forma cuboidal y representan proyecciones digitiformes (pedículos) que aparecen como unidos a la membrana basal a esta unión se le conoce con el nombre de hemidesmosoma.

ESTRATO ESPINOSO

Las células son poligonales y ocupan más de la mitad del grosor total del epitelio. Contienen puentes intercelulares prominentes, a la parte inferior de este estrato se le conoce como germinativo, ya que aquí ocurre la mitosis.

ESTRATO GRANULOSO

Son células achatadas con marcados gránulos basofílicos de queratohialina en el citoplasma y núcleo hipercrómico y contraído.

ESTRATO QUERATINOSO

Es una capa superficial queratinizada formada por escamas aplanadas, claras y anucleadas.

En las células basales del epitelio pueden observarse finos tonofilamentos que van de los núcleos de las células a las paredes de las células.

En los puntos en que se adjuntan células vecinas, éstos filamentos se condensan en tonofibrillas más grandes, las cuales forman los puentes celulares (prolongación de una célula-epitelial con otra hay un espacio de 150-300 A°).

Los desmosomas son los puentes intercelulares que sirven para unir células vecinas entre sí. Los desmosomas se componen de membranas celulares adyacentes y por engrosamiento (placas de unión) y estructuras extracelulares interpuestas.

El tejido conectivo gingival consiste de una substancia intercelular compuesta de líquido tisular, mucopolisacáridos y varios elementos fibrosos.

Los fibroblastos a los cuales se les atribuye casi toda la actividad metabólica de este tejido están en suspensión en una substancia intercelular junto con elementos vasculares y neuronales. La enérgica actividad leucocitaria en las encías hacen que sean componentes de este tejido de la sangre. Aparte de las funciones de nutrición y acojinado de tejido conectivo gingival, sus elementos fibrosos tienen a su cargo el firme anclaje de sus dientes y son a la vez un lugar de debilidad bioquímica en infecciones.

PAPILA INTERDENTARIA

Se encuentra en el espacio enterproximal por debajo del punto de contacto. El tejido gingival que se extiende en el-

sector interdentario forma las papilas gingivales; que son de especial importancia clínica y patológicamente, -- puesto que son las primeras que indican la enfermedad para dental.

En la parte anterior de la boca, las papilas forman -- una estructura piramidal simple. Las papilas de los dientes posteriores tienen forma de cuña, o sea, vistas lateralmente tienen forma triangular y vista interproximalmente es concava ya que consta de dos papilas que se unen por una depresión que recibe el nombre de col.

En casos de diastema el tejido interdentario, no forma una cresta, sino un reborde como o bien superficie concava.

COLOR DE LA ENCIA

El color se encuentra regulado por varios factores:

- 1.- Aporte Vascular
- 2.- Grosor y grado de queratinización.
- 3.- Pigmentación fisiológica

La pigmentación fisiológica de la encía es producida -- por un aumento en el número de las células que contienen -- melanina. Se cree que los melanocitos son un sistema de -- células autorreproducibles que experimentan activamente mi tosis para reproducirse y subsistir así los miembros perdi dos por migración a las capas epiteliales superficiales. -- La única diferencia observable entre melanocitos de las -- encías caucasoides está en el número y madurez de los gra nulos de melanina que contienen y no el número de los pro pios melanocitos.

Una armazón fibrosa sobre la cual se deposita melanina deriva de las vesículas de golgi; cuando la partícula es-- triada resultante está parcialmente melanizada se llama -- melanosoma; cuando madura, se convierte en un gránulo de -- melanina. La melanina es producida por la célula por oxi-- dación y condensación de ésta substancia para formar la -- substancia pigmentada final.

Los gránulos de la melanina formados en los melanoci-- tos son transferidos finalmente por un procedimiento de ac-- tividad citocrina, a través de las prolongaciones dendríti-- cas, a células epiteliales adyacentes que constituyen las-- células pigmentadas del epitelio bucal a medida que estas-- células se trasladan a la superficie, pierden finalmente-- su contenido de melanina, es probable que por degradación-- en las glándulas en las últimas etapas de queratinización.

Las pruebas histoquímicas de la presencia de melanoci-- tos se basan en su oxidación, de dehidrofenilalanina a mel-- nina y por eso se llama célula DOPA POSITIVA.

Las células dendríticas DOPA NEGATIVAS en las capas -- superiores del epitelio gingival son, en cierta medida -- fuente de gránulos de ATPASA y hay pruebas que sugieren -- que el aspecto del tejido de cesta de la queratina en la -- mayor parte de la superficie del cuerpo es el resultado de sistemas de enzimas en los cuales estos gránulos desempe-- ñan un papel específico.

CARACTERISTICAS DE LA SUPERFICIE DE LA ENCIA NORMAL

1.- COLOR El color es rosado pálido, pero puede va -- riar de acuerdo al grado de irrigación, queratinización -- epitelial, pigmentación y grosor del epitelio.

2.- CONTORNO MARGINAL La encía debe ser más fina ha -- cia la corona para terminar en un borde delgado, en senti-- do mesio distal. Los márgenes gingivales deben tener for-- ma festoneada.

3.- **CONTORNO PAPILAR** Las papilas deben llenar los espacios interproximales hasta un poco abajo del punto de contacto. En las personas adultas se considera que el contorno más normal puede ser redondeado ya que las papilas, con el paso de la edad tienden a atrofiarse.

4.- **TEXTURA** Por lo general existe punteado de diversos grados en las superficies vestibulares de las encías insertadas, por lo que da el aspecto de cascara de naranja.

5.- **CONSISTENCIA** La encía debe de ser firme y la parte insertada debe estar firmemente unida a los dientes y al hueso alveolar subyacente.

6.- **SURCO** Es el espacio entre la encía libre y el diente. Su profundidad mínima en estado de salud es de 1 mm. Es surco normal no excederá en 3 mm. de profundidad.

INSTERSTICIO GINGIVAL

El instersticio gingival normal es una hendidura plana de forma triangular que rodea al diente, que se encuentra limitado con un lado con la superficie del diente y por el otro lado por el epitelio que tapiza el margen de la encía llamado epitelio crevicular.

La profundidad normal del instersticio gingival es de 1-2 mm.

El epitelio de instersticio no está queratinizado (actúa como membrana semipermeable), las toxinas bacterianas pueden ser capaces de pasar desde el tejido conectivo, a través del epitelio de inserción y pueden formar invaginaciones en el tejido conectivo, las cuales ponen el aporte sanguíneo en contacto más directo con el epitelio.

FORMACION DEL INSTERSTICIO GINGIVAL

A medida que el diente en erupción alcanza la cavidad bucal, el epitelio reducido del esmalte y el epitelio bucal se encuentran y se unen. Mientras el diente erupciona a la oclusión, la encía que rodea al diente se retrae gradualmente exponiendo cada vez más la corona clínica. La encía no esta insertada al diente en toda su distancia, sino que forma una pequeña banda epitelial o invaginación marginal.

SURCO MARGINAL LIBRE

Con frecuencia el surco marginal está marcado en la superficie externa de la encía por un fino surco que corre paralelo al margen gingival, que es el surco marginal libre que también nos marca la separación entre la encía libre y la encía insertada.

ADHERNCIA EPITELIAL

Es el mecanismo de unión entre el epitelio y la superficie del diente. Esta constituida por epitelio escamoso-estratificado de 3-4 capas de espesor en los primeros años de vida y puede aumentar de 10 a 20 capas con la edad.

Cuando el diente erupciona en la cavidad oral la adherencia epitelial se hace al esmalte, al progresar la erupción se afiere sobre la raíz. Cuando la adherencia epitelial migra sobre la raíz se adhiere al cemento por medio de extenciones protoplasmáticas de las células epiteliales en los espacios previamente ocupados por las fibras de Sharpey.

Cuando el diente en erupción se halla muy cerca de la cavidad bucal. Los ameloblastos reducidos de las puntas de las cúspides presentan signos de muerte celular. Al mismo tiempo, en las células basales del epitelio bucal y en las células del epitelio externo del esmalte se observan figuras mitóticas y la captación premitótica de 3 H timidina, ambos tejidos en proliferación envían prolongaciones una a otro. Por último se encuentran y forman un núcleo de celular encima del diente.

Las células superficiales se descaman y los núcleos sobresalen permitiendo que la punta de la cúspide penetre en la cavidad bucal. A medida que el diente sigue erupcionando las células del epitelio externo del esmalte y la capa basal del epitelio externo del esmalte y la capa basal del epitelio gingival adyacente continúan proliferando hacia lo largo de los lados del diente.

Cuando el diente alcanza la oclusión funcional el esmalte puede quedar expuesto en una cuarta parte y las células en proliferación pueden haber reemplazado parte del epitelio reducido del esmalte. En éste momento la velocidad del reemplazo se reduce pero es continua.

ADHERENCIA EPITELIAL SECUNDARIA.

Se encuentra en la parte más profunda del intersticio gingival.

LAMINA PROPIA DE LA ENCIA.

La lámina propia de la encía está formada de tejido conectivo-fibroso, denso, con pocas fibras elásticas. Las fibras colágenas -- ordenadas en haces prominentes nacen de la zona cervical del cemento y también en la superficie perióstica del proceso alveolar.

La lámina propia está compuesta por 2 capas.

- 1.- La capa papilar de la lámina propia, que se localiza en los brotes epiteliales del tejido conectivo, y contiene a los vasos y nervios de la encía.
- 2.- La capa reticular, que es subyacente a ella y contigua al perióstio alveolar es colágena y presenta algunas fibras elásticas.

LIMITES DE LA LAMINA PROPIA DE LA ENCIA.

Sus límites hacia el diente son:

- 1.- Epitelio crevicular.
- 2.- Adherencia epitelial.
- 3.- El tercio cervical de la raíz lo más coronal.

Sus límites hacia apical son:

- 1.- Ligamento parodontal.
- 2.- Cresta ósea alveolar.
- 3.- Tejido conectivo laxo.

Sus límites laterales son:

- 1.- El superficial por el tejido masticatorio.
- 2.- El profundo por el perióstio del hueso alveolar.

FIBRAS GINGIVALES

Dentro del tejido conectivo encontramos a las fibras gingivales cuya función es mantener adosada la encía a la superficie del diente, ayuda a soportar las fuerzas de la masticación, y presentan la primera barrera de defensa, en presencia de enfermedad --- parodontal. Estas fibras contienen gran cantidad de colágena y -- se encuentran divididas en cinco grupos.

GINGIVODENTAL

Se extiende desde el cemento radicular inmediatamente por debajo de la adherencia epitelial y llegan hasta la capa papilar de la lámina propia.

TRANSEPTAL

Es el grupo de fibras horizontales que se insertan en el cemento de los dientes contiguos inmediatamente coronarios a la --- cresta alveolar.

CIRCULAR

Este pequeño grupo de fibras rodea al diente, y no se insertan en ningún sitio.

DENTOPERIOSTALES

Van desde la raíz del diente, pasan por la cresta alveolar y llegan a insertarse al perióstio.

CRESTOGINGIVALES

Van de la cresta ósea y se insertan coronariamente en la lámina propia.

IRRIGACION

Se observan capilares de la encía en la capa papilar de la lámina propia donde forman asas terminales. Estos capilares nacen de arterias alveolares intermediarias que atraviesan conductos intraalveolares (canales nutricios) y perforan las crestas alveolares en los espacios interdentarios. Entran en la encía, irrigan las papilas interdentarias y zonas adyacentes de la encía vestibular y oral. Otro aporte vascular de la encía proviene de los vasos periósticos que nacen de las arterias lingual, mentoniana y palatina.

DRENAJE LINFÁTICO

El drenaje linfático de la encía comienza en los vasos linfáticos de las papilas conectivas y pasa a la red colectora externa al periostio del proceso alveolar. Los vasos linfáticos --

que están debajo de la adherencia epitelial se extienden a la -- membrana periodontal acompañando a los vasos sanguíneos.

ESTRUCTURAS NERVIOSAS SENSORIALES

Encontramos las fibras amielínicas que se extienden desde el tejido conectivo hacia el epitelio y con menor frecuencia terminaciones nerviosas especializadas en la capa papilar de la lámina -- propia incluyendo los corpúsculos de Meissner y los de Krause.

MEMBRANA PARODONTAL.

La membrana parodontal es una inserción de tejido conjuntivo densa y uniforme del diente al hueso alveolar. Su función principal es mantener al diente en su alveólo y la relación fisiológica entre cemento y hueso, ésta función la realizan entre elementos -- especializados del tejido conjuntivo.

La membrana parodontal está compuesta por haces de fibras y células del tejido conjuntivo, restos epiteliales, vasos sanguíneos linfáticos y nervios. Los elementos mas importantes de la -- membrana parodontal son las fibras principales o colágenas dis-- puestas en haces y de recorrido ondulado. A las partes de las fibras principales insertadas en cemento o hueso se le llama fibras de Sharpey.

Clasificación y función de los diferentes grupos de la membrana parodontal.

