



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Enfermedad Parodontal

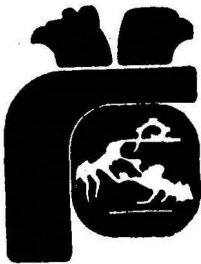
T E S I S

Que para Obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

MA. SANDRA HERNANDEZ BERMUDEZ



México, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

pág.

INTRODUCCION	-----	I - 2
CAPITULO I		
LOS TEJIDOS DEL PARODONTO	-----	3 - 26
CAPITULO 2		
ENFERMEDAD PARODONTAL	-----	27 - 48
CAPITULO 3		
CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL	-----	49 - 76
I.- ENFERMEDADES INFLAMATORIAS		
A) GINGIVITIS		
B) PARODONTITIS		
2.- ENFERMEDADES DISTROFICAS		
A) GINGIVOSIS		
B) PARODONTOSIS		
CAPITULO 4		
CURETAJE GINGIVAL	-----	77 - 85
CAPITULO 5		
GINGIVECTOMIA	-----	86 - 106
CONCLUSIONES	-----	107 - 108
BIBLIOGRAFIA	-----	109 - 110

INTRODUCCION

El principal objetivo de la terapéutica parodontal es , la permanencia de la dentición en estado de salud a través de toda la vida del individuo . La eliminación de las bolsas parodontales es uno de los problemas más importantes dentro del tratamiento ya que resulta de interés en la medida en que contribuye a la supervivencia de la dentición . Esto a su vez , señala que la eliminación de las bolsas parodontales resulta ser un auxiliar para la eliminación de la placa y el mantenimiento de la cavidad bucal en estado de salud por el paciente , agregando que un surco gingival de poca profundidad constituye un auxiliar básico para el control de la placa . El acto de la conservación diaria de los tejidos es crítica para la supervivencia de la dentición , mediante una buena técnica de cepillado , uso de pastillas reveladoras de placa y otros aditamentos como el hilo dental . La restauración de un parodonto enfermo hasta un estado de salud , significa que debemos obtener un gran número de resultados definidos y que de ninguna manera pueden ser equivocados . Un diagnóstico y tratamiento adecuado se logra mediante una buena historia clínica

médico - dental , también es de gran importancia una serie radiográfica , conocer los hábitos del paciente etc. El examen clínico parodontal constituye una fase importante dentro del tratamiento ya que mediante la medición del surco gingival por medio de una sonda parodontal se diagnosticará , la presencia de bolsas supraóseas e infraóseas . El examen clínico bucal y dental , nos ayudará a tener un diagnóstico de enfermedad parodontal ya sea inflamatoria o distrofica . Las manifestaciones clínicas de la enfermedad parodontal incluyen una reacción inflamatoria en los tejidos gingivales y parodontales , diversos grados de alteración en la forma y textura de los tejidos , formación de bolsas parodontales , pérdida de hueso de soporte alveolar , movilidad dentaria y desplazamiento , eventualmente la exfoliación de los dientes .

CAPITULO I

LOS TEJIDOS DEL PARODONTO.

LOS TEJIDOS DEL PARODONTO .

El parodonto es el tejido de protección y sostén de los dientes y se compone de encía , ligamento parodontal , cemento y hueso alveolar . El cemento se considera parte de él parodonto porque , junto con el hueso sirven de sostén de las fibras del ligamento parodontal .

ENCIA.

La mucosa bucal se compone de las zonas siguientes :

1) La encía y el revestimiento del paladar duro , denominada mucosa masticatoria .

2) El dorso de la lengua , cubierto por mucosa especializada .

3) La mucosa bucal que tapiza el resto de la cavidad bucal .

CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DE LA ENCIA .

La encía se divide en tres áreas clínicas que son las siguientes :

ENCIA MARGINAL (ENCIA LIBRE) .

La encía marginal (libre) es el borde de encía que rodea a los dientes a modo de collar , y se halla desmarcada de la encía insertada adyacente por una depresión lí-

neal poco profunda , el surco gingival . Generalmente - de un ancho algo mayor que un milímetro forma la pared-blanda del surco gingival . Puede separársele de la superficie dentaria mediante una sonda parodontal .

SURCO GINGIVAL .

Es una hendidura o espacio poco profundo alrededor del-diente cuyos límites son ; por un lado la superficie -- del diente y por otro el epitelio que tapiza el margen - libre de la encía . Tiene forma de "V" y escasamente per-mite la entrada de una sonda parodontal . La profundidad promedio del surco gingival normal, es de 1 . 8 mm .

ENCIA INSERTADA .

