



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

P A R O D O N C I A

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a n

LETICIA DEL REAL LOPEZ
VICTOR S. MARTINEZ URIBE

México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION :	PAG.
I.1 INTRODUCCION A LA PERIODONCIA	1

CAPITULO I

I.2 TEJIDOS PARODONTALES Y SU IMPORTANCIA	2
I.3 PARODONCIA	2
I.4 MUCOSA ORAL	2
I.5 FORMA MACROSCOPICA	3
I.6 EPITELIO GINGIVAL	5
I.7 IRRIGACION DE LA ENCIA	6
I.8 LIGAMENTO PERIODONTAL	7
I.9 FIBRAS PRINCIPALES	7
I.10 ELEMENTOS CELULARES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL ..	9
I.11 FUNCIONES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL	9
I.12 VASCULARIZACION DEL LIGAMENTO PERIODONTAL	11
I.13 HUESO	11
I.14 RADIOGRAFICAMENTE	12
I.15 CRESTA ALVEOLAR	12
I.16 DEHINOENCIA	13
I.17 FENESTRACION	13
I.18 FORMACION DEL HUESO	13
I.19 CEMENTO	14
I.20 ENTIDADES ESTRUCTURALES DEL CEMENTO	15

CAPITULO II

II.1 MEDIO BUCAL	17
II.2 LOS FACTORES ANTIBACTERIANOS CONTENIDOS EN LA SA LIVA	18
II.3 PLACA BACTERIANA	19
II.4 CARACTERISTICAS DE LA PELICULA ADQUIRIDA	19
II.5 TEORIAS	19

II.6	PLACA BACTERIANA	20
II.7	EXISTEN 2 TIPOS DE PLACA	21
II.8	ACUMULACION DE MICROORGANISMOS DE LA PLACA	21
II.9	COLONIZADORES BACTERIANOS	22
II.10	TOXINAS	23

CAPITULO III

III.1	ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES	24
III.2	FACTORES LOCALES	24
III.3	FACTORES GENERALES	27
III.4	TRASTORNOS PSICOSOMATICOS	31

CAPITULO IV

IV.1	CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	33
IV.2	CLASIFICACION DE BOLSAS	35
IV.3	POR EL NUMERO DE CARAS QUE AFECTA	35
IV.4	CLINICAMENTE LA BOLSA PARODONTAL	35
IV.5	ETIOLOGIA DE LA BOLSA PARODONTAL	36
IV.6	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS AGUDAS	36
IV.7	COMPLEJO	37
IV.8	CLASIFICACION HISTOLOGICA	41
IV.9	FENOMENOS TERAPEUTICOS	42
IV.10	ABSCESO PERIAPICAL AGUDO	43
IV.11	ABSCESO APICAL CRONICO	44
IV.12	ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	45
IV.13	PARODONTITIS JUVENIL	45
IV.14	ETIOLOGIA	46
IV.15	NEOPLASICAS	47
IV.16	ODONTOMAS	48
IV.17	AMELOBLASTOMA	49
IV.18	TUMORES OSTEOGENOS	52
IV.19	OSTEOMAS	52
IV.20	OSTEOFIBROMA	54
IV.21	MIXOMA Y CONDROMA	55

IV.22	SARCOMAS	57
IV.23	TUMOR DE EWING	59
IV.24	MIELOMA MULTIPLE	60
IV.25	TUMOR CENTRAL DE CELULAS GIGANTES	61
IV.26	TUMORES DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BU- CAL	63
IV.27	FIBROMAS	64
IV.28	FIBROSOS	65
IV.29	TUMOR PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES	65
IV.30	HEMANGIOMAS Y LINFANGIOMAS	66
IV.31	LIPOMA	69
IV.32	NEVOS PIGMENTARIOS	70
IV.33	FIBROMA NEUROGENICO	71
IV.34	CARCINOMA DE LA CAVIDAD BUCAL	71
IV.35	TRATAMIENTO	74
IV.36	TERAPEUTICA POR IRRADIACION	75
IV.37	TRATAMIENTO QUIRURGICO	76
IV.38	QUIMIOTERAPIA	77

CAPITULO V

V.1	TRATAMIENTO PREOPERATORIO	79
V.2	PREPARACION DEL PACIENTE	79
V.3	REVISION DE POSIBLES PROBLEMAS MEDICOS, PASADOS Y PRESENTES	80
V.4	ESTUDIOS DE LABORATORIO PREOPERATORIOS	83
V.5	ORDENES PREOPERATORIAS	84
V.6	ASISTENCIA OPERATORIA	87
V.7	POSICION Y PREPARACION DEL PACIENTE Y COLOCACION DE LIENZOS DE CAMPO EN LA MESA DE OPERACIONES ..	88
V.8	COMPLICACIONES OPERATORIAS	91

CAPITULO VI

VI.1	MICROORGANISMOS MAS FRECUENTES EN LA CAVIDAD - - ORAL	93
VI.2	FLORA BUCAL NORMAL	93
VI.3	PATOLOGIA	94

VI.4 ANTIBIOTICOS DE ELECCION SEGUN EL MICROORGANISMO 97

CAPITULO VII

VII.1	TRATAMIENTOS EN PARODONCIA, FRENECTOMIA O FRENOTOMIA	98
VII.2	PROCEDIMIENTO	99
VII.3	VESTIBULOPLASTIA	101
VII.4	GINGIVECTOMIA CLASICA	101
VII.5	INJERTOS	103
VII.6	INJERTOS	104

CAPITULO VIII

VIII.1	TECNICAS DEL CEPILLADO	106
VIII.2	TECNICA DE STILLMAN	109
VIII.3	TECNICA DE STILLMAN MODIFICADA	110
VIII.4	TECNICA DE CHARTERS	110
VIII.5	TECNICA DE FONES	112
VIII.6	TECNICA "FISIOLOGICA"	112
VIII.7	TECNICA RECOMENDADA DE FISIOTERAPIA ORAL	113
VIII.8	ENSEÑANZA DE FISIOTERAPIA ORAL AL PACIENTE	113
VIII.9	ESTIMULACION INTERDENTAL	117
VIII.10	EL CEPILLADO DE LOS NIÑOS	118
VIII.11	CONCLUSIONES	119
VIII.12	BIBLIOGRAFIA	120

A NUESTROS PADRES :

POR EL APOYO BRINDADO Y LAS SATISFACCIONES
COMPARTIDAS, DEDICAMOS EL PRESENTE TRABAJO
COMO EL TESTIMONIO FIEL DEL GRAN AMOR QUE
LOS HIJOS LES PROFESAMOS.

A NUESTROS HERMANOS :

LA FRATERNIDAD QUE NOS UNE, HACE
POSIBLE EL QUE HOY, COMPARTAN --
CON NOSOTROS LA DICHA QUE PRODU-
CE LA META ALCANZADA.

A NUESTROS CONDICIPULOS :

A TODOS Y CADA UNO DE ELLOS COMO
UN HOMENAJE A SU AMISTAD Y POR -
QUE LA MISMA PERDURE A TRAVES -
DEL TIEMPO.

AL DR. VICTOR DIAZ PLIEGO :

HOMBRE VALEROSO, QUE ANTE LAS ADVER-
SIDADES DE LA VIDA HA SABIDO HACER-
LE FRENTE COMO EJEMPLO DE SUPERA --
CION.

A LA C.D. HILSE ALCOSER TAPIA :

POR LA RICA EXPERIENCIA TRANSMITIDA
EN LA CATEDRA Y POR SU VALIOSA IN -
TERVENCION EN LA DIRECCION DE ESTE
TRABAJO.

AL HONORABLE JURADO :

POR EL AGRADECIMIENTO DE SU PARTI
CIPACION EN NUESTRO SINODO.

INTRODUCCION

EL OBJETIVO PRIMORDIAL DE ESTA TESIS ES LA IMPORTANCIA DE LA PARODONCIA, YA QUE ESTA TRATA A LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS Y DEGENERATIVAS DE LA ENCIA; ASI COMO MU COSAS, HUESO, CEMENTO Y LIGAMENTO PARODONTAL, QUE CASI SIEMPRE SE ORIGINAN POR UN CEPILLADO INCORRECTO O -- AUSENCIA DE ESTE AL IGUAL, QUE EL USO INDEBIDO DE PICA DIENTES EN LUGAR DE HILO DENTAL.

OTRAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL SON :

MAL OCLUSIONES, GIROVERSIONES, DIENTES VESTIBULARIZA - DOS, PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO, MEDICAMENTOS (DE LANTIN), STRESS, ATAQUES VIRALES Y MUCHAS MAS QUE LA GENTE DESCONOCE Y QUE EL CIRUJANO DENTISTA, DEBERIA HA CERSELAS VER.

QUEREMOS HACER NOTAR POR MEDIO DE ESTAS LINEAS, QUE -- NUESTRO DEBER COMO DENTISTAS QUE ANTES DE CUALQUIER -- TRATAMIENTO DEBERIAMOS DE PREOCUPARNOS POR ENSEÑAR AL PACIENTE A CEPILLARSE CORRECTAMENTE, YA QUE ERRONEAMEN TE SE CREE QUE ES MAS IMPORTANTE EL COLOCAR UNA PROTE - SIS, OBTURAR UNA PIEZA, ODONTECTOMIA EN CASO DE DOLOR O CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO; EN LUGAR DE DARLE IGUAL IMPORTANCIA A LAS ENFERMEDADES PARODONTALES TALES COMO:

GINGIVITIS EN GENERAL, RESORCION OSEA O GINGIVAL, HI - PERPLOSIAS DE TODOS TIPOS, ETC.

LA ENFERMEDAD PARODONTAL ES LA CAUSA PRINCIPAL DE LA - PERDIDA DE PIEZAS DENTALES NO NADA MAS EN LOS ADULTOS, SINO DE LOS JOVENES TAMBIEN, PERO SON POCOS LOS PACIEN TES INSTRUIDOS SOBRE ESTE TEMA, ASI QUE, DESEAMOS HA - CER HINCAPIE, SOBRE LA IMPORTANCIA, QUE LA PARODONCIA OCUPA EN AL ODONTOLOGIA, PARA OBTENER MEJORES RESULTA - DOS EN CUALQUIER TRATAMIENTO.

INTRODUCCION A LA PERIODONCIA

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES UNA DE LAS MAS COMUNES CONOCIDAS POR EL HOMBRE.

NO SOLAMENTE SE ENCUENTRA AMPLIAMENTE DISTRIBUIDA A TRAVES DEL MUNDO SINO QUE EXISTEN BASTANTES PRUEBAS QUE DATAN DESDE LOS TIEMPOS DE LA PREHISTORIA Y QUE SEÑALAN -- QUE HAN SIDO UN AZOTE CONTINUO Y CONSTANTE PARA EL HOMBRE AMPLIAMENTE DISEMINADA ENFERMEDAD PERIODONTAL CRONICA DESTRUCTIVA.

EL MEOLLO DE ESTE PROBLEMA ES LA PREVENCION, EN CUAL QUIER ENFERMEDAD, TAL COMO LA PERIODONTAL CRONICA DESTRUCTIVA EN LA QUE LOS TEJIDOS AFECTADOS REACCIONAN A LA PLACA Y A OTROS FACTORES IRRITANTES, LA CLAVE DE PREVENCION ESTIBA EN LA ELIMINACION DE LA PLACA, LO QUE DEBE REALIZARSE DIARIAMENTE EN FORMA INDEFINIDA :

POR MEDIO DEL CEPILLO DENTAL,
HILO DENTAL Y OTROS INSTRUMENTOS DE DESBRIDACION.

EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO, ES, COMO EN TODAS LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES, DE GRAN IMPORTANCIA PARA LA TERAPEUTICA OPTIMA. AQUI LA RESPONSABILIDAD ES CLARAMENTE DEL FACULTATIVO QUE EJERCE LA ODONTOLOGIA GENERAL, DEL PARADONSISTA, O DEL ORTODONCISTA. EL PARODONTISTA Y EL ORTODONCISTA DEBERAN POSEER HORIZONTES MAS AMPLIOS EN CUANTO A DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA QUE PARA LA MAL POSICION DE LOS DIENTES, Y POR ESTO UN NUMERO CADA VEZ MAYOR DE ESPECIALISTAS DENTALES, ESTAN RECONOCIENDO Y ACEPTANDO SU RESPONSABILIDAD EN EL DESCUBRIMIENTO OPORTUNO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

TEMA I

TEJIDOS PARODONTALES Y SU IMPORTANCIA

PARODONCIA.- ES UNA RAMA DE LA ODONTOLOGIA QUE ESTUDIA LOS TEJIDOS DE SOPORTE -- DEL DIENTE EN SALUD Y ENFERMEDAD, ASI COMO LA PREVENCIÓN Y TRATA -- MIENTO DE SUS ENFERMEDADES.

PARA QUE EXISTA SALUD SE VA A TRA TAR DE QUE NO EXISTA PLACA DENTO- BACTERIANA, POR LO GENERAL SU TRA TAMIENTO ES QUIRURGICO.

EL PERIODONTO, ES EL TEJIDO DE -- PROTECCION Y SOSTEN DEL DIENTE Y SE COMPONE :

- a) ENCIA
- b) LIGAMENTO PERIODONTAL
- c) CEMENTO
- d) HUESO ALVEOLAR

Y SU FUNCION ES MANTENER AL DIEN- TE EN SU LUGAR Y PROTEGERLO.

MUCOSA ORAL.-

- 1) MASTICATORIA : ENCIA DE REVES- TIMIENTO DEL PA LADAR DURO.
- 2) ESPECIALIZADA : BORSO DE LA -- LENGUA.
- 3) MUCOSA DE REVESTIMIENTO : RESTO DE LA MUCO SA BUCAL.

ENCIA FORMA MACROSCOPICA : SE DIVIDE EN 3.

- 1) ENCIA CAPILAR O INTERDENTARIA.
- 2) ENCIA LIBRE O DE MARGEN GINGIVAL LIBRE.
- 3) ENCIA INSERTADA (TIENE PUNTILLO COMO CASCARA DE NARANJA).

LA LINEA MUCOGINGIVAL DIVIDE A LA ENCIA INSERTADA A LA MUCOSA ALVEOLAR, EL COLOR EN LA ENCIA NORMAL ES ROSA - CORAL, LA ENCIA NORMAL NO DEBE PRESENTAR SANGRADO.

LA ENCIA LIBRE HACIA DENTRO FORMA UN SURCO O UN INTERSTICIO GINGIVAL EL CUAL MIDE 2 mm. ESTA MEDIDA SE REGISTRA POR MEDIO DE UN APARATO LLAMADO PARODONTOMETRO.

LA ENCIA MARGINAL LIBRE Y LA ENCIA INTERDENTARIA SON DE ESPECIAL INTERES, YA QUE COMPONEN LA REGION DE UNION ENTRE LOS TEJIDOS BLANDOS Y LA SUPERFICIE DE LA CORONA O DE LA RAIZ Y SON EL SITIO EN DONDE SE INICIA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA GINGIVAL Y PERIODONTAL. LOS COMPONENTES FACIALES, PALATINOS Y LINGUALES DE LA ENCIA MARGINAL LIBRE VARIAN EN ANCHURA DESDE 0.5 A 2 mm. Y SIGUE LA LINEA FESTEONEADA DEL CONTORNO DE LA UNION CEMENTO - ADAMANTINA DE LOS DIENTES. LA SUPERFICIE BUCAL DE LA ENCIA ESTA QUERATINIZADA (LA QUERATINA ES UNA PROTEINA Y SIRVE PARA PROTEGER A LA ENCIA DE TRAUMATISMOS) Y PROTEGIDA POR LAS CRESTAS LENGUALES Y VESTIBULARES DEL CONTORNO DE LOS DIENTES. LA ENCIA INTERDENTARIA SE ENCUENTRA PROTEGIDA, Y SU FORMA Y TAMAÑO SON DETERMINADOS POR LOS ANGULOS LINEA MESIOBUCAL, MESIOLINGUAL, DISTOBUCAL Y DISTOLINGUAL Y POR LAS AREAS DE CONTACTO DE LOS DIENTES, EN LOS SEGMENTOS ANTERIORES DE LA DENTICION DEPENDIENDO DE LA ANCHURA DEL ESPACIO INTERDENTARIO, LA ENCIA INTERDENTARIA TOMA UNA FORMA PIRAMIDAL O CONICA - Y SE DENOMINA PAPILA INTERDENTARIA. CASI SIEMPRE LA SU

PERFICIE INTERDENTARIA SE ENCUENTRA QUERATINIZADA, POR EL CONTRARIO, EN LA REGION DE LOS MOLARES Y PREMOLARES EL VERTICE DE LA ENCIA INTERDENTARIA ES ROMO EN SENTIDO BUCOLINGUAL LA EXTINCION DE ESTE ACHATAMIENTO, DESPUES DE TOMAR LA FORMA DE UN COL, ESTA DETERMINADA POR LA ANCHURA DE LOS DIENTES ADHACENTES Y SUS RELACIONES DE CONTACTO. GENERALMENTE LA ANCHURA Y PROFUNDIDAD -- DEL AREA DEL COL SE VUELVEN MAS GRANDES AL DISMINUIR -- LAS DIMENSIONES DENTARIAS BUCOLINGUALES Y OCLUSALES.

LA SUPERFICIE DEL AREA DEL COL NO ESTA QUERATINIZADA Y PUEDE, POR TANTO, SER MUY SUCEPTIBLE A LAS INFLUENCIAS NOCIVAS, TALES COMO LA PLACA.

LOS TERMINOS EPITELIO DEL SURCO Y EPITELIO DEL ENDIDURA SE HAN EMPLEADO PARA DESIGNAR LAS CELULAS QUE SE EXTIENDEN DESDE ENCIA MARGINAL LIBRE Y LA ENCIA INTERDENTARIA HASTA EL PUNTO MAS APICAL DEL EPITELIO EN LA REGION DE LA UNION CEMENTO ADAMANTINA.

MAS RECIENTEMENTE, LOS TERMINOS EPITELIO DE UNION Y -- EPITELIO DEL SURCO BUCAL HAN SIDO EMPLEADOS CON MAS -- PRECISION. EL EPITELIO DE UNION ES LA CAPA DE CELULAS EPITELIALES UNIDAS A LA SUPERFICIE DE LA CORONA O LA -- RAIZ MEDIANTE HEMIDESMOSOMAS Y UNA LAMINA BASAL, TE -- NIENDO COMO SUPERFICIE DE DESCAMACION LA BASE DEL SURCO GINGIVAL EL EPITELIO DEL SURCO BUCAL SE EXTIENDE -- DESDE LA BASE DEL SURCO GINGIVAL HASTA LA CRESTA DE LA ENCIA LIBRE Y LA ENCIA INTERDENTARIA.

LA ENCIA INSERTADA SE ENCUENTRA UNIDA CON FIRMEZA MEDIANTE EL PERIOSTIO AL HUESO ALVEOLAR Y POR LAS FIBRAS DE COLAGENO GINGIVAL AL CEMENTO, LO QUE DA COMO RESULTADO CARACTERISTICA MOVILIDAD. EL TEJIDO ESTA EXPUESTO AL ALIMENTO MASTICADO QUE ES DESVIADO DESDE LAS TRO

NERAS DE LAS SUPERFICIES ÁCLUSALES DE LOS DIENTES. NO ESTA PROTEGIDO POR LOS CONTRONOS ANATOMICOS DE LOS - - DIENTES Y TANTO LA SUPERFICIE QUERATINIZADA COMO EL CO RION DE COLAGENO DENSAMENTE UNIDO, REFLEJAN ESTA FUN - CION DE ROMPE-FUERZAS. LA ENCIA INSERTADA NORMALMENTE ES DE COLOR ROSA SALMON Y PUEDE PRESENTAR UNA TEXTURA CON UN PUNTILLO ASPERO. PUEDE VARIAR EN ANCHURA DE - UN INDIVIDUO A OTRO Y DE UN SITIO A OTRO. LA ANCHURA DE LA ENCIA INSERTADA PUEDE SER TAN GRANDE COMO DE 9 - mm. O MAS, EN EL ASPECTO FACIAL DE LOS DIENTES ANTERIO RES, SUPERIORES E INFERIORES Y TAN REDUCIDA COMO DE 1 mm. EN LA REGION DE LOS PREMOLARES Y CANINOS. LA AN - CHURA DE LA BANDA DE ENCIA INSERTADA NO VARIA CON LA - EDAD, AUNQUE EN PRESENCIA DE LATERACIONES PATOLOGICAS PUEDE REDUCIRSE O DESAPARECER TOTALMENTE ESTA ENCIA -- TIENE UN PUNTILLO SIMILAR AL DE LA CASCARA DE LA NA - RANJA POR LA INTERDIJITACION QUE HAY ENTRE EPITELIO Y TEJIDO .CONECTIVO.

EN LA LINEA MUCOGINGIVAL, LA ENCIA INSERTADA SE FUSIO - NA CON LA MUCOSA DE REVESTIMIENTO BUCAL. LA MUCOSA DE REVESTIMIENTO ES DESLIZABLE, ELASTICA Y UNIDA SOLAMENTE AL MUSCULO SUBYACENTE Y A LA APONEUROSIS. ESTA CUBIER TA CON EPITELIO, NO QUERATINIZANTE, A TRAVES DEL CUAL PUEDEN OBSERVARSE VASOS SANGUINEOS. EL CORION ESTA -- COMPUESTO DE FIBRAS ELASTICAS Y COLAGENAS EN DISPOSICION LAXA. DEBIDO A QUE LA MUCOSA DE REVESTIMIENTO NO ES UN TEJIDO CAPAZ DE SOPORTAR PRESION, PRESENTA CAMBIOS IN - FLAMATORIOS Y DE GENERATIVOS CUANDO ES SOMETIDA A TEN - SION.

EPITELIO GINGIVAL.- UN EPIPELIO ESCAMOSO ESTRATIFICA DO QUERATINIZANTE CUBRE LA SUPER FICIE DE LA ENCIA LIBRE, E INSER TADA. ESTE EPITELIO QUE ESTA SE PARADO DE LOS TEJIDOS CONECTIVOS SUBYACENTES POR UNA LAMINA BASAL ESPINOSA, GRANULOSA Y CORNIFICA -

DA. LA NUTRICION LLEGA A LOS TE
JIDOS EPITELIALES AVASCULARES --
 POR DIFUSION O TRANSPORTE ACTIVO
 A PARTIR DE LAS PAPILAS DE TEJIDO
 CONECTIVO QUE SE EXTIENDEN HACIA
 EL EPITELIO.

EN LAS CELULAS DE LA CAPA BASAL,
 SE LLEVA A CABO LA MITOSIS CELU-
LAR PARA LA RENOVACION CONSTANTE
 DE LAS CELULAS DEL TEJIDO Y PRO-
DUCEN Y SECRETAN LOS MATERIALES
 QUE COMPONEN LA LAMINA BASAL.

LAS CELULAS QUE CONTIENEN PIG --
MENTO SE LOCALIZAN EN LA CAPA BA
SAL DEL EPITELIO GINGIVAL, TANTO
 EN PERSONAS DE TES CLARA COMO EN
 LAS DE TES OSCURA. LA CELULA --
PIGMENTO EN FORMA DE ESTRELLA, -
 EL MELANOSITO, CONTIENE GRANULOS
 LLAMADOS PREMELANOSOMAS Y MELANO
SOMAS.

IRRIGACION DE LA ENCIA.-

HAY 3 FUENTES DE VASCULARIZACION
 DE LA ENCIA.

- 1) ARTERIOLAS SUPRAPERIOSTICAS.
- 2) VASOS DEL LIGAMENTO PERIODON-
TAL.
- 3) ARTERIOLAS QUE EMERGEN DE LA
CRESTA O TABIQUE INTERDENTA -
RIO.

NOTA : (TEJIDO CONECTIVO RICO -
EN FIBRA COLAGENAS)

LIGAMENTO PERIODONTAL.-

ES EL TEJIDO CONECTIVO QUE FIJA
LOS DIENTES AL HUESO ALVEOLAR.

SE CONTINUA CON EL TEJIDO CONEC-
TIVO DE LA ENCIA Y A TRAVES DE -
CANALES VASCULARES EN EL HUESO -
SE COMUNICA CON LOS ESPACIOS DE
LA MEDULA OSEA.

LA ANCHURA DEL LIGAMENTO ES VA -
RIABLE SEGUN LOS INDIVIDUOS EN
LOS DIFERENTES DIENTES DE UNA --
PERSONA Y SEGUN EL NIVEL DE CADA
DIENTE OSILA ENTRE 0.1 Y 0.4 mm.
LA FORMA DEL ESPACIO DEL LIGAMEN
TO ES DE RELOJ DE ARENA.

EL PRINCIPAL COMPONENTE ESTRUCTU
RAL DEL LIGAMENTO PERIODONTAL --
SON LAS FIBRAS DEL TEJIDO C NJUN
TIVO QUE CASI EXCLUSIVAMENT.: SON
DE NATURALEZA COLAGENA.

FIBRAS PRINCIPALES.- 1.) FIBRAS DE LA CRESTA ALVEOLAR:

SE EXTIENDE OBLICUAMENTE DES
DE EL CEMENTO INMEDIATAMENTE
POR DEBAJO DE LAS TRANSEPTA-
LES, HASTA LA CRESTA ALVEO -
LAR. AYUDA A MANTENER EL --
DIENTE DENTRO DEL ALVEOLO Y
A RESISTIR LOS MOVIMIENTOS -
DEL DIENTE.

2.) FIBRAS HORIZONTALES :

ESTE GRUPO SIGUE UN CURSO HO
RIZONTAL DESDE EL CEMENTO EN
DIRECCION AL HUESO ALVEOLAR.

PREDOMINAN EN EL TERCIO CERVICAL, RESISTEN LOS ESFUERZOS - FUNCIONALES LATERALES Y HORIZONTALES DEL DIENTE.

3.) FIBRAS OBLICUAS :

SON LAS MAS IMPORTANTES SE FIJAN AL CEMENTO ALGO MAS APICALMENTE DE LO QUE EN SU INSERCIÓN OSEA CONSTITUYEN LA PRINCIPAL AYUDA DEL DIENTE -- FRENTE A LAS FUERZAS AXIALES DE LA MASTICACION.

4.) FIBRAS APICALES :

IRRADIAN EN TODAS DIRECCIONES DESDE LA REGION APICAL DEL CEMENTO.

5.) FIBRAS DE LA BIFURCACION :

UN HAZ DE FIBRAS ESTA COMPUESTO POR FIBRAS Y ESTA A SU VEZ POR FIBRILLAS ESTAS POR CADENAS DE COLAGENA Y ESTAS A SU VEZ POR CADENAS DE POLIPEPTIDOS Y ESTOS POR AMINOACIDOS.

LAS FIBRAS COLAGENAS DESCRIBEN UN CURSO ODULATORIO.

EJE DE ROTACION O FULCRUM -- CONSTA DE PRESION Y TENSION.

EL HUESO ES EL TEJIDO MAS LABIL QUE SE REABSORBE MAS RAPIDAMENTE.

ELEMENTOS CELULARES
DEL LIGAMENTO PERIO
DONTAL.-

- 1.) FIBROBLASTOS :
SU FUNCION PRIMORDIAL CONSIST
TE EN EL MANTENIMIENTO DE --
LAS FIBRAS COLAGENAS.
- 2.) OSTEOLASTO :
SE ENCUENTRAN EN PROCESOS DE
APOSICION OSEA.
- 3.) CEMENTOBLASTOS :
SE ENCUENTRAN A LO LARGO DEL
PRECEMENTO Y BORDEANDO LA SU
PERFICIE DEL CEMENTO ADEMAS
FORMAN LAS FIBRAS DE LA MA -
TRIZ.
- 4.) RESTOS EPITELIALES DE MALA -
SSEZ :
SE ENCUENTRAN CERCA DE LA SU
PERFICIE DEL CEMENTO CUANDO
REGENERAN ESTOS RESTOS FOR -
MAN LOS CEMENTICULOS.
- 5.) OSTEOLASTOS :
SE ENCUENTRAN EN ZONAS DE AB
SORCION OSEA COMO : MACROFA-
GOS, HISTIOCITOS, CELULAS CE
BADAS.

FUNCIONES DEL LIGAMENTO
PERIODONTAL.-

- 1.) FUNCION FISICA :
 - a) TRANSMISION DE FUERZAS --
OCUSALES AL HUESO.
 - b) INSERCIÓN DEL DIENTE AL -
HUESO.
 - c) RESISTENCIA AL IMPACTO DE

LAS FUERZAS OCLUSALES (AB
SORCION DE CHOQUE).

NOTA : EL DIENTE TIENE QUE
TRANSMITIR LAS FUER
ZAS AL HUESO, PERO
ESTAS TENDRAN QUE -
SER TRANSFORMADAS -
EN TENSION PARA EVI
TAR LA REABSORCION
DEL HUESO GRACIAS -
AL LIGAMENTO PERIO-
DONTAL.

2.) FUNCION FORMATIVA :

METABOLISMO.- ES EL CONJUNTO
DE CAMBIOS DE SUBSTANCIA Y -
TRANSFORMACION DE ENERGIA --
QUE TIENE LUGAR EN LOS SERES
VIVOS Y QUE REGULA EL EQUILI
BRIO METABOLICO.

ANABOLISMO.- ESTA DADO POR -
FIBROBLASTOS, OSTEOBLASTOS Y
CEMENTOBLASTOS.

CATABOLOISMO.- ESTA DADA POR
MACROFAGOS, HISTIOCITOS Y OS
TEOCLASTOS.

3.) FUNCION NUTRITIVA Y SENSO --
RIAL DEL LIGAMENTO PERIODON-
TAL :

IRRIGA AL PROPIO LIGAMENTO,
AL CEMENTO, HUESO Y PARTE DE
AL ENCIA.

EL LIGAMENTO PERIODONTAL CON

TIENE TERMINACIONES NERVIOSAS PROPIOCEPTIVAS Y SON SENSIBLES A LA PRESION.

HAY MECANO-RECEPTORES QUE SON SENSIBLES AL TACTO Y A LA PRESENCIA DE CUERPOS EXTRANOS DE 10 A 100 MICRAS INTERPUESTOS ENTRE LOS DIENTES.

