

416
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología

“GENERALIDADES EN PARODONCIA”

T E S I S
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
Presentan

Patricia del Rayo Rodríguez Piñeiro
Nelson Camilo Najera Gutiérrez



México, D. F.

1986



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.

GENERALIDADES EN PARODONCIA

	PAG.	
INTRUDUCCION	1	
CAPITULO I	DEFINICION DE PARODONCIA Y RELACION CON OTRAS ESPECIALIDADES	2
CAPITULO II	DEFINICION Y CONTENIDO DE HISTORIA CLINICA	5
CAPITULO III	TIPOS DE DIAGNOSTICO	13
CAPITULO IV	TARTARO DENTAL	19
CAPITULO V	GINGIVITIS	26
CAPITULO VI	TRAUMA DE OCLUSION	53
CAPITULO VII	LESION PERIAPICAL	59
CAPITULO VIII	INSTRUMENTOS BASICOS PERIODONTALES	66
CAPITULO IX	MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO PE- RIODONTAL	71
	CONCLUSIONES	76
	BIBLIOGRAFIA	78

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

El verdadero objetivo de todo Cirujano Dentista es la conservación de los dientes y que la Parodontia junto con el auxilio de otras especialidades, forma parte del futuro de la Odontología Conservadora..

Las enfermedades Parodontales son tan frecuentes que el Cirujano Dentista ha demostrado gran interés en la prevención y tratamiento de las mismas.

La Odontología moderna aporta al Cirujano Dentista nuevas técnicas y nuevos materiales para conservar en buen estado la cavidad bucal.

Exhorto a las nuevas generaciones a ser competitivas en el campo profesional de la Odontología, para lograr con esto mejores profesionales dedicados a esta bella Ciencia.

CAPITULO I

DEFINICION DE PARODONCIA Y RELACION CON OTRAS

ESPECIALIDADES

PARODONCIA.-

Es la rama de la Odontología que se refiere a la ciencia y el tratamiento de la enfermedad parodontal.

La Parodencia tiene relación con las siguientes ramas de la Odontología.

- 1.- Odontología Preventiva
- 2.- Operatoria Dental
- 3.- Cirugía
- 4.- Prótesis
- 5.- Radiología
- 6.- Exodoncia

Con la Odontología Preventiva ya que la Parodencia a través de programas e instrucción sobre -

hábitos higiénicos de la cavidad oral trata de man tener a ésta y a todos los tejidos que la componen en un estado óptimo de salud.

Con la Operatoria Dental, en ocasiones un tratamiento a través de restauraciones pueden quedar mal elaboradas teniendo como secuela el que reaccionen casi en forma directa los tejidos de la cavidad creando a partir de este momento un problema parodontal.

Con la Prótesis, la salud periodontal es necesaria para el funcionamiento de las restauraciones y la estimulación funcional que proporcionan las restauraciones es esencial para la conservación del periodonto, es por ello que las restauraciones de cúspides y fcsas, dientes completos y grupos de dientes con la finalidad de restablecer la función.

Con la Radiología, ya que esta a través del uso de los Rayos X nos auxilia para la observación e interpretación en forma adecuada de las lesiones que puedan presentarse tanto en hueso como en tejidos, así como al establecimiento de un plan adecuado de tratamiento.

Con la Exodoncia, esta tiene relación porque muchas veces se presentan problemas iatrogénicos - al realizar esta disciplina, la Parodoncia es gran auxiliar para resolver con exactitud y precisión - los problemas de los tejidos lesionados, logrando con esto una salud más precisa y perfecta de nuestra cavidad bucal.

CAPITULO II

DEFINICION Y CONTENIDO DE

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA.-

Es el primer paso del diagnóstico, es el relato de la molestia inmediata del paciente, de sus afecciones pasadas relacionadas con las actuales y finalmente de su salud general. Esto se logra mejor si seguimos la fórmula de establecer la molestia principal y ampliamos este punto con preguntas sobre la enfermedad actual para finalmente determinar si el enfoque terapéutico es aconsejable en función de los antecedentes tanto de la molestia principal como de salud general. La extensión de la historia clínica en el expediente en este caso, el interrogatorio no va más allá de la molestia principal y un comentario de la enfermedad actual. Al contrario, anotar la historia clínica de un paciente con dolor puede ser tardada ya que la molestia principal puede ser una queja verbal del pa---

ciente, la oportuna observación que haga el Odontólogo en el paciente redundará en beneficio del mismo.

CONTENIDO DE LA HISTORIA CLINICA.-

El operador debe tratar de hacer una observación del estado mental, emocional y edad aparente del paciente.

Al paciente se le debe hacer una ficha de identificación para elaborar un estudio completo y formular un diagnóstico, para así dar el tratamiento adecuado.

La historia clínica del enfermo debe contener los siguientes datos básicos de control personal:

NOMBRE

NUMERO DE EXPEDIENTE

EDAD

TELEFONO

SEXO

ESTADO CIVIL

DOMICILIO

OCUPACION

Además de los datos antes mencionados debemos de tomar en cuenta en la Historia Clínica del paciente, lo siguiente:

- 1.- Se tomará en cuenta la enfermedad más reciente, así como la fecha y los resultados del último examen médico general.
- 2.- Historia Quirúrgica.
- 3.- Estado Gastrointestinal.
- 4.- Estado Cardiovascular.
(Hipotensión, Hipertensión, Arterioesclerosis)

Posteriormente se tomarán algunas enfermedades

sistémicas de interés para el Odontólogo, como por ejemplo:

- 1.- Fiebre reumática.
- 2.- Hepatitis infecciosa.
- 3.- Diabetes y otras perturbaciones endócrinas.

Si existe diabetes debemos exigir su examen más reciente para cerciorarnos si se encuentra bajo control o no.

- 4.- Alergias y sensibilidades a todas las drogas que puedan utilizarse.
- 5.- Tendencias hemorrágicas post-operatorias.
- 6.- Medicamentos usados por el paciente en el momento del examen.
- 7.- Regimen dietético.
- 8.- Consideraciones psicológicas.

Entre los puntos más importantes que debemos observar, cabe mencionar los siguientes dentro de

la historia de la cavidad oral con mayor atención:

- A.- Intervención dental más reciente.
- B.- Hemorragias en operaciones dentales anteriores.
- C.- Frecuencia en exámenes dentales.
- D.- Higiene bucal.
- E.- Hábitos bucales.
- F.- Deficiencia en la masticación.
- G.- Historia acerca de su gingivitis necrosante - ulcerosa.
- H.- Aftas recurrentes.
- I.- Consideraciones psicológicas.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y FAMILIARES.- QUE SE TOMARAN EN CUENTA DE LA HISTORIA CLINICA.