- 1.- Fibras gingivales libres. Tienen como principal función rodear el cuello del diente formando la primera barrera contra las injurias exteriores, se encuentran en todas las superficies alrededor del diente.

- 2.- Fibras transeptales. Se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se insertan en el cemento del diente vecino. Estas fibras se encuentran aún en una marcada destrucción del hueso alveolar y su función es mantener íntegro el contacto funcional.
- 3.- Grupo de la cresta alveolar. Se extiende oblicuamente desde el cemento hasta la cresta alveolar. Su función es fijar el diente al alveólo evitando movimientos de lateralidad y contrabalancear el empuje coronario de las fibras mas apicales.
- 4.- Grupo horizontal. Se extiende desde el cemento hasta el hueso alveolar, su función es también la de mantener al diente en su alveólo evitando movimientos de lateralidad.
- 5.- Grupo oblicuo. Se extiende desde el cemento en dirección coronaria oblicuamente hacia el hueso, el mas numeroso extendiéndose en la casi totalidad del cemento de la raíz menos en su parte cervical y apical. Su función es la de soportar el embate de las fuerzas masticatorias verticales, transformandolas en la tensión sobre el hueso alveolar.
- 6.- Grupo apical. Va en forma radial del cemento dental al hueso en el fondo del alveólo. Estas fibras faltan en las raíces incompletamente formadas. Su función principal es fijar el apex al alveólo y proteger el paquete vasculonervioso.

Estos grupos de fibras consiguen perfectamente la función de amortiguar las presiones durante la masticacion en todas sus direcciones, cualquier presión y en cualquier sentido ejercida sobre un diente siempre será contrarrestada por un grupo de haces o por varios de ellos.

Inervación de la membrana parodontal. En la membrana parodontal intervienen un gran número de fibras nerviosas sensoriales - las cuales son capaces de transmitir las sensaciones de tacto y - presión profunda por la vía del trigémino. Los haces nerviosos - penetran en la membrana parodontal provenientes de la zona peria- - pical de los canales que comunican con el hueso alveolar y de la - encía. Dichas fibras nerviosas siguen el curso de los vasos san- - guíneos, se dividen en fibras mielínicas simples finalmente pier- - den su vaina de mielina y acaban en terminaciones nerviosas li- - bres.

La función de la membrana parodontal se resume a 4: Función Física, Formativa, Nutritiva y Sensorial.

Función Física.- Hay cinco aspectos en esta función que son:-

1. Transmisión de las fuerzas masticatorias al hueso.
2. Unión del diente al hueso.
3. Mantenimiento de los tejidos gingivales en su correcta re- - lación con los dientes.
4. Disminución del impacto de las fuerzas externas o absor- - ción de los golpes.

Protección de los vasos y nervios con tejidos blandos para - - evitar que sean lastimados por las fuerzas mecánicas.

Esta función tiene por objeto mantener el diente fijo en su - - alveólo.

Función formativa. Tanto los osteoblastos como los cemento- - - blastos por ser células derivadas de la membrana parodontal tie- - - nen por función la formación de hueso y cemento. En ésta forma la membrana parodontal actúa como el periostio de dos tejidos calci- - - ficados. También derivan de la membrana parodontal las células re- - - lacionadas con la reabsorción de hueso y cemento, la participa- - - ción de la membrana parodontal en la formación y reabsorción de - - las estructuras calcificadas adyacentes, es esencial para la adap- - - tación del parodonto a los esfuerzos funcionales, así como la re- - - paración de lesiones a los tejidos calcificados.

Función Nutritiva y Sensorial. Es a través de los vasos san- - - guíneos.

Y linfáticos y su función sensorial por sus células nerviosas. - La función sensorial por la cual se originan impulsos nerviosos - propioceptivos en la membrana parodontal e influyen la acción de los músculos de la masticación es de gran importancia para regular y coordinar las funciones de la musculatura mandibular.

CEMENTO

El cemento es el tejido calcificado de origen mesenquimatoso que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente sus funciones son: Las de mantener al diente implantado en su alveólo, - al favorecer la inserción de las fibras parodontales, permitir la continua reacomodación de las fibras principales de la membrana parodontal, las de compensar en parte la pérdida del esmalte ocasionada por el desgaste oclusal. La reparación de la raíz dentaria una vez que ésta ha sido lesionada.

La formación del cemento empieza en las primeras fases de la erupción del diente y se debe a células mesenquimatosas diferenciadas es decir los cementoblastos. La formación del cemento está formada por la capa más reciente no calcificada (cementoide) y está cubierta por los cementoblastos, ésta continúa oposición de cemento diferencia el cemento del hueso aunque su composición química es similar a diferencia de la continua reabsorción de hueso, en especial bajo influencias funcionales. El cemento no es reabsorbido en condiciones normales.

Esta diferencia biológica entre cemento y hueso es de mucha importancia para comprender alteraciones tisulares secundarias o trastornos de la función y estados patológicos.

El cemento desde el punto de vista morfológico se divide en celular o acelular, pero esta diferencia estructural no parece tener importancia funcional o patológica. Si en algún estado patológico la superficie de la raíz sufre una reabsorción ésta puede ser reparada por oposición de cemento acelular o celular.

El cemento celular se caracteriza por su mayor o menor abundancia de cementocitos. Ocupa el tercio apical de la raíz.

El cemento acelular se encuentra localizado principalmente en los 2 tercios coronarios de la raíz.

La composición química es orgánica e inorgánica.

La composición orgánica está formada por sustancia colágena - mucopolisacárida con ácido del tipo del atin condrioetinsulfúrico.

La composición inorgánica es una cristalización especial no tan perfecta como esmalte o dentina sino que es una reunión de varios minerales que realizan una especie de cristalización en forma de cristales de apatita con Ca, P, Cl, Zinc, Plomo, Hierro que le confieren una dureza de un 50%.

Formaciones excesivas de cemento. Hiper cementosis. También se llama hiperplasia del cemento o cementosis. Se caracteriza por --- constituir un proceso de elaboración excesiva de cemento, puede -- presentarse en todos los dientes o solo en algunos, así como puede aparecer en toda la raíz de un diente o tan solo en áreas localizadas de la misma.

Cementículas. Son pequeños cuerpos calcificados algunas veces encontrados en la membrana parodontal. Las cementículas parece ser que se forman como consecuencia de un depósito anormal de cemento sobre las células epiteliales de los restos de Malassez de la membrana parodontal. Las células mencionadas con frecuencia se observan en vías de degeneración o completamente necrosadas.

APOFISIS ALVEOLAR

La apófisis alveolar es la porción de los maxilares y de la man díbula que forma y sostiene alveólos donde están colocados los --- dientes. Se pueden distinguir 2 partes en la apófisis alveolar: El hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de soporte.

El hueso alveolar consta de una lámina osea delgada que recu-- bre la raíz del diente y en donde se insertan las fibras de la mem brana parodontal, el hueso de soporte rodea al hueso alveolar propiamente dicho y sirve de sostén a su función, consta de las lámi-- nas corticales compacta del lado vestibular del lado palatino y

lingual de las apófisis alveolar y del hueso esponjoso comprendido entre las láminas corticales y el hueso alveolar.

Al hueso alveolar también se le denomina lámina dura debido a su aspecto, en la radiografía de línea radiopaca tiene numerosas perforaciones para la entrada y la salida de los vasos y nervios hacia la membrana parodontal. El hueso alveolar es un tejido transitorio que se adapta a las demandas funcionales del diente, está formado para sostener al diente y después de la extracción tiene tendencia a reducirse como ocurre en la apófisis alveolar.

Su estructura varía en los distintos lados del diente según los estímulos funcionales que recibe de los dientes vecinos. En condiciones fisiológicas normales los dientes emigran constantemente hacia la línea media, esto se llama versión mesial fisiológica.

A causa de esta emigración hay resorción de la pared interna del alveólo en el lado mesial del diente y formación de hueso nuevo en el lado distal, el hueso así formado en el lado distal del diente en movimiento es conocido como hueso en manojos debido a la presencia de fibras de Sharpey.

Es importante que se producirá migración mientras haya dientes en la boca. El hueso alveolar debe adaptarse y reconstruirse constantemente. Las modificaciones en los requerimientos funcionales y en la función han de tener como consecuencia la adaptación de los tejidos.

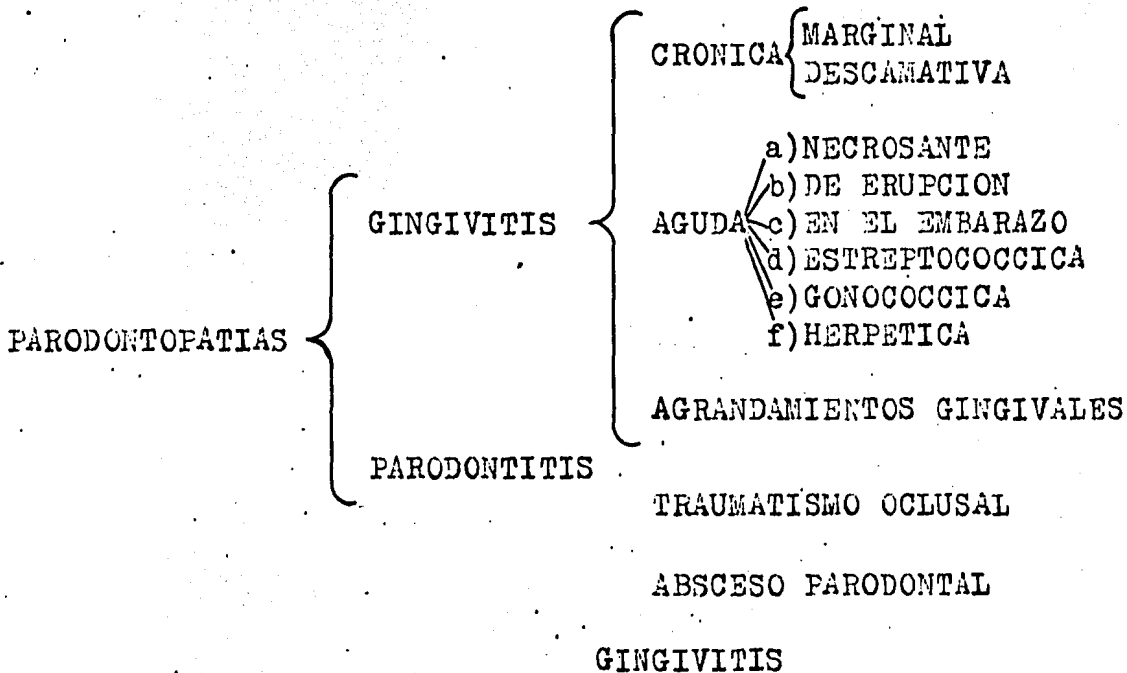
El hueso de soporte también se reabsorbe cuando las necesidades funcionales disminuyen y se forma nuevo hueso si aquellos aumentan, la pérdida de la función oclusal conduce a osteoporosis (atrofia por falta de hueso de soporte), mientras que el aumento en las demandas funcionales produce un hueso más denso. El hueso de la apófisis alveolar está en constante estado de cambio influido por los estímulos funcionales y por factores intrínsecos.

Por lo que la correcta comprensión de los principios biológicos de los tejidos de soporte del hueso (parodontal), es indispensable.

sable para comprender los fundamentos prácticos de la parodencia y poder prevenir futuras anomalías.

CAPITULO II

CUADRO DE CLASIFICACION DE LAS PARODONTOPATIAS



La gingivitis es una reacción inflamatoria de la encía como respuesta a factores irritantes locales, generales y psicosomáticos.

La gingivitis puede ser aguda o crónica. La observación objetiva y por la valoración de los síntomas subjetivos, podemos saber si la reacción inflamatoria es aguda o crónica.

La inflamación aguda se presenta de color rojo intenso, muchas veces está ulcerada, hemorrágica y dolorosa, su aparición es brusca.

La inflamación crónica se presenta muchas veces con crecimiento tisular excesivo. La encía adquiere un color magenta, está más fibrosa que en la inflamación aguda, no presenta tantas hemorragias, su inicio es muy lento y como regla general es indolora.

En la gingivitis no hay migración de la inserción epitelial- o sea que la bolsa se forma a partir del crecimiento de la encía libre o marginal, no migrando la inserción epitelial.

Signos y Síntomas.

- 1.- Cambio de coloración; es debido a un aporte sanguíneo y por lo tanto el grado de inflamación varía, el color de la encía es de rosa coral hasta un azuloso.
- 2.- Gingivorragia; se debe a la permeabilidad de los vasos - por falta de vitamina C, por trastornos en la coagulación, por deficiencia en la coagulación del fibrinógeno, la protombina y las plaquetas.
- 3.- Inflamación; cambio de volúmen de la encía.
- 4.- Cambio de contextura; encontramos pérdida o disminución del puntilleo, la encía se ve de apariencia lisa y brillante, y pérdida de la capa de queratina.
- 5.- Formación de bolsas gingivales o pseudobolsas.
- 6.- Exudado ocasional por acumulación en el intersticio de restos alimenticios y microorganismos.