VASCULARIZACION DEL
LIGAMENTO PERIODONTAL :

LA VASCULARIZACION LLEGO DE LAS ARTERIAS ALVEOLARES SUPERIORES E INFERIORES AL LIGAMENTO PERIODONTAL DESDE ORIGENES :

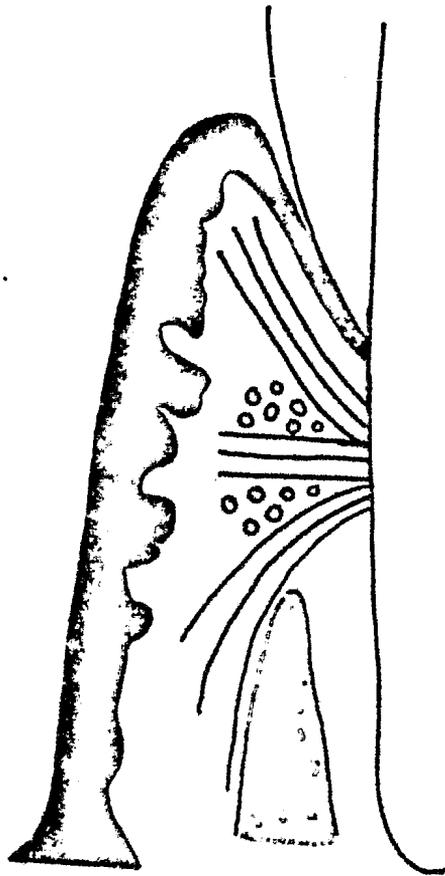
- 1.) VASOS APICALES.
- 2.) VASOS QUE PENETRAN DESDE EL HUESO ALVEOLAR.
- 3.) VASOS ANASTOMOSADOS DE LA ENCIA.

EL DRENAJE VENOSO SIGUE TRAYECTORIA SIMILAR.

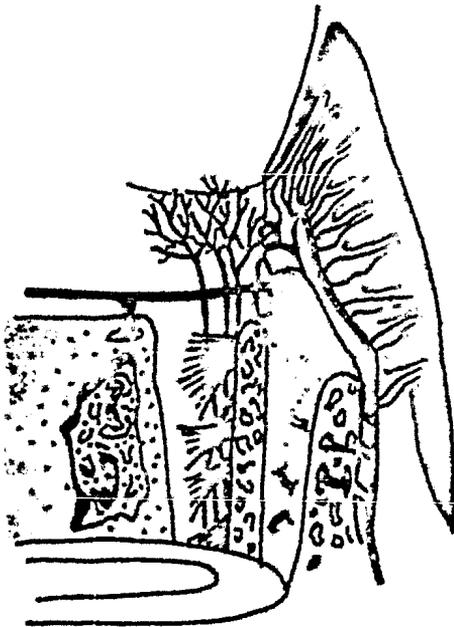
LA INERVACION ES DE LAS RAMAS ALVEOLARES DEL TRIGEMIDO.

HUESO.-

- 1º LA CORTICAL ALVEOLAR ES MAS DELGADA.
- 2º EL TRABECULADO ES MENOR.
- 3º LOS ESPACIOS MEDULARES SON MAS AMPLIOS.
- 4º EXISTE MAYOR APORTE SANGUINEO



FIBROSIS GINGIVAL



VASCULARIZACION

Y LINFATICO.

59 LAS CRESTAS ALVEOLARES SON MAS PLANAS ASOCIADAS CON LOS DIENTES PRIMARIOS Y SU ERUPCION.

EL HUESO ES PARTE DEL MAXILAR DONDE ESTAN ALOJADAS LAS RAICES DEL DIENTE, LA PARTE MAS IMPORTANTE SON LOS ALVEOLOS - QUE ES UNA CORTICAL ALVEOLAR DE HUESO DENSO.

RADIOGRAFICAMENTE. - OBSERVAMOS UNA LAMINA DURA O LAMINA CRIBIFORME DONDE SE INSERTAN LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

LA LAMINA EXTERNA, LIMITA AL HUESO EN SU PARTE EXTERNA O VESTIBULAR Y EL HUESO COMPACTO EN LINGUAL.

CRESTA ALVEOLAR. - UNION CORTICAL ALVEOLAR CON LA CORTICAL EXTERNA.

EL HUESO ESPONJOSO CONTIENE EN LAS TRABECULAS MEDULA OSEA QUE AL PRINCIPIO ES ROJA Y AL PASO DEL TIEMPO SE TRANSFORMA EN AMARILLA.

EL HUESO ESTA FORMADO POR :
UNA LAMINA INTERNA, UNA EXTERNA,
CORTICAL ALVEOLAR Y TEJIDO ESPONJOSO.

EL HUESO ESTA FORMADO POR UN

RIOSTIO Y CUANDO ESTE PERIOSTIO CUBRE CAVIDADES SE LLAMA ENDOSTIO.

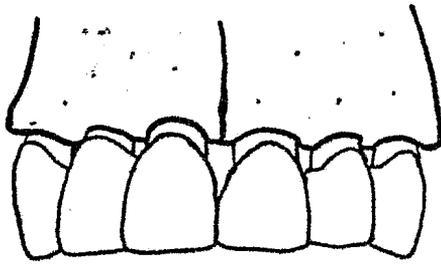
DEHINOENCIA.- SE PIERDE LA CORTICAL DEL HUESO Y DEJA AL DESCUBIERTO LA RAIZ.

FENESTRACION.- SE PIERDE UNA PARTE DEL HUESO Y DEJA AL DESCUBIERTO LA RAIZ, ES MAS FRECUENTE EN CANINOS SUPERIORES Y PREMOLARES.

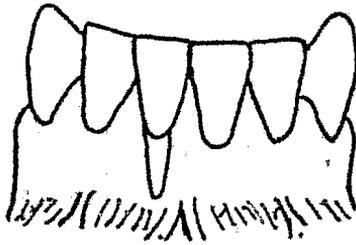
FORMACION DE HUESO.- SE FORMA A PARTIR DE UNA CELULA OSTEOGENA, LA CUAL DA ORIGEN A OSTEOLASTOS, OSTEOCLASTOS, CO-NOBLASTOS. LA FORMACION DE UN HUESO Y UN TENDON ES SIMILAR, - NADA MAS QUE EL TENDON NO SE -- CALCIFICA.

EL OSTEOLASTO ESTA CONSTITUIDO POR CITOPLASMA ABUNDANTE, APARATO DE GOLGI ABUNDANTE, NUCLEO - PEQUEÑO Y RETICULO ENDOPLASMICO GRANDE.

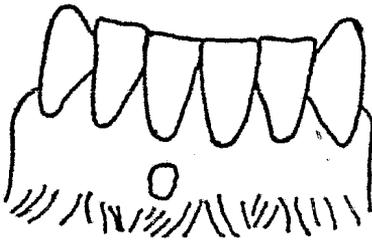
EL OSTEOCLASTO SE FORMA A PARTIR DE UNA CELULA MULTIPOTENCIAL (SIRVE PARA PRODUCIR LO - QUE EL ORGANISMO REQUIERA) O - TAMBIEN SE FORMA DE LA UNION DE VARIOS OSTEOLASTOS. TIENE EL OSTEOCLASTO LA FUNCION DE REAB-



CONTORNO OSEO NORMAL



DEHISCENCIA



FENESTRACION

SORCION DE HUESO CUANDO ASI LO RE
QUIERA ESTE, EL OSTEOCLASTO ES --
MULTINUCLEADO.

EL CRECIMIENTO DEL HUESO SE HACE
POR APOSICION.

EL ESPACIO PERILAGUNAR SE ENCUEN
TRA AL REDEDOR DEL HISTIOCITO, -
LE SIRVE PARA NUTRIRSE.

CEMENTO.-

ES EL TEJIDO CONECTIVO CALCIFICA
DO, ESPECIALIZADO DE ORIGEN ME -
SENQUIMATOSO QUE CUBRE LA SUPER-
FICIE DE LA RAIZ ANATOMICA DEL -
DIENTE.

CARACTERISTICAS FISICAS :

LA DUREZA DEL CEMENTO ADULTO COM
PLETAMENTE FORMADO ES MENOR QUE
LA DE LA DENTINA ES DE COLOR AMA
RILLO CLARO Y SE DISTINGUE FACIL
MENTE DEL ESMALTE POR SU FALTA -
BRILLO Y SU TONO MAS OSCURO, ES
LIGERAMENTE MAS CLARO QUE LA DEN
TINA, EL CEMENTO ES PERMEABLE.

COMPOSICION QUIMICA :

DESDE EL PUNTO DE VISTA MORFOLO-
GICO SE PUEDEN DIFERENCIAR 2 CLA
SES DE CEMENTO, a) CEMENTO ACELU
LAR O PRIMARIO b) CEMENTO CELU
LAR O SECUNDARIO.

POR REGLA GENERAL EL CEMENTO ACE

LULAR SE ENCUENTRA EN LA MITAD CO
RONARIA DE LA RAIZ, MIENTRAS QUE
EL CELULAR SE ENCUENTRA EN LA MI-
TAD APICAL DE LA MISMA.

SIN EMBARGO EN LA MITAD APICAL DE
LA RAIZ SE PUEDEN OBSERVAR CAPAS
ALTERNANTES DE CEMENTO CELULAR Y
ACELULAR.

EL CEMENTO ACELULAR PARECE CONSTI
TUIR UNICAMENTE DE LA SUBSTANCIA
INTERCELULAR CALCIFICADA, Y CON -
TIENE LAS FIBRAS SHARPEY CELULAR
SON LAS LLAMADAS CEMENTOCITOS Y -
SE ENCUENTRAN EN LOS LLAMADOS ES-
PACIOS LAGUNAS, ESTAS CELULAS SE
ENCUENTRAN DISTRIBUIDAS Y REGULAR
MENTE EN TODO EL ESPESOR DEL CE -
MENTO CELULAR.

TANTO EL CEMENTO CELULAR COMO EL
ACELULAR ESTAN SEPARADOS EN CAPAS
POR LINEAS DE INCREMENTO QUE INDI
CAN SU FORMACION PERIODICA.

ENTIDADES ESTRUCTURA

LES DEL CEMENTO.-

- I.- SHARPEY : ESTAS FIBRAS SON --
PRODUCIDAS POR LOS FIBROBLAS-
TOS EN EL LIGAMENTO PERIODON-
TAL.
- II.- FIBRAS DE LA MATRIZ : SON PRO
DUCIDAS POR LOS CEMENTOBLAS -
TOS Y SON LAS ENCARGADAS DE -
ASEGURAR LAS FIBRAS DE SHARPEY

DENTRO DEL CEMENTO.

III.- LINEA DEL CRECIMIENTO : SE -
CREE QUE EL DIBUJO LAMINAR -
EL CEMENTO ES CONSECUENCIA -
DE DEPOSITOS QUE SE SUCEDEN
RITMICAMENTE, LOS PERIODOS -
DE DESCANSO ALTERNAN CON LOS
DE DEPOSITO.

IV.- CEMENTOIDE : ES LA MATRIZ OR
GANICA DEL CEMENTO (SU CON-
TENIDO ES LA SUBSTANCIA FUN-
DAMENTAL CALCIFICADA).

V.- CEMENTOBLASTOS : ESTAS CELU-
LAS SON LAS ENCARGADAS DE --
PRODUCIR DE LA MATRIZ ASI CO
MO LA SUBSTANCIA FUNDAMEN --
TAL.

VI.- EN LAS LAGUNAS Y CANALICULOS
EN EL CEMENTO ACELULAR PUE -
DEN APRECIARSE LAS LAGUNAS Y
CANALICULOS DEL CEMENTO.

VII.- CEMENTOCITOS : ESTOS SE EN -
CUENTRAN EN LAS LAGUNAS DEL
CEMENTO Y LOS CANALICULOS.

LOS CEMENTOCITOS SOBRE TODO
LOS QUE ESTAN A CIERTA DIS -
TANCIA DE LA SUPERFICIE TIE-
NEN RELATIVAMENTE POCO CITO-
PLASMA Y ESCASOS ORGANOIDES
MANIFESTANDO CON ELLO SU HI-
POACTIVILAL.

TEMA II

		MEDIO BUCAL
	98 %	DE AGUA
		MATERIA ORGANICA
SALIVA.-	1.5 %	MATERIA INORGANICA
	.5 %	SUBSTANCIAS DISUELTAS

DENTRO DE LA ECOLOGIA BUCAL JUE-
GA UN IMPORTANTE PAPEL LA SALIVA
EN TODOS LOS PROCESOS DE ENFERME
DADES BUCALES SE PRESUPONE QUE -
INTERVIENEN EN UN FORMA DIRECTA
O INDIRECTA POR LO TANTO, ES IM-
PORTANTE CONOCER LA RELACION EN-
TRE LA SALIVA Y LOS PADECIM. EN -
TOS BUCALES.

ESTE LIQUIDO ESTA CONSTITUIDO EN
UN 98% POR AGUA.

1.5 DE MATERIA INORGANICA Y ORGA
NICA, DENTRO DE LA INORGANICA EN
CONTRAMOS:

SODIO, POTASIO, EN MENORES CANTI
DADES FOSFATO Y CALCIO.

DENTRO DE LA ORGANICA ENCONTRAMOS
CREATININA, ACIDO URICO, UREA, --
GLUCOSA Y COLESTEROL.

EL .5 DE SUBSTANCIAS DISUELTAS EN
LAS QUE ENCONTRAMOS :

LEUCOCITOS Y BACTERIAS ASI COMO -
CELULAS DEL EPITELIO.

EN LA SALIVA ENCONTRAMOS PROTEI -
NAS (ENZIMAS COMO LA Y AMILASA
ALIESTERASAS Y LIPASAS) Y TAMBIEN
VITAMINAS (RIBOFLAVINA, NISTANINA
POTASIO Y BIOTINA).

EL PH DE LA SALIVA GENERALMENTE --
ES NEUTRO O LIGERAMENTE ACIDO.

LA SALIVA CONTIENE UN ANTICUERPO -
ESPECIFICO IgA QUE ES CAPAZ DE UNIR
SE CON CIERTOS MICROORGANISMOS BUCA
LES, AYUDANDO ASI A CONTROLAR EL TA
MAÑO RELATIVO DE LA POBLACION Y LA
ADHERENCIA Y LAS PROPIEDADES DE - -
AGREGACION.

LOS FACTORES ANTIBAC
TERIANOS CONTENIDOS

EN LA SALIVA SON : LAS BACTERIAS AEROBIA Y LAS LISOZI
MAS.

EL MOCO RESULTA DEL CONTACTO DE LA
MUCINA CON LA SALIVA. EL MOCO TIE
NE COMO FUNCIONES CONSTITUIR UN AM
BIENTE QUE ATRAPA LEUCOCITOS, RES-
TOS NUTRIENTES, ARRASTRA TAMBIEN A
LAS CELULAS EPITELIALES DESCAMADAS.

PLACA BACTERIANA.- PELICULA ADQUIRIDA :
 DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE EN
 LA INSTALACION, FORMACION Y DESA
 RROLLO DE LOS MICROORGANISMOS; -
 LOS CUALES INICIAN LA FORMACION
 DE LA PLACA BACTERIANA.

LA PELICULA ADQUIRIDA ES DE ORI-
 GEN SALIVAL FORMADA POR :

MUCOPROTEINAS QUE SE ENCUENTRAN
 EN ZONAS DE DEFORMACIONES ESTRUC
 TURALES DEL DIENTE.

CARACTERISTICAS DE
 LA PELICULA ADQUI
 RIDA.-

ES DE ORIGEN GLUCOPROTEICO SON -
 LOS ELEMENTOS QUE ENTRAN EN CON-
 TACTO CON EL DIENTE.

- a) ES ACELULAR, NO PRESENTA ES -
 TRUCTURA.
- b) TRANSPARENTE E INCOLORA.
- c) ACTUA COMO RETENEDOR Y NU - -
 TRIENTE DE BACTERIAS.
- d) ES UN DERIVADO BASICO DE LA -
 SALIVA.

TEORIAS.- DEL ORIGEN DE LA PLACA DENTOBAC-
 TERIANA.

1.) SUBSTRATO + MICROORGA = PLACA DENTOBACTE
 NISMOS RIANA.

1a. PELICULA + MICROORGA = PLACA DENTOBACTE
 NISMOS RIANA.

2a. ESMALTE + MICROORGANISMOS =
PLACA DENTOBACTERIANA.

PUEDE HABER PLACA DENTOBACTERIANA SIN SUBSTRATO ADHERIENDOSE EXCLUSIVAMENTE AL ESMALTE O SUPERFICIE DENTARIA POR PRESENTAR RUGOSIDADES.

EL ESMALTE ESTA FORMADO POR LOS CRISTALES DE HIDROXI APOXITA -- CALCIO, BISMUTO, ETC.

SI EXISTEN CARGAS NEUTRAS EN EL DIENTE, LOS MICROORGANISMOS SON CIERTA CARGA Y COMO CONSECUENCIA SE ADHIEREN AL ESMALTE SIN HABER PELICULA ADQUIRIDA.

PLACA BACTERIANA.- ES EL DEPOSITO BLANDO, NO MINERALIZADO COMPUESTO DE BACTERIAS.

EL CUAL SE LOCALIZA SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES.

EN LA ENCIA LAS BACTERIAS NO SE ENCUENTRAN ORGANIZADAS POR NO TENER UN SUBSTRATO.

LA PLACA BACTERIANA SE COLONIZA A NIVEL DEL MARGEN GINGIVAL Y DE TODAS LAS SUPERFICIES DENTARIAS, SOBRE TODO EN EL TERCIO CURVICAL EN MENOS DE 24 HRS., ES CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.

LA PLACA BACTERIANA EN LOS DIEN-
TES Y LAS BACTERIAS EN LA EN-
CIA SON LA CAUSA DIRECTA MAS IMPOR -
TANTE DE ENFERMEDADES PARODONTA-
LES MARGINALES.

EXISTEN 2 TIPOS DE
 PLACA.-

1.) COREOGENICA : QUE ES UNA --
 DESCALCIFICACION O DESMINERA
 LIZACION DEL DIENTE Y SE LOCA
LIZA.

ES UNA PLACA ALTAMENTE ACIDO
GENICA LLAMADA BACILO-ACIDO-
GENICO.

2.) PLACA DENTOBACTERIANA : ES
 GENERADORA DE ENFERMEDADES -
 PARODONTALES.

ACUMULACION DE MICROORGA
 NISMOS DE LA PLACA.-

1.) COCOS, STREPTOCOCOS MUTANS Y
 STREPTOCOCOS SANGUIS.

2.) A LAS 24 HRS. NUSSERIA Y NO-
CORDIA Y SON ANACROBIOS O FA
CULTATIVOS, DEMINAN BACI -
LOS Y COCOS.

LOS COCOS DE LA CAPA EXTERNA
 NUTREN A LOS DE LA CAPA IN -
TERNA LA CUAL ES ANAEROBICA
 Y LA EXTERNA ES AEROBICA.

3.) A LOS 4 DIAS APROXIMADAMENTE SE ENCUENTRAN FUSOBACTERIUM - ACTINOMISES (DA ORIGEN A LA MINERALIZACION DE LA PLACA) BELLONELLA.

4.) UNA SEMANA ESPIROQUETAS CILENOMONA ESPUTIGENO CAPNACITOFAGA LOCALIZADA EN ENFERMEDAD PARODONTAL.

LA IMPORTANCIA FUNDAMENTAL - DE LA PLACA EN LA ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL RESIDE EN LA CONCENTRACION - DE BACTERIAS Y SUS PRODUCTOS.

COLONIZADORES
BACTERIANOS.-

EN UN DIENTE CON ENCIA NORMAL :

I.- COCOS GRAM - Y BACILOS CORTOS QUE AUMENTAN EN LAS PRIMERAS 24 - 48 HRS.

II.- GRAM + COCOS Y BACILOS CORTOS.

III.- FILAMENTOS Y BACILOS FUSIFORMES A LOS 30 DIAS.

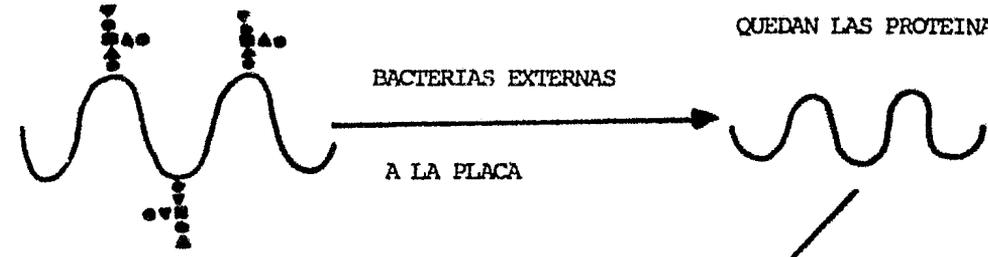
IV.- VIBRIONES Y ESPIROQUETAS, A LOS 10 DIAS APROXIMADAMENTE.

V.- A LOS 14 DIAS LOS COCOS GRAM + Y LOS BACILOS CORTOS CONSTITUYEN EL 50% DE LA FLORA TOTAL.

SE PIERDE AZUCAR,
QUEDAN LAS PROTEINAS

BACTERIAS EXTERNAS

A LA PLACA

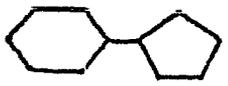


GLUCOPROTEINAS SALIVALES

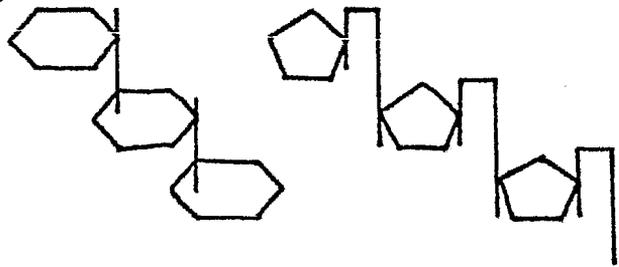
CONTRIBUYEN A LA MA
TRIZ DE LA PLACA

BACTERIAS DENTRO

DE LA PLACA



SACAROSA DE LA DIETA



DEXTRAN

LEVAN

P L A C A D E N T A R I A

LOS COCOS GRAM - Y BACILOS COR
TOS CONSTITUYEN EL 30% FUSOBAC
TERIUM CONSTITUYEN UN 8%.

GRAM + ESTOMATITIS ESTREPTOCO-
CICA. EXOTOXINAS.

GRAM - ENDOTORINAS, SON MENOS
TOXICOS, TEJIDO POR DONDE PASA
SON DESINTEGRADOS. ATACAN LAS
GLUCOPROTEINAS DE LAS SUBSTAN-
CIAS INTERCELULAR.

ENZIMAS : SUBSTANCIAS DE SE -
CRECION Y PRODUCTO DEL METABO-
LISMO NO BACTERIANO.

CAMBIOS SUBCLINICOS : SE INI-
CIA DURANTE LOS PRIMEROS, PRI-
MER O SEGUNDO DIA A NIVEL MI -
CROSCOPICO.

TOXINAS.-

ESTREPTOCOCOS Y DIFTEROIDE; PRODU -
CEN HIALURONIDASA Y B GLUCORONIDASA

- 1.- DIFTEROIDES : CONDROSULFATASA.
- 2.- FUSOBACTERIUM : FINOLSULFATASA.
- 3.- BACTEROIDE MELANINOGENICO :
COLAGENESA.

TEMA III

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

FACTORES LOCALES.-

IMPACTO ALIMENTICIO : ESTE FACTOR PARA QUE PUEDA CONSIDERARSE DAÑINO DEBE HACER PRESION ANORMAL SOBRE EL TEJIDO PARODONTAL, GUARDA - RELACION CON LA ANATOMIA DEL DIENTE, CON LOS PUNTOS DE CONTACTO INTERPROXIMALES Y CON LOS PUNTOS DE CONTACTO CON LOS DIENTES ANTAGONISTAS.

HIGIENE INADECUADA : POR LA FALTA DE UNO O VARIOS DIENTES TRAEN COMO CONSECUENCIA UNA SERIE DE CAMBIOS EN EL TEJIDO PARODON'AL -- QUE PUEDE LLEGAR A UN ESTADO PATOLOGICO, LA MAYORIA DE LOS PROBLEMAS SON MIGRACIONES O INCLINACIONES CON ALTERACIONES AL AREA DE CONTACTO, AUMENTARA LA RETENCION ALIMENTICIA, FACTOR CAUSAL DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL - SIEMPRE Y CUANDO NO SE SIGA UNA HIGIENE ADECUADA.

CEPILLADO DEFECTUOSO : LA IRRITACION CAUSADA POR UN CEPILLADO DEFECTUOSO (HORIZONTAL O DE VIOLIN) PUEDE DAR COMO RESULTADO LA - REIMPACION GINGIVAL Y LA ABRASION, PRINCIPALMENTE

MENTE SERA OBSERVADO EN LAS SUPERFICIES BUCALES.

LA RESPIRACION BUCAL : LA ACCION PATOLOGICA SE DEBE A LA DESHIDRATACION DE LA ENCIA CON PERDIDA DE LA RESISTENCIA DEL TEJIDO Y POR TANTO DE LA ACCION PROTECTORA DE LA SALIVA ALTERANDO LA MICROFLORA BUCAL.

RESTAURACIONES MAL AJUSTADAS : LAS RESTAURACIONES DEFECTUOSAS MUCHAS VECES CAUSAN INFLAMACION GINGIVAL Y DE PERDIDA OSEA PORQUE ACTUAN IRRITANDO CONSTANTEMENTE A DICHOS TEJIDOS, ADEMAS DE LA IRRITACION MECANICA QUE PRODUCEN, FAVORECEN LA ACUMULACION DE COMIDA Y BACTERIAS, SE DEBEN TOMAR EN CUENTA -- LOS FACTORES ANATOMICOS DE UNA PIEZA A RECONSTRUIR Y SU RELACION CON LOS DIENTES PROXIMALES Y ANTAGONISTAS.

HABITOS PERNICIOSOS : DENTRO DE ESTE CAPITULO PODEMOS MENCIONAR HABITOS NOCIVOS A LA SALUD BUCAL, COMO SON MORDER LAPICES, MORDERSE LOS LABIOS, LAS MEJILLAS, MORDER UNAS EL BRUXISMO; PRESION CONTRA LOS INSTRUMENTOS DE VIENTO, MORDER LA PIPA O MASCAR TABACO.

NOTA : BRUXISMO .- FROTAMIENTO DE MAXILAR SUPE --
RIOR Y MAXILAR INFERIOR.

EL BRUXISMO NOS TRAE PROBLEMAS EN LA ARTICU
LACION TEMPOROMAXILAR.

OCLUSION TRAUMATICA : EL ALINEAMIENTO IRRE
GULAR DE LOS DIENTES PRODUCE ACUMULACION DE
RESTOS ALIMENTICIOS LO QUE PUEDE PRODUCIR -
REGRESION GINGIVAL, INTERFERENCIA CON LAS -
EXCURSIONES FUNCIONALES DE LA MANDIBULA, --
DESTRUCCION DEL LIGAMENTO PARODONTAL, RESOR
CION DE LAS SUPERFICIES RADICULARES O DE --
HUESO.

DE LOS SIGNOS MAS IMPORTANTES DEL TRAUMATIS
MO OCLUSAL SON :

- 1.) REGRESION DE LE ENCIA
- 2.) MOVILIDAD
- 3.) MIGRACION DE LOS DIENTES

ENTRE LAS CAUSAS QUE PRODUCEN EL TRAUMATIS-
MO OCLUSAL TENEMOS :

INTERFERENCIAS CUSPIDEAS, DESAR
MONIA AL . . MOVIMIENTOS DEL MA
XILAR INFERIOR, CON RESPECTO AL

SUPERIOR Y RESTAURACIONES DEFEC
TUOSAS.

FACTORES GENERALES.-

ETIOLOGIA SISTEMICA DE PADECIMIENTOS PARO -
DONTALES : SON MUCHAS LAS ENFERMEDADES QUE
AFECTAN AL PARODONTO ENTRE LAS IMPORTANTES
ESTAN LAS PROVOCADAS POR CARENCIAS NUTRICIO
NALES, LOS TRANSTORNOS ENDOCRINOS LOS PRODU
CIDOS POR LA ADMINISTRACION DE CIERTOS FAR-
MACOS Y TODAS ELLAS PUEDEN COMPLICAR A UN -
PADECIMIENTO LOCAL.

TRANSTORNOS DE UNA DIETA MAL BALANCEADA PA-
RA LA ENFERMEDAD PARODONTAL : LA SUCEPTIBI
LIDAD A LA ENFERMEDAD DEPENDE DE LA REACCION
DE LA CONSTITUCION INDIVIDUAL DE LAS CARACTE
RISTICAS QUE SON ADQUIRIDAS POR MEDIO DE LA
HERENCIA Y OTRAS VIENEN COMO RESULTADO DE -
LOS CAMBIOS SUFRIDOS DURANTE LA VIDA.

TRANSTORNOS PRODUCIDOS POR CARENCIAS DE VI-
TAMINA "A" (ANTI-INFECCIOSA O ANTIGEROOFTAL
MICA) EN ESTE CASO ENCONTRAMOS SUCEPTIBI -
LIDAD AUMENTADA A LA INFECCION POR SU HIPOVI
TAMINOSIS, ENCONTRAREMOS LEUCOPLASIAS BUCA-

LES, HIPERALASIA GINGIVAL Y FORMACION DE --
SARRO SUBGINGIVAL Y BOLSAS PARODONTALES.

DEFICIENCIA DEL COMPLEJO VITAMINICO "B" :

- 1.) GINGIVITIS
- 2.) HIPERSENSIBILIDAD DE LA MUCOSA
- 3.) HIPERPLASIA PAPILAR
- 4.) GLOSITIS (CRECIMIENTO DE LA LENGUA)
- 5.) ESTAMATITIS GENERALIZADA (GINGIVITIS
GENERALIZADA).

VITAMINA "C" : SU DEFICIENCIA OCASIONA EL
ESCORBUTO, PROPENSION A LA HEMORRAGIA Y RE-
TARDO EN LA CICATRIZACION, AUMENTO DE LA --
PERMEABILIDAD CAPILAR, POCA ACTIVIDAD OSTEO
BLASTICA EN EL HUESO ALVEOLAR.

VITAMINA "D" (CALCIO Y FOSFORO) : PARA -
QUE EXISTA UNA FORMACION CORRECTA DE HUESO
Y DIENTE ES ESENCIAL PARA LA ABSORCION DEL
CALCIO (EN EL TRACTO INTESTINAL) Y POR LO
TANTO EL EQUILIBRIO ENTRE EL CALCIO Y EL --
FOSFORO, EL CALCIO TAMBIEN INTERVIENE EN EL
METABOLISMO MUSCULAR EN EL NERVIOSO Y EN LA
COAGULACION SANGUINEA.

SU DEFICIENCIA PRODUCE OSTEOPOROSIS Y CALCIFICACION INCOMPLETA DE HUESO, CEMENTO, ESMALTE Y REDUCCION DEL ESPACIO PARODONTAL, - RETARDO EN LA ERUPCION DE AMBAS DENTICIONES Y SU AUMENTO PRODUCE CALCIFICACION PATOLOGICA DE LA MEMBRANA PARODONTAL Y DE LA ENCIA AUMENTO DE LA FORMACION DE SARRO, HIPERCEMENTOSIS Y ANQUILOSIS (UNION DEL DIENTE CON - EL HUESO).

VITAMINA "K" : ES NECESARIA PARA EL TIEMPO DE PROTOMBINA Y PARA LA COAGULACION SANGUINEA, ES UTILIZADA PARA LA PREVENCION DE HEMORRAGIAS.