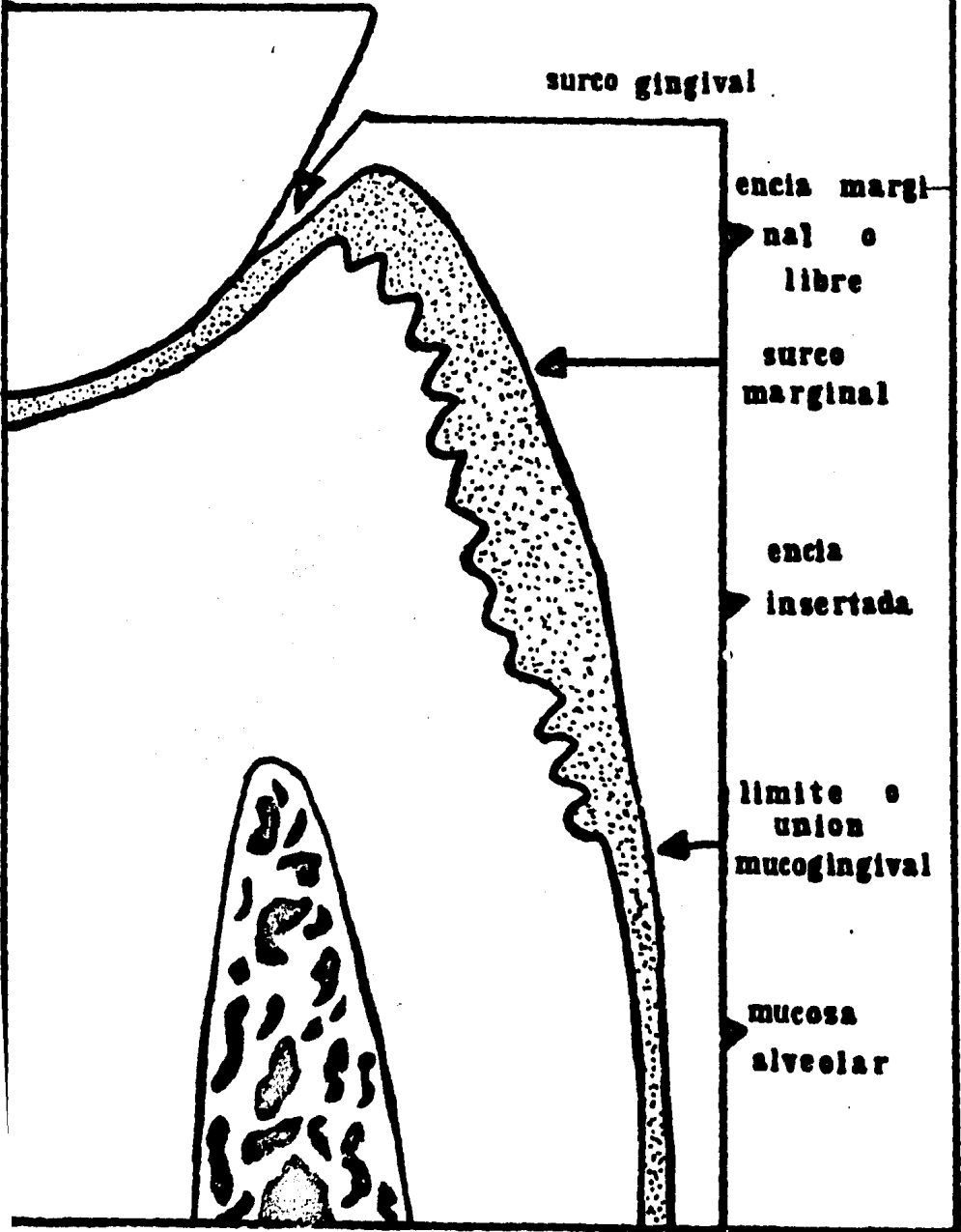
La encía insertada se continúa con la encía marginal es firme resilente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar adyacente . El aspecto vestibular de la encía-insertada se extiende hasta la mucosa alveolar relati-vamente laxa y movable , de la que la separa la unión - mucogingival .

ENCIA INTERDENTARIA .

La encía interdentaria ocupa el nicho gingival , que es el espacio interproximal situado apicalmente al área de

fig.1

ESQUEMA DE LOS PUNTOS DE REFERENCIA ANATOMICOS DE LA ENCIA :



contacto dental . Consta de dos papilas : una vestibular y una lingual y el col . Este último es una depresión en forma de valle que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal . Cuando los dientes no están en contacto , no suele haber col , y algunas veces aunque los dientes esten en contacto el col puede no estar presente en algunos individuos . Cada papila interdental es piramidal : la superficie vestibular y lingual se afinan hacia la zona de contacto interproximal , y son ligeramente cóncavas .

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS NORMALES .

(ENCIA LIBRE) .

La encía marginal consta de un núcleo central de tejido conectivo cubierto de tejido epitelial escamoso estratificado . El epitelio de la cresta y la superficie externa de la encía marginal es queratinizado , paraqueratinizado o de los dos tipos .

FIBRAS GINGIVALES .

El tejido conectivo de la encía marginal es densamente colágeno y contiene un sistema importante de haces de fibras colágenas , denominadas fibras gingivales , las-

cuales tienen las siguientes funciones :

I) Mantener la encía marginal firmemente adosada contra el diente , para proporcionar la rígidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación sin ser separadas de la superficie dentaria .

2) Unir la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada adyacente .

Las fibras gingivales se disponen en grupos que son :

GRUPO DE FIBRAS GINGIVALES LIBRES

Se extienden desde el cemento hacia la cresta de la encía . Estas son fibras de las superficies , vestibular, lingual e interproximal , se proyectan desde el cemento en forma de abanico , hacia la cresta y la superficie externa de la encía marginal y termina cerca del epitelio.

GRUPO DE FIBRAS GINGIVALES TRANSEPTALES

Se extienden desde el cemento y están situadas interproximalmente , forman haces horizontales , que se extienden entre el cemento de dientes vecinos , (por encima de la cresta alveolar) en los cuales se hallan incluidas .