A continuación detallaremos algunos aspectos importantes:

- A.- Desde cuando está enfermo.
- B.- Que enfermedades ha padecido.
- C.- Si viven sus padres.
- D.- Si no viven de que fallecieron o que enfermedades padecieron.
- E.- Si viven qué enfermedades han tenido.
- F.- Cuántos hermanos son.
- G.- Si viven o hay algunos fallecidos.
- H.- Que enfermedades padecieron o qué enfermedades tienen.

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS.- QUE SE TOMARAN EN CUENTA EN LA HISTORIA CLINICA.

- A.- Fuma usted, cuántos cigarros al día o cuántas cajetillas diarias.
- B.- Toma usted alcohol, en forma diaria o de vez en cuando.

EXAMENES DE LABORATORIO.-

Antes de intervenir al paciente debemos tener en cuenta ciertos exámenes de laboratorio, por --- ejemplo tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, valorización de glucosa, tiempo de protombina, recuento de leucocitos, recuento de eritrocitos, --- etc. ya que con estos datos nos ayudarán a planear mejor el tratamiento.

Los estudios radiográficos son de gran importancia, ya que nos aportarán más datos para el estudio clínico del enfermo.

A continuación nos referiremos a la interpretación radiográfica en la cual observaremos:

- 1.- Relación corona-raíz.
- 2.- Hueso de soporte.

- 3.- Crestas Oseas.
- 4.- Lámina dura.
- 5.- Espacio de ligamento paradontal.
- 6.- Lesiones cariosas.
- 7.- Patología Periapical.

CAPITULO III

TIPOS DE DIAGNOSTICO Y SU DEFINICION

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es un proceso continuo en el cual hay que reunir los datos basados sobre una historia clínica y un examen completos, clasificar los y luego obtener conclusiones. Se llega al diagnóstico adecuado únicamente cuando el Cirujano Dentista trata de ser lo más preciso posible en el reconocimiento y análisis de todos los elementos de juicio. Teniendo en cuenta todas estas premisas podemos decir del diagnóstico como la obtención de respuestas a interrogantes clínicas que determinan el curso de la atención preventiva, educacional y terapéutica que se le brindará al paciente. Por lo que tanto el diagnóstico no debe ser descrito únicamente en términos de trastornos patológicos existentes sino también en términos de complicaciones relacionadas con el paciente y el Odontólogo. Únicamente el diagnóstico que conside

ra todos estos factores puede ser denominado adecuado.

TIPOS DE DIAGNOSTICO

- 1.- Diagnóstico Radiográfico.
- 2.- Diagnóstico de Laboratorio.
- 3.- Diagnóstico Clínico.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.-

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

La imagen radiográfica es un producto de la superposición de diente, hueso y tejidos blandos. Las radiografías revelan alteraciones en los tejidos calcificados; no revelan el estado real de la

actividad celular, sino que muestra los efectos de la experiencia celular sobre el hueso y las raíces.

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO.-

Cuando no es posible explicar la naturaleza y la gravedad de la enfermedad gingival y periodontal por causas locales, hay que explorar la posibilidad de la existencia de factores sistemáticos -- contribuyentes.

Numerosas pruebas de laboratorio ayudan al -- diagnóstico de las enfermedades sistemáticas que -- con frecuencia se manifiestan en la cavidad bucal. Estas pueden ser:

1.- Análisis Sanguíneos.-

Estos pueden consistir en recuentos de eritrocitos, leucocitos, frotis sanguíneo, conteni-

do de hemoglobina, tiempo de coagulación, --- tiempo de sangrado, tiempo de retracción del coágulo y tiempo de protombina.

2.- Biopsia Gingival.-

Esta es importante para la determinación de - transtornos gingivales, ya que puede ser a ve ces el único método de detección de interrela ciones locales y sistemáticas que no se pue-- den distinguir desde el punto de vista clíni- co.

3.- Citología Exfoliativa.-

Es un procedimiento de diagnóstico que consis- te en el examen microscópico de células obte- nidas por raspado de las zonas sospechosas.

4.- Exudado Buco-Faríngeo.-

Este nos ayuda a conocer los grados de alcali

nidad y acidez de la saliva, así como el tipo de flora bucal permanente en la cavidad oral y sus alteraciones.'

5.- Análisis General de Orina.-

Sirven para diagnosticar generalmente enfermedades como la diabetes.

6.- Estudios Bacteriológicos.-

Consisten en la identificación de microorganismos que persisten en las lesiones, así como para probar la actividad de los diferentes antibióticos.

DIAGNOSTICO CLINICO.-

Es el resultado de la interrogación a que sometemos al paciente y después de haber obtenido -- una serie de respuestas a sus molestias o dolores,

llegamos a una conclusión auxiliados de los diagn--
nósticos radiográficos y de laboratorio para determinar
el curso del tratamiento a llevar a cabo.

CAPITULO IV

TARTARO DENTAL

Sobre la superficie del diente se acumulan diferentes tipos de materiales. Es necesario distinguir entre los que producen daños a las estructuras calcificadas subyacentes, los que conducen a daño del tejido blando, y los que pueden en realidad proteger el esmalte.

Dentro del Tártaro Dental podemos encontrar:

- a).- PELICULA.- Es una capa translúcida muy delgada, localizada sobre la superficie del esmalte y derivada de las proteínas salivales. Se vuelve a formar rápidamente después de limpiar el esmalte, no es de origen bacteriano pero puede constituir una membrana de agarre para la placa bacteriana que crece sobre de ella. La película joven recientemente depositada, no es ni protectora ni perjudicial para el esmalte o la encía; la

película pigmentada, vieja puede ser --
protectora para el esmalte.

b).- PLACA BACTERIANA.- Es una masa micro--
biana compuesta por microorganismos ---
adherentes que forman una cubierta anti-
estética sobre la superficie del diente.
Se le considera potencialmente destruc-
tiva cuando:

- 1.- Es colonizada por microorganismos
cariogénicos.
- 2.- Es colonizada por microorganismos
productores de toxinas, microorga-
nismos proteolíticos o productores
de colagenesa (placa parodontal).

Existe suficiente evidencia experimental
de que la enfermedad parodontal es un -
proceso multifactorial; que no existe -
un solo tipo, sino una variedad de en--

fermedades parodontales y que los microorganismos están íntimamente relacionados con la etiología y patogenia de las mismas.

c).- TARTARO DENTAL.- Está demostrado que el tártaro dental se forma como resultado de la calcificación de capas sucesivas de bacterias muertas que viven, se propagan y mueren.