VITAMINA "E" : SE HA ENCONTRADO QUE SU ADMINISTRACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PARODONTAL HA REDUCIDO EL DAÑO PRODUCIDO POR ESTA, NO SE CONOCE SU MECANISMO DE ACCION, ESTA RELACIONADO CON DIFERENTES HORMONAS, - SOBRE TODO ESTEROIDES Y SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE ANTIESTERILIDAD SE HA COMPROBADO QUE EL EXCESO DE ADMINISTRACION DE VITAMINA "E" PRODUCE ABORTOS MULTIPLES EN RATAS.

PROTEINAS : LA DEFICIENCIA PROTEICA PRODUCE CICATRIZACION LENTA REDUCCION DE LA RESISTENCIA A LA INFECCION, RETARDO EN LA FOR

MACION DEL CEMENTO, DEGENERACION DEL TEJIDO GINGIVAL Y DEL LIGAMENTO PARODONTAL, OSTEOPOROSIS DEL HUESO ALVEOLAR, DISMINUCION DE LA FORMACION OSTEOIDE Y LOS PADECIMIENTOS - LOCALES SE VAN A VER ALTERADOS MUY FACILMENTE.

MAGNECIO : LA DEFICIENCIA DE MAGNECIO PRODUCE REDUCCION DE LA FORMACION DEL HUESO ALVEOLAR, HIPERPLASIA DEL TEJIDO CONJUNTIVO - DE LA ENCIA, EXCESIVA APOSICION DE TARTARO, DIENTES EXTRUIDOS (HACIA AFUERA).

GLANDULAS SUPRARENALES : SE HAN ENCONTRADO EN LOS PACIENTES CON DEFICIENCIA EN LA SECRECION DE SUS HORMONAS, MAYOR PROPENSION A LAS PERDIDAS DENTARIAS, PUEDEN EXISTIR PIGMENTACIONES ORALES.

PANCREAS : UNA DE LAS ENFERMEDADES QUE MAS INTERESAN AL ODONTOLOGO ES CAUSADA POR UNA DEFICIENCIA ENDOGENA DEL PANCREAS QUE ES LA DIABETES.

POLIURIA - DEMASIADA ORINA
 POLIFAGIA - DEMASIADA HAMBRE
 POLIDIPICIA - DEMASIADA SED

- 1.) SANGRADO FACIL
- 2.) CONSTANTE FORMACION DE SARRO
- 3.) OLOR A MANZANA (HALITOSIS SETONICA)
- 4.) GINGIVITIS Y RETRACCION GINGIVAL
- 5.) BOLSAS PARODONTALES
- 6.) CRATERES EN LAS PAPILAS Y MOVILIDAD Y PERDIDA DENTARIA.

ESTAS PERSONAS DENOTAN MAYOR TENDENCIA A --
LAS INFECCIONES, POR LO QUE GENERALMENTE SI
NO SE CONTROLA TODAS LAS MANIFESTACIONES --
ORALES SE AGRABAN, POR LO CUAL SE DEBERA TE
NER MAYOR ASEPSIA CUANDO SE PRACTICAN EXTRAC
CIONES PARA EVITAR INFECCIONES GENERALIZADAS
NORMALMENTE SE RECOMIENDA EL USO DE ANTIBIO
TICOS PARA DESPUES DE LA EXTRACCION.

TRANSTORNOS PSICOSOMATICOS.-

LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y GINGIVALES
DE TIPO INFLAMATORIO PARECEN SER MAS PREVA-
LENTES Y MAS SEVERAS EN INDIVIDUOS CON ANO-
MALIAS SIQUIATRICAS Y ANGUSTIA QUE EN INDI-
VIDUOS PSICOLOGICAMENTE NORMALES. NO SE --
HAN COMPRENDIDO LOS MECANISMOS MEDIANTE LOS
CUALES PUEDEN TRADUCIRSE ESTOS TRANSTORNOS

EN UNA PREDILECCION A LA ENFERMEDAD PERIO -
DONTAL INFLAMATORIA, AUNQUE SE HAN SUGERIDO
QUE TALES INDIVIDUOS DESARROLLAN HABITOS NO
CIVOS TALES COMO EL BRUXISMO O QUE LA NUTRI
CION DE LOS TEJIDOS PARODONTALES O EL FLUJO
SALIVAL PUEDE VERSE ALTERADO.

TEMA IV

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

1.) GINGIVITIS : ES LA INFLAMACION DE LA -
ENCIA QUE PUEDE ABARCAR LA ENCIA MARGI-
NAL, INSERTADA Y LA PAPILA INTERDENTA -
RIA.

ES UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE ORI -
GEN MULTICAUSAL EJEMPLO : STRESS, HIPO-
VITAMINOSIS, ETC. SE INSTALA CON LENTI-
TUD ES DE LARGA DURACION E INDOLORA SAL-
VO QUE SE COMPLIQUE CON EXASERVACIONES
AGUDAS, LOS PRIMEROS SIGNOS DE GINGIVI-
TIS APARECEN EN LA PAPILA (POR QUE LA
IRRIGACION LE QUEDA LEJOS).

ENTRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS QUE SE PRE-
SENTAN :

- 1.) CAMBIO DE COLOR
- 2.) AUMENTO DE VOLUMEN
- 3.) PERDIDA DE CONSISTENCIA
- 4.) SANGRADO
- 5.) INDOLORA

LA INTERACCION ENTRE LA DESTRUCCION Y -



ENFERMEDAD PARODONTAL

- 1.- PLACA DENTOBACTERIANA
- 2.- CALCULOS (SARRO)
- 3.- DESTRUCCION OSEA

LA REPARACION AFECTA, AL COLOR, TAMAÑO, CONSISTENCIA Y TEXTURA SUPERFICIAL DE LA ENCIA, SI LA VASCULARIZACION ES ELEVADA PREDOMINA EL EXUDADO Y LOS CAMBIOS DE COLOR SON NOTABLES.

SI LA CARACTERISTICA PREDOMINANTE ES LA FIBROSIS EL COLOR DE LA ENCIA VUELVE A LA NORMALIDAD A PESAR DE LA EXISTENCIA DE UNA GINGIVITIS DE LARGA DURACION.

PERIODONTITIS : ES LA CONSECUENCIA DE LA EXTENSION DE LA INFLAMACION DESDE LA ENCIA HACIA LOS TEJIDOS PARODONTALES DE SOPORTE (CEMENTO, LIGAMENTO, HUESO) ENTRE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS EXISTE :

1.) MIGRACION DE LA ADHERENCIA EPITELIAL, FORMANDO COMO CONSECUENCIA UN INSTERTICIO GINGIVAL MAYOR, AL CUAL SE LE LLAMA BOLSA PARODONTAL, QUE ES UNA EXPRESION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL, EN PLANOS PROFUNDOS ABSORCION OSEA, HAY MOVILIDAD DENTARIA Y PERDIDA DE LOS DIENTES TEMPRANAMENTE.

BOLSA PARODONTAL : ES UNA PROFUNDIZACION -

PATOLOGICA DEL SURCO O INSTERTICIO GINGIVAL.

CLASIFICACION DE BOLSAS.-

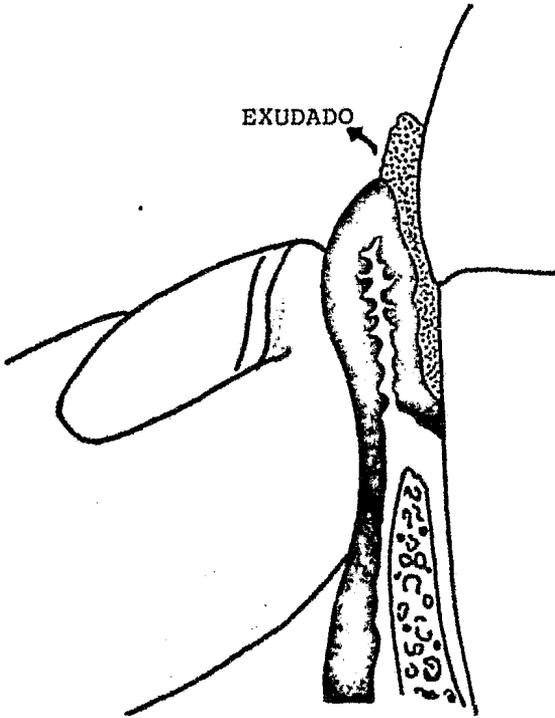
- 1.) BOLSA GINGIVAL RELATIVA O SEUDOBOLSA
- 2.) BOLSA PARODONTAL O ABSOLUTA
 - a) SUPRAOSEA
 - b) INFRAOSEA

POR EL NUMERO DE CARAS QUE AFECTA.-

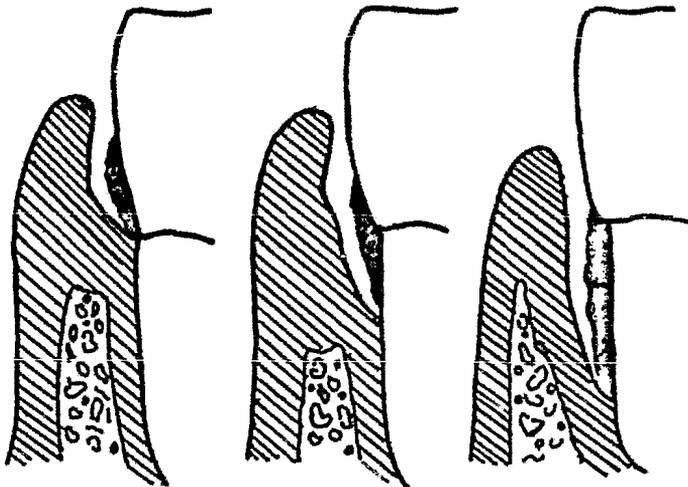
- SIMPLE : UNA SOLA CARA DEL DIENTE
- COMPUESTA : DOS CARAS DEL DIENTE O MAS
- COMPLEJA O TORTUOSA : QUE NACE EN UNA SUPERFICIE DENTARIA Y DA VUELTA ALREDEDDOR DEL DIENTE AFECTANDO VARIAS CARAS.

CLINICAMENTE LA BOLSA PARODONTAL.-

- 1.) SE OBSERVAN CAMBIOS DE COLOR E INFLAMACCION DE PAPILAS.
- 2.) NO HAY PUNTILLO, TEXTURA LISA Y SANGRADDO.
- 3.) HAY RETRACCION DE ENCIA, PERDIDA DE HUESSO Y SEGUN ESTA PERDIDA HABRA MIGRACION DE ADHERENCIA.
- 4.) PUEDE HABER EXUDADO.



EXUDADO PURULENTO DE UNA BOLSA PARODONTAL



BOLSA

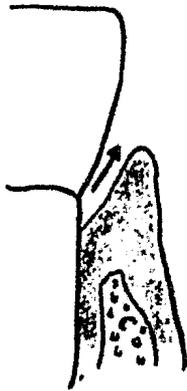
GINGIVAL

BOLSA

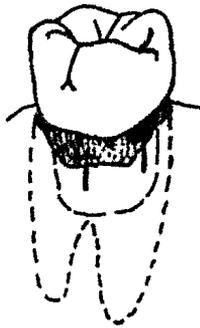
SUPRAOSEA

BOLSA

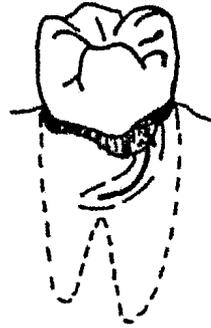
INFRAOSEA



BOLSA
SIMPLE

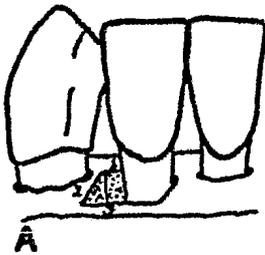


BOLSA
COMPUESTA

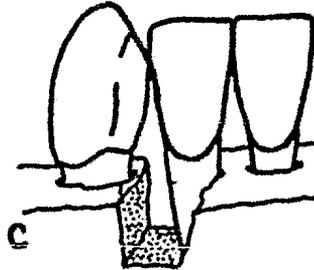


BOLSA
COMPLEJA

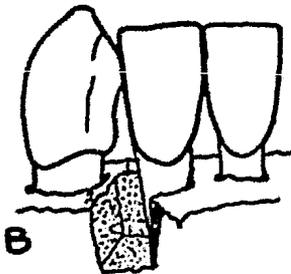
DEFECTOS INFRAOSEOS



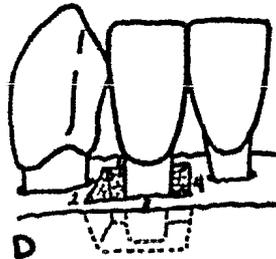
DEFECTO DE 3 PAREDES



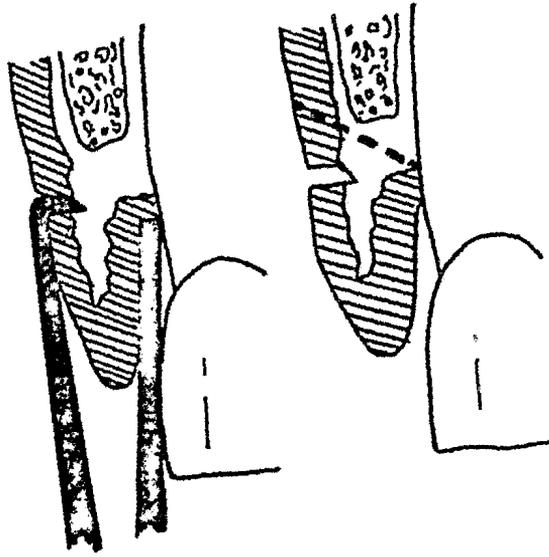
DEFECTO DE 1 PARED



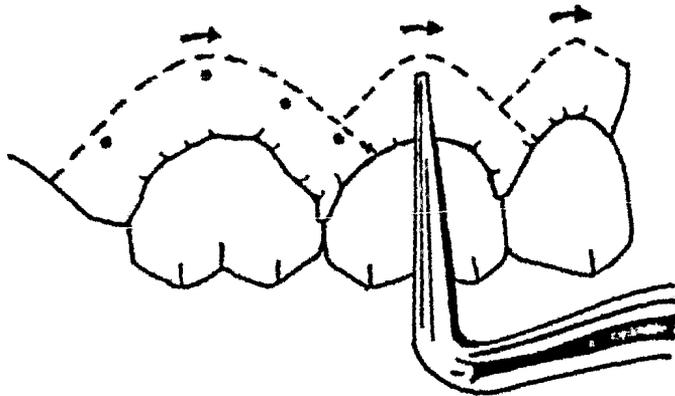
DEFECTO DE 2 PAREDES

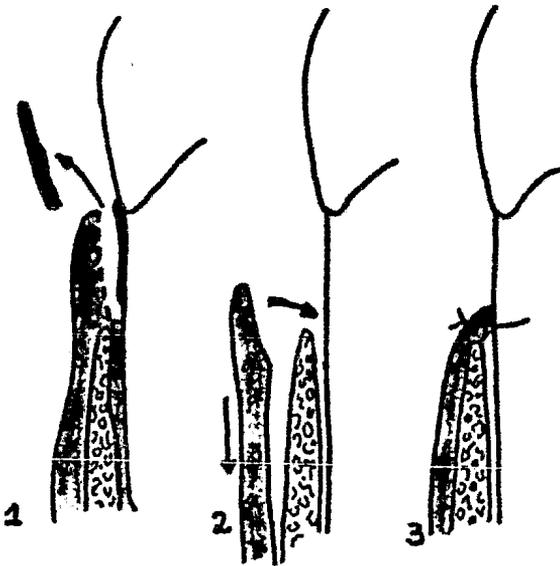
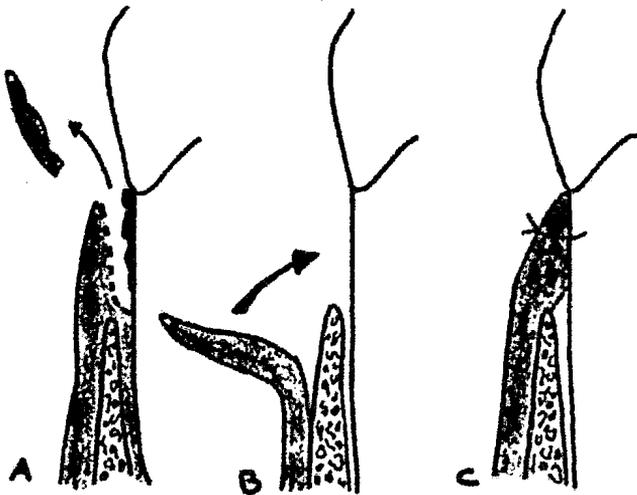


DEFECTO DE 4 PAREDES



MARCACION DE LA PROFUNDIDAD
DE LA
BOLSA SUPRAOSEA



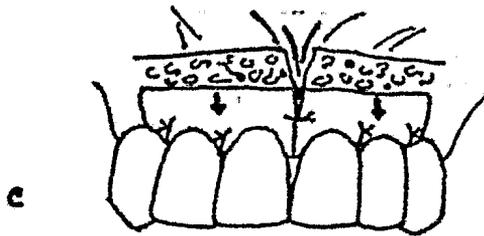
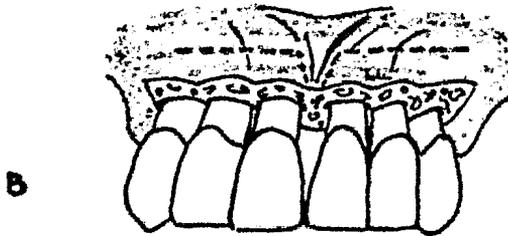
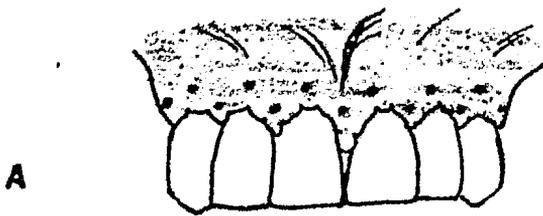


I COLGAJO SIMPLE

- A- ELIMINACION DE LA PARED INTERNA DE LA BOLSA
- B- COLGAJO RECHAZADO Y LIMPIEZA DE LA PIEZA
- C- COLGAJO DEVUELTO A SU LUGAR

II COLGAJO DESPLAZADO APICALMENTE

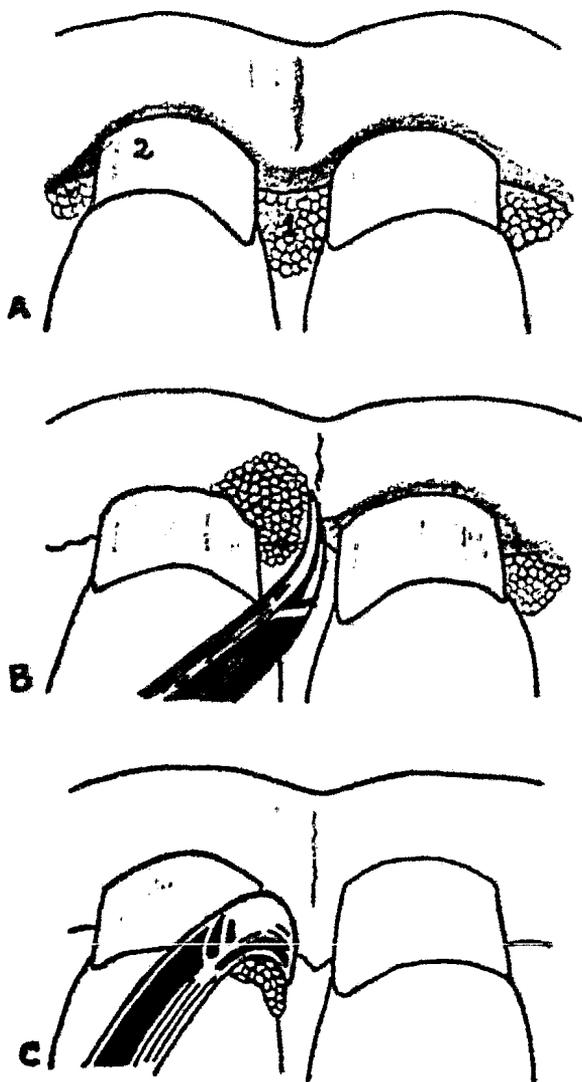
- 1- INCISION DE BISEL INTERNO DE LA PARED DE LA BOLSA
- 2- COLGAJO RECHAZADO Y DESPLAZADO HACIA APICAL
- 3- COLGAJO SUTURADO EN LA CRESTA OSEA



**COLGAJO PEDICULADO DESPLAZADO
CORONARIAMENTE**

- a) ELIMINACION DE BOLSAS
- b) LIMPIEZA DE LAS RAICES E INCISIONES HORIZONTALES Y VERTICALES
- c) COLGAJO DESLIZADO A LA SUPERFICIE RADICULAR Y SUTURA DEL MISMO

LIMPIEZA DE LAS RAICES Y HUESO DE LOS DIENTES



a) CAMPO DE OPERACION INMEDIATO DESPUES DE ELIMINAR LA PARED DE LA BOLSA

b) TEJIDO DE GRANULACION ELIMINADO

c) SUPERFICIE RADICULAR RASPADA Y ALISADA

1.- TEJIDO DE GRANULACION

2.- CALCULOS Y OTROS DEPOSITOS RADICULARES

- 2.) GINGIVO ESTOMATITIS ESTREPTOCOCCICA
- 3.) GINGIVO ESTOMATITIS HERPETICA
- 4.) PERICORONITIS O PERCULITIS
- 5.) ABSCEOS GINGIVAL, PARODONTAL

ZONA DE DESTRUCCION.- LOS TEJIDOS PUEDEN -
AFECTARSE POR EJEMPLO : POR TRAUMA DE OCLU
SION.

G.U.N.A. : BOCA DE TRINCHERA O GINGIVITIS
FUSOESPIRILAR.- LA ETIOLOGIA DE ESTA ENFER-
MEDAD AGUDA ES EL COMPLEJO QUE VA ACTUAR SO
LO CUANDO HAY UNA ALTERACION EN EL TEJIDO -
TISULAR, SIENDO EL CAUSANTE EL STRESS (VA-
SO CONSTRICCIÓN) SE CREE QUE EL PACIENTE
ESTE EXPULSANDO MAS CATECOLAMINAS.

BASILO FUSIFORME

COMPLEJO :

BURRELIA VINCENTI

CLINICAMENTE :

- 1.- HAY NECROSIS DE PAPILA Y EXISTE DOLOR.
- 2.- AFECTA GENERALMENTE A LA ENCIA LIBRE Y
PAPILA INTERDENTARIA FORMANDO CICATRI-
CES.
- 3.- SE FORMA UNA SEUDOMEMBRANA QUE AI SER

EXTIRPADA SANGRA ABUNDANTEMENTE (EL TE-
JIDO CONECTIVO QUEDA EXPUESTO).

4.) OLOR FETIDO.

TRATAMIENTO : SE MANDARA PENICILINA DURAN-
TE 2 DIAS Y SE HARA UNA GINGIVOPLASTIA.

GINGIVO ESTOMATITIS ESTREPTOCOCCICA : EL -
PACIENTE REVELA UN ATAQUE DE AMIGDALITIS Y
ES PRODUCIDA POR EL ESTREPTOCOCO B HEMOLITII
CO.

CLINICAMENTE : LA ENCIA VA A ESTAR INVOLU-
CRADA AL IGUAL QUE EL PALADAR DURO, CARRI-
LLOS, UVULA, ETC.

HAY DOLOR, ULCERACIONES, SANGRADO EXPONTA-
NEO.

TRATAMIENTO : ANTIBIOTERAPIA (A BASE DE -
PENICILINA).

GINGIVO ESTOMATITIS HERPETICA.- VAN A EXISI
TIR 2 TIPOS DE INFECCION :

1.) PRIMARIA

2.) RESIVIVANTE

LA ETIOLOGIA ES EL HERPES SIMPLEX.

LA INFECCION PRIMARIA : VA A ESTAR POR PRI
MERA VEZ EN CONTACTO EN LA INFANCIA.

CLINICAMENTE :

- a) SE VE INVOLUCRADA TODA LA CAVIDA BUCAL
- b) HAY INFLAMACION DE ENCIA Y CAVIDAD
- c) EN LA ENCIA SE PRESENTAN VESICULAS Y UL
CERAS CUBIERTAS POR UNA SEUDOMEMBRANA -
RODEADA POR UN HALO ERITOMATOSO DE CO -
LOR ROJO.

INFECCION RESIVIVANTE : EL VIRUS ESTA LA -
TENTE EN EL ORGANISMO Y SE PUEDE REACTIVAR.

CLINICAMENTE :

- 1.- ES MAS LEVE QUE LA PRIMERA Y DURA DE 7
A 14 DIAS.
- 2.- HAY ARDOR Y NO DEJA CICATRIZ.
- 3.- POR LABIAL SE FORMA TEJIDO DE GRANULA -
CION (COSTRA) ESTE ES EL COMUNMENTE -
LLAMADO FUEGO.

PERICORONITIS : COMIENZA EN PIEZAS QUE - -
PRINCIPIAN SU ERUPCION, GENERALMENTE SE PRE

SENTAN EN 3er. MOLAR INFERIOR, HAY PROLIFERACION BACTERIANA.

EL CAPUCHON DEBERA SER EXTIRPADO Y EL CUAL PUEDE DEGENERAR EN ABSCESO PERICORONARIO.

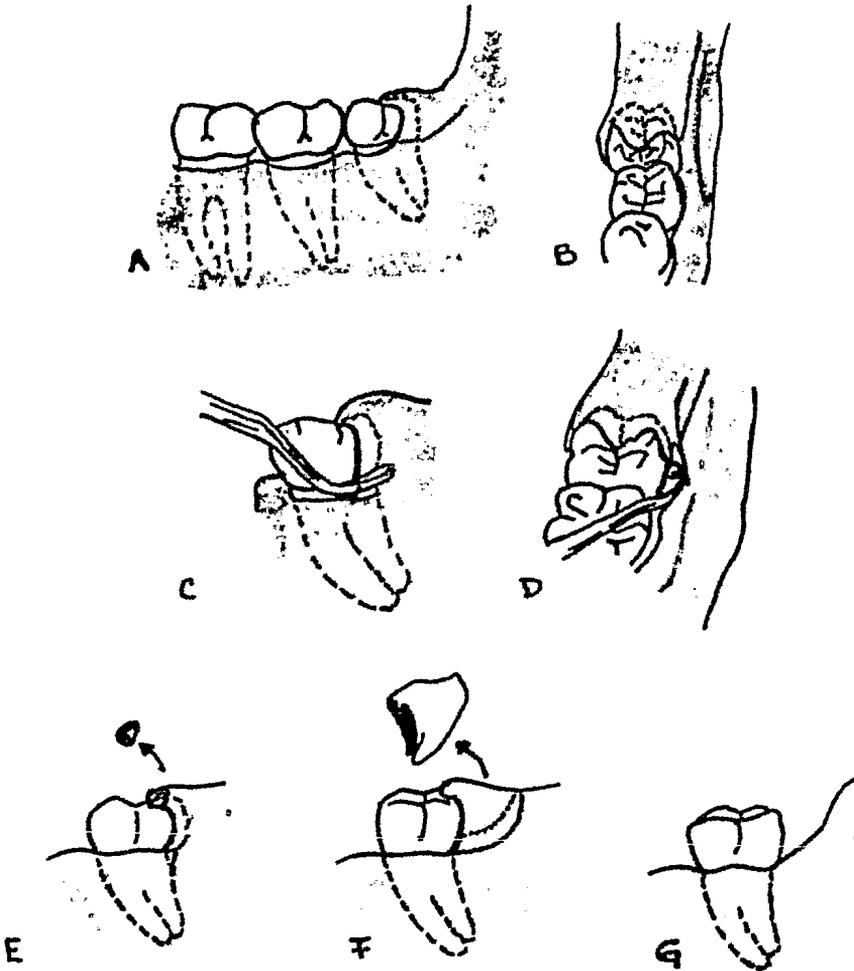
EL DIENTE INCLUIDO PUEDE DEGENERAR EN QUISTE DENTIGERO. SI YA EXISTE EL ABSCESO SE HARA EL DRENAJE Y SE QUITARA EL CAPUCHON.

ABSCESO : ES UNA COLECCION LOCALIZADA DE PUS EN UNA CAVIDAD FORMADA POR LA DESINTEGRACION DE TEJIDOS. HAY 3 TIPOS BASICOS DE -- ABSCESOS ASOCIADOS CON LOS DIENTES Y TEJIDOS DE SOPORTE.

- 1.- ABSCESO GINGIVAL
- 2.- ABSCESO DE ORIGEN PARODONTAL
- 3.- ABSCESO DE ORIGEN PERIAPICAL

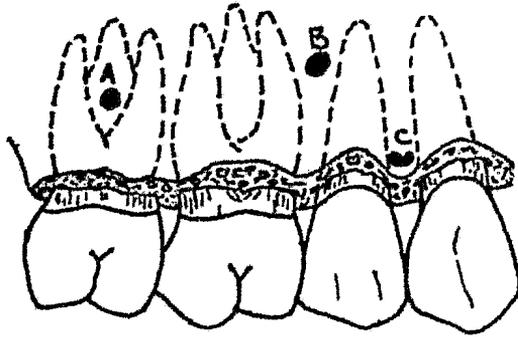
EL ABSCESO GINGIVAL ES UNA LESION POCO COMUN CAUSADA POR UN CUERPO EXTRANO QUE SE ININ

TRATAMIENTO DE PERICORONITIS

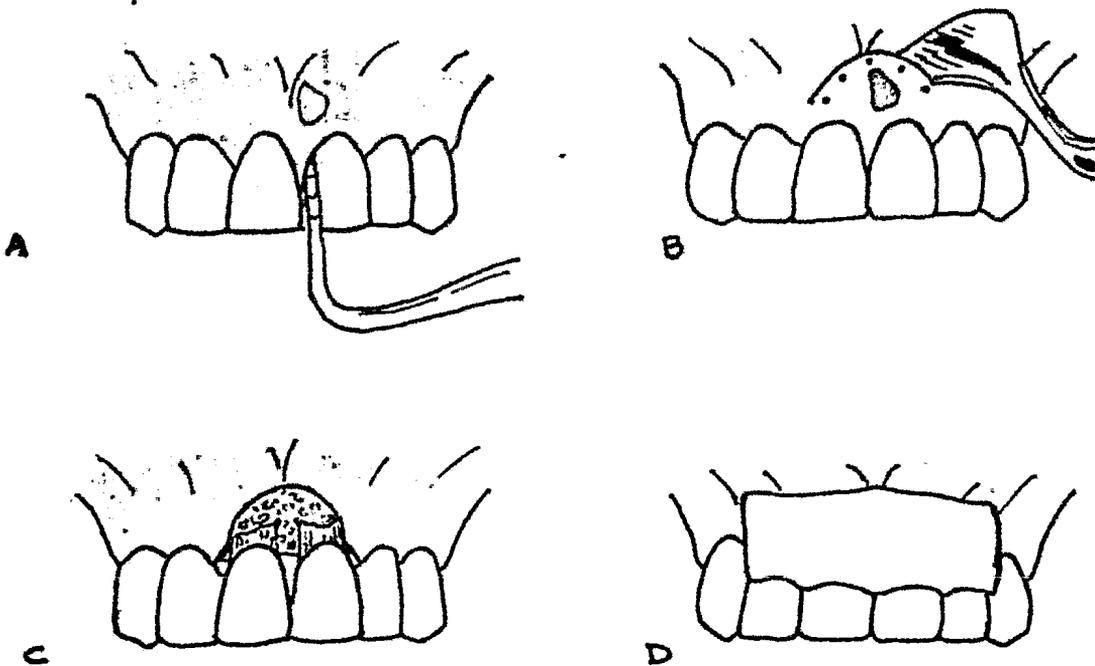


- a) CAPUCHON PERICORONARIO DEL TERCER MOLAR INFERIOR
- b) VISTA ANTERIOR DEL CAPUCHON
- c) ELIMINACION DE RESIDUOS POR DEBAJO DEL CAPUCHON
- d) VISTA ANTERIOR DE LA ELIMINACION DE RESIDUOS
- e) ELIMINACION INCORRECTA DE LA PUNTA DEL CAPUCHON: PUDIENDO PROVOCAR UNA BOLSA PROFUNDA
- f) ELIMINACION DE LA ENCIA DISTAL (CAPUCHON)
- g) ASPECTO DE LA ZONA CICATRIZACION.