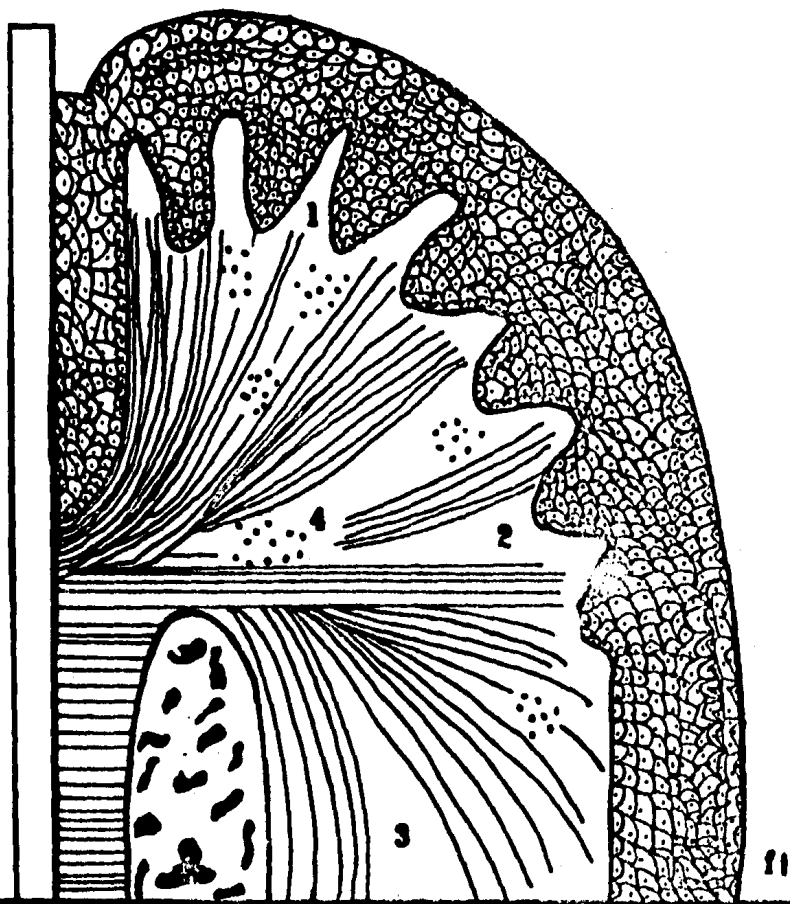
ESQUEMA DE LAS FIBRAS GINGIVODENTALES QUE SE EXTIENDEN
DESDE EL CEMENTO :

I.- HACIA LA CRESTA DE LA ENCIA ; GRUPO DE FIBRAS GINGI-
VALES LIBRES .

2.- HACIA LA SUPERFICIE EXTERNA : GRUPO DE FIBRAS TRAN-
SEPTALES .

3.- HACIA LA PARTE EXTERNA DE LA CRESTA ALVECIAR , DE LA
TABLA VESTIBULAR : GRUPO DE FIBRAS CEMENTO ALVEOLARES .

4.- A MANERA DE CINTURON : GRUPO DE FIBRAS CIRCULARES .



GRUPO DE FIBRAS GINGIVALES , CEMENTO ALVEOLARES .

Se extienden desde el cemento a la parte externa de la cresta alveolar de la tabla vestibular .

GRUPO DE FIBRAS GINGIVALES , CIRCULARES .

Estas fibras corren a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdental y rodean al diente a modo de anillo , son circulares .

CUTICULA DENTAL .

Sobre las diversas superficies dentales , incluidos el cemento radicular cerca de la unión amelocementaria , - existe una cutícula dental . Es una delgada capa orgánica , no mineralizada que puede estar presente o no , - entre el epitelio de unión y la superficie del diente .

FLUIDO GINGIVAL (FLUIDO SURCAL) .

El surco gingival contiene un flujo que se presenta desde el tejido gingival a través de la delgada pared surcal . Se cree que el fluido gingival :

- 1) Elimina el material del surco .
- 2) Contiene proteínas plasmáticas que pueden mejorar la adhesión de la adherencia epitelial al diente .

- 3) Posee propiedades antimicrobianas .
- 4) Ejerce actividad de anticuerpo de defensa de la en
cía .

LAMINA PROPIA

El tejido conectivo de la en
cía se conoce como l
ámina -
propia . Es densamente colágeno , con pocas fibras elás
ticas . La l
ámina propia está formada por dos capas :

I) Una capa papilar subyacente al epitelio , que se -
compone de proyecciones papilares entre los brotes epi-
teliales .

2) Una capa reticular contigua al periostio del hueso-
alveolar .

VASCULARIZACION LINFATICOS Y NERVIOS

Hay tres fuentes de vascularización de la en
cía y son :

I) Arteriolas suprapariólicas a lo largo de la super -
ficie vestibular y lingual del hueso alveolar , desde -
los cuales se extienden capilares hacia el epitelio del
surco y entre los bordes epiteliales de la superficie -
gingival externa .

2) Vasos del ligamento parodontal , que se extienden ha
cia la en
cía y se anastomosan con capilares en la zona -
del surco .

3) Arteriolas que emergen de la cresta del tabique interdental y se extienden en sentido paralelo a la cresta ósea para anastomosarse con vasos del ligamento parodontal , con capilares del área del surco gingival y con vasos que corren sobre la cresta alveolar .

El drenaje linfático de la encía comienza en los linfáticos de las papilas de tejido conectivo , avanza hacia la red colectora externa del periostio de la apófisis alveolar y después hacia los nódulos linfáticos regionales . Además los linfáticos que se localizan junto a la adherencia epitelial , se extienden hacia el ligamento parodontal y acompañan a los vasos sanguíneos .

La inervación gingival deriva de fibras que nacen en nervios del ligamento y de los nervios labial , bucal y palatino .

COLOR NORMAL DE LA ENCIA .

Por lo general el color de la encía insertada y marginal se describe como rosado coral y es producido por el aporte sanguíneo , el espesor y el grado de la queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentos . El color varía según las personas y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea . Es-

más clara en individuos rubios de tez blanca que en tri
gueños de tez morena . La encía insertada está separada
de la mucosa alveolar adyacente en la zona vestibular -
por una línea mucogingival claramente definida . La mu-
cosa alveolar es roja , lisa , brillante , no rosada y
punteada .

TAMAÑO DE LA ENCIA .