Resulta claro entonces, que la prevención de las enfermedades parodontales, debe establecerse precozmente para impedir la formación de la placa bacteriana blanda antes que se forme el tártaro dental. El tártaro dental es simplemente un irritante; la masa microbiana sobre su superficie, contiene microorganismos productores de toxinas que es la

verdadera fuente del daño al parodonto.

- d).- **SARRO DENTAL.**- Son sales de calcio precipitadas en una base de mucina depositada sobre la superficie dentaria frente a las aberturas de los conductos salivales. El sarro es cretáceo relativamente blando, se forma rápido y supragingivalmente, aún en animales libres de gérmenes. Se sospecha su relación con la dieta, pero no se sabe con certeza. Se diferencia fácilmente del verdadero tártaro dental, especialmente el de tipo subgingival, por su consistencia mucho más blanda y gaseosa.
- e).- **MATERIA ALBA.**- Es un irritante local que constituye una causa local de gingivitis y está compuesta principalmente -

de células epiteliales descamadas con algunas bacterias no específicas.

En contraste con el anterior, se encuentra sensiblemente adherida, son acumulaciones extensas en áreas no sometidas a limpieza. Las células epiteliales descamadas pueden resultar de la inflamación gingival más que causarla.

f).- RESTOS ALIMENTICIOS.- Son evidentes y también están adheridos flojamente. De toda la evidencia disponible en la actualidad, resulta claro que la prevención y control tanto de las caries como de las enfermedades parodontales, dependerá en gran medida de la habilidad del paciente para la formación de placa bacteriana sobre las superficies dentarias, después que el Odontólogo la haya elimi

nado.

TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGIA DEL TARTARO DENTAL.

- 1.- Saliva.
 - a).- Consistencia viscosa, de alto contenido de mucina.
 - b).- Pigmentación alrededor de los dientes que permite se formen depósitos.
- 2.- Flora oral y nutrientes utilizables para la proliferación de microorganismos.
- 3.- Falta de higiene oral: Aumenta la cantidad de placa y sirve de medio de desarrollo a las bacterias.

MECANISMO DE FORMACION.

La placa dental es de naturaleza proteí

nica y un producto del metabolismo oral. Su etiología no se ha podido definir, pero es evidente que su formación depende de la habilidad de los microorganismos para adherirse a la superficie de los dientes y los componentes de la saliva.

FACTORES COADYUVANTES.

- 1.- Bacterianas.- Organismos filamentosos que forman una colonia que va a servir de red para la recepción de otros microorganismos y compuestos de la placa.
- 2.- Mucina.- Las bacterias que actúan sobre carbohidratos, liberan ácidos orgánicos que causan la precipitación de mucina de la saliva.

CAPITULO V

G I N G I V I T I S

Consiste en la inflamación del margen gingival, acompañada la mayoría de las veces de bolsas no muy profundas, llamadas pseudo-bolsas. La etiología de la gingivitis es tan variada que ha sido dividida en dos grandes grupos que son:

- a).- Factores Locales, y
- b).- Factores Generales.

Dentro de los factores locales encontramos:

- 1.- Placa dentobacteriana que tanto por acción mecánica como por los productos de desecho de los microorganismos causa inflamación. Para que esto suceda los productos que se hallan implicados en este proceso deben ser:
 - I).- Enzimas capaces de hidrolizar compuestos celulares e intercelulares.
 - II).- Toxinas bacterianas que desintegren células del tejido conjuntivo que a su vez liberarán productos celulares inflamatorios.
 - III).- Compuestos resultantes de la reacción antígeno anticuerpo que allí ocurre.

- 2.- Tártaro y Sarro Dental, ya sea supragingival o subgingival produce irritación a la encía, tanto por los productos elaborados que de aquí se desprenden, como por la gran cantidad de microorganismos que ahí se encuentran, así como por la fricción áspera del tártaro - dentario.

- 3.- Retención de alimentos y mala higiene bu--cal. La acumulación de restos alimenticios - sobre los dientes por falta de higiene, producen gingivitis por la irritación de las toxinas de los microorganismos que se desarrollan en este medio.

- 4.- Restauraciones o prótesis mal ajustadas. - Las restauraciones mal ajustadas actúan como irritantes de los tejidos gingivales, ocasionando la inflamación de los mismos, además de que permiten la acumulación de restos alimenti

cios y microorganismos que lesionan aún más - los tejidos, las restauraciones mal modeladas también pueden producir irritación gingival - al favorecer la retención de alimentos o el - contacto anormal de los mismos contra la encía durante la masticación.

5.- Malposiciones Dentarias, los dientes que se encuentran fuera del plano normal de oclusión, ocasionan trastornos en la encía, debido a que están recibiendo la mayoría de las veces una so brecarga funcional, hecho que facilita el empa- camiento de alimentos y favorece la formación - de tártaro dentario, así como el desarrollo de microorganismos y todo esto, como ya lo hemos - dicho anteriormente es causante de la inflama- ción gingival o gingivitis.

6.- Acción Medicamentosa, existen algunas drogas o medicamentos que por acción directa local o -

general, ocasionan gingivitis aunque unas en ma yor grado que otras; entre ellas encontramos -- que el fenol, el nitrato de plata, aceites volátiles, etc., aplicados directamente a la encía provocan una reacción inflamatoria y por otro - lado, hay drogas como el Epamin y el Kilantin - sódicos, así como otras drogas anticonvulsionantes que cuando se administran por vía general, provocan grandes alteraciones gingivales.

Dentro de los factores generales encontramos:

- 1.- Transtornos nutritivos, se manifiestan con frecuencia por alteraciones gingivales y parodontales, ya que para el mantenimiento de un parodonto normal es necesaria una adecuada ingestión, absorción y utilización de vitaminas y minera-- les mediante una dieta adecuada y balanceada.
- 2.- Embarazo, se ha visto que la encía experimenta

algunas alteraciones que pueden ser variadas dependiendo del estado de la persona de quien se trate, la gingivitis del embarazo, la cual puede producirse a fines del primer trimestre y puede ceder o aún desaparecer por completo concluido este.

- 3.- Diabetes Mellitus, aunque la diabetes ha sido muchas veces asociada a la enfermedad parodontal, no se ha podido comprobar el porcentaje en que lo afecte, ya que en realidad existen también muchos pacientes con diabetes que presentan estructuras parodontales normales; sin embargo un diabético no controlado y aún el que está controlado, tienen afectados numerosos procesos orgánicos, sobre todo, aquellos que responden a la resistencia e infecciones o traumas, es por esto que estas personas así como tienen mayor predisposición a in

fecciones, a la formación de úlceras y a ----
otros procedimientos, también tienen una me--
nor resistencia a la enfermedad parodontal y
sobre todo a la gingivitis.