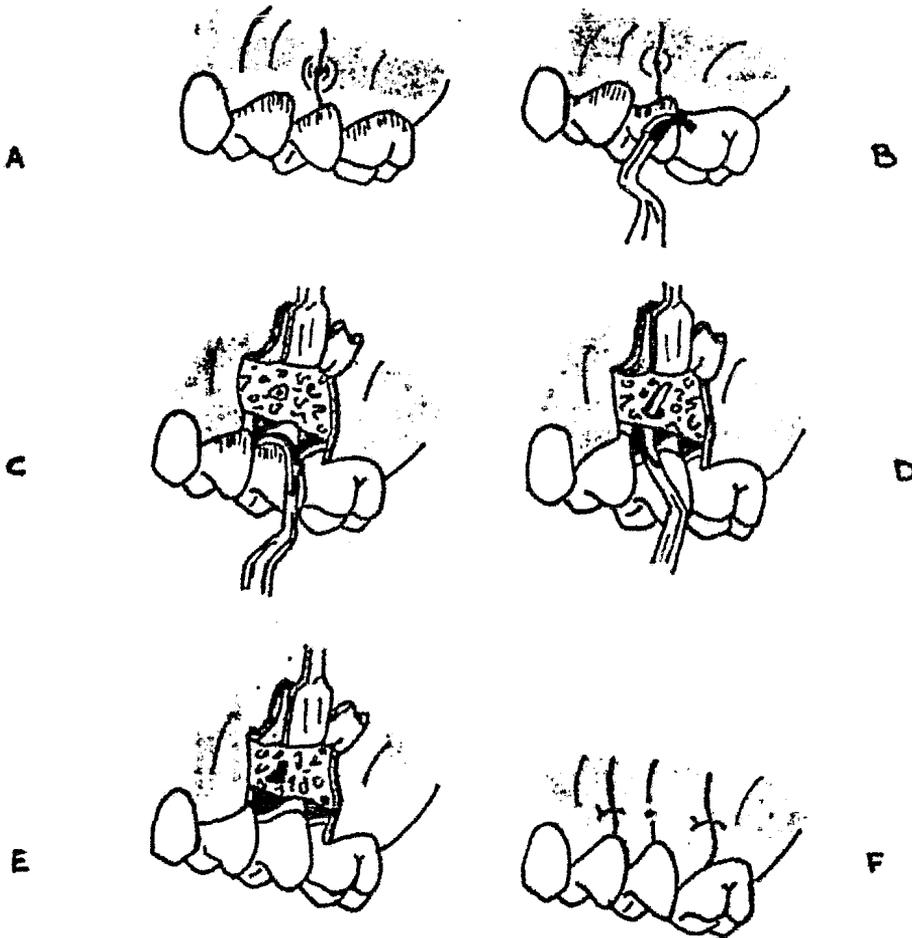
NIVELES EN DONDE SE PUEDEN LOCALIZAR
FISTULAS DE ABSCESOS



ABSCESSO PERIODONTAL TRATADO MEDIANTE GINGIVECTOMIA



- a) ABSCESSO PERIODONTAL CRONICO EXPLORADO
- b) INCISION SEMILUNAR SIGUIENDO LOS PUNTOS SANGRANTES
- c) SE ELIMINA LA ENCIA INCIDIDA Y TEJIDO DE GRANULACION
- d) COLOCACION DEL APOSITO QUIRURGICO



TRATAMIENTO DE ABSCESO PERIODONTAL

- a) INCISION VERTICAL DEL ABSCESO
- b) ELIMINACION DE CALCULOS
- c) RECHAZO DEL COLGAJO Y ALIZADO DE LAS RAICES
- d) CONTINUIDAD ENTRE CRESTA ALVEOLAR Y TABLA EXTERNA
- e) SUPERFICIE RADICULAR RASPADA Y ALISADA
- f) COLGAJO VUELTO A SU LUGAR

PACTA EN LA ENCIA.

CARACTERISTICAS CLINICAS : LA LESION APARECE COMO UNA ELEVACION ROJA, LISA, BRILLANTE Y TENSA EN LA ENCIA MARGINAL A PAPILAR ANTES DE DRENAR LA LESION ES FLUCTUANTE Y PUNTIAGUDA. EL EXTREMO APARECE GRIS AMARILLENTO POR EL PUS, DESPUES DE FERULIZAR QUEDA UNA ESPECIE DE "COSTRA" (TEJIDO DE GRANULACION) QUE PUEDE FORMARSE POR RESTOS DE SANDRE, ES SENSIBLE A AL PERCUSION LATERAL. LOS HALLAZGOS RADIOGRAFICOS SERAN NEGATIVOS PUESTO QUE EL ABSCESO GINGIVAL NO ALCANZA HUESO.

EL ABSCESO DE ORIGEN PARODONTAL SE DESCRIBE COMO UNA EXACERBACION AGUDA DE UNA BOLSA PARODONTAL GENERALMENTE INFRAOSEA POR OBLITERACION PARCIAL O TOTAL DE UN ORIFICIO DE LA BOLSA.

CLASIFICACION HISTOLOGICA.-

SUBAGUDA Y CRONICA. ESTA CLASIFICACION ES ESENCIALMENTE HISTOLOGICA Y DESCRIBE UN FENOMENO AGUDO CON SU PROCESO VASCULAR Y EXU

DATIVO ACOMPAÑADO DE POLIMORFONUCLEARES, UN FENOMENO CRONICO CON UN PREDOMINIO DE LINFOCITOS Y DE CELULAS PLASMATICAS CON UNA PROLIFERACION DE FIBROBLASTOS. EL FENOMENO -- SUBAGUDO ES UN INTERMEDIO DE LAS PRECEDENTES.

CLASIFICACION CLINICA DE LOS
FENOMENOS TERAPEUTICOS

		TRATAMIENTO DEFINITIVO
	DRENADO	
	FISTULIZADO	DEBRIDACION LEGRADO
ABSCESO		Y/O
ORGANIZADO		TRATAMIE <u>N</u>
	NO DRENADO	TO EN <u>D</u> O -
	NO FISTULIZADO	INCISION DONTICO.
	ACCESIBLE	CURETAJE
ABSCESO EN VIA DE ORGANIZACION	INACCESIBLE	ANTIBIOTICO

ABSCESO DE ORIGEN PARODONTAL :

- a) EL DIENTE PROBARA VITALIDAD
- b) ASOCIADO CON BOLSAS PARODONTALES GENERAL

MENTE INFRAOSEAS.

c) SERA SENSIBLE A LA PERCUSION HORIZONTAL.

d) NO NECESARIAMENTE ESTARA ELEVADO EN EL
ALVEOLO.

ABSCESO PERIAPICAL AGUDO.-

DEFINICION : COLECCION PURULENTA A NIVEL -
APICAL.

ETIOLOGIA : INVACION BACTERIANA O TRAUMATIS
MOS EN ENDODONCIA MAL HECHAS.

SINTOMATOLOGIA : EN LOS PRIMEROS ESTADIOS
PRESENTA MUCHA SENSIBILIDAD, MOVILIDAD Y AU
MENTO DEL DIENTE.

PRESENTA DOLOR A LO CALIENTE Y NO A LO FRIO
O LO SULCE, INFLAMACION LOCAL O GENERAL.

PASANDO ESTE ESTADIO PRESENTA DOLOR AGUDO,
FIEBRE E INFECCION MUY RAPIDA (NO PRESENTA
FISTULA).

RADIOGRAFICAMENTE : PRESENTA REACCION PERI
APICAL (ZONA RADIOLUCIDA) Y EN OCASIONES
INFLAMACION DEL LIGAMENTO.

TRATAMIENTO : DRENADO DEL DIENTE EXTRAORAL
COLOCAR UNA TORUNDA DE ALGODON, CADA VEZ -

QUE COMA, MANDAR ANALGESICO, ANTIBIOTICO Y
ANTINFLAMATORIO, COMPRESAS DE AGUA CALIENTE
Y POSTERIORMENTE ENDODONCIA.

ABSCESO APICAL CRONICO.-

DEFINICION : INFECCION NO VIRULENTA DE LARGO TIEMPO.

ETIOLOGIA : INVACION BACTERIANA.

SINTOMATOLOGIA : ES ASINTOMATICO, LIGERA -
SENSIBILIDAD A LO CALIENTE, LA PIEZA CAMBIA
DE COLORACION Y PRESENTA FISTULAS.

RADIOGRAFICAMENTE : PRESENTA UNA ZONE DIFUSA,
A NIVEL APICAL HAY DESTRUCCION DE HUESO
EL ESPACIO DEL LIGAMENTO SE ENCUENTRA ENSANCHADO.

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS.-

1.- GINGIVOSIS : GINGIVITIS DESCAMATIVA CRO
NICA.

2.- PARODONTOSIS : ATROFIA ALVEOLAR DIFUSA,
ACTUALMENTE SE LE LLAMA PARODONTITIS JU
VENIL. SON ALTERACIONES INMUNOLOGICAS;
EL STRESS, MEDICAMENTOSA COMO EL DILAN-
TIN, TRAUMA POR OCLUSION.

EN PACIENTES QUE TENGAN EDEMA EL TRATAMIENTO
VA A SER :

- 1.- CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA
- 2.- TECNICA DE CEPILLADO
- 3.- ELIMINACION DE SARRO SUBGINGIVAL

EN UN SONDEO LA SANGRE SALE DEL INSTERTICIO
GINGIVAL, ESTO ES DEBIDO A QUE EL EPITELIO
SE ALTERA.

LA GINGIVITIS A VECES SE PUEDE OBSERVAR DE
COLOR VIOLACEO DEBIDO A LA FALTA DE OXIGENO.

PARODONTITIS JUVENIL.-

ES UNA ENFERMEDAD QUE SE PRODUCE ENTRE LOS -

18 Y 25 AÑOS, ES DE TIPO INFLAMATORIO QUE -
DESTRUYE AL HUESO MUY RAPIDAMENTE, NO ABAR-
CA TODA LA BOCA SINO A LUGARES ESPECIFICOS.

SIGNOS : LESIONES ESPEJO ATACA GENERALMEN-
TE A INCISIVOS Y PRIMEROS MOLARES, SE PRE -
SENTA MOVILIDAD.

EL HUESO SE PIERDE EN FORMA VERTICAL Y HAY
EXTRUCION.

ETIOLOGIA.-

SE DICE QUE HAY BACTERIAS DE TIPO GRAM + --
LLAMADA CAPNA SITOFAGA.

OTRA TEORIA ES DE TIPO INMUNOLOGICO :
FALTA DE DEFENSA DE LOS LEUCOCITOS POR FAL-
TA DE CADENAS PESADAS.

HAY AUMENTO DE INMUNOGLOBOLINAS "G" Y --
AUTODESTRUCCION. NO ES UNA ENFERMEDAD DEGE-
NERATIVA.

NEOPLASICAS.-

LOS TUMORES O NEOPLASMAS SON FORMACIONES NUE
VAS DE TEJIDO ANORMAL QUE APARECEN EN LA CA-
VIDAD BUCAL AL IGUAL QUE EN OTRAS PARTES DEL
CUERPO. PUEDEN APARECER EN LOS LABIOS, CA -
RRILLOS, PISO DE LA BOCA, PALADAR, LENGUA, -
HUESOS MAXILARES Y MANDIBULA. ESTAS NUEVAS
FORMACIONES PUEDEN SER DE TEJIDO EPITELIAL,
CONECTIVO O NERVIOSOS; SIN EMBARGO, LOS TUMU
RES NEUROGENICOS SON EXTREMADAMENTE RAROS EN
LA CAVIDAD BUCAL.

LOS TUMORES PUEDEN SER BENIGNOS O MALIGNOS -
SEGUN SU COMPORTAMIENTO Y ESTRUCTURA CELULAR
EL TUMOR BENIGNO CRECE LENTAMENTE Y GENERALU-
MENTE ESTA ENCAPSULADO. SE AGRANDA POR EX -
PANSION PERIFERICA, EMPUJA LAS ESTRUCTURAS -
VECINAS Y NO PRODUCE METASTASIS. EL TUMOR -
MALIGNO POR EL CONTRARIO, PONE EN PELIGRO --
LA VIDA DEL PACIENTE EN VIRTUD DE SU RAPIDA
EXTENSION POR INFILTRACION EN LAS VITALES -
ESTRUCTURAS VECINAS Y POR EL FENOMENO DE ME
TASTASIS, PUES PROVOCA NEOPLASIAS SECUNDAA -
RIAS EN PARTES DISTANTES DEL CUERPO, GENERALU
MENTE A TRAVES DE LAS CORRIENTES LINFATICA Y
SANGUINEA.

LOS TUMORES BUCALES, PUEDEN SER DE ORIGEN -
 DENTARIO O NO. LOS DE ORIGEN DENTARIO PRO -
 VIENEN DE INCLUSIONES EPITELIALES QUE PERMA
 NECEN DENTRO DE LOS HUESOS DE LAS ARCADAS -
 DESPUES DE QUE HA TERMINADO LA FORMACION --
 DEL DIENTE. ESTO OCURRE CERCA DE LOS DIEN-
 TES Y EN LAS LINEAS DE SUTURA DE LA MANDIBU
 LA Y MAXILARES EN DESARROLLO. LOS TUMORES
 EPITELIALES PUEDEN PRODUCIR SECRECION O NO,
 DEPENDIENDO DE LA PRESENCIA DE EPITELIO SE-
 CRETOR, COMO OCURRE EN LOS QUISTES.

ODONTOMAS.-

LOS ODONTOMAS CALCIFICADOS, LAS PERLAS SIM-
 PLES DE ESMALTE Y LOS CEMENTOMAS GENERALMEN
 TE ESTAN FORMADOS DE UNA O MAS CLASES DE --
 ELEMENTOS DENTARIOS. LAS PERLAS DE ESMALTE
 CONSTAN DE ESMALTE. LOS ODONTOMAS, DE DEN-
 TINA. LOS CEMENTOMAS SON DE CEMENTO. LOS
 ODONTOMAS SON COMPUESTOS CUANDO CONTIENEN -
 DOS O MAS TEJIDOS DENTARIOS. ESTOS TUMORES
 DENTIGEROS. LA INTERVENCION QUIRURGICA SE
 PRACTICA A UNA EDAD TEMPRANA PARA IMPEDIR -
 ALTERACION DE LA DENTICION PERMANENTE.

LOS ODONTOMAS COMPUESTOS SE EXTIRPAN, YA QUE

CONTIENEN DIVERSAS FORMACIONES DENTALES QUE TIENDEN A FORMAR QUISTES DESTRUCTIVOS. ALGUNAS DE ESTAS MASAS CRECEN HASTA ALCANZAR TAMAÑO CONSIDERABLE EN EL JOVEN, INTERFERIENDO ASI CON LA ERUPCION DE LOS DIENTES PERMANENTES. PUEDEN OCASIONAR MUCHA DESTRUCCION OSEA. EL DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO PUEDE SER LA UNICA PRUEBA IMPORTANTE DE SU PRESENCIA, ADEMAS DE UNA LIGERA ALTERACION DE LAS ESTRUCTURAS VECINAS. LA REMOCION QUIRURGICA DE ESTOS TUMORES BENIGNOS ES SIEMPRE CONSERVADORA. PUEDEN INTERVENIRSE EXTIRPANDO EL HUESO SUPRAYACENTE. ESTAS MASAS SON ENUCLEADAS DE LAS ESTRUCTURAS OSEAS ADYACENTES DE LOS MAXILARES POR MEDIO DE FRESSAS QUIRURGICAS O CINCELES. LAS COMPLICACIONES DE LA EXTIRPACION DE LOS ODONTOMAS COMPRENDEN PARESTESIA DEL LABIO INFERIOR Y DE LA MANDIBULA CUANDO LA MASA TUMORAL ESTA EN CONTACTO CON EL NERVIO DENTARIO INFERIOR, HEMORRAGIA DE LA CAVIDAD CUANDO NO SE CONTROLAN LAS AREAS DE SANGRADO, E INFECCION SECUNDARIA CON SEPARACION DE LAS SUTURAS.

AMELOBLASTOMA.-

EL AMELOBLASTOMA ES UN TUMOR QUE PROVIENE DE LAS CELULAS EMBRIONARIAS DE LOS DIENTES EN -

DESARROLLO. AUNQUE LA MAYORIA DE SUS FORMAS SON SIMILARES A OTROS TUMORES BENIGNOS DE CRECIMIENTO LENTO, OTRAS PUEDEN TRANSFORMARSE EN MALIGNAS. SE HA VISTO SU DEGENERACION CARCINOMATOSA. PUEDE HABER POCOS SINTOMAS SUBJETIVOS DURANTE EL CRECIMIENTO DLE TUMOR. EL AGRANDAMIENTO DEL TUMOR PUEDE EMPUJAR LAS TABLAS EXTERNA, INTERNA Y PALATINA. LOS DIENTES PUEDEN SER MOVILES Y PRESENTARSE SINTOMAS DE PRESION, ESPECIALMENTE EN LA REGION DE LOS SENOS MAXILARES.

LOS AMELOBLASTOS UNILOCULARES PUEDEN CONFUNDIRSE CON QUISTES BENIGNOS. LOS TUMORES SUELEN INVADIR EL ALVEOLO ALREDEDOR DE LAS RAICES DE LOS DIENTES Y PUEDEN RESORBIR SUS APICES. SE PRESENTAN EN AMBAS ARCADAS. LA METASTASIS ES RARA PERO LOS FRAGMENTOS DEL TUMOR PUEDEN LOGRAR ACCESO A LOS PULMONES POR ASPIRACION. LA BIOPSIA DEBE PRECEDER AL TRATAMIENTO YA QUE ESTOS TUMORES SUELEN TENER CARACTERISTICAS INDIVIDUALES. ALGUNOS SON TUMORES EXPANSIVOS DE CRECIMIENTO LENTO QUE REQUIEREN MUCHOS AÑOS PARA MANIFESTAR SINTOMAS SUBJETIVOS. LOS METODOS DE TRATAMIENTO COMPREDEN LA EXTIRPACION, LA RESECCION PADICAL DE LA MANDIBULA, LA CAUTERIZACION QUIMICA Y LA ELECTROCAUTERIZACION.

LA EXTIRPACION LOCAL DE UN PEQUEÑO TUMOR ACESIBLE ESTA INDICADA EN LOS JOVENES, SIEMPRE Y CUANDO ACCEDAN A REVISIONES SUBSECUENTES Y A UNA RESECCION RADICAL SI RECIDIVAN.

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO INCOMPLETO PUEDE ESTIMULAR EL CRECIMIENTO DE LAS CELULAS TUMORALES. LOS AMELOBLASTOMAS SE EXPONEN AMPLIAMENTE EXTIRPANDO EL HUESO QUE LOS RECUBRE, INCLUYENDO LA TABLA EXTERNA, HASTA LA BASE DEL TUMOR.

LOS AMELOBLASTOMAS QUE SE HAN EXTENDIDO DENTRO DE LOS MAXILARES PUEDEN PERFORAR EL MUCOPERIOSTIO PALATINO Y LA MUCOSA NASAL. LA RESECCION RADICAL DEL TUMOR Y DE LAS ESTRUCTURAS OSEAS VECINAS ES EL TRATAMIENTO DE ELECCION. COMO ESTOS TUMORES CRECEN POR EXTENSION DENTRO DE LOS TEJIDOS VECINOS, SE EFECTUA SU ADECUADA RESECCION QUIRURGICA.

LOS INJERTOS OSEOS PUEDEN COLOCARSE EN ESTE TIEMPO DE LA INTERVENCION QUIRURGICA DEBIDO A LA POCA FRECUENCIA DE METASTASIS.

SIEMPRE QUE SE REALICEN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA ERRADICAR EL AMELOBLASTOMA, HARAN ESFUERZOS CONSERVADORES PARA MANTENER

LA FUNCION Y LA ESTETICA.

EL FIBROMA AMELOBLASTICO Y EL ADENOMA AMELOBLASTICO SON TAMBIEN TUMORES RELACIONADOS - CON EL EPITELIO DENTAL. ESTOS NEOPLAMAS BENIGNOS CRECEN LENTAMENTE Y EXPANDEN LAS PLACAS CORTICALES DE LOS MAXILARES.

ESTOS TUMORES SE PRODUCEN CON MAYOR FRECUENCIA EN LA SEGUNDA Y TERCERA DECADAS DE LA VIDA, Y SON INDOLOROS EN SUS ETAPAS INICIALES DE CRECIMIENTO. EL TRATAMIENTO QUIRURGICO SE LLEVA A CABO POR ESCISION LOCAL COMPLETA DESPUES DE HABER REALIZADO BIOPSIA -- POR INCISION PREOPERATORIA.

TUMORES OSTEOGENOS.-

LOS NEOPLASMAS QUE SURGEN DE LOS HUESOS MAXILARES SE CLASIFICAN COMO OSTEOMAS, FIBROOSTEOMAS O DISPLASIAS FIBROSAS, MIXOMAS, CONDROMAS, SARCOMAS, TUMOR DE EWING Y EL TUMOR DE CELULA GIGANTE CENTRAL.

OSTEOMAS.-

LOS OSTEOMAS DE LOS MAXILARES SE PRESENTAN COMO ZONAS CIRCUNSCRITAS DE NEOPLASIAS OSEAS BENIGNAS.

LOS OSTEOMAS QUE PROVIENE DE LA SUPERFICIE INTERNA DE LA TABLA OSEA SE LLAMA ENOSTOSIS U OSTEOMAS CENTRALES. LOS TUMORES DE ESTA CLASE SE FORMAN CON TEJIDO CORTICAL DENSO - QUE SE EXTIENDE DENTRO DEL TEJIDO ESPONJOSO DEL MAXILAR. PUEDEN PONERSE DE MANIFIESTO EN LAS RADIOGRAFIAS COMO TUMORES OSEOS DEN-SOS Y CIRCUNSCRITOS. QUIZA NO NECESITEN -- TRATAMIENTO, A MENOS QUE APAREZCA DOLOR POR LA PRESION SOBRE LAS FIBRAS NERVIOSAS, O UL-CERACION SUPERFICIAL DE LOS TEJIDOS SUPRAYA CENTES.

ALGUNAS FORMAS DE OSTEOMAS PROVIENE DEL PE-RIOSTIO PROPIAMENTE, DE CELULAS ABERRANTES DE CARTILAGO Y DE LAS TABLAS CORTICALES. EN - OCASIONES ADQUIEREN GRAN TAMAÑO, QUE CAUSA DEFORMACION, EN CUYO CASO ESTA INDICADA LA REMOCION QUIRURGICA PARA RESTABLECER LA ARMO-NIA FACIAL Y CORREGIR EL TRASTORNO FUNCIONAL. ESTOS OSTEOMAS ESTAN COMPUESTOS DE HUESO ES-PONJOSO Y TIENEN UNA DELGADA CAPA CORTICAL.

PRODUCEN LIGERAS SOMBRAS EN LAS RADIOGRAFIAS.

LOS NEOPLASMAS OSEOS CIRCUNSCRITOS QUE SE - DESARROLLAN POR FUERA DE LAS TABLAS CORTICA LES SE LLAMAN EXOSTOSIS Y OSTEOMAS PERIFERI-

COS. ESTAS FORMACIONES OSEAS SON BENIGNAS, DE CRECIMIENTO LENTO Y APARECEN EN ADULTOS JOVENES. PUEDEN SER CONSECUTIVAS A TRAUMATISMOS O IRRITACIONES. LAS AREAS DE EXOSTOSIS PUEDEN PRESENTARSE EN LAS INSERCIONES MUSCULARES O EN LA UNION DE DOS HUESOS. UN SITIO FRECUENTE DE EXOSTOSIS ES LA LINEA MEDIA DE LA REGION DEL PALADAR DURO. ESTO SE CONOCE COMO TORUS PALATINO. EL TORUS MANDIBULAR PUEDE OCURRIR EN LA PARTE LINGUAL DE LA MANDIBULA Y EN LAS REGIONES DE LOS PREMOLARES Y MOLARES.

OSTEOFIBROMA.-

EL OSTEOFIBROMA O DISPLASIA FIBROSA DEL HUESO, ES UN TUMOR BENIGNO DE CRECIMIENTO LENTO QUE TIENDE A ALCANZAR SU MAYOR DESARROLLO EN LA SEGUNDA DECADA DE LA VIDA, EN UN TUMOR DIFUSO, POCO DIFERENCIADO, ENDOSTICO, QUE REEMPLAZA EL TEJIDO ESPONJOSO NORMAL CON TEJIDO FIBROSO. PUEDEN PRESENTARSE AREAS IRREGULARES DE CALCIFICACION AL APARECER NUEVAS FORMACIONES OSEAS EN EL TUMOR.

EL TRATAMIENTO DE ESTOS TUMORES BENIGNOS ES LA OPERACION CONSERVADORA. LA MASA DEL TUMOR

MOR PUEDE SEPARARSE DEL HUESO NORMAL POR MEDIO DE RASPADO LOCAL SOLO CUANDO ES PEQUEÑA. ALGUNOS TUMORES SE TORNAN GRANDES E INVADEN LA ZONA ESPONJOSA. LA ESCISION DE UN GRAN OSTEOFIBROMA COMPRENDEN LA RESECCION DEL SEGMENTO INVADIDO DE LA ARCADA. LOS OSTEOFIBROMAS GRANDES QUE SE EXPANDEN DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL, E INTERFIEREN LA FUNCION Y PRODUCEN DEFORMIDAD FACIAL, SE RECORTAN QUIRURGICAMENTE PARA RESTABLECER LA SIMETRIA FACIAL NORMAL Y MANTENER LA FUNCION. LA IRRADIA - CION PUEDE SER UTIL JUNTAMENTE CON EL TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA INHIBIR EL CRECIMIENTO. ESTOS TUMORES TIENDEN A SANGRAR CON FACILIDAD DESPUES DE OPERACION Y SE NECESITARA TAPONAMIENTO A PRESION Y ELECTROCOAGULACION PARA CONTROLAR LA HEMORRAGIA.

MIXOMA Y CONDROMA.-

EL MIXOMA Y EL CONDROMA SON TUMORES INTIMAMENTE RELACIONADOS DE ORIGEN EMBRIONARIO, FORMADOS POR HUESO INMADURO O POR CELULAS CARTILAGINOSAS. EL MIXOMA PUEDE SEMEJAR UNA LESION QUISTICA POR SU ASPECTO DE PANAL EN LAS RADIOGRAFIAS. HAY EXPANSION DE LA -

CORTEZA OSEA CON MATERIAL MUCOIDE QUE REEMPLAZA LA ESTRUCTURA OSEA. EL CONDROMA PROVIENE DE CARTILAGO FETAL ABERRANTE EN REGIONES ESPECIFICAS DE LA MANDIBULA COMO LA SINFISIS, LA APOFISIS CORONOIDES Y EL CONDILO Y LOS CARTILAGOS ALVEOLOMALAR Y PARASEPTAL DE LOS MAXILARES. EL CONDROMA PUEDE PRODUCIR EN LAS RADIOGRAFIAS UNA LIGERA SOMBRA - POR FUERA DEL HUESO. EL CONDROMA PUEDE CALCIFICARSE Y CESAR DE CRECER EN CUYO CASO SE LE DENOMINA OSTEOCONDROMA.

ALGUNOS OSTEOCONDROMAS TIENDEN A SUFRIR -- TRANSFORMACION MALIGNA, CONVIERTIENDOSE ENTONCES EN CONDROSARCOMAS. LOS CONDROSARCOMAS ESTAN COMPUESTOS DE MASAS CARTILAGINOSAS Y AREAS DE OSIFICACION Y DEGENERACION MUCOIDE. EN INDIVIDUOS JOVENES SE PRESENTAN ENTRE EL HUESO Y EL PERIOSTIO EN AREAS DE CRECIMIENTO ACTIVO DEL HUESO.

LA CORTEZA OSEA Y LA ZONA ESPONJOSA PUEDEN SER INVADIDAS SECUNDARIAMENTE. ESTOS TUMORES SON EXTREMADAMENTE DIFICIL DE EXTIRPAR.

LA HISTOPATOLOGIA DEL CONDROSARCOMA ES MUY

OSCURA, LO QUE HACE DIFÍCIL SU DIAGNÓSTICO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, CON SU INEVITABLE TRAUMATISMO, ESTIMULA LA ACTIVIDAD CELULAR. LA RESECCIÓN RADICAL DEL CONDROSARCOMA SE HACE INCLUYENDO LA PARTE DEL HUESO NORMAL ADYACENTE A LA MASA DEL TUMOR.

LA CAVIDAD RESULTANTE SE ELECTROCAUTERIZA - ADECUADAMENTE.

LA TERAPÉUTICA POR RADIACIÓN NO PARECE TENER NINGUN EFECTO BENEFICO EN LOS CONDROSARCOMAS.

SARCOMAS.-

LOS SARCOMAS OSTEOGENICOS SE ORIGINAN EN CELULAS PRODUCTORAS DE HUESO. ESTOS TUMORES SUMAMENTE MALIGNOS SON RAROS Y SUELEN PRESENTARSE EN NIÑOS DURANTE LOS PERIODOS DE CRECIMIENTO ACTIVO. SE CONOCEN TRES TIPOS GENERALES :

- 1.- SARCOMAS OSTEOLITICOS, QUE SE ACOMPANAN DE CONSIDERABLE DESTRUCCIÓN ÓSEA CELULAS TUMORALES INMADURAS Y ESCASA FORMACION DE HUESO NUEVO.
- 2.- SARCOMAS OSTEOBLASTICOS, QUE PRODUCEN HUESO NUEVO EN ABUNDANCIA CON SIGNOS

DE PEQUEÑAS AREAS DE ACTIVIDAD TUMORAL
DISEMINADAS EN EL HUESO.