El tamaño de la encía corresponde a la suma del volúmen
de los elementos celulares e intercelulares y su vascu-
larización . La alteración del tamaño es una caracterís-
tica común de la enfermedad gingival .

CONTORNO DE LA ENCIA .

El contorno o forma de la encía varía considerablemente
y depende de la forma de los dientes y su alineación -
en el arco , de la colocación y tamaño del área de con-
torno proximal y de las dimensiones de los nichos gingi-
vales vestibular y lingual . La encía marginal rodea a-
los dientes y su alineación en el arco y tamaño depende
de la salud de los tejidos .

.CONSISTENCIA DE LA ENCIA NORMAL .

La encía normal es firme resilente y con excepción del-

margen libre movable , está fuertemente unida al hueso-subyacente , la naturaleza colágena de la lámina propia y su contigüidad al mucoperiostio del hueso alveolar - determina la consistencia firme de la encía insertada .

TEXTURA SUPERFICIAL DE LA ENCIA NORMAL .

La encía presenta una superficie finamente lobulada , - como una cáscara de naranja y con puntilleo , este se - observa mejor la secar la encía . La encía insertada es punteada , la encía marginal no lo es . La parte central de las papilas interdentarias es por lo común punteada - pero los bordes marginales son lisos , el punteado va - ría con la edad , no existe en menores de 5 años , apa - rece en algunos niños alrededor de los 6 años y aumenta hasta la edad adulta , y con frecuencia comienza a des - parecer en la vejez .

QUERATINIZACION DE LA ENCIA .

El epitelio que cubre la superficie externa de la encía marginal y la encía insertada es queratinizado o para - queratinizado , puede presentar combinaciones de los dos estados . La capa superficial es eliminada en hebras finas y reemplazadas por células de la capa granular sub-

yacente . Se considera que la queratinización es una - adaptación protectora a la función que aumenta cuando - se estimula la encía con el cepillado dental .

LIGAMENTO PARODONTAL .

El ligamento parodontal es la estructura de tejido co - nectivo que rodea a la raíz de los órganos dentarios , los une al hueso alveolar .

FIBRAS PRINCIPALES .

(CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS NORMALES) .

Los elementos más importantes del ligamento parodontal - son las fibras principales que son colágenas, dispuestas en haces y siguen un recorrido ondulado cuando se les - ve en cortes longitudinales . Los extremos de las fi -- bras principales , que se insertan en el cemento y hue - so se denominan fibras de Sharpey .

Las fibras principales se distribuyen en los siguientes grupos :

GRUPO DE FIBRAS TRANSEPTALES .

Estas fibras se extienden interproximalmente , corona - rariamente a la cresta alveolar y se incluyen en el ce - mento de dientes vecinos .

GRUPO DE FIBRAS DE LA CRESTA ALVEOLAR .

Estas fibras se extienden oblicuamente desde el cemento inmediatamente debajo del epitelio de unión hasta la cresta alveolar , su función es equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales , ayudando a mantener el diente dentro del alveolo y a resistir los movimientos laterales del diente .

GRUPO DE FIBRAS HORIZONTALES .

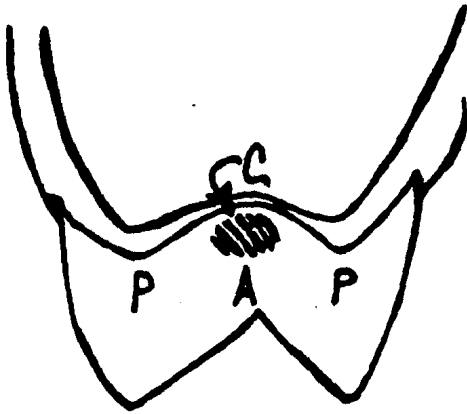
Estas fibras se extienden en la porción coronaria del diente , perpendicularmente al eje mayor del diente , desde el cemento hacia el hueso alveolar , su función es similar a la del grupo de la cresta alveolar .

GRUPO DE FIBRAS OBLICUAS .

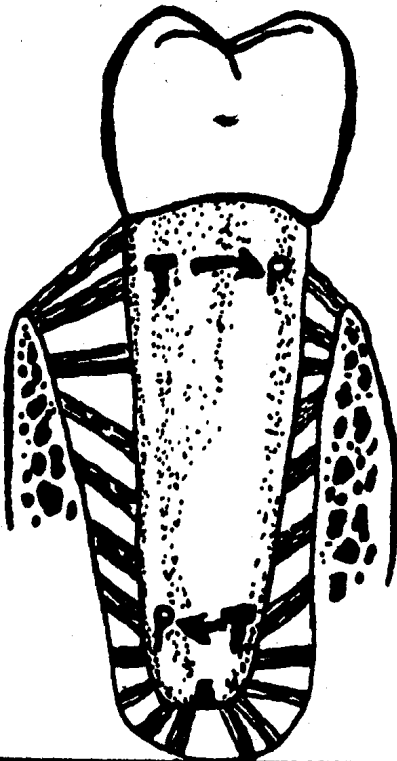
Estas fibras representan el grupo más grande del ligamento parodontal , se extienden desde el cemento en dirección coronaria , en sentido oblicuo respecto al hueso , soportan las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar .

GRUPO DE FIBRAS APICALES .

El grupo apical de fibras se irradia desde el cemento hacia el hueso , en el fondo del alveolo , es importan-



PAPILAS INTERDENTALES (P),
 COL(C), Y RELACION CON EL -
 AREA DE CONTACTO (A) EN -
 LA SUPERFICIE MESIAL .