4.- Otras disfunciones endócrinas, con mucha freq
uencia se ha visto que la gingivitis se pro-
duce en asociación con la pubertad, en la ---
cual la encía se presenta hiperémica y edema-
tosa; el hecho de que muchos adolescentes sean
respiradores bucales crónicos, también se ha
informado de una gingivitis asociada a los --
periodos menstruales.

5.- Infecciones granulomatosas específicas, las
infecciones granulomatosas específicas como -
la tuberculosis y la sífilis, pueden producir
un tipo inespecífico de gingivitis.

C L A S I F I C A C I O N .

De acuerdo a su tiempo de evolución, podemos clasificar la gingivitis en:

a).- Crónica.

b).- Aguda.

c).- Sub - aguda.

a).- Gingivitis Crónica.- Casi siempre es - marginal, es decir, que solo se ve afectado el margen gingival; este tipo de - enfermedad parodontal es de larga duración por lo que le da oportunidad al tejido, de defenderse tornándose fibroso, edematoso y con cambio de coloración.

b).- Gingivitis Aguda.- Se manifiesta rápidamente con dolor interno y su período de evolución es corto, dentro de estas gingivitis encontramos las siguientes:

1).- Gingivitis Ulceronecrosante aguda.

- 2).- Gingivitis de la Pubertad.
- 3).- Gingivitis del Embarazo.
- 4).- Gingivosis ó Gingivitis Descamativ
va Crónica.
- 5).- Gingivitis Atrófica Senil.

Gingivitis Ulceronecrosante Aguda:

Esta connota una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía y presenta signos y síntomas característicos.

Otros nombres con que se conoce a esta lesión son Infección de Vincent, gingivitis ulceromembranosa aguda, boca de trincheras, encía de trincheras, gingivitis fagedénica, gingivitis ulcerativa aguda, estomatitis de Vincent, estomatitis de Paul-Vincent, gingivitis fusospiroquetal, angina pseudomembranosa y estomatitis - espiroquetal.

Características clínicas:

Con mayor frecuencia la gingivitis ulceronecrosante se presenta como una enfermedad aguda. Su forma relativamente más leve y persistente se denomina subaguda. La enfermedad recurrente se caracteriza por períodos de remisión y exacerbarción.

Antecedentes:

La gingivitis ulceronecrosante se caracteriza por la aparición repentina, frecuentemente -- después de una enfermedad debilitante o infección respiratoria aguda. A veces, los pacientes relatan que aparece poco después de que se han limpiado los dientes. La modificación de los hábitos de vida y el trabajo intenso -- sin el descanso adecuado y la tensión psicológica son elementos frecuentes de la historia del paciente.

Manifestaciones Bucales:

Las lesiones características son depresiones crateriformes socavadas en la cresta de la encía que abarcan la papila interdientaria, la encía marginal o ambas. La superficie de los cráteres gingivales está cubierta por una --- pseudomembrana gris, separada del resto de la

mucosa gingival por una línea eritematosa definida. En algunos casos quedan sin la pseudomembrana superficial y exponen el margen gingival, que es rojo brillante y hemorrágico. Las lesiones características destruyen progresivamente la encía y los tejidos periodontales subyacentes.

El olor fétido, el aumento de la salivación y la hemorragia gingival espontánea o hemorragia abundante ante el estímulo más leve son otros signos clínicos característicos.

Síntomas bucales:

Las lesiones son en sumo grado sensibles al tacto y el paciente se queja de un dolor constante, irradiado, corrosivo, que se intensifica al contacto con alimentos condimentados o calientes y con la masticación. Hay un sabor metálico desagradable y el paciente tiene con-

ciencia de una cantidad de saliva excesiva -- "pastosa" Se describe una sensación característica de dientes como, "estacas de madera".

Signos extrabucales y generales:

Los pacientes por lo general son ambulatorios, con un mínimo de complicaciones generales. - Linfadenopatía local y aumento leve de temperatura son característicos comunes de los estadios leves y moderado de la enfermedad. En los casos graves hay complicaciones orgánicas marcadas, como fiebre alta, pulso acelerado, leucocitosis, pérdida del apetito y decaimiento general. Las reacciones generales son más intensas en niños. Es frecuente el insomnio, estreñimiento, alteraciones gastrointestinales y depresión mental.

Aunque poco comunes se pueden presentar secuelas como infecciones pulmonares, toxemia, absceso cerebral mortal.

Evolución Clínica:

Es indefinida, si no se realiza tratamiento - puede tener por consecuencia destrucción progresiva del periodonto y denudación de las raíces. Muchas veces su intensidad decrece y desemboca en un estado subagudo con diversos grados de sintomatología clínica, la enfermedad puede remitir espontáneamente sin tratamiento.

Diagnóstico:

Se basa en hallazgos clínicos, se puede hacer un frotis bacteriano para confirmar este pero no es necesario o definitivo porque el cuadro bacteriano es muy diferente de la gingivitis ulceronecrosante aguda e infecciones específicas de la cavidad bucal como difteria, moniliiasis, actinomicosis etc.

Etiología:

Esta aún no se ha establecido específicamente prevalece la opinión de que es un grupo de enfermedades en las que siempre se hallan espiroquetas y bacilos fusiformes en la enfermedad.

Factores predisponentes locales:

La gingivitis preexistente, lesiones de la en o f a y el fumar.

Deficiencia nutricional:

Efectos condicionante de la deficiencia nutri c i o n a l sobre la patogenicidad bacteriana.

Factores psicossomáticos.

Epidemiología y frecuencia:

La gingivitis ulceronecrosante aguda suele -- producir en grupos con características de epi d e m i a. Aparece en todas las edades, pero se registra con mayor frecuencia entre los 20 y

30 años.

Medios de Contagio:

Supone una capacidad de mantener la infección, por medios naturales de propagación como el - contacto directo a través del agua potable, - utensilios de cocina, y por contaminación ambiental.

CAMBIOS GINGIVALES EN LA PUBERTAD:

Hay varias clases de enfermedad gingival en - las cuales la modificación de las hormonas sexuales es considerada como factor desencadenante o complaciente.

LA ENCÍA EN LA PUBERTAD:

Frecuentemente la pubertad se acompaña de una respuesta exagerada de la encía a la irritación local, Inflamación pronunciada, coloración rojo azula

da, edema y agrandamiento son el resultado de irritantes locales que de ordinario generan una respuesta gingival leve. El entrecruzamiento anterior excesivo agrava estos casos a causa de los efectos sobrecargados de la retención de alimentos y lesión de la encía del sector vestibular anterior y sector palatino en el maxilar superior.