3.- SARCOMAS TELANGIECTASICOS, QUE SON MUY
VASCULARIZADOS, SE DESARROLLAN MAS RA-
PIDAMENTE E INVADEN POR EXTENSION LOS
TEJIDOS BLANDOS VECINOS.

LOS SINTOMAS INCLUYEN DOLOR, AUMENTO DE VOLU-
MEN DEL HUESO, INTERFERENCIA CON LAS FUNCIO-
NES DE LA ARCADA Y MOVILIDAD Y DESALOJAMIE-
TO DE LOS DIENTES. PUEDE EXISTIR ANESTESIA
DEL ALBIO Y DEL MAXILAR. LAS RADIOGRAFIAS -
PONEN DE MANIFIESTO UNA MASA TUMORAL DE BOR-
DES DIFUSOS CON AREAS DE DESTRUCCION OSEA Y
AREAS DE FORMACION DE NUEVOS HUESOS CON ASPEC-
TO PUNTEADO.

TODOS LOS TIPOS DE SARCOMA PRODUCEN METASTA-
SIS A LOS PULMONES A TRAVES DE LA CORRIENTE
SANGUINEA. EL TRATAMIENTO DEL SARCOMA OSTEO-
GENICO SE INSTITUYE TEMPRANAMENTE Y CONSISTE
EN RESECCION RADICAL DEL HUESO QUE CONTIENE
EL TUMOR. LA IRRIGACION SANGUINEA DE LA MA-
SA TUMORAL SE INCLUYE EN TODO INTENTO DE RE-
SECCION. SE TOMAN RADIOGRAFIAS DEL TOWAX --
TEMPRANAMENTE PARA SEGUIR EL DESARROLLO DEL TUMOR.

TASTATICAS. SE APLICAN RAYOS X A ESTAS AREAS METASTATICAS.

LA COLOCACION DE INJERTOS OSEOS EN LA PORCION SECCIONADA DEL HUESO NO ESTA INDICADA EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCION QUIRURGICA, DEBIDO A LA GRAN FRECUENCIA DE METASTASIS Y A LA EXPOSICION DE LAS AREAS A LA RADIACION. UN APARATO PROSTETICO SE COLOCA INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA RESECCION PARA MANTENER LA CONTINUIDAD DE LA MANDIBULA HASTA QUE SEA POSIBLE COLOCAR EL INJERTO OSEO.

TUMOR DE EWING.-

LA ETIOLOGIA DEL TUMOR DE EWING NO ES BIEN CONOCIDA. SE CREE QUE PROVIENE DEL REVESTIMIENTO ENDOTELIAL DE LOS VASOS SANGUINEOS O LINFATICOS. ALGUNOS PATOLOGOS SE REFIEREN AL TUMOR COMO UN LINFOMA PRIMARIO DEL HUESO. EL TRAUMA ES EL FACTOR COMUN DE IMPORTANCIA EN SU ETIOLOGIA. ESTE NEOPLASMA SE OBSERVA EN LAS PRIMERAS DOS DECADAS DE LA VIDA. ENTRE LOS SINTOMAS SE INCLUYEN FIEVACION DE LA TEMPERATURA DEL CUERPO, DOLOR, AUMENTO DE VOLUMEN E INTERFERENCIA CON LA FUNCION DE LA MANDIBULA. LOS ULTIMOS TRES SINTOMAS SON LA TRIADA COMUN DE LOS SARCOMAS DEL HUESO.

LAS METASTASIS SE PRESENTAN EN CASI TODOS -
 LOS CASOS DE TUMOR DE EWING. LOS SITIOS --
 PREDILECTOS PARA LAS FORMACIONES METASTATI-
 CAS SON LOS PULMONES, LOS GANGLIOS LINFATI-
 COS, EL RAQUIS Y LAS COSTILLAS. SU PRONO-
 TICO ES MUY MALO, YA QUE MENOS DE 20 POR --
 100 SOBREVIVEN DESPUES DE APARECER LAS ME -
 , TASTASIS.

MIELOMA MULTIPLE.-

EL MIELOMA MULTIPLE PUEDE PRESENTARSE EN CUAL
 QUIER PARTE DEL CUERPO, PERO EL PRIMER SIGNO
 DE SU PRESENCIA PUEDE APARECER EN LA MANDIBULA
 ESTE TUMOR ES DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA.
 SE CREE QUE SE ORIGINA EN LAS CELULAS DE LA -
 MEDULA OSEA.

LAS COSTILLAS, EL ESTERNON, LAS CLAVICULAS Y
 LAS VERTEBRAS PRESENTAN, EN EL 90 POR 100 DE
 LOS CASOS, PEQUEÑAS LESIONES REDONDAS RADIO-
 LUCIDAS. EL CRANEO Y LOS MAXILARES ESTAN ME-
 NOS AFECTADOS PERO DEBEN ESTUDIARSE RADIOGRA-
 FICAMENTE EN TODOS LOS CASOS DE ESTA ENFERME-
 DAD.

UN SINTOMA SOBRESALIENTE ES EL DOLOR DE TIPO
 MIGRATORIO. LA PRESENCIA DE CUERPOS DE BEN-
 CEJONES EN LA ORINA ES UN SIGNO DIAGNOSTICO.

EL NIVEL SANGUINEO DE FOSFATA ALCALINA ES -
 NORMAL EN EL MIELOMA MULTIPLE. LA HIPERCAL
 CEMIA ES FRECUENTE. ESTA ENFERMEDAD SE --
 ACOMPAÑA DE ANEMIA. SE OBSERVAN FRACTURAS
 CUANDO ESTAN AFECTADOS LOS HUESOS LARGOS, -
 LAS COSTILLAS O LA MANDIBULA. EL TRATAMIEN
 TO CONSISTE EN IRRADICACION DE LAS AREAS --
 AFECTADAS PARA DETENER EL CRECIMIENTO. LAS
 HORMONAS Y LA MOSTAZA NITROGENADA SE EMPLEAN
 COMO COMPLEMENTO DE LA TERAPEUTICA.

TUMOR CENTRAL DE CELULAS GIGANTES.-

EL TUMOR CENTRAL DE CELULAS GIGANTES ES UN -
 NEOPLASMA BENIGNO QUE SE DESARROLLA EN EL --
 HUESO DE ORIGEN CARTILAGINOSO. LA SINFISIS,
 LOS ANGULOS DE LA MANDIBULA Y LA FOSA CANINA
 DE LOS MAXILARES SON SITIOS TIPICOS DE LOCA-
 LIZACION. ESTOS TUMORES SE PRESENTAN EN LA
 SEGUNDA O TERCERA DECADAS DE LA VIDA; SE SOS
 PECHA QUE EL TRAUMATISMO INTERVIENE EN SU --
 ETIOLOGIA. EL DOLOR Y AUMENTO DE VOLUMEN DE
 LA MANDIBULA CON FRACTURAS OCASIONALES SE --
 PRESENTAN SIEMPRE CUANDO EL TUMOR TIENE GRAN
 TAMANO.

LOS DIENTES SUELEN ESTAR MOVILES, CON SIGNOS
 DE PERDIDA RADICULAR. LA BIOPSIA ES INDIS
 PENSABLE PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO.

ESTE TUMOR DESTRUYE EL HUESO ESPONJOSO Y --
TIENDE A ADELGAZAR LAS TABLAS OSEAS HASTA -
CONVERTIRLAS EN UNA CUBIERTA QUEBRADIZA, LO
QUE FACILITA SU PERFORACION. EL TEJIDO DEL
TUMOR ES BLANDO, MUY VASCULARIZADO Y TIENDE
A SANGRAR MUCHO CUANDO SE TRAUMATIZA. ESTE
TUMOR PUEDE SER DE COLOR ROJO AMARILLENTO -
POR EL PIGMENTO DE LA SANGRE.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA ENUCLEACION -
DEL TUMOR DESPUES DE SU EXPOSICION COMPLETA
LAS PAREDES Y EL FONDO DE LA CAVIDAD RESUL-
TANTE SE ELECTROCAUTERIZAN COMPLETAMENTE PA-
RA DESTRUIR LAS POSIBLES ZONAS RESIDUALES -
QUE PUEDAN CONducIR A SU REPRODUCCION CO-
MO ESTE TUMOR ES BENIGNO Y DE CRECIMIENTO -
LENTO, EL TRATAMIENTO CONSERVADOR PRESERVA
LA CONTINUIDAD DE LA MANDIBULA.

LA INFLAMACION GRADUAL POR EXPANSION DE PLA-
CAS CORTICALES QUE ENGLOBAN AL NEOPLASMA DE
HUESO MEDULAR PUEDE SER EL UNICO DATO OBJE-
TIVO. LOS SINTOMAS PUEDEN ESTAR AUSENTES,
RETRASANDO POR ELLO LA CONSULTA DENTAL.

LOS EXAMENES RADIOGRAFICOS PUEDEN DEMOSTRAR
EXPANSIONES DE LA PLACAS CORTICALES Y ERO-
SION DE LAS SUPERFICIES RADICULARES.

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO CONSISTIRA EN LA ENUCLEACION DE LOS BORDES VASCULARES DELGADOS DEL TUMOR DESPUES DE ASPIRAR EL AREA HEMORRAGICA. LA AMPLIA EXPOSICION A TRAVES DE LA PLACA CORTICAL BUCAL EXPANDIDA, PROPORCIONA ACCESO SUFICIENTE A LOS BORDES PERIFERICOS DEL TUMOR. LAS LESIONES MAS PEQUEÑAS PUEDEN ENUCLEARSE Y DEJARSE SANAR POR INTENCION PRIMARIA. LAS LESIONES GRANDES SE TAPONAN CON GASA MEDICADA Y SE LES DEJA SANAR POR INTENCION SECUNDARIA DESPUES DE LA ESCISION.

TUMORES DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL.-

PAPILOMA : LOS PAPILOMAS SON TUMORES BENIGNOS QUE SE FORMAN EN EL TEJIDO EPITELIAL DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS DE LA CAVIDAD BUCAL. PUEDEN SER PEDUNCULADOS O SESILES Y ESTAN FORMADOS DE EPITELIO QUERATINIZADO SOBRE UNA BASE DE TEJIDO CONECTIVO. LOS PAPILOMAS GENERALMENTE SON PEQUEÑOS, PERO PUEDEN CRECER HASTA EL TAMAÑO DE UNA UVA ANTES DE QUE EL PACIENTE SOLICITE TRATAMIENTO. ESTOS TUMORES SUFREN IRRITACION POR LA DENTURA NATURAL O POR APARATOS ARTIFICIALES.

EL PAPILOMA SE TRATA POR EXTIRPACION QUIRURGICA Y ELECTROCAUTERIZACION DE LA BASE DE TEJIDO CONECTIVO. SE EXTIRPA POR MEDIO DE UNA

INCISION CURVA QUE CIRCUNDA EL TUMOR Y SE -
 EXTIENDE LO SUFICIENTE EN EL TEJIDO NORMAL
 PARA LOGRAR LA REMOCION COMPLETA DE LA BASE
 DE FIJACION. EL SANGRADO PUEDE CONTROLARSE
 CON EL ELECTROCAUTERIO.

FIBROMAS.-

LOS FIBROMAS SON TUMORES BENIGNOS QUE SE --
 ORIGINAN EN LOS TEJIDOS CONECTIVOS SUBMUCO-
 SO Y SUBCUTANEO DE LA BOCA Y CARA COMO CON-
 SECUENCIA DE TRAUMATISMOS. PUEDEN PROVENIR
 TAMBIEN DEL PERIOSTIO DE LAS ARCADAS. EL -
 FIBROMA ES UN TUMOR PEDUNCULADO O SESIL.
 GENERALMENTE ES REDONDEADO Y FIRME. LOS FI
 BROMAS SON MAS VASCULARIZADOS QUE LOS PAPI-
 LOMAS. PUEDEN ALCANZAR GRAN TAMAÑO Y SER -
 TRAUMATIZADOS POR LAS DENTADURAS Y LA MASTI
 CACION.

LOS FIBROMAS NO RECIDIVAN CUANDO SE LOGRA -
 LA ESCISION COMPLETA QUE INCLUYA LA BASE.
 LOS FIBROMAS PUEDEN FORMARSE DEL PERIOSTIO
 DE LAS ARCADAS ASI COMO DEL TEJIDO CONECTIVO
 DE LA SUBMUCOSA. ESTOS TUMORES PEDUNCULADOS
 O SESILES SE LLAMAN FRECUENTEMENTE EPULIS -
 FIBROFOS.

EPULIS FIBROSOS.-

POR IRRITACION CRONICA DEL PERIOSTIO DEL HUESO O DEL PERIODONTO DENTAL. LOS EPULIS PUEDEN ALCANZAR EL TAMANO DE UNA UVA GRANDE Y PUEDEN SER IRRITADOS FACILMENTE POR LA MASTICACION. EL TRATAMIENTO DE LOS EPULIS FIBROSOS REQUIERE LA COMPLETA SEPARACION DEL TUMOR DE LOS TEJIDOS GINGIVALES SIEMPRE QUE SE ORIGINEN DEL PERIOSTIO DEL HUESO. EL -- EPULIS DEL PERIOSTIO DENTAL REQUIERE LA REMOCION DEL DIENTE AFECTADO PARA EVITAR LA RECURRENCIA Y ASEGURAR LA CICATRIZACION ADECUADA. EL EPULIS ES BENIGNO, TIENDE A RECURRERR SI NO SE LE EXTIRPA COMPLETAMENTE. EL HUESO EXPUESTO DESPUES DE LA ESCISION DEL EPULIS SE PROTEGE CON UNA CUBIERTA DE CEMENTO QUIRURGICO PARA PERMITIR LA GRANULACION NORMAL Y PARA QUE ACTUE COMO UN APOSITO ANALGESICO. PUEDE DEJARSE POR UN PERIODO DE -- SIETE A DIEZ DIAS.

TUMOR PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES.-

EL TUMOR PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES SE DENOMINA EN ALGUNAS OCASIONES EPULIS DE CELULAS GIGANTES. PROVIENE DEL TEJIDO CONECTIVO DEL PERIOSTIO DENTAL QUE PROPORCIONA A LOS DIENTES SU FIJACION AL ALVEOLO. ES ROJO ACUOSO DEBIDO A SU GRAN CANTIDAD DE VASOS.

PUEDE SER PEDUNCULADO O SESIL. EL TUMOR PE-
 RIFERICO DE CELULAS GIGANTES APARECE A CUAL-
 QUIER EDAD MAS FRECUENTE EN LAS MUJERES.
 PUEDE ALCANZAR UN GRAN TAMAÑO Y DESPLAZAR -
 LOS DIENTES DE SU POSICION NORMAL. INVAD E
 EL HUESO ADYACENTE A MEDIDA QUE AUMENTA DE
 TAMAÑO. EL TRATAMIENTO DE ESTOS TUMORES ES
 QUIRURGICO. LOS DIENTES ADYACENTES DEBEN -
 EXTIRPARSE PARA LOGRAR ACCESO A LA MASA DEL
 TUMOR. UNA PORCION DEL TEJIDO GINGIVAL SA-
 NO Y DE HUESO DEBE INCLUIRSE EN LA ESCISION
 LA CAVIDAD RESULTANTE SE ELECTROCAUTERIZA -
 PARA DESTRUIR CUALQUIER RESIDUO Y CONTROLAR
 LA HEMORRAGIA. LA CAVIDAD SE LLENA FINAL -
 MENTE CON UN TAPON SEDANTE PARA PERMITIR LA
 GRANULACION NORMAL Y ALIVIAR EL DOLOR. EL
 TUMOR PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES NO RE-
 CURRE CUANDO SE HA HECHO UNA EXTIRPACION --
 COMPLETA.

HEMANGIOMAS Y LINFANGIOMAS.-

LOS HEMANGIOMAS Y LOS LINFANGIOMAS SE FORMAN
 EN RELACION CON LOS VASOS SANGUINEOS Y LIN-
 FATICOS. SON TUMORES BENIGNOS, PARECEN TE-
 NER TENDENCIA HEREDITARIA Y SE PRESENTA EN
 LOS JOVENES. SE IGNORA SU ETIOLOGIA Y HAN
 SIDO ATRIBUIDOS A RESTOS EMBRIONARIOS ABI -
 RANTES DE TEJIDO SANGUINEO Y LINFATICO EN

AREAS EN LAS QUE NO SUELEN ENCONTRARSE.

LOS HEMANGIOMAS PUEDEN SER CAPILARES O CAVERNOSOS. EL HEMANGIOMA CAPILAR SE CONOCE COMO "MANCHA DE VINO". PUEDE PRESENTARSE EN LA CARA O DENTRO DE LA BOCA. ESTE TUMOR SE TORNA PALIDO A LA COMPRESION Y PRESENTA UNA COLORACION ROJO AZULOSA. EL HEMANGIOMA CAVERNOSO TIENE GRANDES SENOS SANGUINEOS -- Y TIENDE A INVADIR LOS TEJIDOS BLANDOS O DESTRUIR LAS ESTRUCTURAS OSEAS VECINAS POR COMPRESION. PUEDE ENCONTRARSE PULSACION EN LOS HEMANGIOMAS DE TIPO CAVERNOSO. NUNCA DEBERA INTENTARSE EN EL CONSULTORIO HACER BIOPSIA PRELIMINAR DE ESTAS LESIONES AZULADAS Y PULSATILES DEBIDO A LA HEMORRAGIA EXTENSA.

EL HEMANGIOMA CAPILAR HA SIDO TRATADO POR EXTIRPACION CUANDO EL TUMOR ES PEQUEÑO. SE HA EMPLEADO LA INYECCION DE AGUA HIRVIENTE EN LOS VASOS AFERENTES PARA ESCLEROSAR LOS VASOS. TAMBIEN SE HAN EMPLEADO LA NIEVE CARBONICA, LAS APLICACIONES DE RADIO Y LOS RAYOS X PARA OBTENER EL MISMO RESULTADO LAS MEDIDAS CONSERVADORAS SE APLICAN EN LOS NIÑOS.

LOS HEMANGIOMAS CAVERNOSOS, QUE COMPREDAN LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL PUE DEN CORTARSE CON UN BISTURI O CON CUCHILLA ENDOTERMICA. LA ESCISION DEBERA EXTENDERSE ALREDEDOR DEL TUMOR EN EL TEJIDO NORMAL. LOS VASOS ALIMENTARIOS SE AISLAN Y LIGAN AN TES DE EXTIRPAR EL TUMOR. SE INYECTA UNA SOLUCION AL 5 POR 100 DE MORRUATO SODICO EN APLICACIONES PEQUENAS Y MULTIPLES.

LOS HEMANGIOMAS INTEROSEOS NO PRESENTAN ASPECTO RADIOGRAFICO DEFINIDO Y PUEDEN PARECER SE A OTRAS LESIONES OSEAS COMO TUMORES DE CELULAS GIGANTES, QUISTES OSEOS TRAUMATICOS DISPLASIAS FIBROSAS Y AMELOBLASTOMAS.

EL MANEJO DE ESTOS NEOPLASMAS VASCULARES -- PUEDE LLEVARSE A CABO SEGUN DIVERSOS METODOS DIVERGENTES. PUEDEN TRATARSE CONTROL Y REDUC CION DEL LECHO DEL TUMOR Y SU SUMINISTRO SAN GUINEO APLICANDO RAYOS X O RADIO CERCA DEL AREA VASCULAR Y TAMBIEN EN ELLA. LAS FIBRO SIS RESULTANTES PUEDEN ELIMINAR EL NEOPLASMA O PERMITIR RESECCION SIN PERDIDA EXCENIVA DE SANGRE.

LA CRIOTERAPENTICA, QUE CONGELA EL LECHO DEL TUMOR Y PROVOCA NECROSIS DEL TUMOR, ES UNA

TECNICA NUEVA. SE USA EMBOLIZACION SELECTIVA, CON MUSCULO ESTRIADO Y MACERADO QUE -- OCLUYA LA CIRCULACION PROXIMAL Y EL LECHO -- DEL TUMOR CON LA CONSOLIDACION FIBROSTEOLITICA RESULTANTE.

EL LINFANGIOMA ES UN TUMOR BENIGNO FRECUENTE EN LOS LABIOS Y LOS CARRILLOS, PERO PUEDE PRESENTARSE EN LA NASOFARINGE Y EN LA -- LENGUA. DA A LOS TEJIDOS UNA CONTEXTURA DE MASA BLANDA. LA PIEL QUE LO CUBRE TIENDE -- A PRESENTAR ASPECTO ARRUGADO. LA DISTORSION RESULTA DE LOS PERIODOS DE CRECIMIENTO ACTIVO SEGUIDO DE LA FORMACION DE TEJIDO FIBROSO.

EL TRATAMIENTO DEL LINFANGIOMA ES LA EXTIRPACION QUIRURGICA CUANDO EL TUMOR NO HA ALCANZADO GRAN TAMAÑO. LOS TUMORES GRANDES PUEDEN REDUCIRSE QUIRURGICAMENTE POR EXTIRPACION PARCIAL EN OPERACIONES SERIADAS.

SE HAN EMPLEADO SOLUCIONES ESCLEROSANTES CON CIERTO GRADO DE EXITO PARA LOGRAR REDUCCION POSTERIOR DE CONDUCTOS DE DRENADO A ESTOS TUMORES. EL LINFANGIOMA ES RADIORRESISTENTE.

LIPOMA.-

EL LIPOMA ES UN TUMOR BENIGNO FORMADO POR TE

JIDO ADIPOSEO; SE DESARROLLA EN CUALQUIER --
 PARTE DE LA CAVIDAD BUCAL DONDE HAYA TEJIDO
 ADIPOSEO. LOS LABIOS Y CARRILLOS SON LOCALI
 ZACIONES FRECUENTES DE ESTE TUMOR. LA MUCO
 SA QUE LOS CUBRE PUEDE ESTAR DISTENDIDAS POR
 LA PRESION DEL LIPOMA EN CRECIMIENTO. EL -
 LIPOMA ES UNA MASA FIRME Y MOVIL, DE COLOR
 AMARILLENTO. EL LIPOMA PUEDE SER UNICO O -
 MULTIPLE Y PUEDE ENVIAR PROLONGACIONES A LOS
 TEJIDOS BLANDOS VECINOS. ESTE TUMOR CRECE --
 LENTAMENTE. EL TRATAMIENTO DEL LIPOMA CON -
 SISTE EN SU EXTIRPACION QUIRURGICA.

NEVOS PIGMENTARIOS.-

LOS NEVOS PIGMENTARIOS SON TUMORES EPITELIA
 LES BENIGNOS QUE SE PRESENTAN A VECES EN -
 LA CAVIDAD BUCAL, EN LA MUCOSA DEL CARRILLO
 LA ENCIA Y LA LENGUA. CONTIENE MELANINA.
 LOS NEVOS BUCALES PUEDEN VARIAR EN COLOR --
 DESDE AZUL PALIDO HASTA NEGRO. PUEDEN SER
 APLANADOS, DE BASE AMPLIA O EN FORMA PAPI -
 LAR. EL NEVO PUEDE SEMEJAR UN PAPILOMA PIG
 MENTARIO. UN HEMANGIOMA O LAS AREAS NORMA -
 LES PIGMENTADAS DE LOS HABITANTES DE CLIMAS
 TROPICALES.

LOS SIGNOS DE LA TRANSFORMACION MALIGNA SON

AUMENTO RAPIDO EN EL INDICE DE CRECIMIENTO, OBSCURECIMIENTO, ULCERACION SUPERFICIAL Y - SANGRADO AL MENOR TRAUMATISMO. EL NEVO GE-NERALMENTE PRECEDE AL MELANOMA MALIGNO. EL MELANOMA MALIGNO PUEDE PRODUCIR METASTASIS TEMPRANAMENTE, A TRAVES DE LOS CANALES LIN-FATICOS, EN LOS PULMONES Y EL HIGADO.

FIBROMA NEUROGENICO.-

EL FIBROMA NEUROGENICO ES UN TUMOR MUY RARO QUE SE ORIGINA EN EL TEJIDO NERVIOSO. ESTE TUMOR CRECE LENTAMENTE POR EXPANSION Y POR LO TANTO ES DE TIPO OSTEOLITICO. ESTE TU -MOR BENIGNO PUEDE TRANSFORMARSE EN FIBROSAR COMA MALIGNO Y POR LO TANTO DEBE SER EXTIR-PADO AMPLIAMENTE.

CARCINOMA DE LA CAVIDAD BUCAL.-

EL CARCINOMA SE FORMA EN LA SUPERFICIE CUTA -NEA DE LA CARA O EN LA MEMBRANA MUCOSA DE - LA BOCA. LA FORMA BASOCELULAR DEL CARCINOMA SE DESARROLLA EN LA PIEL DE LOS LABIOS Y LA CARA. EL CARCINOMA EPIDERMIOIDE SE PRE -SENTA EN EL BERMELLON Y EN LA MUCOSA DE LA BOCA. EL CARCINOMA DE LA CAV -IDAD BUCAL SE DESARROLLA COMO RESULTADO DE INVASION DE EL

LULAS EPITELIALES MALIGNAS A TRAVES DE LA -
CAPA BUCAL INTACTA HACIA LOS TEJIDOS SUBCU-
TANEO Y SUBMUCOSO. EL CARCINOMA DE LA BOCA
ABARCA APROXIMADAMENTE EL 5 POR 100 DE TO -
DOS LOS CARCINOMAS DEL HOMBRE.

LA IRRITACION CRONICA POR SOBREEXPOSICION -
DE LOS LABIOS A LA LUZ SOLAR Y TRAUMATISMOS
POR DIENTES AFILADOS Y DENTADURAS MAL ADAP-
TADAS SE ENCUENTRAN ENTRE LOS FACTORES PRE-
DISPONENTES EN ALGUNOS INDIVIDUOS. SE CON-
SIDERA AL TABACO COMO UN FACTOR ETIOLOGICO.

LOS SINTOMAS SUBJETIVOS DE DOLOR LOCAL O --
IRRADIADO, TRISMO DEL MAXILAR, FIJACION DE
MUSCULATURA LOCAL Y PARESTESIA, SON AYUDA -
PARA CLASIFICAR CLINICAMENTE LA ENFERMEDAD
NEOPLASICA.

EL SISTEMA TNM ACONSEJADO POR LA AMERICAN -
JOINT COMMISSION FOR CANCER STAGING AND END
RESULTS USA LA T PARA TUMOR PRIMARIO, LA N
PARA METASTASIS REGIONAL Y LA M PARA METAS-
TASIS DISTANTE. LA T PUEDE PROYECTARSE LA-
RA DESIGNAR TAMAÑOS DE TUMOR DE LA MANERA -
SIGUIENTE :

T¹ INDICA UN CARCINOMA IN SITU

T² UN TUMOR DE 2 cm. O MENOS

T³ UN TUMOR DE 2 A 4 cm. DE DIAMETRO

T⁴ UN TUMOR DE 4 cm. O MAS DE DIAMETRO

LA METASTASIS REGIONAL (N) Y LA METASTASIS DISTANTE (M) PUEDEN PROYECTARSE DE MANERA SIMILAR. EL CARCINOMA PUEDE PRESENTARSE COMO LESION ULCEROSA VERRUGOSA.

EL CARCINOMA EPIDERMIOIDE Y EL BASOCELULAR INVADEN LA SUBMUCOSA Y LOS TEJIDOS SUBCUTANEOS INCLUYENDO EL HUESO.

EL DIAGNOSTICO SE ESTABLECE POR MEDIO DE UNA BIOPSIA QUE SE TOMA TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE.

LA ANESTESIA LOCAL ESTA INDICADA PARA EFECTUAR LA BIOPSIA, SIEMPRE QUE LA INYECCION NO SE EFECTUE EN EL AREA DEL TUMOR. LA BIOPSIA POR ESCISION SE PRACTICA CUANDO LA LESION ES GRANDE, SE HACE UNA BIOPSIA POR INCISION ANTES DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

EL MATERIAL DE LA BIOPSIA PUEDE OBTENERSE FROTANDO EL TUMOR SUAVEMENTE CON UN APLICADOR Y TRASLADANDO ASI ALGUNAS DE LAS CELULAS PARA SU EXAMEN HISTOLOGICO. ESTE ES UN METODO APROPIADO PARA EXAMINAR GRANDES NUMEROS DE PACIENTES EN QUIENES SE SUSPECHA LA PRESENCIA DE LESION

NES BUCALES. SE HA EMPLEADO CON RESULTADOS SATISFATORIOS EN GINECOLOGIA, Y SE CONOCE COMO LA PRUEBA PAPANICOLAOU.

TRATAMIENTO.-

EL PLAN DE TRATAMIENTO EN LOS TUMORES MALIGNOS DEPENDE DEL RESULTADO DE LA BIOPSIA, DE LA LOCALIZACION DEL NEOPLASMA, DE SU RADIO-SENSIBILIDAD, DEL GRADO DE METASTASIS Y DE LA EDAD Y CONDICIONES FISICA DEL PACIENTE.

LA LOCALIZACION DEL TUMOR EN LA CAVIDAD BU-CAL PUEDE COMPLICAR EL TRATAMIENTO. LOS -- NEOPLASMAS DE LA PARTE POSTERIOR DE LA BOCA SON MENOS ACCESIBLES Y SUELEN ATACAR STRUCTURAS VITALES. LA TERAPEUTICA POR RADIA-CION PUEDE ESTAR INDICADA EN CIERTOS CASOS.

EL 80 POR 100 DE LOS CANCERES DEL LABIO PUEDEN TRATARSE CON EXITO POR MEDIO DE UNA TE-RAPEUTICA INMEDIATA, PERO EL CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA, DE LA LENGUA Y DE LAS ENCIAS TIENE PEOR PRONOSTICO.

LA EDAD Y ESTADO FISICO DEL PACIENTE SON INE

PORTANTES PARA EL PLAN TERAPEUTICO. PACIEN
 TES DE EDAD AVANZADA Y DEBILITADOS SOLO SO-
 PORTAN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EXTENSOS
 DESPUES DE CUIDADOSA PREPARACION. ESTO PUE
 DE RETARDAR EL TRATAMIENTO Y PERMITIR EL --
 AVANCE DE LA ENFERMEDAD.

TERAPEUTICA POR IRRADIACION.--

LA SENSIBILIDAD DEL TUMOR A LA RADIOTERAPIA
 INFLUYE EN EL TRATAMIENTO. LOS TUMORES RA-
 DIOSENSIBLES PUEDEN TRATARSE VENTAJOSAMENTE
 CON RAYOS X O EMANACIONES DE RADIO SOLOS O
 COMBINADOS CON LA CIRUGIA.