DISTRIBUCION DE LAS FUERZAS
 VESTIBULOLINGUALES (FLECHAS)
 ALREDEDOR DEL EJE DE ROTACION
 EN UN PREMOLAR INFERIOR : LAS
 FIBRAS DEL LIGAMENTO PPD -
 DONTAL ESTAN COMPRIMIDAS EN
 EL AREA DE PRESION (P) Y ES-
 TIRADAS EN LAS AREAS DE TEN-
 SION (T) .

FIGURAS 2 Y 3 .

te mencionar que estas fibras no se presentan cuando - hay raíces incompletas , ya que se presentan en la zona apical .

FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL .

Las funciones del ligamento parodontal son : físicas , - formativas , nutricionales y sensoriales .

FUNCIONES FISICAS .

Las funciones físicas del ligamento parodontal son :

- a) Transmisión de fuerzas oclusales al hueso .
- b) Inserción del diente al hueso .
- c) Mantenimiento de los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes .
- d) Resistencia al impacto de las fuerzas oclusales .
- e) Provisión de una envoltura de tejido blando para proteger los vasos y nervios de lesiones producidas por - fuerzas mecánicas .

FUNCION FORMATIVA .

El ligamento cumple las funciones de periostio para el cemento y hueso . Las células del ligamento parodontal participan en la formación y resorción de cemento y hueso que se producen durante los movimientos fisiológicos

del diente , en la adaptación del parodonto a las fuerzas y en la reparación de lesiones .

FUNCIONES NUTRICIONALES Y SENSORIALES .

El ligamento parodontal provee de elementos nutritivos al cemento , hueso y encía mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático . La inervación del ligamento parodontal confiere sensibilidad propioceptiva y táctil que detecta y localiza fuerzas extrañas que -- actúan sobre los dientes y desempeñan un papel importante en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria .

CEMENTO .

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS NORMALES .

El cemento es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica . Ejerce un papel muy importante en la evolución de la enfermedad - parodontal .

TIPOS PRINCIPALES DE CEMENTO RADICULAR .

Cemento acelular , primario (se encuentra en la parte coronaria) , Cemento celular , secundario (se encuentra en la parte radicular) .

Los dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas , que se disponen en láminas separadas por líneas de crecimiento paralelas al eje mayor del diente . Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de la estructura del cemento acelular , que desempeñan un papel imporatnte principal en el sostén del -- diente . La mayoría de las fibras de Sharpey se insertan en la superficie dental más o menos en ángulo recto y - penetran en el fondo del cemento , dichas fibras son - una terminación calcificada de las fibras que se en ce-mento o en hueso . El cemento acelular asimismo contie- ne otras fibrillas colágenas que están calcificadas y - se disponen irregularmente , o son paralelas a la super- ficie . El cemento celular está menos calcificado que - el acelular . Las fibras de Sharpey ocupan un lugar me- nor de cemento celular y están separadas por otras fi-- bras que son paralelas a la superficie radicular y se - distribuyen al azar .

· · · · · ESPESOR DEL CEMENTO .

El espesor del cemento en la mitad coronaria de la raíz varía de 16 a 60 micrones , o aproximadamente el espesor de un cabello , adquiere su mayor espesor en el tercio-

apical , y en las áreas de bifurcaciones y trifurcaciones en premolares y molares .

CEMENTOGENESIS

La formación del cemento comienza , al igual que el hueso y la dentina , con la mineralización de la trama de fibrillas de colágena dispuestas irregularmente , dispersas en la substancia fundamental interfibrilar o matriz denominada precemento o cementoide , cemento inmaduro . La mineralización progresiva de la matriz comienza en la unión dentinocementaria y avanza en dirección a los cementoblastos . Las fibras del ligamento parodontal se incorporan al cemento en el ángulo y aquí se mineralizan .

HIPERCEMENTOSIS

La hipercementosis es una hiperplasia de cemento , denota engrosamiento notable del cemento , puede localizarse en un diente , o afectar a varios dientes . A causa de la variación fisiológica importante del grosor del cemento en diversos dientes de un mismo individuo , a veces es difícil diferenciar entre la hipercementosis y el engrosamiento fisiológico del cemento . La hipercementosis ocurre como engrosamiento generalizado del cemento con agrandamiento nodular del tercio apical de la -

raíz . También se presenta en forma de espigas creadas por la calcificación de las fibras parodontales en los sitios de inserción del cemento . El tipo de hiper cementosis semejante a espigas , o espículas , suele ser producido por la tensión excesiva generada por aparatos de ortodoncia o fuerzas oclusales , el tipo generalizado ocurre en diversas circunstancias . En dientes sin antagonista , se interpreta como un esfuerzo por equilibrar la erupción dental excesiva , la hiper cementosis de los dientes puede ser hereditaria .

HUESO ALVEOLAR .

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS NORMALES .

La apófisis alveolar es el hueso , que forma y sostiene los alveolos dentales . Se compone de la pared interna de los alveolos , de hueso delgado , compacto, denominado hueso alveolar propiamente dicho (lámina cribiforme) , el hueso alveolar de sostén , que consiste en trabéculas esponjosas y tablas vestibular y lingual , de hueso compacto . El tabique interdental consta de hueso esponjoso de sostén encerrado dentro de ciertos límites compactos . Las fuerzas oclusales transmitidas desde el ligamento parodontal hacia la pared interna del alveolo -

son soportadas por trabéculas del hueso esponjoso , que a su vez son sostenidas también por las tablas corticales vestibular y lingual .

CELULAS Y MATRIZ INTERCELULAR .

El hueso alveolar se forma durante el crecimiento fetal por osificación intramembranosa y se compone de una matriz calcificada con osteositos encerrados dentro de espacios denominados lagunas . Los osteositos extienden prolongaciones dentro de los canaliculos los canaliculos forman un sistema anastomosado dentro de la matriz-intercelular del hueso , que lleva por vía sanguínea oxígeno y elimina productos metabólicos de desecho . En la composición del hueso están principalmente , calcio, fosforo , carbonato, sodio, magnesio y fluor .