A medida que se acerca la edad adulta, la intensidad de la reacción gingival decrece, incluso cuando siguen estando presentes los irritantes locales. La vuelta a la normalidad completa demanda su eliminación. Aunque la frecuencia y gravedad de la enfermedad gingival aumentan en la pubertad, es preciso comprender que la gingivitis no es de aparición universal durante este período; con el cuidado adecuado de la boca se puede prevenir.

CAMBIOS GINGIVALES ASOCIADOS AL CICLO MENSTRU

AL:

Como regla general, el ciclo menstrual no presenta cambios gingivales notables, pero puede haber uno que otro problema. Durante el periodo menstrual aumenta la frecuencia de la gingivitis y las pacientes se pueden quejar de que sus encías sangran y -- las sienten hinchadas en los días que proceden al -- flujo menstrual. La movilidad dentaria horizontal aumenta entre la tercera y la cuarta semana del ciclo menstrual.

La cantidad de bacterias en la saliva crece -- durante la menstruación y ovulación, de 11 a 14 --- días antes.

El exudado de la encía inflamada aumenta du-- rante la menstruación, indicando que la gingivitis existente se agrava con la menstruación, pero el líquido de surcos de encía queda indemne.

En asociación con el ciclo menstrual, se re-- gistra una serie de cambios bucales, que por lo común aparecen varios días después del ciclo menstru--

al.

Son ulceraciones de la mucosa bucal que parece que tienen una tendencia familiar de altas y lesiones bucales y hemorragia substitutiva en la cavidad bucal.

GINGIVITIS DE LA MENSTRUACION:

Caracterizada por hemorragias periódicas con proliferaciones rojo brillante y rosadas en las papilas interdentarias y ulceraciones persistentes de la lengua y mucosa bucal que empeora justo antes del período menstrual.

Ulceras de repetición periódica en la boca y a veces en la vulva pueden acompañar o proceder el preperíodo menstrual. Las lesiones bucales curan - en 3 ó 4 días y la sensibilidad vaginal desaparece después de la menstruación y por el resto del ciclo. Las lesiones no aparecen si la paciente queda emba-

razada pero se repiten después del parto. Se observó que hay mejoría con estrógenos por vía general. Los cambios gingivales cíclicos asociados a la menstruación fueron atribuidos a desequilibrios hormonales y en ciertos casos van precedidos de antecedentes de disfunción ovárica

Los cambios rítmicos de la fragilidad capilar concomitantes con el ciclo menstrual y la mayor tendencia a la hemorragia gingival inmediatamente antes de la menstruación y después de ella, pueden ejercer influencia sobre la hemorragia gingival.

ENFERMEDAD GINGIVAL EN EL EMBARAZO:

El embarazo por sí mismo no produce gingivitis.

La gingivitis en el embarazo tiene su origen en los irritantes locales igual que en personas no embarazadas. El embarazo acentúa la respuesta gingival a los irritantes locales y produce en perso-

nas no embarazadas un cuadro clínico diferente.

Los irritantes locales causan la gingivitis, el embarazo es un factor modificador secundario.

La intensidad de la gingivitis aumenta durante el embarazo a partir del segundo y el tercer --- mes. La correlación entre la gingivitis y la cantidad de placa es más estrecha después del parto que durante el embarazo.

Ello sugiere que el embarazo introduce otros factores que agravan la respuesta gingival a los -- irritantes locales.

La frecuencia aparece aumentada en el embarazo pero es una determinación difícil de hacer.

El embarazo afecta a áreas inflamadas, pero - inadvertidas. Así mismo el embarazo aumenta la movilidad dentaria, la profundida de bolsa y líquido gingival.

La vascularidad pronunciada es la característica clínica más sobre saliente. La encía esta inflamada y su color varía del rojo brillante al rojo azulado. La encía marginal e interdentaria se halla edematizada, se hunde a la presión, es de aspecto liso y brillante, blanda y friable y a veces presenta aspecto aframbuesado. En algunos casos, la encía inflamada forma masas circunscritas de aspecto tumoral denominadas tumores del embarazo.

Hay una reducción parcial de la severidad de la gingivitis a los dos meses después del parto, y luego de un año el estado de las encías es comparable al de pacientes no embarazadas.

Sin embargo, la encía no vuelve a la normalidad mientras haya irritantes locales, después del embarazo también disminuyen la movilidad dentaria, el líquido gingival y la profundidad de la bolsa.

Algunos informan de una pérdida de la inserción periodontal durante el embarazo, que no se res

taura del todo después del parto.

Los anticonceptivos hormonales agravan la res
puesta gingival a irritantes locales de una manera
similar a la del embarazo y en un número extremo pe
queño de pacientes, producen alteraciones gingiva--
les comparables a los observados en el embarazo.

GINGIVOSIS O GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA:

Es un trastorno gingival relativamente poco común, que en su forma presenta características clínicas llamativas. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, por lo común después de los 30 años, pero puede producirse en cualquier edad después de la pubertad y así mismo en hombres.

Se la ve tantos en bocas desdentadas como en las que conservan dientes naturales.

La gingivosis se presenta en diferentes grados, pero hay que aclarar que la gingivosis recibe también el nombre de Gingivitis descamativa Crónica.

FORMA LEVE: Hay eritema difuso de la encía marginal, interdientaria e insertada; el estado es por lo general indoloro y llama la atención del dentista porque hay un cambio de color generalizado.

La forma leve es más común entre mujeres de 17 y 23 años por lo general son signos generales de que no hay desequilibrios hormonales.

FORMA MODERADA: Esta es una forma más avanzada, presenta manchas rojo brillante y áreas grises que abarcan la encía marginal y la encía insertada. La superficie es lisa y brillante y la encía normalmente resiliente, se torna blanda.

Se deprime levemente a la presión y el epitelio no se adhiere con firmeza a los tejidos subyacentes.

Los pacientes se quejan de una sensación de ardor y sensibilidad a los cambios térmicos. La inhalación de aire es dolorosa. El paciente no puede tolerar condimentos y el cepillado le produce la denudación dolorosa de la superficie gingival.

FORMA SEVERA: La superficie lingual se halla menos afectada que la labial porque la lengua y la fricción de la excursiones de los alimentos reducen la acumulación de irritantes locales y limitan la inflamación.

La áreas afectadas parecen que se desplazan -

en diferentes direcciones sobre la encía.

La membrana mucosa es lisa y brillante, y presenta una fisura en el carrillo, cerca de la línea de oclusión.