Después que se ha valorado el estado y grado de inflamación-gingival, debe hacerse estimación de la lesión patológica. La encía puede ser hiperplástica (crecimiento excesivo), ulcerosa necrótica o pseudomembranosa. Quizá exista exudado que a su vez puede ser purulento seroso (catarral) o hemorrágico.

Siguiendo el procedimiento anterior se puede circunscribir el diagnóstico. Por ejemplo: El paciente puede presentar una gingivitis localizada papilar aguda necrosante y ulcerosa. Este diagnóstico quiere decir mucho más que el simple diagnóstico de gingivitis.

GINGIVITIS MARGINAL

La inflamación clínicamente visible casi siempre forma parte de la enfermedad debido a la presencia constante de microorganismos también suelen encontrarse irritantes locales como restos alimenticios o cálculos igualmente por la deshidratación producida por la respiración bucal.

En la irritación severa como la causada por una droga, la inflamación se haya limitada a una zona retringida sobre la cual ha actuado la substancia química.

La intensidad de la reacción inflamatoria depende de la constitución orgánica y hereditaria del paciente así como la duración e intensidad de la irritación local.

Raras veces se observan los efectos de una enfermedad general sobre la encía a menos que exista simultáneamente irritación local, en tal caso la reacción es mayor que la que produciría el irritante actuando aisladamente.

La enfermedad general y los transtornos hormanales actúan como factores modificantes.

La recesión del borde gingival se observa con frecuencia sobre las raíces prominentes en áreas de abrasión por el cepillo y en los puntos en que las fibras marginales musculares o el frenillo se insertan muy cerca del borde gingival.

En las enfermedades la encía puede estar tumefacta desviada o retraída.

La encía normal tiene una consistencia firme, pero también puede ponerse turgente fofa o también se pone dura en la presencia de una inflamación o una hipertrofia.

Uno de los primeros signos de enfermedad es la pérdida del aspecto graneado debido a la destrucción de las fibras gingivales, - la superficie se torna brillante abollanada o forma gruesos gránulos.

La coloración puede ser roja en caso de inflamación aguda o si la inflamación data largo tiempo, puede tomar un matiz magenta de todos modos la ausencia de los síntomas clásicos no descarta la -- existencia de una enfermedad.

Si el paciente está anémico la encía normal puede tener colorosa pálido. En algunos casos los pacientes con ictericia presentan un tono amarillo en la mucosa oral. La pigmentación melánica - de la encía se observa especialmente en las personas de piel obs-- cura.

Las papilas interdentes ideales son puntiagudas u ocupan el espacio interdental hasta el área de contacto. Las papilas situadas entre dientes apiñados o parcialmente superpuestos son alargadas redondeadas y prominentes. A consecuencia de la enfermedad - parodontal pueden tomar forma plana invertida o hipertrófica. La - gingivitis puede estar limitada a una o más papilas interdentes - en cuyo caso recibe el nombre de gingivitis papilar o puede afectar también el margen gingival.

En la gingivitis marginal las papilas y la encía marginal se - hayan ambas afectadas pero la demarcación entre encía marginal, en - cía fija y mucosa alveolar no desaparece.

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA

Es una inflamación difusa crónica que se caracteriza por el -- desprendimiento del epitelio, se presenta en ambos sexos pero es - más frecuente en las mujeres en la época menopáusica aunque se pue - de presentar ocasionalmente en niños y hombres adultos.

Se observan tres fases en la enfermedad, leve moderada y severa, se caracteriza por enrojecimiento de la encía y en la forma -- leve es indolora.

En la moderada aparecen en la encía zonas rojizas y grises. - Hay formación de vacuolas que al romperse dejan escapar su contenido acuoso dejando una zona sangrante y rojiza al descubierto. - La forma moderada y severa se presenta entre los 30 y 40 años.

La forma severa se caracteriza por la presencia de zonas separadas, irregular es su forma en las cuales la encía aparece desnuda y muy rojiza separadas por zonas en la que la encía es de color azul grisáceo, es extremadamente dolorosa. El paciente no tolera el efecto de las comidas, los cambios de temperatura ni los condimentos. Hay una sensación constante de sequedad y quemadura en toda la cavidad oral acentuada en las zonas gingivales desnudas.

GINGIVITIS NECROSANTE ULCEROSA AGUDA

Es un proceso inflamatorio de la encía. Se caracteriza por necrosis que se inicia en los vértices de las papilas interdetales a menos que el tratamiento sea precoz y completo, la enfermedad destruirá las papilas originando una forma arquitectural invertida de la encía con caracteres de tejido blando en vez de papilas entre los dientes, sobre el margen gingival se forma una pseudomembrana de tejido necrótico pero es fácilmente eliminada y deja expuesta una superficie inflamada sangrante, a medida que progresa la enfermedad la encía marginal inflamada aumenta de espesor y se retrae por pérdida de las inserciones interproximales. Las hemorragias espontáneas constituyen un síntoma corriente y el dolor y el insomnio acompañan frecuentemente a ésta enfermedad. Puede haber malestar anorexia y aumento de la temperatura, pero éstos síntomas no siempre están presentes.

Hay un color (necrótico) típico y con frecuencia es posible hacer el diagnóstico basándose en éste signo antes de examinar la boca.

La destrucción de la arquitectura gingival permite el alojamiento de placa entre los dientes y debajo del borde gingival por lo que se explica la continuación de la destrucción del parodonto entre las exacerbaciones del proceso agudo.

Es una enfermedad que se presenta principalmente en los adolescentes y adultos jóvenes aunque también puedan padecerla personas mayores. La gingivitis necrótica ulcerativa es una infección endógena más bien que contagiosa. Un estudio efectuado de los miembros de las fuerzas armadas durante la segunda guerra mundial por Schuller reveló que la transmisión de la enfermedad no se efectuaba por ninguno de los mecanismos imputados de ordinario a las infecciones. Los ensayos de transmitir la enfermedad entre seres humanos no han tenido éxito, de hecho muchos investigadores han intentado la transmisión directa de la infección a sus propias bocas sin lograrlo.

Etiología, la enfermedad es producida por una compleja mezcla de microorganismos que comprende toda la flora bacteriana de la cavidad oral, con un gran aumento de bacilos fusiformes y espiroquetas.

Los signos clínicos son producidos por las bacterias pero el factor etiológico principal parece ser la tensión emocional. El papel del factor emocional explica la menor incidencia de la enfermedad en los miembros de las fuerzas armadas durante la guerra, y en los estudiantes en la época de los exámenes.

Características Clínicas:

- 1.- Dolor en la iniciación y fase intermedia de la enfermedad.
- 2.- Gingivorragia al más ligero estímulo en forma bastante profusa.
- 3.- Olor desagradable característico.
- 4.- Destrucción de la papila interdientaria, si no se trata en los inicios de la enfermedad puede provocar destrucción de la encía.

En los casos más graves la encía marginal puede estar afectada

- 5.- Salivación excesiva o sialorrea.
- 6.- En la fase grave de la enfermedad puede presentar elevación de la temperatura y adenopatía.

GINGIVITIS DE ERUPCION

Durante el período de transición en el desarrollo de la dentición humana tiene lugar en la encía ciertos cambios relacionados con la erupción de los dientes permanentes. Es importante reconocer estos cambios fisiológicos a que está sujeta la encía para poder diferenciarlos de las alteraciones gingivales patológicas relacionadas a menudo con la erupción.

Un hallazgo común en el período de la dentición mixta es la inflamación gingival con relación a la erupción de dientes permanentes. La frecuencia de la enfermedad gingival en tales circunstancias ha dado origen al término "Gingivitis de Erupción". Es dudosa la conveniencia de éste término, pues lleva a creer que el proceso de erupción dentaria por si es responsable de la gingivitis.

La irritación responsable de la inflamación gingival no es producida por la erupción, sino por factores locales que aparecen con la misma. Los mismos factores locales producen inflamación después que la velocidad de la erupción activa se ha reducido a un mínimo.

La gingivitis relacionada con los dientes en erupción puede presentar diversos grados de gravedad. La severidad de los cambios inflamatorios puede ser influenciada por la extensión de los depósitos locales, el alineamiento de los dientes y la higiene oral. El cambio más simple es el ligero enrojecimiento y edema que acentúa la prominencia normal del margen gingival y a menudo resulta en un agrandamiento gingival notable.

La inflamación gingival es mucho más frecuente y más grave en relación con la erupción de dientes en malposición.

La naturaleza de los cambios gingivales es afectada por la relativa posición vestibular o lingual, la inclinación axial y el grado de rotación de los dientes en malposición. Esta malposición favorece la acumulación de placa bacteriana por lo que se produce la inflamación. La corrección ortodóncica de la malposición devuelve el contorno gingival normal.

GINGIVITIS EN EL EMPÁRAZO

Los factores sistémicos desempeñan un factor importante en la etiología de la gingivitis, no como factores primarios sino más bien secundarios o de modificación. Esto es evidente especialmente en estados como el embarazo cuando hay una alteración endócrina.

En observaciones hechas hay un 50% de las mujeres en estado grávido y presentan gingivitis de diversa importancia según estadísticas. También se ha observado que las mujeres no embarazadas muestran la misma frecuencia de gingivitis, pero en grado menor. La gingivitis del embarazo se agrava por las tendencias proliferativas de los tejidos. Una de las características microscópicas de la gingivitis durante el embarazo es la proliferación de los capilares muchas veces combinadas con ulceraciones y formación de pseudomembranas. En el embarazo hay una tendencia a reacciones gingivales exageradas frente a irritantes locales. El diferente aspecto de la encía de mujeres embarazadas y no embarazadas con irritantes locales se debe al efecto modificador del embarazo sobre la respuesta a la irritación local. Si no hay irritantes locales la encía en el embarazo no presenta cambios clínicos notables.

Aunque el embarazo puede modificar la respuesta a los irritantes locales, no produce por si solo cambios inflamatorios. Existe también la posibilidad de que durante el embarazo el estado general de la paciente la induzca a descuidar su higiene oral. En tales casos la irritación local y la inflamación gingival aumentan.

Algunas de las características clínicas de la gingivitis en el embarazo son las siguientes:

Se nota una acentuada inflamación, el margen gingival se torna notablemente edematoso, brillante y tiende a tomar un tono azulado. A veces se ve una ulceración marginal con una pseudomembrana y puede atacar el margen gingival, la papila interdental o ambos. Aumenta la tendencia de la encía a sangrar. Otro cambio gingival frecuentemente observado en el embarazo es un brillo superficial y difuso.

GINGIVITIS ESTREPTOCOCCICA

Es una enfermedad relativamente rara caracterizada por un eritema difuso de la encía y otras zonas de la mucosa oral, en algunos casos se limitan a un eritema marginal intenso con hemorragia marginal. No se caracteriza por necrosis del margen gingival ni por olor fétido notable. Los frotis bacterianos muestran un predominio de formas estreptocócicas que al ser cultivadas aparecen como estreptococos viridans.

GINGIVITIS GONOCOCCICA

Esta rara enfermedad, es causada por el Neisseria Gonorrhoeae -- según Fraser y Menton, la mucosa oral se cubre de una membrana grisácea que al caer deja zonas sangrantes en carne viva. Por lo general ésta enfermedad es más frecuente en el recién nacido por infección durante el parto, pero también han sido descritos casos producidos en adultos por contacto directo.

GINGIVITIS HERPÉTICA

La gingivitis herpética suelen padecerla los niños de 2 a 5 años pero no es rara en jóvenes de 20 años. Muchos menos casos se observan a partir de los 30 años. Por lo común la enfermedad se autolimita y tiene un curso de 10 a 16 días. El período de incubación es de 2 a 14 días, se acompaña de irritabilidad y fiebre de 37.5°C especialmente en los niños, en los adultos puede evolucionar sin fiebre. Se trata de una enfermedad aguda que ocasionalmente puede afectar al sistema nervioso central. Puede ser necesario un estudio hemático completo para descartar una discrasia sanguínea por que la gingivitis ulcerativa está frecuentemente asociada con la leucemia aguda, la neutropenia maligna y la mononucleosis infecciosa, la última se parece a la gingivitis herpética en que ambas enfermedades presentan síntomas de malestar general, fiebre, molestias en la boca y garganta, formación de pseudomembranas y afectación de los ganglios linfáticos.

La gingivitis herpética aguda se caracteriza por la aparición de vesículas elevadas múltiples que se rompen y forman úlceras superficiales de base gris rodeada de un borde rojo, las úlceras se desarrollan en la lengua labios y mucosa oral, incluida la del paladar blando y la faringe. Las papilas interproximales no apare--cen aisladamente sino que su enrojecimiento y tumefacción son con--comitantes con los del resto de la encía. Las papilas no son des--truídas por la necrosis, y las úlceras son superficiales en con--traste con las úlceras profundas de las papilas gingivales afecta--das de gingivitis necrótica ulcerativa. Las úlceras herpéticas no sangran con tanta facilidad como las de la gingivitis necrótica -ulcerativa.