PARED DEL ALVEOLO .

Las fibras principales del ligamento parodontal que anclan el diente en el alveolo están incluidas dentro del hueso alveolar , donde se les denomina fibras de Sharpey , algunas están completamente calcificadas . La pared del alveolo está formada por hueso laminar , parte del cual se organiza en hueso que limita el hueso parodontal. La porción esponjosa del hueso alveolar tiene trabéculas

que encierran espacios medulares irregulares , hay una amplia variación del patron trabecular del hueso esponjoso , ya que sufre de las fuerzas oclusales .

VASCULARIZACION LINFATICOS Y NERVIOS

La pared del alveolo dental radiográficamente es una línea radiopaca , delgada denominada lámina dura o cortical alveolar , sin embargo , está perforada por numerosos conductos que contienen vasos sanguíneos , linfáticos y nervios que establecen la unión entre el ligamento parodontal y la porción esponjosa del hueso alveolar. El aporte sanguíneo proviene de vasos que ramifican de las arterias alveolares superiores e inferiores , estas arteriolas están dentro del tabique interdental en el seno de conductos nutricios , junto con venas , nervios y linfáticos .

TABIQUE INTERDENTAL

El tabique interdental se compone de hueso esponjoso - limitado por las paredes alveolares de los dientes vecinos y las tablas corticales vestibular y lingual .

CONTORNO EXTERNO DEL HUESO ALVEOLAR

El contorno óseo se adapta a la prominencia de las raf -

ces y a las depresiones verticales intermedias , que convergen hacia el margen. La altura y el espesor de las tablas óseas vestibular y lingual son afectadas por la alineación de los dientes y la angulación de las raíces respecto al hueso y las fuerzas oclusales . En dientes en vestibuloversión el margen del hueso vestibular se localiza más apicalmente que sobre los dientes de alineación propia .

LABILIDAD DEL HUESO ALVEOLAR .

En contraste con su aparente rigidez , el hueso alveolar es el menos estable de los tejidos parodontales, su estructura está en constante cambio .

La actividad celular que afecta a la altura contorno y densidad del hueso alveolar se manifiesta en :

- 1) Junto al ligamento parodontal .
- 2) En relación con el periostio de las tablas vestibulares y linguales .

FUERZAS OCLUSALES Y HUESO ALVEOLAR .

Hay dos aspectos importantes entre las fuerzas oclusales y el hueso alveolar :

- A) El hueso existe con la finalidad de sostener los dientes y estructuras adyacentes durante su función .

B) Depende de la estimulación que reciba en cuanto a su función , para la conservación de su estructura .

El hueso alveolar está en constante remodelado fisiológico como respuesta a las fuerzas oclusales . Los osteoclastos , y los osteoblastos distribuyen la substancia ósea para así eliminar el hueso donde ya no se le precisa y añadiendo nuevo hueso donde surgen necesidades .

Cuando se ejerce una fuerza oclusal sobre un diente a través del bolo alimenticio o por contacto con su antagonista , suceden varias cosas según sea la dirección , intensidad y duración de la fuerza , el diente se des - plaza hacia el ligamento parodontal resilente , en el - cual crea área de tensión y compresión , la pared vesti - bular del alveolo y la lingual estiran ligeramente en - dirección a la fuerza , cuando se libera la fuerza , el diente , ligamento y hueso vuelven a su posición origi - nal . Las paredes del alveolo reflejan la sensibilidad - del hueso alveolar a las fuerzas oclusales . Los osteo - blastos y el osteoide neoformado cubren el alveolo en - las áreas de tensión y en las áreas de presión hay os - teoclastos y resorción ósea .

El número , densidad y disposición de las trabéculas -

del hueso esponjoso también reciben la influencia de -- las fuerzas oclusales . Las trabéculas óseas se alinean en la trayectoria de las fuerzas tensoras y compresoras para proporcionar un máximo de resistencia a las fuerzas oclusales con un mínimo de substancia ósea .

Las fuerzas que exceden la capacidad de adaptación del hueso producen una lesión conocida como traumatismo de la oclusión .

Cuando las fuerzas oclusales aumentan , aumenta el espe sor y la cantidad de trabéculas y es posible que se opon ga hueso en la superficie externa de las tablas vestibu lar y lingual , cuando las fuerzas oclusales se reducen , el hueso se reabsorve , la altura ósea disminuye , así como también el número y espesor de las trabéculas (atro fia funcional por desuso) .

Aunque las fuerzas oclusales tengan un papel muy impor tante , en la determinación de la anatomía interna y el contorno externo del hueso alveolar , intervienen otros factores como ; condiciones físico químicas locales , - la anatomía vascular y el estado sistématico del indiviu do .

CAPITULO 2

ENFERMEDAD PARODONTAL

ENFERMEDAD PARODONTAL .

LA BOLSA PARODONTAL .

La bolsa parodontal es una profundización patológica — del surco gingival del surco gingival , el avance progresivo de la bolsa conduce a destrucción de los tejidos parodontales de soporte , aflojamiento y exfoliación de los dientes .

SIGNOS Y SINTOMAS .

El único método seguro de localizar bolsas parodontales y determinar su extensión , es el sondeo cuidadoso del margen gingival de cada cara de los órganos dentarios . Los signos clínicos siguientes indican la presencia de bolsas parodontales :

- 1) La encía marginal rojo-azulada , agrandada , con un borde enrollado , separado de la superficie dentaria .
- 2) Una zona vertical azul-rojiza desde el margen gingival hasta la encía insertada , y a veces , hasta la mucosa alveolar .
- 3) Una rotura de la continuidad vestibulo lingual de la encía interdientaria .