La lesión es en extremo dolorosa. El paciente no tolera alimentos ásperos, condimentos o cambios de temperatura. Hay una sensación constante de ardor seco en toda la cavidad bucal, que se acentúa en las zonas gingivales denudadas.

Los cambios más importantes en la gingivitis son inflamatorios y se producen en la superficie vestibular, asociados a irritantes locales. Sin embargo existe la sospecha, aún no fundada, de que se trata de un estado degenerativo y que las alteraciones inflamatorias son secundarias.

Se indican como factores etiológicos el desequilibrio hormonal, la deficiencia de estrógenos en la mujer y testosterona en el hombre y deficiencias nutricionales.

GINGIVITIS ATROFICA SENIL:

Esta lesión aparece durante la menopausia o en el período postmenopáusicos. A veces, se presentan signos y síntomas leves con los primeros trastornos menopáusicos. La gingivostomatitis menopáusica no es un estado común. Su denominación ha llevado a la impresión equivocada de que invariablemente va aparejada a la menopausia, mientras que lo opuesto es la verdad. Las alteraciones bucales no son características de la menopausia.

La encía y el resto de la mucosa bucal son secas y brillantes, el color varía entre la palidez o el enrojecimiento anormal y sangra fácilmente. En algunos casos se observan fisuras en el pliegue mucovestibular y cambios comparables en la mucosa vaginal.

El paciente se queja de una sensación de ardor y sequedad en toda la cavidad bucal, junto con una sensibilidad extrema a los cambios térmicos, --

las sensaciones de gusto anormales se describen como salado, picante o agrio y hay dificultades con las prótesis parciales removibles.

Los signos y síntomas de la gingivostomatitis menopaúsica son comparables, en cierto grado a los de la gingivitis descamativa crónica. La opinión que prevalece es que las dos lesiones nacen de la atrofia y menor queratinización del epitelio bucal, unidas a la disminución de estrógenos o un desequilibrio en su metabolismo.

De cuando en cuando se observan signos y síntomas similares a los de la gingivitis menopaúsica después de ovariectomías o esterilización por radiación en el tratamiento de neoplasmas malignos.

GINGIVITIS SUB - AGUDA:

Tiene las mismas características que la aguda, pero su evolución es más rápida que de la crónica y puede encontrarse abarcando todo el margen gingival, las papilas, o bien puede ser difusa.

CAPITULO VI

TRAUMA DE LA OCLUSION

Este es un factor biológico importante en la enfermedad periodontal; la comprensión de sus efectos sobre el periodonto es útil en el manejo clínico de problemas periodontales.

El trauma de la oclusión es una parte integral del proceso destructivo de la enfermedad periodontal. No genera gingivitis o bolsas periodontales iniciadas por la irritación local. El trauma de la oclusión y la inflamación con procesos patológicos diferentes que se presentan en la misma enfermedad, la periodontitis. No son enfermedades diferentes.

La inflamación comienza en la encía y se extiende hacia los tejidos periodontales de soporte; el trauma de la oclusión en los tejidos periodontales de soporte; los dos causan destrucción de tejidos. Se convierten en factores codestructivos in-

terrelacionados capaces de producir cambios reconocibles, desde el punto de vista clínico y radiográfico, en el periodonto.,

En razón de que hay variaciones individuales en la respuesta periodontal y factores bucales, locales y puesto que la inflamación y el trauma de la oclusión se presentan en combinaciones de diversa intensidad, no siempre producen bolsas infraóseas y defectos óseos angulares (verticales) o crateriformes. Sin embargo, cuando esas lesiones están presentes, la causa posible es la combinación de inflamación y trauma de oclusión. Puede haber otros factores etiológicos, pero no han sido determinados hasta el momento.

Los cambios clínicos atribuidos al trauma de la oclusión son:

Retención de alimentos.

Hábitos anormales.

Dolor facial difusos.

Erosión.

Recesión.

Hemorragia Gingival.

Mordisqueo de carrillos.

Sensibilidad de las superficies oclusales e -
incisales.

Gingivitis Ulcero necozantes agudo.

Hiperplasia en la encia.

Pericementitis.

Bruxismo.

Masticación unilateral.

Excursión limitada de la mandíbula (atricción
insuficiente).

Excursiones limitadas de la mandíbula (atric-
ción excesiva).

Caries interproximales.

Formación de cálculos subgingivales y gingivitis.

Tendencia de la formación de épulis.

Palidez en la encía al ejercerse fuerza oclusal.

Pulpa: Hiperemia que resulta en hipersensibilidad al frío, pulpitis; necrosis pulpar; Nódulos pulpaes.

Box y Stillman consideraban que el trauma era el factor etiológico de los siguientes signos incipientes de enfermedad periodontal.

Medias lunas traumáticas.

Congestión, Isquemia o Hiperemia de la encía marginal.

Recesión de la encía, la cual puede ser asimétrica, junto con resorción de la cresta alveolar.

Grietas de Stillman; Indentaciones en el margen gingival, por lo general en un lado del -

del diente. Es frecuente que haya dos grietas en el mismo diente.

Festones de McCall: Agrandamientos semilunar circunscrito en la encía marginal.

Ausencia en el punteado. Esto interpretó como prueba de edema secundario al trauma.

Inyección en los vasos sanguíneos en la encía marginal.

Depresiones lineales netamente demarcadas en la mucosa alveolar, paralelas al eje mayor de la raíz y hueso del tabique subyacente.

Venas dilatadas en la mucosa bucal.

CAUSAS DEL TRAUMA DE LA OCLUSION:

Tiene su origen en:

- 1.- La alteración de las fuerzas oclusales,
- 2.- Disminución en la capacidad del periodonto para soportar fuerzas oclusales, o una combinación de ambas cosas.

El criterio que determina si la oclusión es traumática, es si produce lesión, y no como ocluyen los dientes.

Toda oclusión que produce lesión periodontal es traumática. La mala oclusión no produce necesariamente trauma; puede haberlo cuando la oclusión parezca normal.

Una fuerza intensa oclusal no es traumática si el periodonto se adapta a ella.

CAPITULO VII

LESION PERIAPICAL

Los aspectos histopatológicos de las enfermedades periapicales se comprenderán mejor si antes hacemos una revisión de las reacciones que pueden darse en la zona apical. La reacción a los estímulos nocivos que pasan del conducto radicular hacia los tejidos que están más allá del ápice radicular, adoptan una de las dos formas. Puede originarse una reacción aguda y tomar la forma de una periodontitis apical. La reacción aguda puede adoptar la forma de un absceso apical que se hizo a causa de una instrumentación mecánica que accidentalmente sobrepasó el conducto. En cambio la reacción periapical a los estímulos nocivos provenientes del conducto radicular puede ser de naturaleza crónica.