Raras veces el paciente se queja de hemorragias. La gingivi--tis herpética aguda difiere también de la gingivitis necrótica ulcerativa en que es contagiosa, no mejora con los antibióticos y -cura sin dejar cicatriz. Es una enfermedad exógena producida por el virus del herpes simple.

Tras la infección primaria el virus permanece en el tejido y--estimula una producción continua de anticuerpos.

AGRANDAMIENTOS GINGIVALES

Hiperplasia Gingival. Es el crecimiento excesivo por aumento del número de elementos de tejido fibroso de la encía. Es una hiperplasia fibrosa. No es una lesión inflamatoria aunque la inflamación puede afectar secundariamente este tejido hiperplásico. La hiperplasia puede ser un crecimiento localizado y circunscrito en cierta región. Microscópicamente éstos crecimientos se caracterizan por aumento de los elementos fibrosos celulares. En algunas regiones es frecuente la calcificación y la osificación. A estas lesiones se les llama fibromas osificantes.

La etiología de estos fibromas se desconoce. Su desarrollo se debe probablemente a una irritación local asociada a algún factor constitucional. La terapéutica de elección es la insición quirúrgica y la eliminación del factor irritante local.

El pronóstico es favorable aunque a veces residiva. Esto probablemente puede evitarse por la remoción completa y la eliminación del factor local excitante.

Las hiperplasias fibrosas generalizadas pueden ser muy pronunciadas. Muchas veces se presentan en individuos jóvenes y son extremadamente extensas. La remoción de estos tejidos frecuentemente es seguida por la recurrencia.

Hay algunos informes de que la hiperplasia fibrosa puede ocurrir en un lado del maxilar superior después de la parálisis del nervio facial. La hiperplasia gingival se observa con frecuencia durante el tratamiento de la epilepsia tratados con dilantín sódico. En tales casos la encía hiperplásica es firme, elástica e indolora a no ser que haya también inflamación por irritación local. El aumento de volumen parece ser debido al crecimiento de las papilas.

Sin embargo no en todos los casos de la epilepsia tratados con dilantín sódico se encuentra epilepsia gingival. En muchos casos el médico puede recurrir a otros fármacos como la Mesantoína que pueden dominar las convulsiones y que aparentemente no producen hiperplasia.

FIBROMATOSIS GINGIVAL

La fibromatosis gingival es una afección que hace su aparición en época temprana, su patogenia no ha sido satisfactoriamente explicada aunque se han sugerido tantos factores hereditarios como endócrinos. Se trata de una reacción fibrosa difusa que afecta toda la encía y que tiene las características clínicas de fibromas múltiples, la superficie es lisa, y no sangra con facilidad, su crecimiento es lento.

Etiología. Es una entidad rara en la cual hay un marcado crecimiento de la encía, que puede llegar a cubrir por completo los dientes, no se conoce explicación alguna para ésta reacción. Es notable la ausencia de alteraciones inflamatorias, así como el carácter cicatrizal del proceso. Aparece afectada la encía lingual y la vestibular y la afección se inicia en época temprana de la vida.

Características Clínicas. La encía íntegra aparece involucrada en ésta lesión difusa con apariencia de fibromas múltiples. La superficie de la mucosa bucal es lisa y no sangra con facilidad. La inflamación no constituye un rasgo peculiar, solo se manifiesta en forma secundaria por un traumatismo, a veces se produce úlceras que se extienden para involucrar grandes zonas.

PARODONTITIS

La parodontitis es una enfermedad inflamatoria causada principalmente por factores irritativos locales que da por resultado la destrucción de los tejidos de soporte del diente. La parodontitis se estima secuela directa de una gingivitis que ha avanzado y no ha sido tratada. La diferencia entre las dos es cuantitativa más bien que cualitativa y en algunos es difícil distinguir un caso de gingivitis que se ha extendido de una parodontitis que se inicia. Los factores etiológicos principales de la parodontitis son locales e irritativos. La parodontitis puede agravarse o complicarse por enfermedades generales, trastornos endócrinos deficiencia nutricional u otros factores.

La alteración inflamatoria de la encía puede estar localizada-

a un solo diente o un grupo de dientes o generalmente a toda la boca, la inflamación se extiende desde la encía hacia el hueso alveolar y la membrana parodontal produciendo la destrucción de éstos tejidos con pérdida del soporte del diente.

Características Clínicas Las características clínicas del tipo local son: inflamación clínica de la encía, formación de bolsas infraóseas generalmente supuración, pérdida del hueso, movilidad dentaria, migración patológica y pérdida del diente.

El tipo local de enfermedad parodontal destructiva crónica es a menudo indolora, sin embargo puede ir acompañado de síntomas como sensibilidad a los cambios térmicos, dolor irradiante profundo y sordo durante la masticación, síntomas inflamatorios agudos tales como dolor pulsátil y sensibilidad a la percusión por la formación de un absceso parodontal y síntomas pulpares como sensibilidad a los dulces, cambios térmicos o dolor pulsátil producido por la pulpitis resultante de la destrucción cariosa de la superficie radicular.

CAUSAS LOCALES

Hábitos anormales.

- A).- Masticación unilateral
- B).- Hábitos anormales en la mordida
- C).- Mordida a presión o convulsiva.

A).- En la masticación unilateral con bastante frecuencia vemos que una parte de la boca es afectada por un padecimiento parodontal en mayor grado que la otra, ésto es debido a que por alguna causa predisponente como puede ser la pérdida de una pieza dentaria una cavidad dolorosa, una restauración molesta o la erupción de un tercer molar etc.

El paciente tiende inconcientemente a masticar del lado opuesto, la prolongación de ésta causa forma el hábito anormal de la masticación unilateral haciendo que los dientes de la parte activa se encuentren limpios y bien preservados en tanto que en el lado opuesto, encontramos mayor cantidad de placa bacteriana, pérdida del

tono tisular, efectos de maloclusión debido a la falta de estímulos, soportes debilitados etc. Es de esperarse la pérdida prematura de -- los dientes en la parte inactiva.

B).- Entre los hábitos anormales en la mordida se encuentran en- usar los dientes para morderse las uñas, lápices, cortar el hilo con los dientes, etc. Esto constituye una forma de injuria traumática en que el factor traumático es ajeno a la boca.

C).- Los dientes parodontales se ven también afectados por los - espamos musculares de los músculos masticadores causados por una le- sión inconsciente o por una tensión emocional, ésto sucede especial- mente durante el sueño.

La psicotoerapia ha alcanzado bastante éxito para eliminar éste- factor tan destructivo de los tejidos parodontales.

El bruxismo se define comúnmente como el "Rechinido", movimiento y trituración de los dientes sin propósitos funcionales.

Miller propuso la diferenciación entre el rechinido nocturno de- los dientes el cual llamó Bruxismo y el hábito de rechinar los dien- tes en el día lo denominó Bruxomanía.

Es muy común y probablemente puede considerarse normal la tenden- cia transitoria a apretar firmemente los maxilares y los dientes al- efectuarse un esfuerzo o para hacer cesar un brote emocional como el llanto o bien expresar determinación.

Este apretamiento y fijación de los maxilares y de los dientes - durante la sobrecarga emocional y el ejercicio físico no debe consi- derarse como bruxismo, sin embargo si debe considerarse tal el rechi- namiento no funcional habitual y persistente en oclusión céntrica -- sin tensión emocional obvia o necesidad para tal fijación.

La tensión emocional es la causa por la cual puede producirse el bruxismo.

HIPOFUCION

- A).- Masticación indolente
- B).- Anoclusión
- C).- Abrasión

A).- El hábito de la masticación difiere mucho entre una persona y otra. Algunas mastican cada bocado completamente antes de deglutirlo o inconscientemente seleccionan alimentos, los cuales necesitan una fuerza de masticación poderosa, otros solo hacen un aplastamiento de los alimentos entre la lengua y el paladar, cuando el esfuerzo de masticación es débil se crea un proceso alveolar débil en su estructura que trae como consecuencia predisposición a las enfermedades parodontales.

B).- La anoclusión es la condición en que uno o más dientes no hacen contacto con los antagonistas en cualquier posición que asuma la mandíbula. Los dientes pueden estar fuera de contacto en posición céntrica y sin embargo estar en contacto hasta en oclusión traumática en otras posiciones. Esto no es anoclusión.

C).- La abrasión o desgaste es una masticación que tiene lugar normalmente ya en edad avanzada, cuando tiene lugar en la juventud se considera como patológica. Con el prematuro desgaste los tejidos parodontales reciben un estímulo mayor la excesiva necesidad para masticar puede originar un trauma local.

Un factor muy importante en la producción del desgaste prematuro ha sido la tendencia hacia el desgaste artificial muy radical en el desgaste de la oclusión en individuos jóvenes. La altura de las cúspides siempre debe tenerse en cuenta y el elemento del balance debe ser considerado no comparándolo con la oclusión de dientes artificiales en un articulador y si en relación con los requisitos funcionales.

TRAUMATISMO OCLUSAL

Existe gran controversia en lo que respecta al papel del traumatismo oclusal en la provocación de la enfermedad parodontal.

Las raras ocasiones en que los dientes se ponen en contacto en la nutrición no parecen proporcionar la oportunidad de que las fosas destructoras produzcan la lesión. Por lo tanto puede decirse el traumatismo por si solo no es un factor causante primario de la gingivitis y su secuela es la parodontitis, pero sin duda es un factor agravante cuando se da en esas condiciones.

Las raras ocasiones en que los dientes se ponen en contacto --- en la masticación no parecen proporcionar la oportunidad para que las fuerzas destructoras produzcan la lesión. Por lo tanto parecería que el contacto repetido de los dientes durante la deglución el bruxismo y los hábitos de compresión puedan ser muy importantes en ese sentido.

A causa de la variedad del traumatismo oclusal hemos visto recientemente una tendencia gradual a ubicar ese fenómeno en una perspectiva más realista.

Rara vez escucha uno hablar de la necesidad de procedimientos profilácticos para impedir esos traumatismos y sin duda que así debe ser. La vasta difusión de enfermedad gingival y parodontitis sugiere una asociación importante entre las fuerzas oclusales y un parodonto localmente alterado.

Esta situación es en si compleja y aún más difícil es determinar cuando el parodonto resulta inhibido en su respuesta de adaptación local por la influencia de estados biológicos generales.

Puede decirse por lo tanto que el traumatismo por si no es un factor causante primario en la gingivitis y su secuela la parodontitis, pero sin duda es un factor agravante cuando se dan esas condiciones.

Enumeramos algunos de los signos y síntomas clínicos relacionados con el traumatismo oclusal:

Malestar en la región de la articulación temporomaxilar.

Impacción de alimentos

Hábitos anormales

Transtornos parodontales

Dolor facial incierto

Erosión etc.

FACTORES IRRITATIVOS

Dentro de ellos encontramos la Placa Bacteriana compuesta por:

- A).- Materia alba
- B).- Placa de mucina
- C).- Penetración de alimentos
- D).- Cálculos Supragingivales (salivales)
- E).- Cálculos Subgingivales (séricos).

A).- La placa es una masa de residuos blanda blanquecina que -- contiene elementos hísticos muertos, principalmente células epite-- liales, leucocitos y bacteria retenidos en los dientes y encías y -- que pueden penetrar en el sulcus. Se trata en efecto de un medio de cultivo y contiene una elevada concentración de bacterias. La placa es un agente irritante químico y bacteriano grave que actúa sin ce-- sar y que puede ser eliminada mediante el cepillo de los dientes o -- la masticación enérgica de alimentos fibrosos duros. Es un agente -- etiológico bacteriano más importante que el cálculo en la enferme-- dad del parodonto.

B).- La placa de mucina es una glucoproteína la cual forma la -- red o película de la placa bacteriana, son películas orgánicas que -- pueden producir coloraciones visibles, pero generalmente requieren -- soluciones revelantes para ser descubiertas.

C).- La penetración de alimentos, se produce cuando se hunde -- entre los dientes una porción de sustancias alimenticias de carác-- ter fibroso mediante una presión excesiva. La papila es traumatiza-- da directamente por la presión del alimento, que solo puede elimi-- narse por medios mecánicos que algunas veces causan una irritación-- adicional. El alimento retenido en el borde gingival o impactado -- entre los dientes se descompone y causa irritación química y bacte-- riana. El empaquetamiento puede ser de dos formas:

Vertical.- Como ya lo expusimos anteriormente.

Horizontal o Bromatoestasis.- Es la acumulación de alimentos y -- detritus entre los dientes por la acción de la lengua y los carri-- llos contra los dientes durante la masticación.