- 4) Encía brillante , hinchada o con cambios de color - asociada a las superficies radiculares expuestas .
- 5) Sangrado gingival .
- 6) Exudado purulento en el margen gingival , o su aparición al hacer presión digital sobre la superficie lateral del margen gingival .
- 7) Movilidad extrusión y migración de los dientes .
- 8) La aparición de diastemas donde no los había .

Por lo general las bolsas parodontales son indoloras , pero pueden tener síntomas .

Dolor localizado o sensación de presión después de comer , que disminuye gradualmente ; sabor desagradable en áreas localizadas ; una tendencia a succionar materias de los espacios interdentarios ; dolor irradiado en la profundidad del hueso ; una sensación roedora ó sensación de picazón en las encías , que el paciente las describe como carcomidas , y necesidad de introducir un instrumento puntiagudo en las encías , con alivio por el sangrado que sigue ; quejas de que los alimentos se empacan entre los dientes ; hay preferencia por comer por el otro lado ; sensibilidad al frío y al calor ; dolor dentario en ausencia de caries .

CLASIFICACION .

Las bolsas parodontales se clasifican según su morfología y su relación con las estructuras adyacentes , como sigue .

BOLSA GINGIVAL (RELATIVA) .

Una bolsa gingival está formada por el agrandamiento gingival , sin destrucción de los tejidos parodontales subyacentes , el surco se profundiza a expensas del aumento de volumen de la encía .

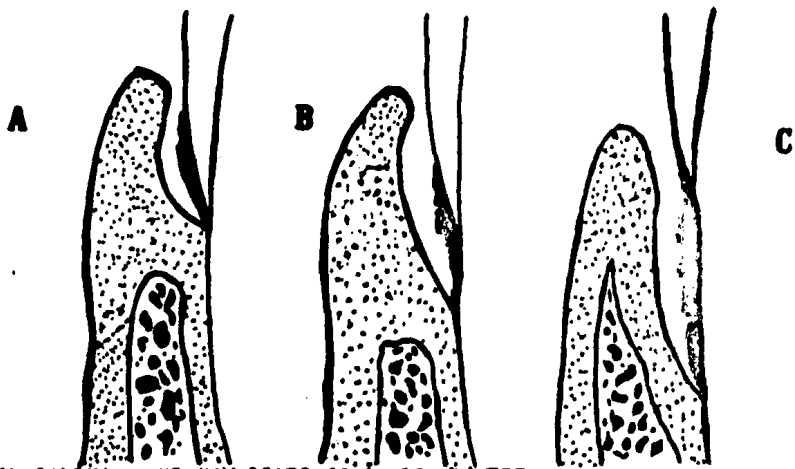
BOLSA PARODONTAL (ABSOLUTA) .

Es el tipo de bolsa que se produce en la enfermedad parodontal . La encía enferma y el surco se profundiza ; - hay destrucción de los tejidos parodontales de soporte .

LAS BOLSAS ABSOLUTAS SON DE DOS CLASES .

1) Supraósea (supracrestal) , en la cual el fondo del hueso es coronal al hueso alveolar adyacente .

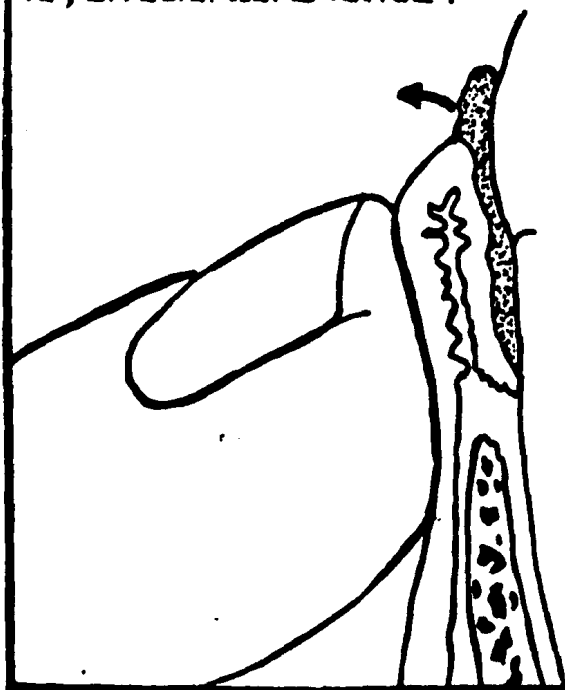
2) Infraósea (intraósea , subcrestal o intra alveolar) , en la cual el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente . En este tipo la pared lateral de la bolsa está entre la superficie dentaria y el hueso alveolar .



A) BOLSA GINGIVAL, NO HAY DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PARODONTALES DE SOPORTE.

B) BOLSA SUPRAOSEA, LA BASE DE LA BOLSA ES CORONARIA AL NIVEL DEL HUESO SUBYACENTE, LA PERDIDA OSEA ES HORIZONTAL.

C) BOLSA INFRAOSEA, LA BASE DE LA BOLSA ES APICAL AL NIVEL DEL HUESO ADYACENTE, LA PERDIDA OSEA ES VERTICAL.



EXUDADO PURULENTO EXPULSADO DE LA BOLSA PARODONTAL MEDIANTE PRESION DIGITAL.

FIGURAS 5 Y 6.

CLASIFICACION POR EL NUMERO DE CARAS AFECTADAS .

SIMPLE : una cara del diente .

COMPUESTA : afecta dos caras del diente ó más , la base de la bolsa está en comunicación directa con el margen gingival en cada una de las caras afectadas o superficies del diente .