En este caso la alteración apical sigue tres caminos:

1.- Se establece un equilibrio entre la resistencia local y el agente agresor y nos hayamos -- frente a la Periodontitis Apical Crónica -- (granuloma)

2.- Otras veces los estímulos nocivos crecen en número o grado, disminuye la resistencia orgánica y nos da la Periodontitis Apical Supurativa, con exudado purulento y drenaje caracterizados por una fístula.

3.- Cuando las células epiteliales residuales son estimuladas a proliferar, entonces puede desarrollarse de las dos primeras maneras y producir un quiste apical.

Así para cualquier estado inflamatorio del -- complejo periodontal se le llama Periodontitis; quedando incluidas en estas las siguientes:

a).- Periodontitis Apical Aguda.-

Suele originarse como secuela de una le
sión pulpar y del tratamiento endodóntico
co esta a saber es una inflamación alrede
de de un ápice de un diente. Los --
rasgos característicos son microscópi--
cos y no radiográficos, sintomáticos y
no visibles.

b).- Periodontitis Apical Crónica.-

Llamado también granuloma dental, represe
nta un equilibrio entre la resisten--
cia local y los estímulos nocivos que -
provienen del conducto radicular a ve--
ces el tratamiento de conductos supues--
tamente adecuado perpetúa este proceso
crónico o quizás lo inicia

La zona afectada por la periodontitis -
apical crónica tiende a crecer hasta --

cierto punto y quedar luego estacionaria, es preciso conocer las características clínicas y radiográficas de esta ya que la lesión puede permanecer asintomática durante largo tiempo ó bien el diente afectado está levemente extruído y sensible a la presión, en la radiografía la lesión aparece una zona radiolúcida de forma circular a ovalada que engloba el extremo radicular y se extiende apicalmente.

c).- Periodontitis Apical Supurativa.-

El término supurativa implica la presencia de pus que observamos cuando sale por la fístula o cuando la zona apical queda expuesta durante una operación. - Es característico que el exudado purulento alcance la superficie por la vía

que ofrece menor resistencia. El hueso y el tejido blando serán perforados en su punto más delgado, en la parte anterior de la boca esto se encuentra en la zona vestibular del diente frente al tercio apical de la raíz.

El exudado de los dientes posteriores superiores puede acumularse en el seno maxilar.

d).- Absceso Apical.-

Es un término escogido para designar un absceso relacionado con el ápice radicular, este está confinado a la apófisis alveolar de ambos maxilares; así tenemos que el absceso apical se origina en el conducto radicular y absceso periodontal se origina en el periodonto.

e).- Abceso Apical Agudo.-

Es una inflamación aguda de los tejidos apicales, sus características clínicas son, comienzo rápido, dolor agudo, gran sensibilidad del diente al tacto y tumefacción. Como regla se origina de una infección.

f).- Quiste Apical.-

Es una lesión dental importante, o sea una cavidad patológica revestida por epitelio y a menudo llena de líquido, esta es poco común y produce destrucción localizada de los tejidos parodontales en la superficie lateral de la raíz, con frecuencia se ubica en la zona de caninos y premolares inferiores; Desde el punto de vista radiográfico cuando se localiza interproximalmente,

aparece a un costado de la raíz como -
una area radiolúcida bordeada por una -
línea radiopaca que no puede ser dife--
renciada del aspecto radiográfico de un
abceso periodontal.

CAPITULO VIII

INSTRUMENTOS BASICOS PERIODONTALES

Los instrumentos están diseñados según la finalidad que cumplan, dentro de los más utilizados tenemos:

- 1.- Sondas Periodontales, se usan para medir la profundidad de las bolsas y determinar su forma. Las características representativas son una hoja calibrada en forma de varilla troncocónica, con marcas cada un milímetro ó dos, y una punta roma redonda; para medir una bolsa se introduce la sonda con presión firme y suave hasta el fondo de la misma.
- 2.- Pinzas marcadoras de bolsas, es un instrumento doble cuya forma es similar a la de las pinzas para algodón, una punta es aguda y está doblada en ángulo recto; la otra es roma y algo arqueada para adaptarse al contorno dentario cuando se introduce en la bolsa. Para marcar una bolsa se alinea la punta roma con el eje mayor del diente y se introduce hasta el fondo de la bolsa, se presionan

los extremos hasta que se unan, creando un punto sangrante externo que corresponde al fondo de la bolsa.

3.- Exploradores, son instrumentos de poco peso, delicados, muy templados; uno de ellos tiene forma de hoz y el otro consiste en una hoja en S con una curvatura en ángulo recto en el extremo, se usan para localizar los depósitos subgingivales antes de raspar y para controlar la lisura de la raíz después del tratamiento.

4.- Raspadores Superficiales, uno de ellos es un raspador universal con dos hojas en la misma línea con el mango; el otro tiene forma de hoz con los lados aplanados. Para evitar hacer muescas en los dientes, estos instrumentos deben manejarse con una angulación menor a 90° respecto a la superficie dentaria.

5.- Raspadores Profundos, se utilizan para la re moción de depósitos profundos, son más finos que los anteriores y proporcionan accesibili dad en bolsas profundas con un mínimo de trau matismo, sirven para la remoción de depósitos subgingivales pero también se pueden utilizar para alisar la superficie radicular.

6.- Azadas, se utilizan para alisar y pulir super ficies radiculares lo cual significa eliminar restos de cálculos y cemento ablandado.

7.- Azadas de McCall, es un juego de seis azadas diseñadas para proporcionar acceso a todas - las superficies dentarias, en cada instrumento hay diferente relación angular entre cue llo y mango.

8.- Cinceles, están diseñados para superficies -

proximales de dientes demasiado juntos para -
permitir el uso de otros raspadores, por lo -
general se utilizan en la parte anterior de la
boca.

- 9.-Curetas, son instrumentos con hojas finas que básicamente se usan para las paredes blandas de las bolsas periodontales, para eliminar el tapiz interno y la adherencia epitelial y también para eliminar fibras periodontales de paredes de defectos óseos.
- 10.-Limas, fueron muy populares, pero ya no se -- usan mucho para raspar y alisar, pues dejan - estrías y rugosidades sobre las superficies - radiculares.
- 11.-Bisturíes Periodontales, es un instrumento de extremo doble para gingivectomía y otras cirugías periodontales.