EL TRATAMIENTO DE LOS CARCINOMAS ES DE LA -
 RESPONSABILIDAD DE UN GRUPO INTEGRADO POR -
 UN PATOLOGO, RADIOLOGO, INTERNISTA, ONCOLO-
 GO Y CIRUJANO BUCAL.

LA RADIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS
 NEOPLASMAS MALIGNOS SE BASA EN EL HECHO DE
 QUE LAS CELULAS DEL TUMOR EN LAS FASES DE -
 CRECIMIENTO ACTIVO SON MAS SUCEPTIBLES A -
 LA RADIACION QUE EL TEJIDO ADULTO. BIEN --
 TRAS MAS INDIFERENCIADAS SON ESTAS CELULAS
 HISTOLOGICAMENTE, MAS RADIOSENSIBILIDAD ---
 TIENE EL TUMOR.

EL MODO DE ACCION DE LA IRRADIACION SOBRE EL CRECIMIENTO ACTIVO DEL NEOPLASMA CONSISTE EN LA MUERTE INMEDIATA O TARDIA DE LAS CELULAS DEL TUMOR Y EN LA SUPRESION DE SU REPRODUCCION.

SUELEN EMPLEARSE TRES METODOS PARA APLICAR LA IRRADIACION. LAS EMANACIONES SE APLICAN AL AREA DEL TUMOR A DISTANCIA, LOS AGENTES RADIATIVOS SE IMPLANTAN DENTRO DEL TUMOR Y POR ULTIMO UNA COMBINACION DE AMBOS METODOS PUEDE EMPLEARSE CON O SIN CIRUGIA.

LOS AGENTES RADIATIVOS COMO RADIO, GAS DE RADON O EL IRIDIO ACTIVADO PUEDEN IMPLANTARSE DIRECTAMENTE EN EL NEOPLASMA. EL RADIO Y EL GAS RADON SE ENCIERRAN EN ORO O PLATINO PARA REDUCIR LA NECROSIS INMEDIATA DE LOS TEJIDOS Y LOGRAR LA DISTRIBUCION HOMOGENEA DE LAS EMANACIONES. ES ESENCIAL UN PLAN CUIDADOSO DE TRATAMIENTO POR IRRADIACION PARA OBTENER UNA DISTRIBUCION ADECUADA DE LOS AGENTES RADIATIVOS Y ESTERILIZAR EL TUMOR.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.-

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS TUMORES MALIGNOS DE LA CAVIDAD PECTORAL PUEDE EXTENDERSE

CION AMPLIA. EL CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LA MUCOSA BUCAL INVADE LOS TEJIDOS ADYACENTES Y PRODUCE METASTASIS CON MAS FACILIDAD QUE EL CARCINOMA CUTANEO. EL TRATAMIENTO ADECUADO Y RAPIDO ES ESENCIAL PARA SUPRIMIR LA NEOPLASIA. LA ESCISION AMPLIA ES IMPORTANTE YA QUE EL CRECIMIENTO DEL TUMOR INVADDE LOS TEJIDOS VECINOS NORMALES; A VECES ESTA INVASION NO ES PERCEPTIBLE AL EXAMEN CLINICO. PARA EXTIRPAR EL TUMOR SE EMPLEAN EL BISTURI Y EL ELECTROCAUTERIO. LA CICATRIZACION PRIMARIA NO SIEMPRE SE LOGRA DESPUES DE LA ESCISION CON EL ELECTROCAUTERIO, YA QUE LA FORMACION DEL TEJIDO CICATRIZAL ES EXTENSA.

EL CARCINOMA EPIDERMOIDE PUEDE PRODUCIR METASTASIS A LOS GANGLIOS LINFATICOS CERVICALES AL PRINCIPIO DE LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD. LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA REGION SE AGRANDAN Y PUEDEN IDENTIFICARSE POR PALPACION. ESTOS GANGLIOS LINFATICOS SE EXTIRPAN AMPLIAMENTE ANTES DE QUE OCURRA UNA EXTENSION MAS AMPLIA.

QUIMIOTERAPIA.-

LOS NUEVOS AVANCES EN LA TERAPEUTICA, EL MEJOR MANEJO DEL PACIENTE Y LA TECNICA DE ANES

TEGIA AVANZADA HAN MEJORADO EL PRONOSTICO
DE LOS CARCINOMAS BUCALES.

PARECE QUE ESTOS AGENTES TIENEN PREDILECCIÓN
POR LOS TEJIDOS ANAPLASICOS Y DESTRUYEN EL TUMOR. LOS ANTIMETABOLITOS SON
UN GRUPO PROMETEDOR DE AGENTES QUIMICOS -
SINTETICOS USADOS PARA TRATAR CANCER BUCAL.
CAL.

LA CANTIDAD DE COMPUESTO QUIMICO NECESARIA
PARA EFECTO CANCERICIDA CONSISTENTE PUEDE
TENER QUE REDUCIRSE EN CONCENTRACION DEBIDO
A LOS EFECTOS DEPRESORES DEL SISTEMA HEMATOPOYETICO DEL PACIENTE. NAUSEAS, VOMITOS
Y MALESTAR GENERAL SON SINTOMAS PREVISI
TOS. SE PROVOCA SUSPENSION DE LA ACTIVIDAD
DEL TUMOR, Y EL SITIO LOCAL GENERALMENTE SE
ESFACELA.

EL TRATAMIENTO DE CONTINUACION PUEDE SER -
TRIPLE Y CONSISTIR DE AGENTES QUIMIOTERAPICO
S ADICIONALES, RAYOS X Y EXTIRPACION QUIRURGICA DE LA TUMOR MENOR Y MENOS AGRESIVO.

TEMA V

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

PREPARACION DEL PACIENTE. -

PREPARACION DEL PACIENTE PARA LA OPERACION:
ES DE ESENCIAL IMPORTANCIA TOMAR EN CONSIDERACION LOS SENTIMIENTOS DE LA PERSONA ENFERMA PARA PREPARAR AL PACIENTE PARA UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

DEBEN DISCUTIRSE CON EL PACIENTE, CON LA PERSONA LEGAL RESPONSABLE O CON AMBOS, PREFERENTEMENTE EN PRESENCIA DE UN MIEMBRO DEL PERSONAL DEL CONSULTORIO DEL HOSPITAL, LOS POSIBLES RIESGOS INVOLUCRADOS, EL RESULTADO PREVISTO AUNQUE NO GARANTIZADO Y LAS POSIBLES O PROBABLES COMPLICACIONES.

EN TODO CASO POSIBLE, LAS CUENTIONES RELACIONADAS CON EL TIPO DE ANESTESIA POR USARSE, EL METODO DE ADMINISTRAR LA ANESTESIA, LA NECESIDAD DE VALORACION MEDICA PREOPERATORIA Y LA VALORACION DEL LABORATORIO, UTC., DEBERAN DISCUTIRSE CON EL PACIENTE Y LA PERSONA LEGAL RESPONSABLE ANTES DE ADMITIR AL PACIENTE.

LA SEGURIDAD DE QUE LA ANESTESIA GENERAL --
 MANTENDRA AL PACIENTE DORMIDO A LO LARGO DE
 TODO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, ASI COMO
 LA AFIRMACION DE QUE GENERALMENTE NO SE --
 USAN ENEMAS PREOPERATORIAS PARA PREPARACION
 DE CIRUGIA BUCAL, SERAN DE GRAN AYUDA PARA
 CALMAR EL TORMENTOSO MAR PREOPERATORIO.

REVISION DE POSIBLES PROBLEMAS MEDICOS,
 PASADOS Y PRESENTES.-

NO EXISTE SUBSTITUTIVO ALGUNO DEL CONOCI --
 MIENTO QUE POSEE EL MEDICO SOBRE EL PACIEN --
 TE. EL MEDICO, Y SUS AYUDANTES TIENEN OBLI --
 GACION MORAL Y LEGAL DE CONOCER SUFICIENTE --
 MENTE EL ESTADO EMOCIONAL Y FISICO DEL PA --
 CIENTE, Y DE ESTAR ALERTA A POSIBLES CIR --
 CUNSTANCIAS COMPLICANTES. DEBE OBTENERSE --
 HISTORIA CLINICA ADECUADA DEL PACIENTE O DE
 ALGUN INDIVIDUO RESPONSABLE. CUANDO EL --
 TIEMPO LO PERMITE, LAS HISTORIAS MEDICAS, --
 TRATADAS POR COMPUTADORA Y MAS DETALLADAS,
 FRECUENTEMENTE SON UTILES PARA SEPARAR IN --
 FORMACION IMPORTANTE DE LA MENOS IMPORTANTE
 EN LA HISTORIA CLINICA. LA MAYOR PARTE DE
 LOS CUESTIONARIOS COMPUTADOS DIRIGEN LA --
 ATENCION DEL MEDICO A LAS AREAS EN LAS CUA --
 LES SE DESEA HISTORIA MEDICA MAS DETALLADA.

SE CONSIDERA QUE LA SIGUIENTE LISTA DE PREGUNTAS ES PERTINENTE EN UNA HISTORIA CLINICA PREOPERATORIA.

- 1.- ¿ HA PRESENTADO USTED REACCION A ALGUN FARMACO O ALIMENTO ?

- 2.- ¿ HA EXPERIMENTADO USTED ALGUNA ALERGIA PRINCIPAL COMO ASMA, FIEBRE DEL HENO, ECCEMA O URTICARIA ?

- 3.- ¿ ESTA USTED AHORA O HA ESTADO RECIENTE MENTE BAJO ASISTENCIA MEDICA ? (SI - LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, SE ACONSEJA LLAMAR A DICHO MEDICO.)

- 4.- ¿ ESTA USTED TOMANDO CUALQUIER TIPO DE MEDICAMENTO, O ACABA DE TERMINAR RECIENTE MENTE UN TRATAMIENTO MEDICO ? - (DEBERAN FORMULARSE PREGUNTAS ESPECIFICAS PARA CONOCER EL USO ANTERIOR DE HORMONAS ADRENOCORTICALES, TRANQUILIZANTES, SEDANTES, ANTICOAGULANTES, ANTIMETABOLITOS Y TERAPEUTICA DE RAYOS X. ES TAMBIEN EXTREMAMENTE IMPORTANTE QUE EL PACIENTE COMPRENDA POR QUE EL CIRUJANO ESTA INTERESADO EN ESTA INFORMACION, Y LAS PREGUNTAS DEBE-

RAN HACERSE EN FORMA QUE SEAN COMPREN-
SIBLES PARA EL PACIENTE.)

5.- ¿ LIMITA USTED SUS ACTIVIDADES FISICAS,
POR ALGUNA RAZON ? ¿ EVITA USTED SU-
BIR ESCALERAS ? AL REALIZAR EJERCICI -
CIOS VIOLENTOS, ¿ SIENTE QUE LE FALTA
EL AIRE O DOLOR EN EL PECHO ?

6.- ¿ HA SUFRIDO ALGUNA VEZ UNA DEPRESION -
NERVIOSA ?

7.- ¿ ESTA USTED EMBARAZADA ?

EN UNA HISTORIA CLINICA PARA ADMITIR : UN -
PACIENTE AL HOSPITAL POR CUALQUIER RAZON DE
BERAN INCLUIRSE ANTECEDENTES EXACTOS SOBRE
FARMACOS ADMINISTRADOS. SI EXISTE CUALQUIER
DUDA SOBRE ALGUNA DEPENDENCIA A FARMACOS, -
DEBERA SOMETERSE AL PACIENTE A DOSIS DE MAN-
TENIMIENTO DEL FARMACO AL CUAL SE HAYA HABI-
TUADO, PARA PODER EVITAR DE ESTA MANERA LOS
ATAQUES DE GRAN MAL POSOPERATORIOS.

LA SUSPENSION ABRUPTA EN PACIENTES FISIOLÓ-
GICAMENTE ADICTOS A SEDANTES BARRITURICOS O
NO BARRITURICOS, COMO MEPELODAMATO, ETC., --
PUEDE PRODUCIR DELIRIO, CONVULSIONES O AM-
BOS.

LA CAPACIDAD DE CURAR QUE TIENE EL TEJIDO -
ESTA CONTROLADA POR MUCHOS FACTORES; UNO DE
LOS MAS IMPORTANTES ES EL ESTADO NUTRICIO -
NAL DEL PACIENTE. POR ESTA RAZON ES IMPOR -
TANTE CONOCER EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PA -
CIENTE ANTES DE OPERAR. EL PACIENTE QUIRUR -
GICO DEBERA MANTENERSE EN O RESTAURARSE HAS -
TA UN EQUILIBRIO NUTRICIONAL DURANTE TODAS
LAS FASES DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA, ASI
COMO DURANTE LA CONVALECENCIA.

NO DEBERA DESCARTARSE LA NECESIDAD DE UN --
COMPLEMENTO VITAMINICO, Y PUEDE ADMINISTRAR -
SE BUCAL O PARENTERALMENTE CON ALGUNAS DE -
LAS PREPARACIONES COMERCIALES DISPONIBLES.

EL PACIENTE DE CIRUGIA BUCAL QUE REQUIERA -
DIETA LIQUIDA A LARGO PLAZO PUEDE COMBINAR
SU IMAGINACION CON UN TRITURADOR DE ALIMEN -
TOS Y MANTENER EL EQUILIBRIO NUTRICIONAL --
ADECUADO.

ESTUDIOS DE LABORATORIO PREOPERATORIOS.-

EL ESTUDIO DE LABORATORIO PREOPERATORIO DE -
BERA INCLUIR SISTEMATICAMENTE UNA HEMATIME -

TRIA COMPLETA CON VALORACION DE LOS INDICES DE HEMATOCRITO Y DE HEMOGLOBINA, FORMULA -- BLANCA COMPLETA CON CUENTA DIFERENCIAL Y VALORACION DE PLAQUETAS CIRCULANTES, ASI COMO ANALISIS DE ORINA MICROSCOPICO Y GENERAL.

DEBERAN PREVERSE LAS DESVIACIONES PERMISIBLES POR ENCIMA DE LO NORMAL, ASI COMO NIVELES DE FOSFATASA ALCALINA ELEVADOS EN NIÑOS EN CRECIMIENTO, Y NO DEBERAN CAUSAR PREOCUPACION INDEBIDA.

ORDENES PREOPERATORIAS.-

EN TODO CASO POSIBLE DEBERA EVITARSE DAR ORDENES POR TELEFONO. LAS ORDENES DEBERAN ENVIARSE MANUSCRITAS O MECANOGRAFIADAS, JUNTO CON EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA ADMITIDO EN EL HOSPITAL. EXISTEN BASES PRACTICAS Y MEDICOLEGALES OBIAS PARA SUGERIR ESTO. LAS ORDENES PREOPERATORIAS TIPICAS, GENERALMENTE INCLUYEN LOS SIGUIENTES INCISOS :

- 1.- DIAGNOSTICO DE ADMISION : LA MAYOR PARTE DE LOS HOSPITALES REQUIERE INCLUIR ESTO EN EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE A LAS 24 HORAS DESPUES DE ADMITIRLO, Y PONEN QUE ESTO ES UN DIAGNOSTICO DE TRA

BAJO QUE PARA CUANDO EL PACIENTE SEA DA-
DO DE ALTA PUEDE MODIFICARSE O CAMBIAR-
SE TOTALMENTE.

- 2.- ORDENES DIETETICAS : DEBERAN SER ESPE-
CIFICAS, SEGUN LOS REQUERIMIENTOS DIETE-
TICOS INDICADOS, (V. GR. : NADA POR LA
BOCA, Poca SAL, ALIMENTOS BLANDOS, D^IE-
TA ALTA EN PROTEINAS DE 2 500 CALORIAS,
LIQUIDOS QUIRURGICOS, ETEC.).

- 3.- RESTRICCIONES FISICAS : SE DESHA ESPE-
CIFICACION (POR EJEMPLO, REPOSO EN CA-
MA, AMBULACION PUEDE IR AL CUARTO DE BA-
NO, CABEZA ELEVADA, REPOSO EN CAMA CON
COMODO AL LADO DE LA CAMA, ETC.).

- 4.- INVESTIGACIONES DE LABORATORIO Y PRUEBAS
ESPECIALES : DEBERA EXISTIR RAZON ESPE-
CIFICA PARA ORDENAR CADA UNA DE ESTA --
PRUEBAS. MUCHAS PRUEBAS REALIZADAS EN
UN PACIENTE SON MOLESTAS Y COSTOSAS PA-
RA ESTE. SIN EMBARGO ESTO ES UN PRINCI-
PIO DE DOBLE FILO; DEBERA RECORDARSE --
QUE NO ORDENAR PRUEBAS DE LABORATORIO -
NECESARIAS E INDICADAS, SOLO PARA EVI -
TAR UN GASTO AL PACIENTE Y NO OCASIONAR
LE MOLESTIAS, NO SERIA DEFENSA SATISFAC

TORIA ANTE UN JURADO LAICO. SI SE PRE-
 VE NECESIDAD DE SANGRE DESPUES DE HABER
 REALIZADO ESTAS PRUEBAS, SE REQUERIRAN
 PRUEBAS SANGUINEAS DE TIPO Y CRUZADAS -
 PARA EL VOLUMEN O LAS UNIDADES DESEADAS.

5.- INVESTIGACIONES CON RAYOS X : ES DE --
 ESENCIAL IMPORTANCIA SER ESPECIFICO AL
 ORDENAR ESTUDIOS RADIOLOGICOS POSEE SUFI-
 CIENTE INFORMACION CLINICA SOBRE EL PA-
 CIENTE O SU PROBLEMA ES DE LA MAYOR IM-
 PORTANCIA DE MANERA QUE SE PUEDA LOGRAR
 UN DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO DEFINIDO.

6.- MEDICACIONES : EL USO APROPIADO DE LOS
 ANTIBIOTICOS PUEDE REDUCIR LA FRECUEN-
 CIA DE INFECCION Y MORBILIDAD POSOPERA-
 TORIA EN MUCHOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGI-
 COS BUCALES COMO TERCEROS MOLARES IMPAC-
 TADOS, OSTEOTOMIAS, CISTECTOMIAS, API-
 COECTOMIAS, INJERTOS OSEOS Y OTROS.
 EL USO SENSATO DE CANTIDADES APROPIADAS
 DE GLUCOCORTICOIDES PARA SUPRIMIR LAS -
 REACCIONES INFLAMATORIAS DE DOLOR Y EDE-
 MA DESPUES DE TRAUMATISMO EN CABEZA Y -
 CUELLO, YATROGENO O DE OTRO TIPO, ES --
 PRACTICO EN CIRUGIA BUCAL. EL EFECTO -

ANTIPIRETICO DE LOS GLUCOCORTICOIDES RE
DUCE LA UTILIDAD DE DIAGNOSTICO DE LA -
 FIEBRE COMO SEÑAL DE INFECCION. CONTRA
 INDICACIONES ABSOLUTAS DE ESTE TRATA --
 MIENTO SON : TUBERCULOSIS (ACTIVA O -
 CURADA), HERPES SIMPLE OCULAR, Y PSICO
SIS AGUDA. LAS CONTRAINDICACIONES RELA
TIVAS SON DIVERTICULITIS, ULCERA PEPTI-
 CA ACTIVA O LATENTE, ANASTOMOSIS INTES-
TINAL RECIENTE, INSUFICIENCIA RENAL, HI
PERTENSION, TENDENCIAS TROMBOEMBOLICAS,
 OSTEOPOROSIS, DIABETES SACARINA, INFECC-
IONES AGUDAS Y CRONICAS, INCLUYENDO EN
 FERMEDADES POR HONGOS Y VIRALES (VIRUE
LA), MIASTENIA GRAVE Y OTRAS.

ASISTENCIA OPERATORIA.-

ESTADO DEL QUIROFANO : LA RESPONSABILIDAD
 DEL CIRUJANO CON SU PACIENTE EN EL QUIROFA-
 NO SE INICIA ANTES DE EMPUNAR EL BISTURI.
 PUEDE HACERSE MUCHO POR LA COMODIDAD DEL PA
CIENTE COLOCANDOLO EN UN MEDIO TRANQUILO --
 FUERA DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA Y LEJOS
 DEL SENTIR DEL HUMOR, A VECES ALGO SUBIDO
 DE TONO DEL PERSONAL DEL QUIROFANO. COLOCAR
 A UN PACIENTE SEDADO EN UNA CAMILLA EN EL -

PASILLO O ANTE LA PUERTA DEL QUIROFANO, DURANTE ALGO MAS QUE MOMENTOS DEBERA CONSIDERARSE COMO TRATAMIENTO CRUEL E IRRAZONABLE. LA MAYOR PARTE DE LAS SALAS DE OPERACIONES BIEN EQUIPADAS TENDRAN UNA SALA DE INDUCCION PARA ANESTESIA PARA PROTEGER AL PACIENTE CONTRA ESTOS TRASTORNOS. UNIFORMES QUIRURGICOS Y MASCARILLAS LIMPIOS, GORROS Y CUBIERTAS PARA ZAPATOS USADOS POR EL PERSONAL DE SALA DE OPERACIONES, REDUCIRAN LA CONTAMINACION DE HERIDAS POR FUENTES AEREAS. SI ESTAS PRENDAS SE LLEVAN FUERA DEL AREA RESTRINGIDA DEL QUIROFANO, DEBERAN SUBSTITUIRSE POR PRENDAS NUEVAS AL ENTRAR A ESTE, PARA ASEGURARSE DE QUE EL CIRUJANO Y SUS AYUDANTES ESTAN HACIENDO TODO LO POSIBLE PARA REDUCIR LA CONTAMINACION EXTERIOR.

POSICION Y PREPARACION DEL PACIENTE Y COLOCACION DE LIENZOS DE CAMPO EN LA MESA DE OPERACIONES.-

LA MESA OPERATORIA PARA USO GENERAL ES MAS FLEXIBLE PARA COLOCAR AL PACIENTE EN POSICION QUE CUALQUIER MESA CON SILLON CONTONEADO MAS COMODO. EL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A CIRUGIA EN CABEZA Y CUELLO GENERALMENTE SE COLOCA MEJOR CON CABEZA Y ESPAL

DA ELEVADOR, CADERAS Y RODILLAS FLEXIONADAS Y PIES EN UN NIVEL EXACTAMENTE POR ENCIMA - DE LAS RODILLAS. ESTA POSICION PERMITE MEJOR EL DRENAJE VENOSO EN PIERNAS, REDUCE LA PRESION VENOSA EN CABEZA Y CUELLO Y PERMITE UNA FUNCION CARDIOPULMONAR MAS FISIOLÓGICA, PUESTO QUE EL PESO DE LAS VISCERAS NO ESTA SOBRE EL DIAFRAGMA. NO PUEDE LOGRARSE ESTE RILIZACION COMPLETA DE LA PIEL O CAVIDAD BU CAL. SIN EMBARGO, PUEDE REDUCIRSE ENORME MENTE EL NUMERO DE BACTERIAS. DEBERA AFEI TARSE LA PIEL PILOSA EL MENOR TIEMPO POSI BLE ANTES DE LA OPERACION, PARA EVITAR COLO NIZACION BACTERIANA DE LAS ABRASIONES INEVI TABLES CAUSADAS POR EL INSTRUMENTO DE AFEI TAR. DESPUES DE LIMPIAR EL SITIO QUIRURGI CO, EL CIRUJANO Y SUS ASISTENTES DEBERAN LA VARSE LAS MANOS APROPIADAMENTE Y PONERSE BA TAS ESTERILES PARA OPERAR Y GUANTES DE CAU CHO. DEBE RECORDARSE QUE, ADEMAS DE PROTE GER AL PACIENTE DE CONTAMINACION EXTERNA, - EL CIRUJANO Y SUS AYUDANTES TAMBIEN SE ES TAN PROTEGIENDO ASIMISMO DE MATERIAL POSI BLEMENTE INFECTADO COMO SANGRE, PUS, SALIVA Y OTROS LIQUIDOS CORPORALES, POSIBLEMENTE - CONTAMINADOS. ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE, RECONOCER ESTO POR EL INDICE EXISTENTE DE - AGENTES TRANSMISORIOS DE HEPATITIS.

ANTES DE APLICAR LOS LIENZOS DE CAMPO, ES -
TANDO EL PACIENTE YA BAJO ANESTESIA GENERAL.
DEBERAN CERRARSE CUIDADOSAMENTE LOS PARPA -
DOS DE MANERA QUE NO HAYA PESTAÑAS VOLTEA -
DAS BAJO ELLOS, Y DEBERAN MANTENERSE CERRA-
DOS CON CINTA ADHESIVA DE PAPEL PARA PROTE-
GER LA CORNEA Y LA ESCLEROTICA. LOS OJOS -
SE CUBREN ENTONCES CON COMPRESAS OFTALMICAS
ESTERILES O ALGUNA FORMA DE PROTECTORES OCU
LARES METALICOS COMO EL ESCUDO OCULAR DE --
FOX', QUE SE ADHIERE DESDE EL BORDE SUPRAOR-
BITARIO HASTA LA EMINENCIA MOLAR. EL PA --
CIENTE ESTA AHORA LISTO PARA SER ENVUELTO -
SABANAS Y TOALLAS ESTERILES APROPIADAS PARA
EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO INDICADO. DES-
PUES DE HABER ANESTESIADO E INTUBADO AL PA-
CIENTE YA SEA NASOENDOTRAQUEALMENTE O LUCO-
ENDOTRAQUEALMENTE, O SI SE ESTA ADMINISTRA-
DO ANESTESIA A TRAVES DE UNA SONDA DE TRA -
QUEOSTOMIA, ES ACONSEJABLE INSERTAR ALGUNA
FORMA DE APOSITO DE GASA ESTERIL HUMEDECIDO
EN LA BUCOFARINGE PARA SEPARARLO DE LA CAVI
DAD BUCAL. LA MAYOR PARTE DE TUBOS ENDOTRA
QUEALES TIENEN UN MANGUITO PARA EVITAR EL PA
SO DE SANGRE, AGUA Y SECRECIONES HACIA LA TRA
QUEA ALREDEDOR DE LA SONDA ENDOTRAQUEAL.

AL PREPARAR AL PACIENTE PARA UN PROCEDIMIE
TO INTRABUCAL, DEBERAN UNTARSE CIUDADOSAMEN

TE LABIOS Y COMISURAS LABIALES CON UNA CREMA SOLUBLE EN AGUA, PREFERENTEMENTE QUE CON TENGA ALGUNO DE LOS AGENTES CORTICOSTEROIDES PARA REDUCIR LA QUEILITIS POSOPERATORIA.

COMPLICACIONES OPERATORIAS.-

LA HIPERTERMIA MALIGNA ES UNA GRAVE COMPLICACION OPERATORIA QUE DEBERA SIEMPRE TENER PRESENTE EL CIRUJANO. ESTA COMPLICACION SE DESCRIBE COMO UN SINDROME DE RAPIDO AUMENTO DE LA TEMPERATURA MIENTRAS EL PACIENTE ESTA BAJO ANESTESIA.

EL TRATAMIENTO DE HIPERTERMIA MALIGNA CONSISTE EN ENFRIAR RAPIDA E INMEDIATAMENTE AL PACIENTE. TODO LO DEMAS SERA INUTIL A MENOS QUE ESTO SE LLEVE A CABO. SE PUEDE REALIZAR SIGUIENDO LOS METODOS SIGUIENTES :

- 1.- USAR MANTAS MOJADAS, HIELO, LAVADOS GASTRICOS FRIOS, SOLUCIONES INTRAVENOSAS FRIAS DE LACTATO DE RINGER, - BOMBA CONECTADA A UN SISTEMA ENFRIADOR, SI SE TIENE AL ALCANCE.
- 2.- HIPERVENTILACION CON OXIGENO AL 100 POR 100.

- 3.- CORRECCION DE ACIDOSIS Y ADMINISTRACION DE SOLUCION DE BICARBONATO, A-MORTIGUADOR THAM, O AMORTIGUADOR --TRIS.

- 4.- ADMINISTRACION DE IONES DE CALCIO.

- 5.- DIURESIS PARA EVITAR INSUFICIENCIA RENAL SECUNDARIA A MIOGLOBINURIA.

- 6.- RELAJANTES MUSCULARES NO DESPOLARIZANTES (DE EFICACIA DUDOSA).

- 7.- HALOPERIDOL PARA BLOQUEAR LA FALTA DE ENLACE.

TEMA VI

MICROORGANISMOS MAS FRECUENTES
EN LA
CAVIDAD ORAL

FLORA BUCAL NORMAL.-

- 1.- ESTREPTOCOCOS
 - a) VIRIDIANS
 - b) ENTEROCOCOS
 - c) B HEMOLITICOS

- 2.- ESTREPTOCOCOS ANAEROVIOS

- 3.- VEILLONELLA

- 4.- DIFTEROIDES

- 5.- EN MENOR CANTIDAD 13 ESPECIES MAS :
 - ESTAFILOCOCCOS
 - LACTOBACILOS
 - MICROORGANISMOS FILAMENTOSOS
 - ESPIROQUETAS
 - VIRUS, ETC.

PATOLOGIA.-

INFECCIONES PULPARES 1a. ETAPA :

- 1.) ESTREPTOCOCOS
- 2.) B HEMOLITICO
- 3.) ESTAFILOCOCCOS
- 4.) LACTOBACILOS
- 5.) OTROS MICROORGANISMOS PRODUCTORES DE GASES

ETAPAS MAS AVANZADAS :

- 1.) PREDOMINIO NETO DE ESTREPTOCOCOS
- 2.) ESTAFILOCOCCOS
- 3.) DIFTEROIDES, FUSOBACTERIAS Y BACTERIAS FILAMENTOSAS

INFECCIONES PERIAPICALES :

- 1.) ESTREPTOCOCOS VIRIDIANS
- 2.) ESTREPTOCOCOS B HEMOLITICO
- 3.) ESTAFILOCOCCOS
- 4.) PUEDEN AISLARSE OTROS INVASORES

ENFERMEDAD PERIODONTAL :

- 1.) ESTREPTOCOCOS (25 A 35%)

- 2.) DIFTEROIDES (33%)
- 3.) BACTEROIDES MAS VEILLONELLA, SE HAYAN EN MENOR PROPORCION EN EL SURCO GINGIVAL QUE EN EL RESTO DE LA BOCA.

PERICORONITIS, ALVEOLITIS SECA (OSTEITIS)

- 1.) ESTREPTOCOCOS
- 2.) ESTAFILOCOCCOS
- 3.) OTROS POSIBLES E. COLI, ESPIROQUETAS, ETC.