D).- El cálculo supragingival o salival se encuentra en casi todas las personas ya sea por mala higiene bucal, malposición dentaria, superficies rugosas. Puede aparecer en un solo diente o un grupo de dientes o en toda la boca, encontrándose en mayor cantidad en la superficie vestibular de los molares superiores y en la superficie lingual de los dientes anteriores inferiores, por encontrarse éstos junto a los orificios de salida de las glándulas salivales mayores como son el conducto de Stenon de la Glándula Parótida y los conductos excretores de las glándulas submaxilar y sublingual, se encuentra situado coronariamente a la cresta del margen gingival y por lo tanto es visible en la cavidad oral. Es generalmente de color blanco o blanco amarillento cuando no está teñido por el tabaco u otros pigmentos, es de consistencia dura arcillosa y fácilmente desprendible de la superficie del diente con un raspador.

E).- El cálculo subgingival se encuentra adherido a la superficie del diente por debajo de la cresta de la encía marginal, de modo que no es visible en el examen de la boca, es generalmente denso y duro de color marrón oscuro o negro verdoso, de forma achatada y firmemente adherido a la superficie del diente. Según Printz las características físicas del cálculo subgingival dependen del tiempo que las concreciones han permanecido sobre el diente, de la presión ejercida sobre ellas por el tejido gingival y de las características cualitativas y cuantitativas de las diversas sustancias presentes en la cavidad oral.

La composición del cálculo son depósitos calcificados que constan de sales orgánicas e inorgánicas y agua. El componente orgánico del 15 al 25% forma toda la masa, está constituido por bacterias filamentosas, células epiteliales y detritus.

El componente inorgánico consiste principalmente en calcio fósforo y magnesio. Hodge y Leung demostraron que con excepción del agua y las sustancias orgánicas la estructura básica y composición del cálculo supragingival es igual a la del cálculo subgingival.

Las teorías que explican la formación del cálculo dental pueden clasificarse en fisicoquímicas, bacteriológica y sistemáticas.

En la teoría fisicoquímica se han hecho muchos estudios entre los cuales está el de Wilkinson el cual se basa en la teoría de que las células epiteliales están bañadas en un líquido seruminoso que contiene fosfatos orgánicos, cuando éstas células degeneran y mueren ponen en libertad una fosfatasa la cual por hidrólisis pone en libertad fosfatos e iones de calcio hasta que la concentración excede el punto de solubilidad y el fosfato es depositado en células muertas, de tal manera que cuando ocurre una lesión en el epitelio las células calcificadas quedan adheridas al diente como cálculos serumales.

Adamson ha demostrado que el fosfato de calcio puede ser precipitado del líquido resumal o la saliva por la acción de la fosfatasa.

La teoría bacteriológica especifica que los microorganismos en una matriz orgánica forman una placa adherente al diente que luego se calcifica.

En la teoría sistématica vemos que hay deficiencia de vitamina A y B que pueden sufrir la formación de cálculos dentarios. El estado emocional puede ejercer una influencia al transtornar el equilibrio calcio-fósforo de la saliva.

MALOCCLUSION

Según su naturaleza, la maloclusión ejerce un variado efecto en la etiología de la enfermedad parodontal. El alineamiento irregular de los dientes produce la acumulación de los restos de comida y empaquetamientos. Puede haber recesión gingival en relación con los dientes desplazados hacia vestibular. Las desarmonías oclusales asociadas con la maloclusión producen lesiones en el hueso y membrana parodontal. Además de las interferencias con las excursiones funcionales de la mandíbula el exceso entrecruzamiento anterior produce irritación gingival por los bordes incisales de los dientes así como empaquetamiento de comida. La mordida abierta produce cambios parodontales desfavorables por la falta o disminución de la función.

IRRITANTES QUIMICOS

La irritación química puede producir inflamación gingival aguda como resultado de hipersensibilidad o de lesiones tisulares no especificadas. En los estados alérgicos inflamatorios, los cambios gingivales van desde un simple eritema hasta la formación de dolorosas vesículas y úlceras. A menudo éstos estados explican reacciones severas producidas por buches o dentífricos inocuos materiales de base de dentaduras.

El efecto lesivo no específico de drogas sobre los tejidos gingivales puede producir inflamación aguda con ulceración. La irritación química de la encía puede ser producida por el uso indiscriminado de buches fuertes, la aplicación de comprimidos de aspirina -- para aliviar el dolor de dientes, el uso incorrecto de drogas escaróticas o el contacto accidental con drogas como feno o nitrato de plata. También se ve irritación gingival en trabajadores de diversas industrias. Los gases tales como amoníaco, cloro bromo vapores ácidos y el polvo de metales son irritantes fuertes.

La irritación química en éstos casos es generalmente de larga duración y no produce necesariamente cambios gingivales espectaculares. Sin embargo deben everiguarse los antecedentes profesionales en todo paciente con enfermedad gingival persistente y resistente al tratamiento.

IRRITANTES MECANICOS

Se consideran así los márgenes en cavidades, obturaciones cuyos bordes marginales son impropios, implementos ortodóncicos, el uso de clamps para dique de goma, puentes, ganchos, o dentaduras que lastimen la encía.

Cualquiera de éstos factores producen diversos grados de inflamación, evolucionando causan la destrucción del hueso alveolar subyacente y producir enfermedades típicas de un carácter local. Las radiografías de mordida frecuentemente revelan la presencia de cavidades no diagnosticadas así como prótesis mal adaptadas y sobre obturaciones. El cemento dental reténido en el surco gingival cons-

tituye un irritante mecánico más potente que la restauración metálica demasiado grande. Es un agente irritante, mecánico y químico simultáneamente y debido a su porosidad proporciona un excelente refugio a los microorganismos. Por lo mismo es conveniente checar el ajuste de una incrustación por medio de los rayos X para así evitar la producción inconsciente de irritación gingival o áreas susceptibles a caries recurrentes. La inserción epitelial no debe ser injuriada y la hemorragia durante la preparación es una maniobra generalmente innecesaria.

IRRITANTES ATMOSFERICOS (Respiración Bucal)

Algunas veces la respiración se hace por la boca, unas por el hábito y otras que son la mayoría por la obstrucción de las vías respiratorias nasales, en estos casos vemos a los pacientes con la boca constantemente abierta, con pérdida del tono muscular en los músculos de la masticación. Los cambios gingivales observados en este caso consisten en eritema, edema, agrandamientos y una superficie difusa brillante en las zonas expuestas. El sitio corriente es en la región superior. En muchos casos la encía alterada se demarca claramente de la mucosa normal adyacente no expuesta. Todavía no se ha probado el modo exacto en que la respiración bucal produce los cambios gingivales, su efecto perjudicial se atribuye generalmente a la irritación por la deshidratación de la superficie.

CEPILLADO INCORRECTO

El cepillado agresivo en forma horizontal o rotatorio produce alteraciones gingivales y abrasión de los dientes. La gravedad del efecto del cepillado exagerado se acentúa cuando se usan dentífricos excesivamente abrasivos. Los cambios gingivales debido al trauma del cepillado pueden ser agudos o crónicos. Los cambios agudos son de aspecto y duración variables e incluyen asperosidad de la superficie epitelial con denudación del tejido conectivo subyacente formando una dolorosa lesión gingival. Una secuela del cepillado exagerado puede ser el eritema difuso con denudación de la encía adherida de toda la boca.

El trauma crónico del cepillado produce recesión gingival y denudación de la superficie radicular. A menudo, el margen gingival se agranda y aparece apilado, como moldeado por los golpes del cepillo. puede haber surcos lineales desde el margen hasta la encía adherida en éstos casos la encía puede ser firme y rosada.

También pueden producir inflamación gingival el uso incorrecto del hilo seda dental, escarvadientes y estimuladores interdetales de madera. El uso exagerado del escarvadientes puede destruir la encía, con formación de espacios interproximales que favorecen la formación de estos con los cambios inflamatorios consiguientes.

CAUSAS GENERALES

Las enfermedades generales como la diabetes, actúan como factores modificantes pero no causan parodontitis. Los factores generales pueden modificar la reacción inflamatoria del parodonto por:

- 1).- Alterar la defensa natural contra los irritantes.
- 2).- Limitar la capacidad de reparación del tejido.
- 3).- Causar una respuesta hística anormal por hipersensibilidad
- 4).- Modificar la estabilidad nerviosa del paciente de modo que interviene un nuevo factor que es la tensión o sobreesfuerzo.

Sthal ha demostrado que en parodonto se produce cambios histológicos con desviaciones metabólicas causadas por alteraciones generales pero el nivel de la fijación epitelial permanece inalterado incluso en el caso de que se sume el trauma oclusal a menos que exista también irritación local, llegó a la conclusión de que la enfermedad generalizada inicia la lesión parodontal y el trauma debido a las fuerzas oclusales excesivas influye sobre la extensión y gravedad de la misma y puede estorbar su curación correcta, pero la formación de bolsas depende de un irritante gingival local debido a la placa.

Ramfjord observó que la inasistencia y la gravedad de la parodontitis que acompaña las enfermedades febriles se haya relacionada con un aumento de la irritación local resultante de una higiene oral descuidada durante la enfermedad generalizada.

Este y otros estudios lo llevarón a la conclusión de que refugiarse en el factor general, en el diagnóstico de la enfermedad parodontal es un concepto impreciso que se ha usado sin discriminación y que ha sido un estorbo en el progreso odontológico.

ENFERMEDAD METABOLICA

La diabetes modifica el curso de la enfermedad parodontal pero los rasgos histológicos de la inflamación de los tejidos parodontales del enfermo diabético no difieren de los individuos sanos con parodontitis. No se ha visto todavía de un modo claro las razones que explican la menor resistencia de los pacientes diabéticos a la infección bacteriana y micótica.

Dubos observó que la sangre íntegra de los pacientes diabéticos tenía un poder bactericida inferior al de la sangre normal independientemente de su riqueza en azúcar. Esta pérdida de actividad parecía estar más relacionada con la acidosis que con cualquier otra actividad o alteración bioquímica asociada a la diabetes, es evidente que la infección puede seguir un curso fulminante en los tejidos saturados de glucosa que el defecto capilar peculiar observado, en la diabetes puede interferir la localización de un agente infeccioso. Conocemos tres trastornos del metabolismo: La diabetes Mellitus el almacenamiento de glucogeno y la inanición que se caracterizan por cetosis, y las personas afectadas de cualquiera de ellos son anormalmente susceptibles a las infecciones bacterianas y micóticas progresivas.

FACTORES HORMONALES

Se ha comprobado que los trastornos hormonales efectan al parodonto. Durante la gestación la gingivitis preexistente tiende a intensificarse y puede modificar su caracter, a veces se observan los llamados tumores de la gestación. La gingivitis descamativa crónica es una enfermedad rara que se observa principalmente en las mujeres en la época de la menopausia.

La hiperplasia de la encía marginal se da con mayor frecuencia

durante la pubertad, en la cual puede haber un desequilibrio endócrino temporal. La intensidad de la gingivitis puede variar con los períodos menstruales. Con todo raras veces es posible demostrar signos de desequilibrio endócrino, excepto durante el embarazo. Todos estos períodos discurren paralelamente con los aumentos de tensión emocional además en relación directa con la presencia de placa bacteriana.

NUTRICION

La nutrición es fundamental para la vida y resulta tentador asignarle uno de los principales papeles etiológicos en la enfermedad. Los desequilibrios dietéticos y nutritivos predisponen en ocasiones a la infección y la infección puede precipitar o agravar los trastornos nutritivos. La nutrición parece ser una de las muchas variables que influyen sobre la interacción huésped-parásito.

Las vitaminas son esenciales para la salud, la absorción de las mismas puede estar determinada por factores digestivos y en algunos casos la vitamina definitiva es sintetizada en el organismo. Una avitaminosis específica puede causar lesiones definidas en la mucosa oral y en la lengua pero no se originarán bolsas parodontales. Spies y colaboradores han catalogado minuciosamente estas lesiones. Realizaron su investigación en un área en la cual es endémica la desnutrición.

Vitamina C.- La vitamina C ha sido estudiada intensamente en Odontología debido a las manifestaciones orales del escorbuto. Sin embargo las alteraciones gingivales no hacen su aparición hasta mucho después de haberse manifestado de manera evidente a los síntomas generales del escorbuto. El ácido ascórbico es necesario para la curación de las heridas, es indispensable para la producción y conservación del colágeno y de la substancia que actúa como cemento de las células endoteliales vasculares. La carencia de vitamina C produce la alteración del mecanismo de formación del colágeno y la degeneración del revestimiento endotelial de los vasos, pero no causa la desintegración de las fibras colágenas maduras.

Tillman hizo observar que las alteraciones orales en el es---carbuto solo son importantes cuando la higiene oral es deficiente actualmente es raro el escabuto en las personas adultas excepto - en indigenas o enfermos mentales, alcohólicos o seguidores de ---dientes extraorantes. No es correcto observar pacientes con es---carbuto en la práctica privada.

El ácido ascórbico tiene gran importancia desde el punto de - vista fisiológico e interviene en multitud de reacciones químicas intracelulares complicadas. Sin embargo, las afirmaciones de que el ácido ascórbico posee acción terapéutica en una amplia varie--dad de trastornos sin relación entre si, entre ellos las encías - sangrantes no han resistido la prueba del tiempo ni la de la apli--cación clínica. El empleo de ésta vitamina para acelerar la rege--neracion en la curación de las heridas especialmente en la solda--dura de las fracturas óseas no ha dado resultados demasiados bri--llantes Vilter afirmó que no hay pruebas evidentes de que la satu--ración de un tejido con vitamina "C" sea más favorable para la --salud que la semisaturación y que los intentos sobre saturación - son ilógicos y constituyen un despilfarro.