- 12.- Elevador Perióstico, cumple diversas finalidades en cirugía, son instrumentos con extremos redondeados y hojas rectas.
- 13.- Tijeras, se utilizan para eliminar lengüetas de tejido durante la gingivectomía, recortar margenes de colgajos, agrandar incisiones en absesos periodontales y eliminar inserciones musculares en la cirugía mucogingival.
- 14.- Aspiradores, la cánula es un instrumento simple y eficaz, su tamaño y forma permiten el acceso a todas las zonas o campos en los cuales se haga algún tratamiento parodontal.
- 15.- Instrumentos de Limpieza y Pulido, dentro de estos podemos mencionar la taza de goma, el portapulidor, el cepillo de cerda, la tira de papel, todos ellos los empleamos para limpiar y pulir las superficies dentarias.

CAPITULO IX

MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO PARODONTAL

La Farmacología es de gran utilidad en los tratamientos parodontales, ya que esta disciplina nos ayudará a contrarrestar las enfermedades que se puedan presentar preoperatoriamente como en el postoperatorio.

Los medicamentos de administración sistemática - pueden darse por dos vías:

- 1.- Por vía parenteral (inyección)
- 2.- Por vía bucal

Los medicamentos de alto grado de efectividad tanto bactericidas, narcóticos, tranquilizantes, hemostáticos y vasoconstrictores serán:

- A.- Antibióticos para Gram Positivos, estos están elaborados con sustancias producidas por organismos vivos, como bacterias o levaduras, que inhiben o destruyen a los agentes infecciosos, los más usuales son:
 - a).- Penicilina G Potásica (Pentids)
 - b).- Penicilina G Sódica (Sicillin)
 - c).- Penicilina G Procaína (V-Cillin K, Pen Vee

Compcillin-V)

d).- Eritromicina (Estereato de Eritrocina)

B.- Antibióticos para Gram Negativos, dentro de los más usuales están:

a).- Cefalosporinas

b).- Cefalotina

c).- Cefaloridina

C.- Antibióticos para casos de Micosis, están recomendados cuando la acción de los agentes infecciosos como es en el caso de la moniliasis bucal, los medicamentos más utilizados son:

a).- Nystatin (Mycostatin)

b).- Mysteclin

c).- Anfotericina B

d).- Sulfoxasol (Gantrisin)

D.- Tranquilizantes, estos nos son útiles para el alivio a la ansiedad, tensión y el temor, entre los más comunes están:

- a).- Clordiazepóxido (Librium)
- b).- Meprobomato (Miltow)
- c).- Diazepam (Valium)
- d).- Clorhidrato de Hidroxina (Vistaril)

E.- Anestésicos, los utilizamos como auxiliares en la prevención del dolor durante el procedimiento quirúrgico, entre los más comúnmente utilizados están:

- a).- Clorhidrato de Procaína
- b).- Clorhidrato de Lidocaína
- c).- Clorhidrato de Butetamina (Monocaína)
- d).- Clorhidrato de Mepivacaína (Carbocaína)
- e).- Topanol
- f).- Butyn
- g).- Cetacaína
- h).- Xilocaína

La presentación de estos productos puede ser en gel, rocío o aerosol, administrándose tanto por vía parenteral como tópica.

F.- Hemostáticos y Vasoconstrictores, sirven generalmente para detener la hemorragia que mana de capilares y arterias laceradas al producir la coagulación rápida de sangre alrededor de los vasos, los más comunes son:

- a).- Celulosa Oxidada (Novacell, Oxycell)
- b).- Esponja de gelatina absorbible (Gelfoam)
- c).- Adrenalina

G.- Campo Quirúrgico, todas las intervenciones quirúrgicas periodontales serán acompañadas de una sábana hendida que cubrirá el campo a operar y cuyas medidas normales serán de 1 mt. por 60 cms., tratándose de la disciplina de parodencia.

H.- Materiales Dentales de uso en Parodencia, se utilizan para el cuidado postoperatorio de intervenciones quirúrgicas y existen dos clases que son:

a).- Los que contienen Eugenol, y

b).- Los que no contienen Eugenol.

Dentro de los apósitos quirúrgicos que contienen eugenol y óxido de zinc se encuentra el Cemento de Kirkland-Kaiser.

Dentro de los apósitos sin eugenol está el - Coe-Pack.

También dentro de los materiales podemos mencionar a otro producto utilizado que es el Vendaje -- adhesivo intrabucal (compuesto de pectina, gelatina, carboximetil, celulosa de sodio y polisobutileno para fijar los injertos periodontales sin sutura).

Todos los medicamentos y materiales dentales que se mencionaron anteriormente son de gran ayuda para el Profesional de la Odontología y su posología como su uso será de acuerdo a las circunstancias de cada caso así como de la apreciación del Profesional de las cualidades de éstos, los materiales con que están elaborados y sus ventajas sobre los demás productos existentes.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia que el Cirujano Dentista sepa diagnosticar a tiempo una enfermedad Parodontal, ya que con esto lograremos una mejor rehabilitación tanto en tejidos como en dientes y conservar en mejor estado la cavidad bucal para que cumpla con sus funciones y podemos deducir que:

- 1.- Un examen bucal ordenado y sistemático, nos dará información valiosa para llegar a un buen diagnóstico.
- 2.- Es imprescindible el estudio de la normalidad del parodonto para poder señalar las alteraciones patológicas.
- 3.- Fijarse en los factores etiológicos tanto locales como sistemáticos, y deberán ser eliminados y corregidos respectivamente para obtener un pronóstico y tratamiento favorable.
- 4.- Deberán utilizarse las técnicas de tratamiento según lo indique el caso, teniendo

el operador siempre en mente la forma correcta de hacerlas.

- 5.- El rehabilitar en forma adecuada el parodontio, es un logro compartido del Cirujano Dentista con apoyo del paciente; es indudable que en este caso la concientización del uso de las técnicas correctas sobre higiene bucal y los cuidados postoperatorios son factores del éxito.

B I B L I O G R A F I A

PERIODONCIA,

Baliant Orban,

Editorial Interamericana, S. A.

1979.

PERIODONCIA CLINICA,

Glickman Irving,

4a. Edición 1974,

Editorial Interamericana, S. A.

QUINTAESENCIA EN ESPAÑOL,

QUINTAESENCIA PUBLISHING CO. INC.

Volumen III.- Noviembre 1981,

Chicago Illinois.- 60603

TERAPEUTICA PERIODONTAL,

Goldman-Shlugen-Fox-Cohen,

3a. Edición,

Edit. Bibliográfica Argentina, S. A.

OCLUSION,

Ramfjord Ash,

7a. Reimpresión 1983,
Editorial Interamericana, S. A.

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA,

Frank M. McCarthy,

3a. Edición 1981,
Editorial El Ateneo.