OSTEOMIELITIS :

- 1.) ESTAFILOCOCCOS 60%
- 2.) PSEUDOMONAS AEROGENASAS
- 3.) PROTEUS

EN PIEL :

- 1.) ESTAFILOCOCCOS
- 2.) E. COLI
- 3.) PROTEUS

HERIDAS TRAUMATICAS :

- 1.) ESTAFILOCOCCOS
- 2.) ESTREPTOCOCOS ANAEROBIOS
- 3.) ESTREPTOCOCOS B HEMOLITICO

OTROS MICROORGANISMOS GRAM-

QUEMADURAS :

- 1.) PSEUDOMONAS
- 2.) ESTAFILOCOCOS
- 3.) ESTREPTOCOCCOS
- 4.) OTROS MICROORGANISMOS GRAM-

**ANTIBIOTICOS DE ELECCION
SEGUN EL MICROORGANISMO**

MICROORGANISMOS	1a. ELECCION	ALTERNATIVA	OTROS
E. PRUPTOCOCO (NO FORMADO POR PENICILINAS)	PENICILINA	LINCOMICINA CEFALOSPORINA	CLORANFENICOL ERITROMICINA RIFAMICINA
ESTAFILOCOCO (FORMADO POR PENICILINASA)	PENICILINA (RESIS - TENTE A LA PENICILINASA)	CEFALOSPORINA LINCOMICINA	ERITROMICINA KANAMICINA GENTAMICINA
E. STREPTOCOCO B-HEMOLITICO	PENICILINA	ERITROMICINA LINCOMICINA	RIFAMICINA TETRACICLINA GENTAMICINA
E. STREPTOCOCO	PENICILINA O PENICILINASA CON	CEFALOSPORINA ERITROMICINA	TETRACICLINA RIFAMICINA LINCOMICINA
E. STREPTOCOCO	PENICILINA G CON ERITROMICINA	AMPICILINA GENTAMICINA	CEFALOSPORINA CLORANFENICOL
E. STREPTOCOCOS ANAEROBIOS	PENICILINA G	TETRACICLINA LINCOMICINA	CLORANFENICOL ERITROMICINA
VEILLONELLA	PENICILINA	CEFALOSPORINA TETRACICLINA	ERITROMICINA
CLOSTRIDIA (GANGRENA GASEOSA)	PENICILINA G	CLINDAMICINA CLORANFENICOL	ERITROMICINA
P. PTEUS	AMPICILINA	CEFALOSPORINA KANAMICINA TETRACICLINA	
E. COLI	AMPICILINA	GENTAMICINA POLIMIXINA	

TEMA VII

TRATAMIENTO EN PARODONCIA

a) MEDICO

b) QUIRURGICO

FRENECTOMIA O FRENOTOMIA.-

(DESPLAZAMIENTO DE LA INSERCIÓN DEL FRENILLO)

UN FRENILLO ES UN PLIEGUE DE MEMBRANA MUCOSA QUE, POR LO COMUN, ENCIERRA FIBRAS MUSCULARES QUE UNEN EL LABIO Y LAS MEJILLAS A LA MUCOSA ALVEOLAR O A LA ENCIA Y EL PERIOSTIO SUBYACENTE.

UN FRENILLO SE CONVIERTE EN PROBLEMA SI ESTA INSERTADO MUY CERCA DEL MARGEN GINGIVAL. ENTONCES, PUEDE HACER TRACCIÓN DEL MARGEN GINGIVAL SANO Y FAVORECER LA ACUMULACIÓN DE IRRITANTES; PUEDE SEPARAR LA PARED DE UNA BOLSA Y AGRAVAR SU ESTADO, IMPEDIR LA ADAPTACIÓN ESTRECHA DE LA ENCIA Y CONDUCIR A LA FORMACIÓN DE BOLSAS O DIFICULTAR EL CEBILADO DENTARIO ADECUADO.

FRENECTOMIA : ES LA ELIMINACIÓN COMPLETA DEL FRENILLO, INCLUSO SU INSERCIÓN AL HUESO SUBYACENTE, COMO SE REQUIERE EN LA CORRCCIÓN

DE UN DIASTEMA ANORMAL ENTRE INCISIVOS CEN-
TRALES SUPERIORES.

FRENOTOMIA : ES LA ELIMINACION PARCIAL DEL
FRENILLO.

LOS PROBLEMAS DE FRENILLO SUELEN OCURRIR --
CON MAYOR FRECUENCIA ENTRE LOS INCISIVOS --
CENTRALES SUPERIORES E INFERIORES Y EN ZO-
NAS DE CANINOS Y PREMOLARES, Y CON MENOR --
FRECUENCIA EN EL SECTOR LINGUAL DE LA MANDI
BULA.

LA FRENECTOMIA O LA FRENOTOMIA SE EFECTUA,
POR LO COMUN, JUNTO CON OTROS PROCEDIMIENTOS
TERAPEUTICOS PERIODONTALES, PERO VE-
CES SE HACE COMO INTERVENCION SEPARADA..

PROCEDIMIENTO.-

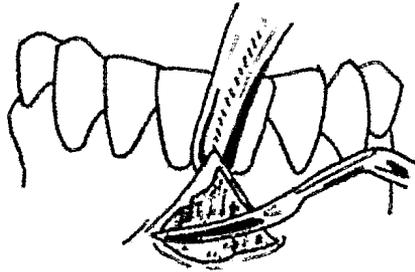
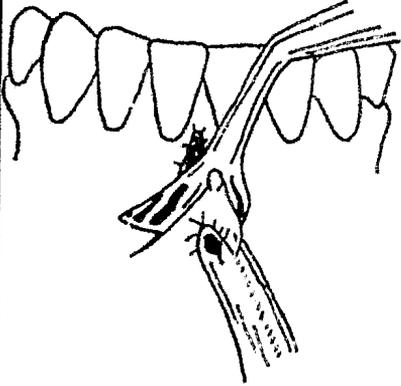
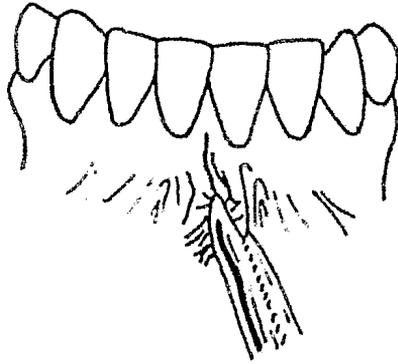
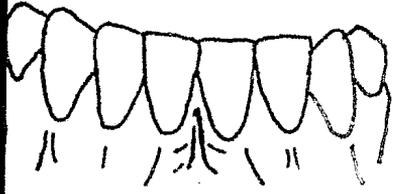
SI EL VESTIBULO ES DE SUFICIENTE PROFUNDI-
DAD, LA OPERACION SE LIMITA AL FRENILLO, PE-
RO A MENUDO SE PRECISA PROFUNDIZAR EL VESTI-
BULO PARA PROPORCIONAR ESPACIO PARA LA REPO-
SICION DEL FRENILLO.

- 1.- ANESTESIESE LA ZONA
- 2.- TOMESE EL FRENILLO CON UNA PINZA

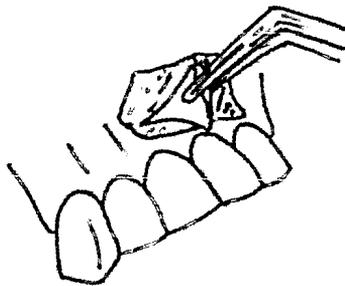
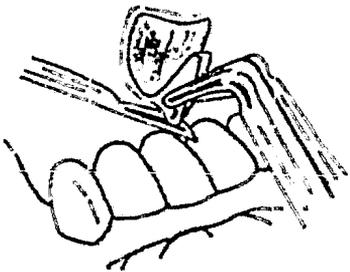
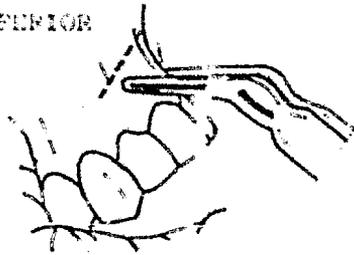
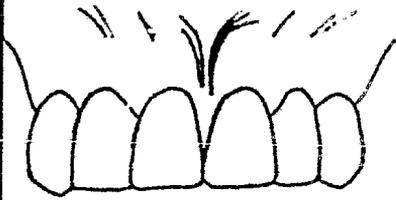
HEMOSTATICA INTRODUCIDA HASTA LA PRO
FUNDIDAD DEL VESTIBULO.

- 3.- INCIDASE A LO LARGO DE LA SUPERFICIE SUPERIOR DEL HEMOSTATO, EXTENDIENDO- SE MAS ALLA DEL EXTREMO.
- 4.- HAGASE UNA INCISION SIMILAR A LO -- LARGO DE LA SUPERFICIE INFERIOR DEL HEMOSTATO.
- 5.- ELIMINESE LA PORCION TRIANGULAR IN-CIDIDA DEL FRENILLO CON EL HEMOSTA-TO.
- 6.- HAGASE UNA INCISION HORIZONTAL, SE-PARANDO LAS FIBRAS Y DISEQUESE EN - FORMA ROMA HACIA EL HUESO.
- 7.- SI EL VESTIBULO ES SOMERO, PROFUNDICESELO MEDIANTE LA EXTENSION DE LA DISECCION HACIA LOS COSTADOS A UNA DISTANCIA DE TRES DIENTES EN CADA - DIRECCION.
- 8.- LIMPIESE EL CAMPO DE OPERACION Y TAPONESE CON TROZOS DE GASA HASTA QUE CESE LA HEMORRAGIA.
- 9.- COLOQUESE EL APOSITO PERIODONTAL -- HASTA LA PROFUNDIDAD DE LA INCISION.
- 10.- QUITESE EL APOSITO DESPUES DE UNA SEMANA Y VUELVASE A COLOCAR.

FRENECTOMY



INCISION OF PERICULUM INFERIOR



INCISION OF PERICULUM SUPERIOR

VESTIBULOPLASTIA.-

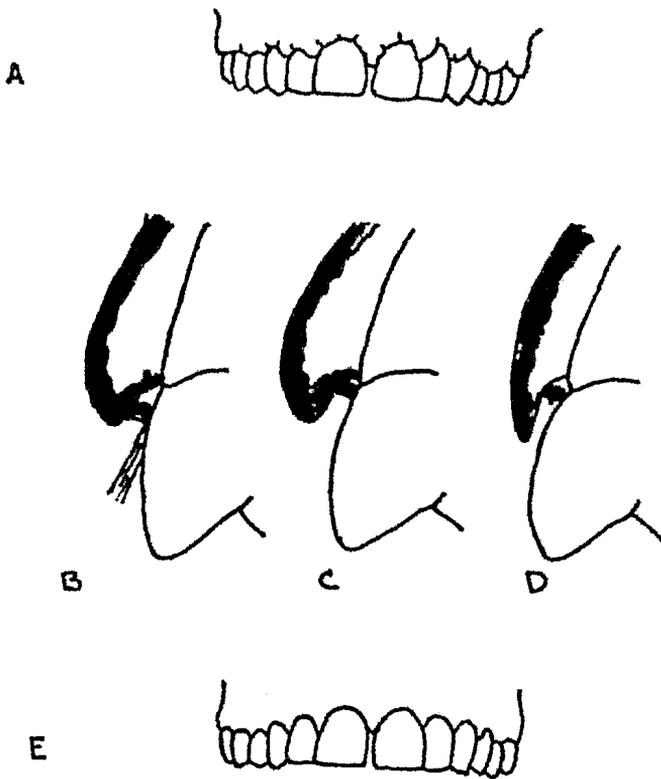
(PROCEDIMIENTOS DE EXTENSION VESTIBULAR)

LOS PROCEDIMIENTOS USADOS PARA ALTERAR LA FORMA DEL VESTIBULO BUCAL SE DENOMINAN VESTIBULOPLASTIAS. SU FINALIDAD PRINCIPAL ES AUMENTAR LA PROFUNDIDAD DEL VESTIBULO PARA PROPORCIONAR ESPACIO PARA UNA ZONA AUMENTADA DE ENCIA INSERTADA. LA MAYOR PROFUNDIDAD TAMBIEN FAVORECE UNA MEJOR HIGIENE BUCAL Y SALUD GINGIVAL.

GINGIVECTOMIA CLASICA Y DE BISEL INTERNO.-

DENTRO DE LAS MULTIPLES TECNICAS DE CIRUGIA PARODONTAL, QUICAS LA DE MAS ARRAIGO Y TRADICION SEA LA GINGIVECTOMIA CLASICA. LAS INDICACIONES DE ESTA TECNICA SON :

ELIMINACION DE BOLSAS SUPRACREAS CON Y SIN AGRANDAMIENTO FIBROSO, EN FIBROMATOSIS POR MEDICAMENTOS, EJEMPLO, BILANTIN SODICO, LESIONES DE BI Y TRIFURCACION, OPERCULITIS, CRATERES GINGIVALES Y EN ALGUNAS OCASIONES EN BOLSAS INFRACREAS. HOY EN DIA ESTA TECNICA ES SUPERADA POR LA TECNICA DE BISEL INTERNO QUE SE ACOMPAÑA DEL PASAPASO RADICULAR Y DEL CURETAGE GINGIVAL.



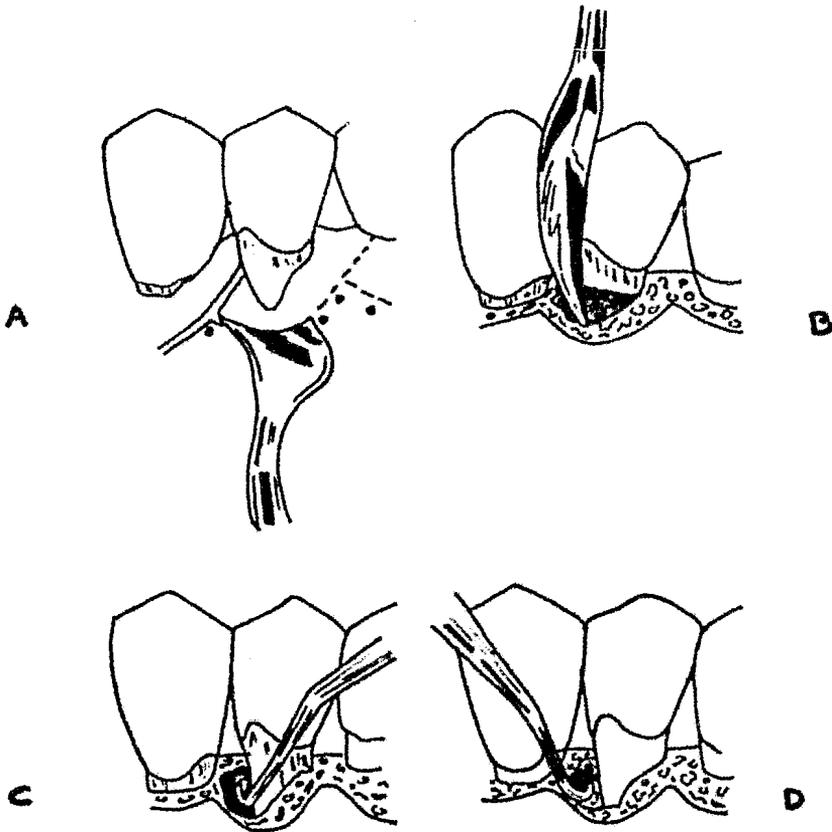
**TRATAMIENTO DE UN AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO
CRONICO MEDIANTE RASPADO Y CURETADO**

- a) AGRANDAMIENTO GINGIVAL
- b) ELIMINACION DE CALCULO SUPERFICIAL
- c) ELIMINACION DE CALCULOS SUBGINGIVALES
- d) ALISADO DE LAS SUPERFICIES DENTALES Y ELIMINACION DEL REVESTIMIENTO INTERNO
- e) ASPECTO DE LA ENCIA DESPUES DEL TRATAMIENTO

CUANDO SE PRACTICA LA GINGIVECTOMIA CLASICA EN BOLSAS PROFUNDAS EN LA CUAL NO EXISTE -- AGRANDAMIENTO GINGIVAL, LOS RESULTADOS POST OPERATORIOS NO SERAN SATISFATORIOS DESDE - EL PUNTO DE VISTA MORFOLOGICO Y ESTETICO. EN ALGUNOS CASOS DESPUES DE LA EXTENSA ELI- MINACION DE TEJIDO, PRINCIPALMENTE DE ENCIA INSERTADA, PODEMOS ACARREAR PROBLEMAS MUCO- GINGIVALES. EL OTRO PUNTO SERA EL ASPECTO ESTETICO, YA QUE OBVIAMENTE HABRA UNA EXPO- SICION RADICULAR TOTALMENTE ANTIESTETICA.

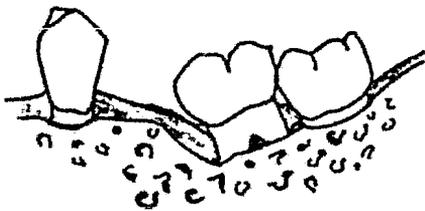
PIENSO QUE UNA DE LAS INDICACIONES PRECISAS SERA EN FIBROMATOSIS POR DILANTIN SODICO, - FIBROMATOSIS HEREDO-FAMILIAR Y LA IDIOPATI- CA. CONCRETAMENTE, DONDE PERSISTA EL PREDO MINIO DE TEJIDO FIBROTICO, SIN QUE ESTE IM- PPLICADA LA ADHERENCIA EPITELIAL.

LA TECNICA DE BISEL INTERNO ES UNA TECNICA QUE SUPERA EN TODOS SENTIDOS A LA ANTERIOR, POR SER MAS CONSERVADORA, DANDONOS MEJORES RESULTADOS TANTO ESTETICOS COMO FISIOLOGI COS, UN MENOR TIEMPO DE CICATRIZACION Y EPI TELIZACION.

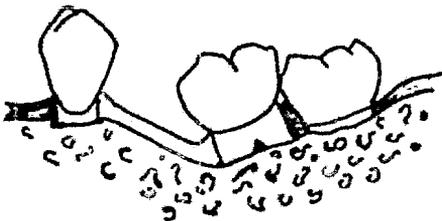


GINGIVECTOMIA PARA ELIMINAR BOLSAS INFRAOSEAS

- a) INCISION
- b) RASPADO DE LA PARED CON BISTURI 226
- c) RASPADO Y ALISADO DE LA PAREDES
- d) ELIMINACION DE TEJIDO DE GRANULACION CON CURETAJE



REDUCCION DE UN DEFECTO ANGULAR INFRAOSEO DE -- UNA PARED.

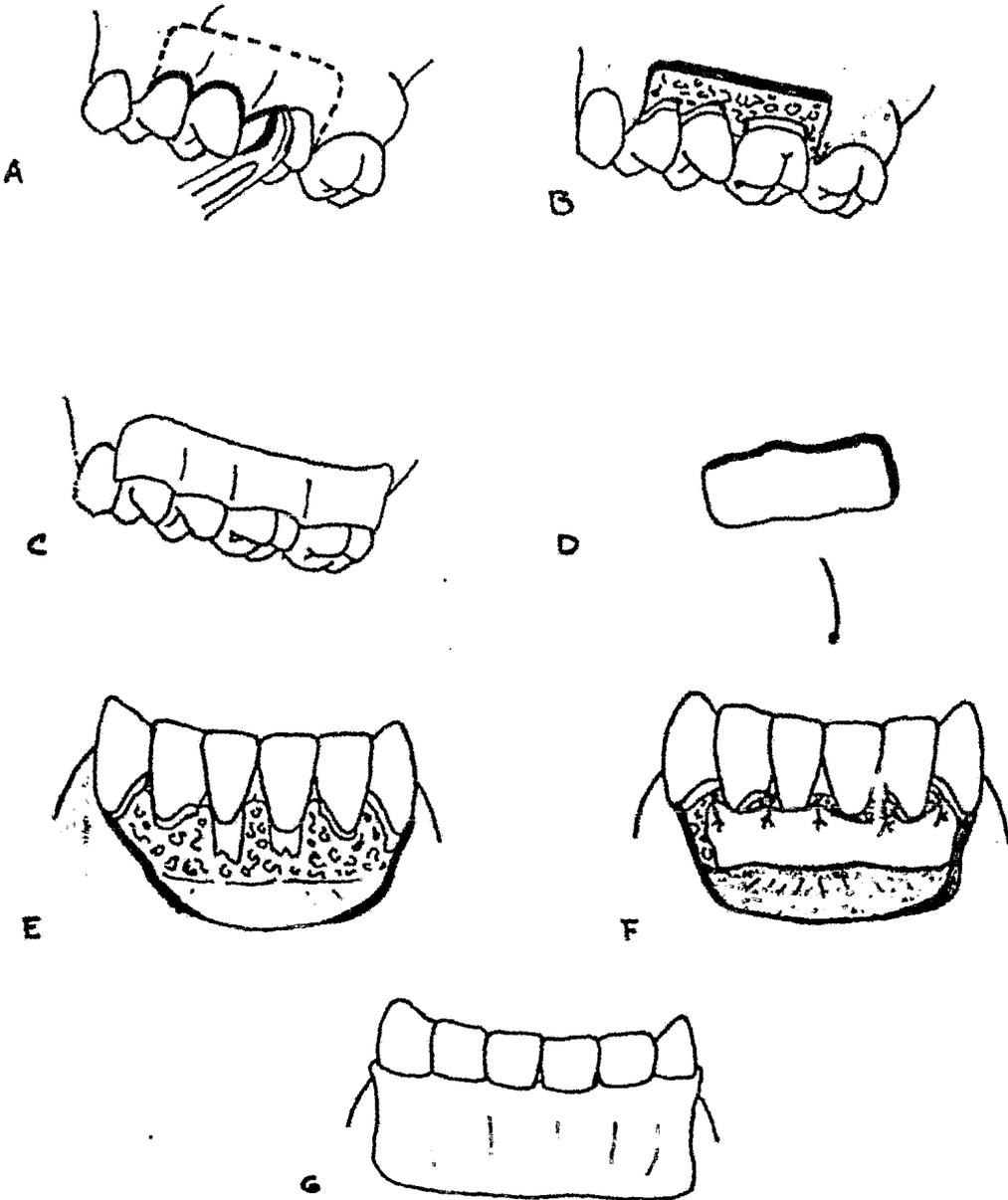


INJERTOS. -

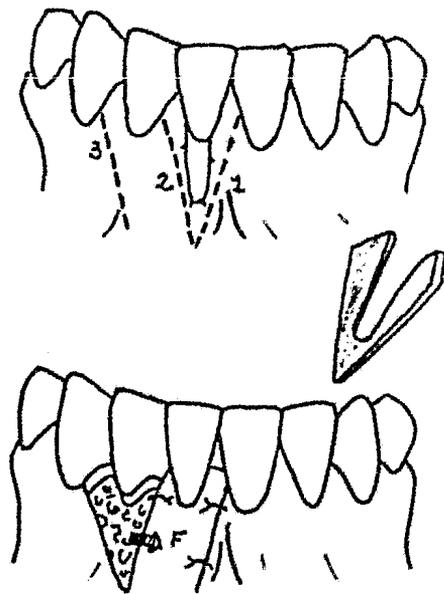
LOS INJERTOS SON PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS QUE SE UTILIZAN PARA LA RECONSTRUCCION DE TEJIDOS BLANDOS Y DUROS. LOS INJERTOS EN PARODONCIA MAS COMUNES SON EL INJERTO OSEO, PRINCIPALMENTE EL COAGULO OSEO Y LOS INJERTOS DE TEJIDOS BLANDOS COMO SON EL DESLIZANTE Y EL INJERTO LIBRE.

EL INJERTO LIBRE EN ESTE CASO LO ESTAMOS INDICANDO EN RECESIONES GINGIVALES ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE FRENILLOS GENERALMENTE A LOS VESTIBULARES INFERIORES MEDIOS. EL FRENILLO PUEDE SER UN FACTOR INICIAL O BIEN PERPETUANTE DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL. EL INJERTO LO ESTAMOS UTILIZANDO PREVIAMENTE HABIENDO ELIMINADO LA TRACCION DEL FRENILLO E INMEDIATAMENTE DESPUES PREPARAMOS UN LECHO AMPLIO EN EL CUAL COLOCAMOS EL TEJIDO DONADO. LA ZONA PUEDE SER CUALQUIER ZONA DESDENTADA O BIEN LA ZONA PALATINA CORRESPONDIENTE A LOS PRIMEROS MOLARES, SIEMPRE Y CUANDO GUARDE LAS CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. EN ESTOS PROCEDIMIENTOS PROCURAMOS MANIPULAR AL MINIMO EL TEJIDO QUE ES DE ESPESOR PARCIAL, POR MEDIO DE SUTURAS ABSORBIBLES COMO ES EL CATGUT QUE AL FINAL NOS PERMITIRA ESTA MISMA SUTURA UN APROXIMAMIENTO -

INJERTO GINGIVAL LIBRE

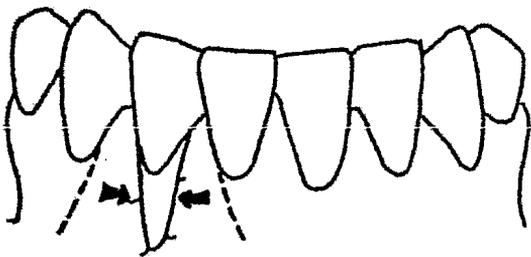


- A-B) PREPARACION E INCISION DEL INJERTO
- c) COLOCACION DEL ADOSITO QUIRURGICO
- D) INJERTO OBTENIDO DEL PALADAR
- E) ZONA RECEPTORA PREPARADA
- F) INJERTO SUTURADO EN POSICION
- G) COLOCACION DEL ADOSITO

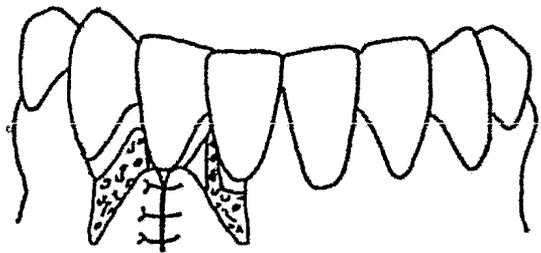


COLGAJO DESLIZANTE LATERAL CON
INCISIONES OBLICUAS

- 1-2.- INCISIONES OBLICUAS
- 3.- INCISION DEL COLGAJO POR DESPLAZAR
- 4.- COLGAJO DESPLAZADO Y SUTURADO



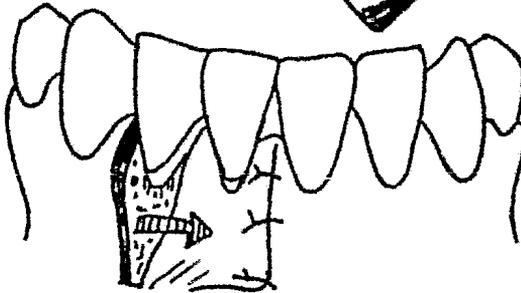
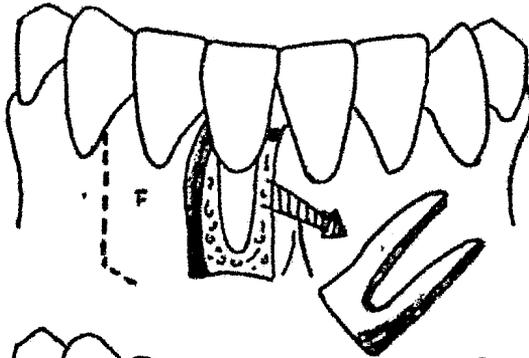
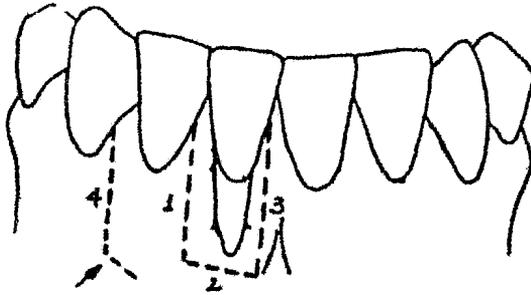
A



B

COLGAJO DE DOBLE PAPILA

- a) INCISIONES Y SEPARACION DE LAS PAPILAS DISTAL Y MISCAL
- b) PAPILAS TRACLADADAS Y SUTURADAS



COLGAJO DESPLAZADO LATERALMENTE

- 1-2-3.- INCISIONES ALREDEDOR DEL DEFECTO
- 4.- INCISION DISTAL QUE SE DESPLAZARA
- F.- COLGAJO QUE INCLUYE PERIOSTIO

INMEDIATO CON EL LECHO, OTRA VENTAJA DE UTIL
LIZAR SUTURA ABSORVIBLE ES QUE NO ES INTER-
FERIDA LA CICATRIZACION, NI SUFRE MOVIMIEN-
TO EL INJERTO, LO CUAL SUCEDERIA AL UTILI -
ZAR MATERIAL DE SUTURA A BASE DE SEDA, QUE
 COMO SABEMOS DEBE SER REMOVIBLE.

EL OBJETO FINAL AL REALIZAR ESTA TECNICA ES
 ELIMINAR LA ZONA TENSIONAL PROVOCADA POR EL
 FRENILLO Y OBTENER FINALMENTE ENCIA INSERTA
DA, QUE TRAERA UNA MAYOR ESTABILIDAD DEL --
 DIENTE.

INJERTOS.-

INJERTOS SON TEJIDOS TRASLADADOS DE UN SITIO
 PARA REEMPLAZAR ESTRUCTURAS DESTRUIDAS EN --
 OTRO.

ENCIA, MUCOSA BUCAL, HUESO Y MEDULA OSEA --
 SON LOS TEJIDOS QUE, POR LO GENERAL, SE UTI
LIZAN COMO INJERTOS.

LA ZONA DE DONDE SE OBTIENE EL INJERTO SE -
 DENOMINA ZONA DADORA. LOS INJERTOS QUE PER
MANECEN UNIDOS A LA ZONA DADORA POR UNA BA-
SE O "PEDICULO" SON CONOCIDOS COMO INJERTOS
 PEDICULADOS. EL INJERTO SE TRANSPIERE AL -
 SITIO RECEPTOR MEDIANTE DESLIZAMIENTO - - -

(TRANSPOSICION) O POR ROTACION SOBRE SU BASE (ROTACION).

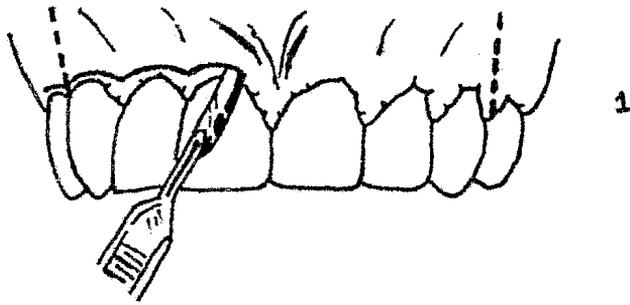
UN INJERTO LIBRE SE REFIERE A TEJIDOS COMPLETAMENTE ELIMINADOS DE UN LUGAR Y TRANSFERIDOS A OTRO SIN CONSERVAR CONEXION CON LA ZONA DADORA.