Proteínas, grasas e hidratos de carbono. Las proteínas son -- los factores dietéticos mas importantes tanto en los que atañe -- a la nutrición general como para la conservación de la presión -- osmótica de la sangre. Las proteínas desempeñan un papel importan--te para la reacción del cuerpo ante la infección. son esenciales para la conservación de una reserva de fagocitos que ingieren y - destruyen las bacterias. Las grasas desempeñan un papel importan--te en la digestión, son una fuente de energía y contribuyen a la--absorción de ciertas vitaminas. Los carbohidratos son un material indispensable como combustible del organismo. Los tejidos utili--zan constantemente carbohidratos en todos los estados fisiológi--cos, incluso la disminución transitoria de la glucemia por debajo del nivel crítico produce trastornos graves. Los minerales tienen importancia fisiológica especialmente el hierro y probablemente - el cobre en la formación.

de sangre, el calcio y el fosforo en el desarrollo del hueso y en su metabolismo y el yodo en la función del tiroides los minerales pueden tener cierto papel en la resistencia de la enfermedad.

Carácter físico de la dieta. Es importante para la salud parodontal. Los alimentos fibrosos y de tipo detergente ayudan a mantener limpia la cavidad oral. Requieren una masticación enérgica que promueve la queratinización del epitelio gingival, disminuye la velocidad de precipitación de cálculos, elimina las partículas de alimento y estimula el parodonto mediante la función normal. El alimento blando facilita la retención del mismo y no provoca la estimulación de los tejidos parodontales.

TENSION

(Stress)

Factores ambientales y de otro tipo someten al organismo a tensiones generales y locales. La respuesta del cuerpo a la tensión generalizada se denomina síndrome de adaptación general. La tensión localizada en una región circunscrita origina el síndrome de adaptación local. Consiste éste en degeneración, atrofia y necrosis, así como en inflamación, hipertrofia e hiperplasia. El síndrome general de adaptación influye sobre la reacción local y ambos están íntimamente relacionados. El síndrome general de adaptación representa la suma de todos los factores o fenómenos biológicos orgánicos inespecíficos. Las reacciones inespecíficas comprenden tanto la agresión como la defensa. Los factores emocionales pueden ejercer una acción directa sobre el parodonto por la reacción contra la tensión o una acción indirecta debido a uno o más de los factores siguientes: Higiene oral descuidada, dieta inadecuada, insomnio y consumo excesivo de tabaco.

TIRODES

En animales tiroidectomizados se han descrito alteraciones degenerativas de la encía. En animales con hipotiroidismo producido por tiuracilo se ha notado retardo en la oposición de hueso alveolar y disminución del tamaño.

HIPERTIROIDISMO

En individuos con hipertiroidismo se ha descrito enfermedad parodontal destructiva supurativa pero no se ha descrito una relación de causa o efecto sobre el transtorno hormonal y la enfermedad oral.

PARATIROIDES

La función de la parathormona es mantener el calcio sanguíneo y movilizar el calcio de los huesos cuando sea necesario. El hipoparatiroidismo causa gran resorción radicular y descalcificación del hueso alveolar, por lo que en una radiografía podemos apreciar el contraste de la densidad del diente con la descalcificación de la estructura ósea próxima al diente. Por ejemplo: - Una presión ortodóncica o un traumatismo ligero pueden ser debidas a la alteración en la cantidad de parathormonas en la circulación.

La hipofunción produce un descenso en el calcio sanguíneo con elevación de fósforo. Las hemorragias gingivales en éstos enfermos son frecuentes y en ocasiones alarmantes debidas a la falta de calcio en la sangre que como se sabe interviene en la coagulación sanguínea.

ENFERMEDADES DEBILITANTES

Cualquier enfermedad que sea capaz de reducir la salud general de un individuo, aumentará la susceptibilidad de la boca a desórdenes. La tuberculosis, la sífilis, nefritis, transtornos gastrointestinales etc. Pueden mostrar signos en la boca sin embargo éstas manifestaciones no son constantes muchas veces y en ocasiones no merecen tomarse en consideración, pero lo más importante que se puede decir acerca de ellas es que producen un estado de debilitamiento en las defensas y favorece la exacerbación de los gérmenes a veces no patógenos para que éstos realicen su ataque al organismo.

ABSCESO PARODONTAL

Un absceso parodontal es una inflamación purulenta localizada de los tejidos parodontales. Enumeramos algunas de las causas por las cuales pueden aparecer un absceso parodontal.

Puede formarse un absceso parodontal, cuando después de un tratamiento parodontal incompleto se contrae el margen quedando tártaro con formación persistente de pus en una parte de la raíz esto ocurre frecuentemente en los casos de bifurcación y trifurcación incorrectamente tratados.

Otro caso en que se puede formar un absceso parodontal es en la pared gingival de una bolsa por la extensión lateral de la inflamación desde la superficie interna. El absceso se forma cuando se agranda la pared gingival como resultado de una inflamación crónica de larga duración y se dificulta el drenaje de la luz de la bolsa.

Características clínicas.- El absceso parodontal puede ser agudo o crónico. Las lesiones agudas a menudo remiten persistiendo en forma crónica; pueden haber lesiones crónicas sin una historia de episodios agudos aunque frecuentemente sufren agudizaciones.

El absceso parodontal agudo aparece como una elevación ovoidea de la encía vecina a la superficie lateral de la raíz. La encía de la zona atacada es edematosa roja y con una superficie lisa y brillante. En la mayoría de los casos la suave presión digital sobre la lesión la hace supurar.

El absceso parodontal agudo se acompaña de dolores irradiados, sensibilidad a la percusión y palpación, movilidad y en casos graves, efectos sistémicos tales como la fiebre, leucocitosis y malestar.

El absceso parodontal crónico se caracteriza por la presencia de una fístula purulenta con un orificio en forma de cráter en la mucosa lateral. Hay una historia de exudación intermitente a través del orificio de la fístula, que está cubierto por tejido de granulación hemorrágico. La curación del tejido-

de la fístula produce pequeños nódulos firmes y persistentes de color rosado pálido, con una zona central blanda a través de la cual puede introducirse una sonda hacia el trayecto de la fístula.

El absceso parodontal crónico es generalmente asintomático.

El paciente puede relatar episodios caracterizados por un dolor vago, ligera elevación del diente con deseos de morder y desgastarlo. El absceso parodontal crónico puede sufrir exacerbaciones agudas con todos los síntomas caracterizados.

El hallazgo radiográfico típico más frecuentemente descrito es una zona localizada de radiolucidez en una cara lateral de la raíz en sus primeras etapas, el absceso parodontal agudo no es visible en las radiografías.

Los abscesos parodontales crónicos no suelen presentar los cambios radiográficos netos que se le atribuyen.

CAPITULO III

TRATAMIENTO DE LAS PARODONTOPATIAS

En la actualidad, en la mayoría de los casos de las parodontopatías si éstas han sido tratadas teniendo como base un buen diagnóstico, debe admitirse la posibilidad de la curación clínica siempre que el tratamiento haya estado de acuerdo con lo que inspiró el pronóstico. No debe pretenderse una restitución completa de los tejidos perdidos para calificar una enfermedad como curable, bastará la restitución de la salud, la normalidad de los tejidos restantes a fin de volverlos nuevamente aptos para la función.

La finalidad de la terapéutica parodontal es disminuir el intersticio gingival, reduciendo en profundidad obteniendo la cornificación de la capa epitelial externa a fin de protegerlo de los agentes vulnerables externos, estimulando la formación de la capa cortical perdida, excluir la oclusión traumática y el exudado puro lento, disminuir o suprimir la movilidad dentaria, restituir la mucosa bucal a su consistencia de formación y coloración normales. Además instituir una buena higiene y un buen estado bucal preservando el resto del organismo del estado tóxico y el séptico bucal.

Para lograr éstas finalidades son necesarios los siguientes requisitos:

1.- Eliminación de los factores irritantes locales lo que se hace mediante la odontoxesis, curetaje subgingival y pulido radicular eliminación de las bolsas, cirugía, extracciones, corrección de la malposición dentaria, eliminación del traumatismo de los tejidos blandos, supresión de irritantes químicos etc.

2.- Restablecimiento del equilibrio oclusal. Se obtiene mediante la restauración protésica de la oclusión, restauración de las superficies oclusales y extracciones.

3.- Cuidados postoperatorios y control personal de placa.

4.- Eliminación de los factores generales ya sean de carácter infeccioso general dentario o de nariz y garganta.

GINGIVECTOMIA

La gingivectomía consiste en la eliminación quirúrgica de la pared gingival de la bolsa paradontal. Se ha utilizado en un intento por eliminar las bolsas suprimiendo las paredes de tejido blando construyendo así el depósito paradontal de bacterias, el fondo de las bolsas se señalan en el tejido suprayacente por medio de una serie de puntos hechos con la pinza marcadora de Kaplan y Crane, por abajo de los cuales ha de pasar la incisión, de modo que quede eliminada la pared de la bolsa formada por el tejido blando y la inserción epitelial.

La gingivectomía es en realidad una operación en dos etapas o sea la remoción de la encía y el prolijo raspaje y alisamiento radicular. La consideración de la gingivectomía en su sentido literal estricto de solo la eliminación de la encía enferma, sin insistir en igual forma en la remoción de los depósitos y el alisamiento de las superficies radiculares, no llevará al fin deseado.

Indicaciones de la Gingivectomía:

- 1).- Lesiones de bifurcaciones y trifurcaciones.
- 2).- Abscesos paradontales marginales.
- 3).- Capuchones pericoronarios.
- 4).- Agrandamientos gingivales.

Es aconsejable la premedicación con Nembutal (0.5 ó 0.9 mg.) ó algún otro sedante 30 minutos antes de la anestesia. Hay que asegurarse al paciente desde un principio que la gingivectomía es indolora, y el operador no debe comenzar hasta que el campo operatorio no esté bien anestesiado. Debe hacerse anestesia troncular local o infiltrativa.

La incisión sigue la dirección del fondo de las bolsas. La incisión debe de hacerse con una angulación de 45°. Se utiliza el bisturí de Bal Parker para el corte distal y el bisturí de Kirkland o el de Fish de lanceta. La incisión inicial corta la encía completamente y termina lo mas cerca posible del fondo de la bolsa. la -

angulación debe ser correcta porque es muy difícil aún con bisturi muy afilado, hacer una segunda incisión.

Después de retirar el tejido, sobre las regiones proximales se aplican con fuerza esponjas triangulares de gasa o torundas de algodón empapadas en solución de epinefrina al 1 por 100. Esto suele detener la hemorragia en tres o cinco minutos. Cualquier porción de tártaro que no se haya quitado antes se elimina en éste momento. El cemento a base de óxido de Zinc y Eugenol se coloca inmediatamente después de retirar las esponjas de gasa.

El cemento debe mezclarse hasta obtener consistencia similar al mastique. Cuando la consistencia es conveniente puede colocarse en un pedazo de dique de caucho y amasado. Cuando ya no se adhiere al diente de caucho tiene la consistencia adecuada.

El objetivo del cemento es evitar al paciente incomodidad postoperatoria. también evita la formación rápida de tejido de granulación. Debe cubrir la superficie y márgenes de la herida para protegerlos de los alimentos y de cualquier otra sustancia irritante. Sin embargo hay que evitar que el cemento mismo se haga irritante lo que solo se puede lograr si está firmemente colocado. el cemento no debe interferir la articulación ni la masticación. si el cemento impide la oclusión, el paciente lo fracturará después de fraguado. El cemento no debe estar en contacto con las inserciones musculares movibles.

El cemento se coloca entre los espacios interdientales en forma de conos y adosados a las superficies vestibulares y bucales. Correctamente colocado, se anclará con firmeza entre los dientes. También puede colocarse vestibular y bucalmente en largas tiras o a lo largo de las regiones operadas. Las dos tiras se unen interproximalmente con ayuda de instrumentos y por presión digital.

El cepillado de la región operada debe limitarse a las superficies oclusales o incisales y la dieta debe ser blanda. El paciente debe regresar a los tres o cinco días o antes si el cemento se cae

CUIDADOS POSTOPERATORIOS.— La gingivectomía sin cuidados operatorios correctos suele fracasar. Es un hecho que la operación solo

es una parte de la eliminación de la bolsa. La vigilancia del proceso de curación, la conservación de la encía limpia y el estímulo a la cicatrización son de una gran importancia durante las tres o cuatro semanas de atención postoperatoria.

La cicatrización de la herida se lleva a cabo por el desarrollo de un proceso inflamatorio agudo y la formación de tejido de granulación. Este proceso se verifica en la profundidad del tejido y en su superficie. En los tejidos más profundos la reacción inflamatoria aguda aparece poco después de la operación, y consiste en dilatación de los vasos sanguíneos y migración de los leucocitos hacia este tejido. Esto ocurre durante los primeros días del postoperatorio. El tejido conjuntivo que rodea los vasos sanguíneos reacciona con proliferación, caracterizada por actividad mitótica de fibroblastos células endoteliales y células mesenquimatosas no diferenciadas, esto constituye el desarrollo del verdadero tejido de granulación.

Mientras este proceso se verifica en los tejidos más profundos, también en la superficie se operan cambios. Inmediatamente después de la operación el coágulo consta de tres capas. El epitelio crece por el coágulo sanguíneo. Cuatro días después de la operación, la superficie necrótica del coágulo sanguíneo es eliminada, y el epitelio cubre la superficie, ocho días después solamente se observa una pequeña parte de la superficie de la herida no epitelizada. El tejido de granulación se extiende sobre la superficie y en catorce días toda la herida se halla cubierta por el epitelio.

GINGIVECTOMIA CON BISEL INVERTIDO

En ésta técnica de gingivectomía con bisel invertido se siguen los mismos pasos que en la gingivectomía con corte de 45° tanto en premeditación, tipo de anestesia, eliminación de tártaro y cemento necrótico, higiene previa a la colocación del apósito parodontal y cuidados postoperatorios y variando en la forma de la insición y en el corte de la pared interna de la encía.

La anestesia en éste tipo de operación será según el caso lo amerite, se utiliza de preferencia la anestesia por infiltración, debido a que se reduce la hemorragia pero no siempre suprime el dolor del raspado radicular por lo que muchas veces se necesita anestesia regional. En caso de que la gingivectomía tenga que realizarse en una sola sesión se utiliza anestesia general y el paciente debe estar hospitalizado.

La insición que es en lo que varía ésta técnica se efectúa siguiendo la dirección de la pared de la bolsa y la angulación será de acuerdo a la profundidad de la bolsa y el grosor de la encía.

Hecha la insición y habiéndose eliminado los irritantes locales con unas tijeras para encía se corta la pared interna de la encía dejándola lo mas delgada posible y teniendo cuidado en no perforarla, la cantidad de tejido que se elimina es según el grado de crecimiento del tejido.

La ventaja de ésta técnica es que se produce una cicatrización interna y la encía se adhiere perfectamente a la pared del diente y su retracción es mínima, evitando que la raíz quede expuesta y el diente o los dientes se vuelvan hipersensibles.

Una vez terminada la operación y lavado el campo operatorio se coloca el cemento quirúrgico pudiendo suturar interdentalmente si se cree necesario para proteger el coágulo en formación. el cemento quirúrgico debe permanecer en la boca una semana y quitar los puntos de sutura si fue necesario suturar. Este periodo de tiempo ha sido establecido en base a los cambios histológicos que ocurren con la cicatrización y la experiencia clínica.

GINGIVOPLASTIA

Según Goldman la gingivoplastia es el remodelado plástico de la encía (marginal, fija e interproximal) para restablecer una forma anatómica adecuada que pueda funcionar fisiológicamente. Las indicaciones clásicas de la gingivoplastia son:

- 1.- La erupción pasiva alterada, en la que la encía cubre una porción relativamente grande de la corona anatómica.
- 2.- La gingivitis ulcerativa necrótica recidivante que ha alterado la arquitectura gingival.
- 3.- La existencia de bolsas parodontales poco profundas que requieren su eliminación cuando no es necesario corregir la arquitectura ósea.
- 4.- La encía hiperplásica que requiere su extirpación.

Durante el proceso de la erupción de los dientes, el borde gingival se haya sobre la prominencia convexa del esmalte. En esta posición del borde gingival libre no está protegido de la excursión de la masa alimenticia y el contorno bulboso normal de la encía es acentuado por la inflamación crónica causada por el trauma y la retención de alimentos y otros residuos. Este estado persiste hasta que el margen gingival migra a la línea de unión cemento-esmalte donde el borde gingival libre se haya protegido por delicados relieves coronales. En la erupción pasiva alterada la encía no retrocede a esta posición normal y el tejido continúa sobre la superficie convexa de la corona donde se haya sometido a una irritación crónica.

A consecuencia de esta irritación crónica se desarrolla algunas veces una hiperplasia gingival. La gingivoplastia se utiliza para situar el margen gingival en su posición protegida normal en la unión cemento-esmalte.

La gingivitis ulcerativa necrótica destruye las papilas interdetales gingivales por necrosis. Los ataques repetidos crean papilas invertidas o embutidas que aseguran la destrucción progresiva del parodonto con acumulación y retención de residuos en los espacios interproximales. Con la gingivoplastia se rehace el con--

torno de la encía y se crean nuevas papilas interproximales, eliminando la encía marginal despegada y convirtiendo el fondo de los cráteres gingivales en la punta de las nuevas papilas gingivales.

Las bolsas gingivales poco profundas que no invierten la forma arquitectónica festoneada normal del parodonto pueden ser corregidas por gingivoplastia si no hay aberraciones o defectos óseos subyacentes. La encía hiperplásica puede ser remodelada mediante la gingivoplastia por motivos estéticos o de higiene parodontal.

A menudo el propio paciente lleva a cabo una especie de cirugía gingival sin darse cuenta cuando emplea un cepillo dental de cerdas duras. Las lesiones dentarias y gingivales pueden llegar a ser extensas, pero también tiene interés la profundidad casi nula del surco gingival mientras persiste este tipo de cepillado. Hay que aconsejar a éstos pacientes el empleo de un cepillo de cerdas blandas, sin que sea necesario modificar su técnica de cepillado el daño ya no puede corregirse y el cambio de técnicas permitiría la acumulación de alimento y el desarrollo de gingivitis y caries.

TECNICA DE LA GINGIVOPLASTIA

Se traza una insición oblicua en la cara vestibular de la encía fija. Suele iniciarse cerca de la unión mucogingival y terminar junto a los dientes, lo más cerca posible del extremo apical del ligamento epitelial. Para la insición inicial se usa el bisturí Goldman-Fox #7 y a continuación el bisturí Towner # 19 ó 20 para socavar la encía interproximal. En el lado lingual se usan los mismos instrumentos, pero suele ser posible trazar una insición menos inclinada. El tejido escindido se separa con el instrumento Goldman-Fox #10. El ayudante hace presa en el extremo libre del tejido con un hemóstato y ejerce una ligera atracción sobre el mismo mientras se va eliminando la tira, después se usa el bisturí # 7 como raspador para reducir la superficie del tejido y crear un borde delgado. Con curetas bien afiladas se alisa el tejido interproximal.

Se elabora una forma arquitectónica gingival ideal desarrollando

bordes gingivales afilados como la hoja de un cuchillo, muescas interdentes y papilas interdentes en forma de cono. Sólo es posible conservar una buena arquitectura gingival cuando la fundación ósea subyacente tiene una topografía similar.

Se ha utilizado el escapelo electroquirúrgico para modelar los contornos gingivales pero se ha demostrado que es inferior a los instrumentos convencionales. Este método de eliminación-hística retrasa la curación y no permite regular exactamente la profundidad de la necrosis al terapeuta. Las heridas cauterizadas o incididas curan con diferente velocidad, mayor en las últimas. Las heridas cauterizadas son mucho más profundas que las producidas por la insición no pueden controlarse exactamente su penetración, y algunas veces producen destrucción ósea y secuestros. Las diferencias en la curación de las heridas cauterizadas o incisadas pueden ser debidas a la presencia de células desnaturalizadas en la zona mal definida de separación entre células vivas y muertas que pueden estimular la mitosis, pero que impiden la movilización desde el punto de vista físico. El material electroquirúrgico moderno utilizado correctamente no quema el tejido y cabe usarlo con buenos resultados para extirpar o incidir tejidos.

Fox diseño piedras de diamante ásperas para eliminar cantidades pequeñas de tejido después de las insiciones iniciales de la gingivoplastia, se emplean acompañadas de una pulverización acuosa o salina para el modelado preciso de los contornos del tejido. Pueden acentuarse las muescas interdentes con--- torneando y cortando el tejido blando en cantidad suficiente para crear una fosa poco profunda en el proceso alveolar en en los puntos que sea necesario. Este método presenta una ventaja evidente porque el espesor de la lámina cortical impide con frecuencia la consecución de una forma arquitectónica gingival ideal. Si se han de usar las piedras de insición inicial no es preciso que sea biselada porque puede lograrse fácilmente el desnivel necesario mediante las piedras de gingivoplastia. Sobre el área operada se aplica la cura quirúrgica parodontal. Como no hay suturas ni deformidades no se usa Gelfoam.

En vez de la gingivoplastia superficial, con frecuencia se -- usa la insiccion de bisel interno de la cirugia ósea. Este método -- deja una superficie de tejido maduro en vez de tejido conjuntivo -- seccionado. Hay menos molestias postoperatorias y la curacion es -- más rápida pero la mayor ventaja es que el tejido parece mantener -- se en posición estable, sin demasiada neoformación esto resulta -- especialmente ventajoso para mantener la relación de la encía con -- el borde de las incrustaciones en odontología restauradora. El bi -- selado interno se usa tambien para suprimir en exceso de tejido -- de las regiones retromolar y de la tuberosidad.

La dilantina sódica produce con frecuencia hipertrofia gingi -- val intensa, y la eliminacion quirúrgica suele ir seguida de una -- rápida neoformación. La gingivoplastia con biselado interno con -- tejido superficial maduro puede retrasar el crecimiento del teji -- do nuevo.

COAGULO OSEO

Es una nueva técnica quirúrgica parodontal realizada por el Doctor Roberto Earl Robinson, que consiste en regenerar hueso alveolar en zonas donde ha sido reabsorbido y en las que ha habido gran destrucción de hueso alveolar.

El injerto óseo tiene iguales características físicas histológicas y funcionales que el hueso no tratado, funcionalmente se insertan en él nuevas fibras de Sharpey por lo que se evita la movilidad del diente.

Antes de realizar la técnica explicaremos al paciente sobre revisiones quirúrgicas necesarias después del tratamiento. éstas revisiones se realizan al mes, tres y seis meses después del injerto con el objeto de ir observando el coágulo óseo.

Al realizar la técnica quirúrgica hay que tener en cuenta la asepsia por lo que se colocará al paciente un campo esteril sobre la cara quedando solo al descubierto la boca para evitar contaminación.

Se requieren dos fases preparatorias para realizar la técnica del coágulo óseo:

- 1.- Fisioterapia oral o sea la higiene bucal del paciente.
- 2.- Efectuar un legrado de la zona a intervenir.

El coágulo óseo se realiza en la misma sesión que el legrado y el hueso donante es generalmente la cara interna del proceso alveolar o hueso cortical de la cara externa del proceso cuando se necesita mayor cantidad de hueso.

TECNICA DEL COAGULO OSEO

Una vez separado el colgajo se procede a limar el hueso con fresa 557-558, pero sin agua para lograr que los fragmentos se peguen con la sangre y así obtener una masa la cual se recoge con una legra y se deposita en un godete esteril. Después se procede al empacado del coágulo óseo para lo cual el campo debe estar lo más seco posible. El coágulo óseo se presiona en el fondo de la zona con gasa esteril y húmeda quedando así una zona granulosa --

adherida al diente y hueso.

Después procedemos a suturar con seda negra quirúrgica tres - ceros y aguja atraumática y puntos aislados. Después de la sutura colocamos el apósito, éste debe colocarse cuando la hemorragia ha cedido y se ha formado bien el coágulo sanguíneo.

El cemento quirúrgico debe aplicarse en cilindros, este cilindro se dobla en uno de los extremos el cual se coloca en la parte distal del último molar doblando uno de sus extremos. El cilindro se presiona suavemente para que se adapte perfectamente bien, deben colocarse dos cilindros, uno por vestibular y otro por lingual.

,Indicaciones Postoperatorias.

Tomar dos aspirinas de 0.50grs. si se siente malestar al pasar la anestesia. Debe tener una dieta semisólida las primeras 24 horas y debe evitarse comidas demasiado calientes por lo menos en 12 hrs. después de la operación. No se deben hacer colutorios.

CONTROL PERSONAL DE PLACA

Los cuidados, el tratamiento y la fisioterapia oral a seguir en su casa, son procedimientos que se enseñan al paciente para que pueda mantener su boca en buen estado de salud. Estos procedimientos permiten que el paciente tome parte activa en el tratamiento de su boca, y así aumenta su comprensión de la necesidad de llevarlo a cabo.

Sin la completa cooperación del paciente, el tratamiento parodontal no puede tener buen éxito en el restablecimiento de la salud de estos tejidos y su conservación después del tratamiento.

El paciente debe comprender completamente los objetivos y las técnicas de la higiene bucal. Una de las cosas más difíciles en la terapéutica parodontal es hacer que el paciente acepte su responsabilidad en el sentido de cooperar durante el tratamiento y después de él. El éxito o fracaso de la gran mayoría de los casos dependerá de la capacidad del paciente para comprender y llevar a cabo estos procedimientos.