LOS INJERTOS SE CLASIFICAN, SEGUN SU ORIGEN COMO SIGUE :

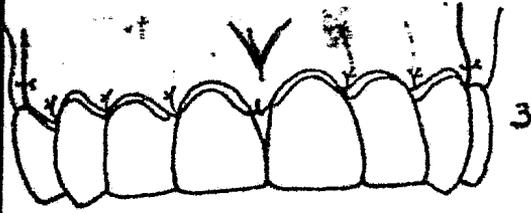
INJERTOS AUTOGENOS (AUTOINJERTOS) SON TEJIDOS OBTENIDOS DEL MISMO INDIVIDUO; INJERTOS HOMOLOGOS (HOMOINJERTOS) SE OBTIENEN DE DIFERENTES INDIVIDUOS DE LA MISMA ESPECIE; Y HETEROLOGOS (HETEROINJERTOS) SE OBTIENEN DE OTRAS ESPECIES.

LOS INJERTOS SE CLASIFICAN, SEGUN LA ESTRUCTURA, COMO SIGUE :

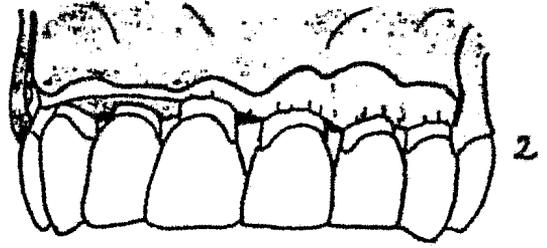
UN INJERTO MUCOPERIOSTICO (DE ESPESOR TOTAL) CONSTA DE EPITELIO SUPERFICIAL Y TEJIDO CONECTIVO MAS EL PERIOSTIO DEL HUESO SUBYACENTE; UN INJERTO MUCOSO (DE ESPESOR PARCIAL) CONSTA DE EPITELIO Y UNA CAPA FINA DE TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE.



1

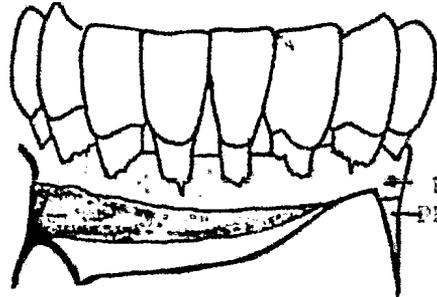
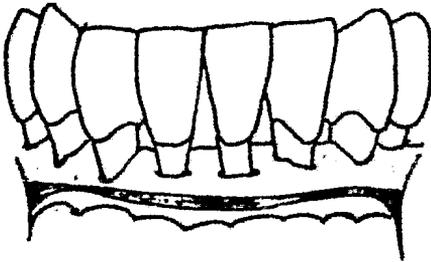
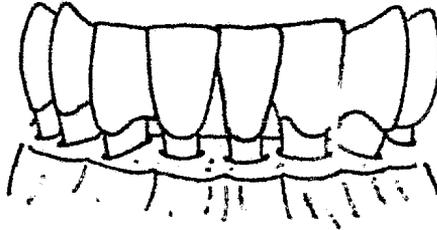
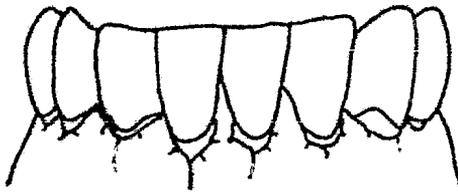


3



2

COLGAJO SIMPLE



HUESO PERIOSTIO

COLGAJO COMBINADO DE ESPESOR PARCIAL Y ESPESOR TOTAL

TEMA VIII

TECNICAS DEL CEPILLADO

CREEMOS QUE SI EL DENTISTA LE PIDIERA A SU PACIENTE LE TRAJERA SU CEPILLO DE DIENTES Y LO HICIERA CEPILLAR LA BOCA EN SU PRESENCIA, OBSERVARIA VARIAS COSAS CONTRARIAS A UNA BUENA HIGIENE BUCAL, TALES COMO :

- 1.) EL USO DE UN CEPILLO INADECUADO POR SU FORMA, TAMAÑO Y DISPOSICION DE LAS CERDAS.
- 2.) EL CEPILLO GASTADO, CON MUCHAS CERDAS QUEBRADAS.
- 3.) QUE HACE LA LIMPIEZA SOLO EN SENTIDO HORIZONTAL, DEJANDO LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS SIN LIMPIAR.
- 4.) QUE SOLO EFECTUA TRES O CUATRO PASADAS DEL CEPILLO EN CADA LUGAR.
- 5.) QUE LA DURACION TOTAL DE LA LIMPIEZA NO ALCANSA NI UN MINUTO.
- 6.) QUE SE DEJA LA PASTA EN EL LABO EN QUE SE EMPIEZA LA LIMPIEZA.

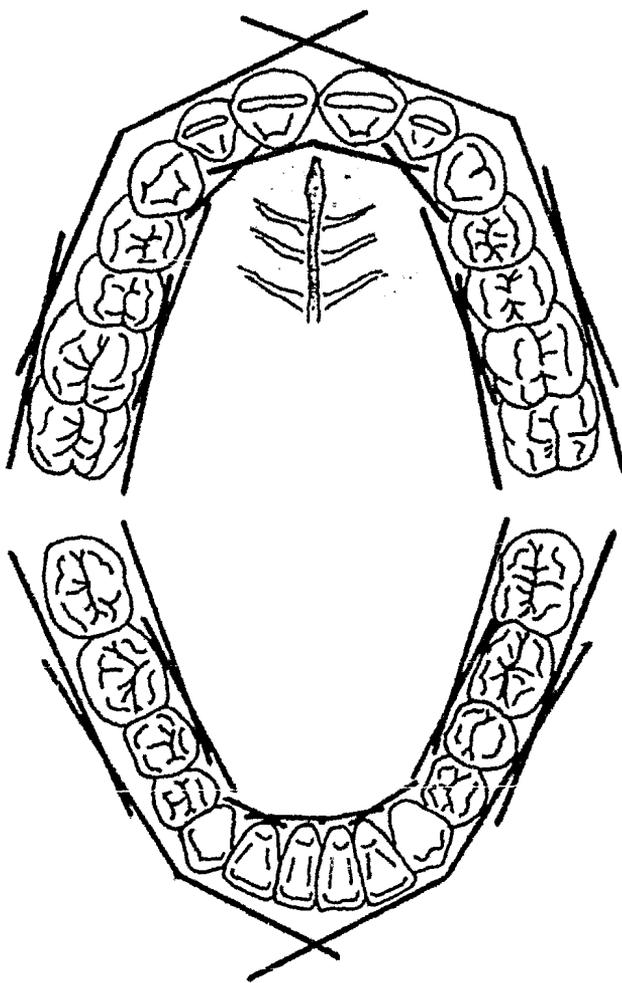
7.) QUE SE LIMPIA, POR HABITO, MUCHO MEJOR UN LADO QUE EL OTRO.

8.) QUE LA TECNICA QUE USA, AUNQUE APARENTE MENTE CORRECTA, NO CORRESPONDE AL ESTADO DE SALUD DE SUS ENCIAS.

SI DESPUES DE HACER ESTAS OBSERVACIONES, EL DENTISTA LE DEDICARA UNOS MINUTOS A ENSEÑAR LE EL CEPILLADO, CREEMOS QUE EL PACIENTE LO AGRADECERIA, COMO UN ACTO DE BUEN SERVICIO.

DESDE LUEGO EL DENTISTA DISTINGUE DOS CLASES DE LIMPIEZA DENTARIA : LA COMUN PARA UNA BOCA CON ENCIAS EN PERFECTA SALUD, DE AQUELLA OTRA PRESCRITA AL PACIENTE PARADONTOSICO DURANTE Y DESPUES DEL TRATAMIENTO. EN ESTE CASO, SI LA ENFERMEDAD NO HA AVANZADO MUCHO CON LA ODONTOXESIS LE DEVOLVERAN LA NORMALIDAD A LOS TEJIDOS PARA SER ASI OTRA VEZ UN PACIENTE CON BOCA SANA. PERO SI LA PARADONTOPATIA ESTA AVANZADA Y SE TIENE QUE EFECTUAR EL RASPADO A FONDO, O UNA INTERVENCION QUIRURGICA, EL CEPILLADO YA ESCAPA A LA TECNICA COMUN, PARA JUSTIFICAR QUE EL PROPIO DENTISTA SEA QUIEN LE DE LAS INSTRUCCIONES.

POSICIONES DEL CEPILLO DE DIENTES PARA
LA LIMPIEZA SISTEMÁTICA



LAS LINEAS OSCURAS SEÑALAN
LA POSICIÓN DEL CEPILLO DENTAL.

EN ESTA DIVULGACION SOBRE HIGIENE DENTAL SO
LO NOS REFERIMOS A LA PRIMERA CLASE DE LIM-
PIEZA DENTARIA, AQUELLA DE RUTINA DIARIA;
DEJAMOS LA ESPECIAL PARA LA INDICACION DEL
DENTISTA EN CADA CASO PARTICULAR.

VEAMOS AHORA LA MEJOR MANERA DE CEPILLARSE
LOS DIENTES, SEGUN ALGUNOS TECNICOS EN LA -
MATERIA.

PARA LO CUAL SE DEBEN INCLUIR LOS SIGUIENT -
TES PUNTOS :

- a) LA PARTE SERVICAL DE LA CORONA CLINICA.
- b) ESPACIOS INTERDENTALES.
- c) MUCOSA GINGIVAL.
- d) CUALQUIER SUPERFICIE PROXIMAL DE RAIZ
QUE ESTE DESNUDA.
- e) LOS DEFECTOS ESTRUCTURALES OCUSALES.

HAY VARIAS TECNICAS DE CEPILLADO DE DIENTES.
CON EXCEPCION DE LAS TECNICAS MANIFESTAMENTE
TRAUMATICAS, EL FACTOR REALMENTE IMPORTANTE
PARA LA EFECTIVIDAD DE UNA TECNICA DETERMINAD
DA ES UNA APLICACION CONCIENSUDA Y NO LOS DE
TALLES DEL METODO. EN GENERAL SE PURSQUE -
EL MISMO FIN AUN COMBINANDO LAS CARACTERISTIC
CAS DE VARIOS METODOS.

TECNICA DE STILLMAN. -

SE COLOCA EL CEPILLO CON LAS CERDAS DESCAN-
SANDO EN PARTE EN LA ENCIA Y EN PARTE EN LA
PORCION CERVICAL DE LOS DIENTES.

LAS CERDAS DEBEN SER OBLICUAS AL EJE MAYOR
DEL DIENTE Y DIRIGIDAS APICALMENTE, SE PRE-
SIONA LATERALMENTE CONTRA EL MARGEN GINGI -
VAL DE MODO DE BLANQUEARLO LIGERAMENTE - -
(PRODUCIR ISQUEMIA). SE DEJA DE PRESIONAR
PARA DEJAR QUE LA SANGRE VUELVA A LA ENCIA
Y SE REPITE LA APLICACION DE PRESION VARIAS
VECES DANDO AL CEPILLO UN LIGERO MOVIMIENTO
ROTATORIO, PERO SIN QUE SE MUEVA EL EXTREMO
DE LAS CERDAS.

SE REPITE EL PROCESO EN TODA LA BOCA COMEN-
ZANDO EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR Y SIGUIENDO
SISTEMATICAMENTE A LAS DEMAS ZONAS. PARA -
LLEGAR A LAS CARAS LINGUALES Y PALATINA DE
LA ZONA ANTERIOR, SE COLOCA EL MANGO DEL CE-
PILLO PARALELO AL PLANO OCLUSAL CON DOS O -
TRES PENACHOS TOMANDO LOS DIENTES Y ENCIAS.

LAS CARAS OCLUSALES DE LOS MOLARES Y PREMO-
LARES SE PROTAN CON LAS CERDAS PERPENDICULA

RES AL PLANO OCLUSAL Y PENETRANDO PROFUNDAMENTE EN LOS SURCOS Y ESPACIOS INTERPROXIMALES.

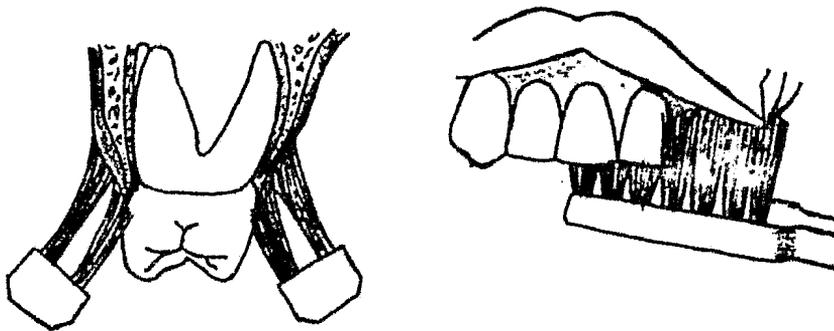
TECNICA DE STILLMAN, MODIFICADA.-

LA ACCION VIBRATORIA DE LAS CERDAS SE COMPLEMENTAN CON UN MOVIMIENTO DEL CEPILLO A LO LARGO DEL DIENTE EN DIRECCION A LA LINEA DE OCLUSION. EN EL METODO ORIGINAL DE STILLMAN LAS CERDAS TOMAN EL MARGEN GINGIVAL Y LA PORCION CERVICAL DE LOS DIENTES. EN EL METODO DE STILLMAN MODIFICADO, EL MOVIMIENTO DEL CEPILLO COMIENZA EN LA ENCIA ADHERIDA CERCA DE LA UNION CON LA MUCOSA ALVEOLAR Y DESCUBRE UN CIRCULO QUE INCLUYE LAS ENCIAS MARGINAL Y ADHERIDA Y LA SUPERFICIE DENTARIA CONTIGUA. LAS VENTAJAS ATRIBUIDAS A ESTA MODIFICACION, SON QUE PERMITE UNA LIMPIEZA MAS EFECTIVA DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS Y REDUCE LA POSIBILIDAD DE TRAUMATIZAR LA ENCIA MARGINAL.

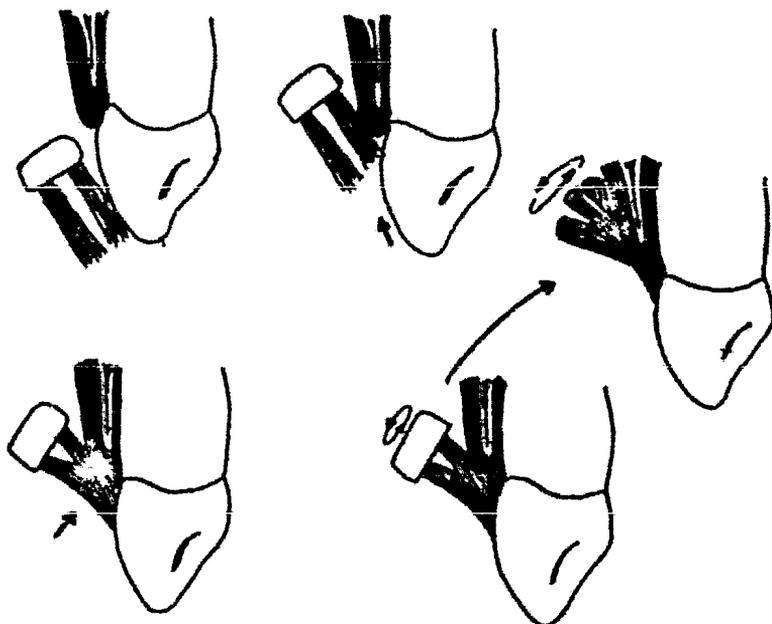
TECNICA DE CHARTERS.-

CHARTERS DESCRIBE EL SIGUIENTE METODO DE CEPILLADO.

METODO STILLMAN



METODO DE CHARTERS



SE COLOCA EL CEPILLO FORMANDO UN ANGULO DE 45° CON EL EJE MAYOR DEL DIENTE CUIDANDO - DE NO PINCHAR LA ENCIA CON LAS CERDAS.

CON LAS CERDAS ENTRE LOS DIENTES EJERCER -- TANTA PRESION COMO SEA POSIBLE DANDO AL CE-PILLO VARIOS MOVIMIENTOS VIBRATORIOS O ROTA-TORIOS, ESTO HACE QUE LOS COSTADOS DE LAS - CERDAS ENTREN EN CONTACTO CON EL MARGEN GIN-GIVAL, PRODUCIENDO UN MASAJE IDEAL. ESTE - MOVIMIENTO NO DEBE LLEGAR A SACAR A LAS CER-DAS DE SU POSICION.

DESPUES DE HACER TRES O CUATRO PEQUEÑOS CIR-CULOS, SE SACA EL CEPILLO Y SE VUELVE A CO-LOCAR EN LA MISMA POSICION, HACIENDO TRES O CUATRO APLICACIONES EN EL MISMO LUGAR. LA RAZON PARA ESTO ES QUE LAS CERDAS FROTEN LA SUPERFICIE LINGUAL Y VESTIBULAR, Y LUEGO SE DESLICEN AL ESPACIO INTERPROXIMAL.

SE REPITE EL MISMO PROCEDIMIENTO MOVIENDO - LA DISTANCIA CORRESPONDIENTE A UN DIENTE Y MANTENIENDO LOS COSTADOS DE LAS CERDAS CON-TRA LA ENCIA. LAS CERDAS DEBEN ENTRAR EN TODOS LOS ESPACIONES DE AMBAS ARCADAS.

IAS SUPERFICIES TRITURANTES NO DEBEN SER CE-ILLADAS CON UN MOVIMIENTO DE DESLIZAMIENTO

SINO QUE SE DEBE COLOCAR EL CEPILLO DIRECTAMENTE CONTRA ELLAS, DANDOLES UN LIGERO MOVIMIENTO ROTATORIO, PARA REFORZARLAS EN LOS SURCOS Y FISURAS. SE SACA LUEGO EL CEPILLO Y SE REPITE EL PROCESO HASTA LIMPIAR TODA LA SUPERFICIE MASTICATORIA.

TECNICA DE FONES.-

SE PRESIONA FIRMEAMENTE EL CEPILLO CONTRA LOS DIENTES Y ENCIAS CON EL MANGO PARALELO A LA LINEA DE OCLUSION Y LAS CERDAS PERPENDICULARES A LAS CARAS VESTIBULARES DE LOS DIENTES EN OCLUSION, SIENDO EL PASAJE CIRCULAR DEL CEPILLO LIMITADO POR LOS SURCOS VESTIBULARES.

TECNICA "FISIOLOGICA".-

SMITH Y BELMAN DESCRIBIO UNA TECNICA QUE TRATA DE CEPILLAR LAS ENCIAS DE UNA MANERA SIMILAR AL PASAJE DE LA COMIDA DURANTE LA MASTICACION. ESTE METODO UTILIZA UN SUAVE MOVIMIENTO QUE COMIENZA EN LOS DIENTES Y SIGUE HACIA EL MARGEN GINGIVAL Y LA MUCOSA GINGIVAL ADHERIDA.

TECNICA RECOMENDADA DE FISIOTERAPIA ORAL.-

CONSISTE EN LA SELECCION DE DIFERENTES CA -
RACTERISTICAS DE DIVERSAS TECNICAS CON ALGU
NAS ADICIONES Y MODIFICACIONES, CUYA EFFECTI
VIDAD HA SIDO PROBADA POR LA EXPERIENCIA --
CLINICA.

POR EJEMPLO DIRIAMOS QUE UNA TECNICA MODIFI
CADA DEL CEPILLADO VERTICAL, CONSISTE EN PO
NER LAS PUNTAS DE LAS CERDAS DEL CEPILLO EN
CONTACTO CON EL PLIEGUE O FONDO DE SACO, Y
EL COSTADO DE LAS CERDAS PARALELAS A LAS CA
RAS VESTIBULARES DE LOS DIENTES, ENSEGUIDA
GIRAR EL CEPILLO POR SU EJE HORIZONTAL HA -
CIENDO QUE EFECTUE EL BARRIDO DE LAS SUPER-
FICIES EN CONTACTO O SEA PRACTICAMENTE CEPI
LLANDO DE LA ENCIA HACIA EL BORDE LIBRE DE
LOS DIENTES TANTO EN LA CARA EXTERNA (VES-
TIBULAR) COMO EN LA CARA INTERNA (PALATI-
NA O LINGUAL).

ENSEÑANZA DE FISIOTERAPIA ORAL AL PACIENTE.-

DEBE SER DETALLADAS Y MINUCIOSA, LA FISIOTE-
RAPIA INCORRECTA PROLONGA EL TIEMPO NECESA-
RIO PARA LA CURACION Y PUEDE IMPEDIR LA RES
TAURACION DE LA SALUD GINGIVAL.

ES DE GRAN IMPORTANCIA QUE EL PACIENTE CONSIDERE AL CEPILLADO Y LA ESTIMULACION INTERDENTAL COMO CONTRIBUYENTES A LA SALUD ORAL Y NO MERAMENTE COMO UNA DISCIPLINA TECNICA.

EL HECHO DE QUE EL CEPILLO DEBA USARSE PRINCIPALMENTE PARA EL MASAJE DE LAS ENCIAS ES UN CONCEPTO NUEVO PARA EL PACIENTE.

LA ENSEÑANZA DEL CEPILLADO SE COMIENZA CON DEMOSTRACIONES SOBRE UN MODELO. DEBE INSISTIRSE EN LA SISTEMATIZACION DE LAS ZONAS A CEPILLAR, DIVIDIENDO LA BOCA EN SECTORES LO SUFICIENTEMENTE PEQUEÑOS COMO PARA QUE RECIBAN LA ESTIMULACION ADECUADA.

SE SUGIERE EL SIGUIENTE ORDEN PARA EL CEPILLADO.

- 1.- SUPERFICIES VESTIBULARES DE LA ZONA SUPERIOR DERECHA, SIGUIENDO POR LA ARCADEA SUPERIOR HASTA LA ZONA MOLAR SUPERIOR IZQUIERDA.
- 2.- SUPERFICIES PALATINAS DESDE LA ZONA MOLAR SUPERIOR DERECHA A LA ZONA MOLAR SUPERIOR IZQUIERDA.

3.- SUPERFICIES VESTIBULARES DE LA ZONA MO-
LAR INFERIOR DERECHA A LA ZONA MOLAR IN-
FERIOR IZQUIERDA.

4.- SUPERFICIES LINGUALES DE LA ZONA MOLAR
DERECHA A LA ZONA MOLAR IZQUIERDA.

5.- SUPERFICIES OCLUSALES.

TECNICA DE CEPILLADO.- SE PRESENTA EN CUA-
TRO PASOS PARA FACILITAR LA COMPRESION DEL
PACIENTE AL ADQUIRIR EXPERIENCIAS, ESTOS PA-
SOS PUEDEN UNIRSE SIMPLIFICANDO ASI LA TEC-
NICA.

A CONTINUACION SE DESCRIBEN LOS CUATRO PA -
SOS PARA EL CEPILLADO DE LAS CARAS VESTIBU-
LARES Y LOS ERRORES MAS COMUNES COMETIDOS -
POR LOS PACIENTES AL REALIZARLOS.

1.) COLOQUE EL CEPILLO CONTRA EL DIENTE, SE
PONE EL CEPILLO EN CONTACTO CON EL ANGU
LO VESTIBULO OCLUSAL O BORDE INCISAL,
CON LAS CERDAS HACIA LA LINEA DE OCLUSION
Y EN UN ANGULO DE APROXIMADAMENTE 45° -
EN RELACION CON EL EJE MAYOR DEL DIENTE
EL MANGO DEL CEPILLO DEBE DE ESTAR PARA
LELO AL PLANO OCLUSAL.

- 2.) LLEVE EL CEPILLO CONTRA EL MARGEN GINGIVAL, SE DESLIZA EL CEPILLO A LO LARGO DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE HASTA QUE EL - COSTADO DE LAS CERDAS SE PONGAN EN CON-TACTO CON EL MARGEN GINGIVAL MANTENIEN-DO EL ANGULO DE 45° ENTRE LAS CERDAS Y EL DIENTE.

- 3.) FLEXIONE LAS CERDAS, UNA VEZ QUE HAN TOMADO LAS CERDAS CONTACTO CON EL MARGEN GINGIVAL SE DOBLA EL CEPILLO DIRECTAMEN-TE EN SENTIDO DE LAS AGUJAS DEL RELOJ - DE MODO DE FLEXIONAR LAS CERDAS, ESTE - MOVIMIENTO PONE, LA CARA LATERAL DE LAS CERDAS EN FIRME CONTACTO CON EL MARGEN GINGIVAL LIBRE MIENTRAS QUE LOS EXTRE-MOS DE LAS CERDAS PRESIONAN CONTRA LAS CARAS VESTIBULARES DE LOS DIENTES, Y ALGUNAS CERDAS SE INTRODUCEN EN LOS ESPA-CIOS INTERPROXIMALES. LA FLEXION DE LAS CERDAS ES UN PASO MUY IMPORTANTE PARA - ASEGURAR EL MASAJE DE LAS ENCIAS Y EVI-TAR EL TRAUMA.

- 4.) VIBRE EL CEPILLO SIN MOVER LAS CERDAS LATERALMENTE DE LA POSICION ALCANZADA EN - EL PASO TRES, SE ROTA SUAVEMENTE EL CEPI-LLO DE MANERA QUE LA FUERZA SE TRANSMITA

A TRAVES DE LAS CERDAS FLEXIONADAS, CON
 TRA EL MARGEN GINGIVAL, SE CONTINUA ES
 TA ACCION ROTATORIA MIENTRAS EL PACIEN-
 TE CUENTA HASTA DIEZ.

UNA VEZ COMPLETADO ESTE PROCEDIMIENTO -
 EN LA ZONA MOLAR, SE LEVANTA EL CEPILLO
 Y SE LO MUEVE HACIA ADELANTE, ASI SUCE-
 SIVAMENTE HASTA EFECTUAR LA MISMA OPERA-
 CION EN TODOS LOS ESPACIOS OCUPADOS POR
 LOS DIENTES.

ESTIMULACION INTERDENTAL.-

EL CEPILLADO ES SEGUIDO DE LA ESTIMULACION
 INTERDENTAL, QUE SIRVE PARA ELIMINAR LOS --
 RESTOS DE COMIDA Y PARA MASAJEAR LA ENCIA -
 INTERPROXIMAL.

SE USA COMO ESTIMULADOR INTERDENTAL LA "PUN
 TA DE GOMA", HAY OTROS TIPOS TAMBIEN MUY AFEC-
 TIVOS DE ESTIMULADORES INTERDENTARIOS, PLAS-
 TICO O DE MADERA. SIN EMBARGO, LA "PUNTA
 DE GOMA", ADEMÁS DE SER EFECTIVA, TIENE ME-
 NOS POSIBILIDADES DE CREAR ESPACIOS ENTRE -
 LOS DIENTES O AGLANDAR LOS YA EXISTENTES SI
 ES USADA POR UN PACIENTE MUY DETALLISTA.

EL USO DE LA PUNTA DE GOMA ESTA INDICADO EN

LAS ZONAS INTERPROXIMALES EXPUESTAS POR LA
REDUCCION DE LA ALTURA DE LA ENCIA.

EL CEPILLADO EN LOS NIÑOS.-

EL NIÑO DEBE DE INICIARSE EN LA PROFILAXIS
DENTARIA EN CUANTO APAREZCAN LOS PRIMEROS -
DIENTES PRIMARIOS, PARA PRESTARLE MAYOR - -
ATENCION CUANDO ESTA PROXIMO A CUMPLIR LOS
TRES AÑOS, EN QUE TODA SU DENTADURA PRIMA-
RIA YA HA HECHO ERUPCION. EL DENTISTA PUE
DE TOMAR CONTACTO CON LAS MADRES QUE CONCU
RREN AL CONSULTORIO PARA ASESORARLAS EN LA
HIGIENE DENTARIA DE SUS HIJOS. SE LES ACON
SEJARA UN CEPILLO DE TAMAÑO ESPECIAL PARA -
NIÑOS Y BASTARA QUE LO UTILICE SIN DENTRIFI
CO HASTA QUE SEA MAYOR Y LE TOME EL (JSTO -
A LA PASTA, HACIENDOSE ASI LA CONCIENCIA DE
LAS VENTAJAS DE LA LIMPIEZA DENTARIA.

CONCLUSIONES

CONSIDERANDO QUE NUESTROS ANTEPASADOS, YA SE PREOCUPABAN POR CONSERVAR NUESTRAS PIEZAS DENTARIAS, ES DE MAYOR IMPORTANCIA QUE NOSOTROS CONTANDO CON GRANDES AVANCES EN TECNICAS, APROVECHEMOS LA OPORTUNIDAD DE EMPLEARLAS ADECUADAMENTE, PARA PREVER LAS ENFERMEDADES DENTALES Y PARODONTALES, PRESERVANDO SU INTEGRIDAD.

LAS TECNICAS DE CEPILLADO COMO YA SE DIJO SON ESCENCIALES COMO AUXILIARES PARA TENER UN PARODONTO SANO, HAY DIFERENTES TECNICAS QUE HAN IDO CAMBIANDO CONFORME A ESTUDIOS HECHOS, PARA OBTENER MEJORES RESULTADOS.

UNA DE LAS TECNICAS MAS USUALES Y PRACTICAS SON :

ACTUALMENTE DEBEMOS TOMAR EN CUENTA QUE SI ESTAMOS EN UNA EPOCA DE REHABILITACION BUCAL, TENEMOS QUE SEGUIR LUCHANDO, PARA QUE LA "ODONTOLOGIA", SIGA SUPERANDOSE CADA DIA MAS Y ADQUIRIR NUEVOS CONOCIMIENTOS Y TECNICAS PARA LOGRAR EL EXITO TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS PARODONTALES.

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

BUSTAV O. KRUGER
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA
4a. EDICION D.R. 1978

SAUL SCHLUGER , RALPH A. YONDELIS, RAY C. PAGE
ENFERMEDAD PARODONTAL
EDITORIAL CONTINENTAL, C. E. C. S. A.
1a. EDICION 1981

ALVIN E. MORRIS, HARRY N. ROHANNAN
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GRL.
EDITORIAL LABOR, S.A.
4a. EDICION 1980

DRA. MAGDALENA PAULIN P.
PARODONCIA UNAM
COMUNICACION PERSONAL 1981

GLICKMAN I
PERIODONTOLOGIA CLINICA
FILADELPHIA, W. B. SAUNDERS COMPANY
3a. EDICION 1964

MORRIS FISHER, M. D.
ENCICLOPEDIA DE LA MEDICINA Y LA SALUD
W. S. SUTTON CO., INC. EDITORES NEW YORK
VOLUMEN 1-2 1978

WILLIAM G. SHAFER, MAYNARD V. HINE, BURNET H. L.
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA
3a. EDICION 1981

DICCIONARIO MEDICO FAMILIAR
SELECCIONES DEL READER'S DIGEST MEXICO, S. A.
1a. EDICION 1982

J. DERRICK STRAHAN, IAN M. WAITE
ATLAS A COLOR DE PERIODONTOLOGIA
EDITORIAL YEAR BOOK MEDICAL PUBLISHERS, INC
1978 CHICAGO / LONDRES