Para lograr comprensión y subrayar la importancia de ésta fase del tratamiento, deben emplearse métodos de educación eficaces y con un fin determinado.

Los objetivos principales de la fisioterapia oral son:

- 1.- Reducir los microorganismos quitando toda la placa bacteriana de los dientes, sobre todo sus espacios interproximales para eliminar la irritación de la encía y combatir la halitosis.
- 2.- Estimular la circulación sanguínea.
- 3.- Estimular la queratinización de los tejidos gingivales haciéndolos más resistentes a la irritación mecánica y bacteriana.

Existen varias técnicas de cepillado entre las que se encuentran, la técnica de Stillman, Stillman modificada, la de Charters, la de Fones y la técnica fisiológica.

Considerando que la técnica de Stillman Modificada es la más adecuada describiremos ésta:

En el método de Stillman Modificada la acción vibratoria de las cerdas se complementa con un movimiento del cepillo a lo largo del diente en dirección a la línea de oclusión. En éste método de cepillado, el movimiento del cepillo comienza en la encía adherida cerca de la unión con la mucosa alveolar y describe un círculo que incluye las encías marginal y adherida y la superficie dentaria contigua. Las ventajas atribuidas a esta modificación son que permite una limpieza más efectiva de las superficies dentarias y reduce las posibilidades de traumatizar la encía marginal.

Cepillo de Dientes.- El mango debe tener tal forma que se pueda agarrar firmemente. La cabeza del cepillo debe ser bastante pequeña para introducirla fácilmente en la boca y lo bastante grande para que cubra la superficie de varios dientes a la vez.

Cerdas.- Las cerdas deben ser todas de la misma longitud y si se utilizan cerdas blandas del cepillo debe tener varios penachos y las cerdas deben estar acomodadas en dos o más hileras. Si las cerdas son duras, deben estar arregladas en dos o tres hileras y los espacios entre éstas deben ser mayores.

Calidad de las cerdas.- Las cerdas pueden ser sintéticas o naturales. Las cerdas sintéticas han sido mejoradas en su elasticidad y las puntas están romas de tal manera que pueden utilizarse ventajosamente ya sea en el tipo duro o en el blando. Se lavan con mayor facilidad son más durables y su dureza no es tan fácilmente afectada por el agua.

Método de cepillado.- Todas las superficies de cada diente deben de ser cepilladas, se debe insistir en aquellas superficies cercanas o adyacentes a las regiones edéntulas y en aquellas regiones donde los dientes tienen alineamiento defectuoso y carecen de contactos protectores o antagonistas. En estas regiones se tiende a acumular los factores irritantes.

Los dientes adyacentes a regiones edéntulas pueden ser limpiados haciendo un movimiento de rotación con el cepillo, con las cerdas sobre las superficies proximales. Las tiras de gasa pueden ser empleadas cuando las superficies de los dientes no son accesibles al cepillo.

Al paciente también se le puede enseñar la limpieza de los espacios interdientales ya sea con la seda o con la cinta dental.

La cinta dental utilizada se corta a una longitud de 45cm. cada extremo se envuelve alrededor del índice y del tercer dedo de cada mano. dejando así libre el pulgar. La cinta se lleva suavemente a la región de contacto de tal manera que no se traumatiza la encía.- Se lleva hacia la encía y debajo del margen gingival en el lado mesial o distal del diente, y luego alrededor de la papila hasta la superficie del diente vecino, y se saca suavemente a través de los puntos de contacto. Para mayor eficacia es bueno aplicar dentífrico al diente antes de utilizar la cinta.

MONDADIENTES Y PUNTAS DE GOMA

Los otros instrumentos que pueden usarse entre los dientes dependen del tamaño y de la forma del espacio y de la habilidad del individuo para usarlos correctamente. En los espacios pequeños de la parte anterior de la boca pueden usarse mondadientes redondos o cuñas de madera blanda llamadas Stim-U-Dents, pero en las zonas mayores y en los espacios entre los dientes posteriores son necesarias las puntas de goma. El tamaño del espacio entre los dientes depende de la precocidad del tratamiento contra la enfermedad. Si ésta estaba en fase avanzada existirá un espacio entre los dientes y para mantener sus superficies limpias será necesario aplicar puntas de goma o las cerdas del cepillo Gum Kare. El instrumento usado entre los dientes ha de tocar los dientes situados a cada lado del espacio y ejercer una ligera presión sobre el tejido, pero si ésta es excesiva lesionará o incluso aplastará el tejido.

Insértese la punta de goma o el Stim U Dent en el espacio en dirección a la superficie masticatoria o al borde cortante, es decir hacia abajo entre los dientes superiores y hacia arriba entre los inferiores. Las puntas de goma se usan tanto en el lado bucal como en el lingual. Retírese la punta directamente hacia atrás sin hacer movimientos circulares o laterales. No se debe intentar forzar su paso entre los dientes cuando no hay espacio. El contacto con los tejidos orales debe ser firme pero suave, éstos tejidos no soportan el tratamiento rudo. La enfermedad parodontal es producida por la irritación local y el uso inadecuado de los instrumentos de higiene oral puede provocar una irritación grave.

ENJUAGUES

Es esencial enjuagarse después del cepillado y de la estimulación interdental esto debe hacerse con agua tibia y vigorosamente.

El cepillo, los mondadientes y la cinta muchas veces aflojan la placa bacteriana pero no la desalojan por completo.

La limpieza y el masaje correctos son de valor inestimable en el tratamiento de la enfermedad parodontal y en el cuidado de un -

caso ya tratado debe presentarse atención a las necesidades de cada paciente. La topografía de los dientes y tejido, la destreza manual y la idiosincrasia de cada paciente suscitarán problemas en ciertos casos individuales.

Al paciente se le debe indicar el tiempo que requiere la limpieza correcta de su boca. Este cepillado debe hacerse delante de un espejo y el paciente debe tener dos o tres cepillos para su uso dos o tres cepilladas al día son lo único que se necesita aún en casos de enfermedad parodontal avanzada. Algunos pacientes que cepillan sus dientes muy seguido tal vez no hagan tan buena limpieza como aquellos que lo hacen concienzudamente dos veces al día.

PASTAS DENTALES

La razón por la cual se usan pastas dentales es que contienen abrasivos muy finos y detergentes mezclados a substancias que le dan sabor. Los detergentes ayudan a pulir los dientes y el sabor hace que el procedimiento sea más placentero. Sin embargo la labor de limpieza la hace el paciente y su fiel cumplimiento del régimen de cepillado que el dentista ha organizado para él.

Si el paciente pregunta cual es la mejor pasta dental, el dentista debe preguntar a su vez cual está usando, si es una pasta inocua se le recomienda que siga empleándola. Este procedimiento tiene una ventaja psicológica y el paciente no se forma la idea equivocada de que una pasta dental es mejor que otra en sus propiedades terapéuticas. Las pastas dentales aparte de que sirven como detergentes abaten la tensión superficial.

Buen número de pastas dentales tienden a despertar la sensibilidad de los dientes. La caries dental puede ser frenada por las pastas dentales que contienen alguna forma de flúor. Se cree que sera posible incorporar a las pastas dentales una enzima que inhibirá el depósito de cálculo en los dientes, ésto sería una ayuda evidente para el paciente parodontal.

CONCLUSIONES

La enfermedad parodontal es una enfermedad de salud pública ya que es la causa principal de la pérdida de los dientes en la población adulta. A la caries se le debe la mayoría de las extracciones dentarias hasta aproximadamente los 35 años de edad, después de la cual la enfermedad parodontal se convierte en la causa más importante.

Es necesario que todo cirujano dentista tenga conocimientos sobre la parodoncia, ya que esto permitirá la solución de problemas de tejido de soporte que se presente en la práctica diaria, y de no tenerse presentes estos conocimientos se puede conducir a la pérdida de uno o varios dientes.

El o los tratamientos parodontales deben llevarse a cabo en el momento preciso. Ya que esta enfermedad se puede presentar a cualquier edad por lo que se debe evitar su avance.

La etiología de la enfermedad parodontal se origina por la acción y presencia de varios factores, que pueden afectar todo el parodonto o solo alguna zona del mismo.

Una de las principales causas de la enfermedad parodontal recide en los irritantes locales que tienen influencia directa, modificándose según la resistencia inicial del huesped o la capacidad del tejido para reparar el daño una vez producido.

Para poder conservar una dentadura en condiciones funcionales favorables es necesaria una higiene dental adecuada, para que de esta manera se evite la retención de mucina, materia alba y como consecuencia el sarro.

Para conservar un parodonto sano debemos tener presentes el equilibrio entre las influencias fisiológicas locales y sistémicas que siempre se encuentran presentes.

La forma más segura de controlar la placa dentobacteriana es la limpieza mecánica con cepillo de dientes, la seda dental, las puntas de goma, y la revisión periódica para que el cirujano dentista remueva aquellos depósitos que es imposible eliminar uno mismo, y nos indique si es necesario modificar nuestra técnica de cepillado.

Las medidas de prevención y tratamiento de la enfermedad parodontal deberán ser el núcleo de todos los planes de salud dental de grupos y de comunidades, para pacientes de todas las edades, porque la utilidad de todas las restauraciones dentales se basa en la salud de los tejidos de soporte del diente.

Las parodontopatías son causadas por una combinación de factores generales o locales. Se tenía creencia que las parodontopías eran causadas por un solo factor ya sea local o general, pero los estudios modernos han demostrado que se necesita de la combinación de ambos para producir una mayor respuesta de los tejidos, ya sea que uno de los factores puede ser predisponente y otro determinante.

Se consideran únicamente como parodontopatías las Gingivitis y Parodontitis. Hay que tener conocimientos de signos y síntomas patológicos que se presentan en el parodonto para lograr un diagnóstico acertado.

Antes de llevar a cabo el tratamiento deberá hacerse un estudio detallado tanto clínico como radiográfico.

El tratamiento puede ser por medios quirúrgicos, mecánicos-
y farmacológicos. Para restituir la encía a su estado normal y --
según el caso lo amerite se hará uso del medio o técnica más indi
cada.

BIBLIOGRAFIA.

PERIODONTOLOGIA CLINICA.
Autor: Dr. IRVING GLICKMAN
4ta. Ed. 1974
Ed. INTERAMERICANA.

BIOQUIMICA DENTAL.
Autor: Dr. EUGENE P. LAZZARI
1a. Ed. 1970
Ed. INTERAMERICANA.

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA.
Autor: VALINT ORBAN
1a. Ed. 1976
Ed. FOURMIER.

TERAPEUTICA PERIODONTAL.
Autor: GOLDMAN
2a. Ed. 1960
Ed. BIBLIOGRAFICA ARGENTINA

PERIODONCIA
Autor: BALINT ORBAN
1a. Ed. 1960
Ed. INTERAMERICANA

MICROBIOLOGIA ODONTOLOGICA
Autor: WILLIAM A. NOLTE
1a. Ed. EN ESPAÑOL 1971
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA
Autor: JOHN F. FRICHARD.
3a. Ed. 1977.
Ed. LABOR S.A.

PATOLOGIA ORAL

Autores: THOMA

ROBERT J. GORLICH

HENRY M. GOLMAN

6ta. Ed. 1977

Ed. SALVAT EDITORES S.A.

OCLUSION.

Autor: RAMF JORD ASH.

2a. Ed. 1973

Ed. INTERAMERICANA

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRACTICA GENERAL.

Autores: ALVIN L. MORRIS y HARRY M. BOHANNAM

2a. Ed. 1976

Ed. LABOR S.A.

MEDICINA BUCAL.

Autor: LESTER W. BURKET

6ta. Ed. 1973

Ed. INTERAMERICANA S.A.

PATOLOGIA BUCAL.

Autor: S.N. BHASKAR

1971

Ed. "EL ATENEO"

HISTOLOGIA DEL DIENTE HUMANO.

Autores: I.A. MJOR y J.J. PINDBORG

1974

Ed. LABOR S.A.

COMPENDIO DE PERIODONCIA.

Autor: FERMIN A. CARRANZA (H).

3a. Ed. 1976

Ed. MUNDI.

APUNTES DE PARODONCIA.

Autor: C.D. MANUEL FRIAS FESQUERA

Ed. FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Ed. (1979).

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

Autor: EDWUART V. ZEGARELLI.

ed. 1976

Ed. SALVAT EDITORES.

PERIODONCIA.

Autor: HENRY GOLDMAN y WALTER COHEN

Ed. 1976

Ed. BIBLIOGRAFIA OMEBA.

NUTRICION.

Autor: CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.

Ed. 1976

Ed. INTERAMERICANA.

ODONTOLOGIA SANITARIA.

Autor: MARIO CHAVEZ

Ed. 1962

Ed. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.

PRINCIPIOS DE HIGIENE GENERAL Y GENERALIDADES DE HIGIENE BUCAL

Autor: ISMAEL CLARK

(1936).

Ed. LABOR.