COMPLEJA : hay una bolsa espiralada que nace en una superficie dentaria y da vueltas alrededor , del diente afectando a una cara adicional o más . La única comunicación con el margen gingival es en la cara donde nace la bolsa . Para evitar pasar por alto bolsas complejas o compuestas , hay que sondear todas las bolsas en sentido lateral y vertical .

PATOGENIA .

Las bolsas parodontales son originadas por irritantes locales (microorganismos y sus productos, residuos de alimentos que proporcionan nutrición a los microorganismos y retención de alimentos) que producen alteraciones patológicas en los tejidos y profundizan en el surco gingival . En ocasiones es difícil diferenciar entre un surco de profundidad normal y una bolsa parodontal somera , sobre la única base de la profundidad .

DEFECTOS INFRAOSEOS ,DE UNA , DOS, TRES Y CUATRO PAREDES EN EL INCISIVO LATERAL DERECHO . A , TRES PAREDES OSEAS : 1)DISTAL, 2)LINGUAL Y 3)VESTIBULAR . B,DEFECTO DE DOS PAREDES : 1)DISTAL Y 2) LINGUAL . C ,DEFECTO DE UNA PARED : 1) PARED DISTAL UNICAMENTE . D, EL DEFECTO DE CUATRO PAREDES RODEA COMPLETAMENTE AL DIENTE : 1) DISTAL , 2) LINGUAL , 3) VESTIBULAR Y 4) MESIAL .

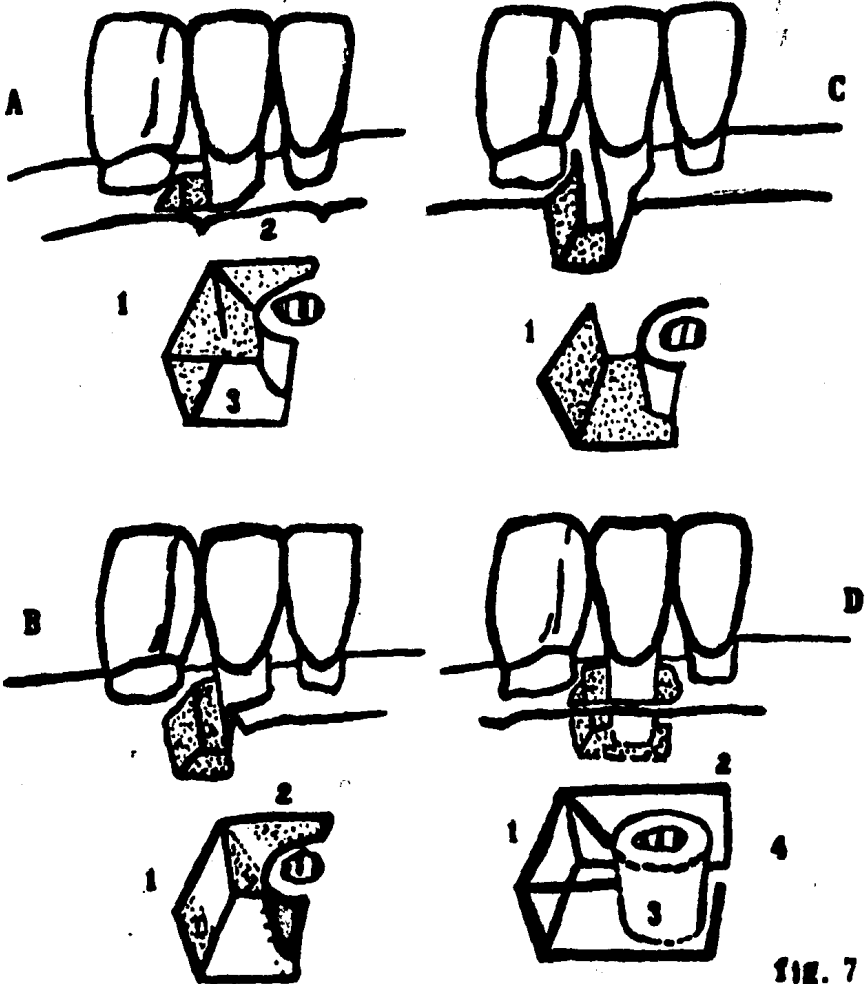


Fig. 7

En tales casos los cambios patológicos de la encía-
establecen la diferencia entre los dos estados .

La profundidad del surco gingival puede ocurrir por :

1) El movimiento del margen gingival en dirección a-
la corona , esto genera una bolsa gingival y no una bolsa
sa parodontal ; la profundidad del surco es mayor cuan-
do aumenta el volumen de la encía , sin que exista des-
trucción de los tejidos parodontales .

2) La migración apical de la adherencia epitelial y-
su separación de la superficie dentaria .

ALTERACIONES QUE INTERVIENEN EN LA TRANSICION

DEL SURCO GINGIVAL NORMAL A LA BOLSA PARODONTAL .

La formación de la bolsa comienza con un cambio inflama-
torio en la pared de tejido conectivo del surco gingi-
val , originado por la irritación local . El exudado in-
flamatorio celular y líquido causa la degeneración del-
tejido conectivo circundante , incluyendo las fibras -
gingivales . Junto con la inflamación , la adherencia -
epitelial , prolifera a lo largo de la raíz , la por --
ción coronaria de la adherencia epitelial se desprende-
de la raíz a medida que la porción apical emigra .

La inflamación continua , la encía aumenta de tamaño y la cresta del margen gingival se extiende hacia la corona . La adherencia epitelial continua su emigración a lo largo de la raíz y se separa de ella .

El epitelio de la pared lateral de la bolsa prolifera y forma extensiones bulbosas y acordonadas en el epitelio conectivo inflamado . Los leucocitos y el edema de tejido conectivo inflamado infiltran en el epitelio que tapiza la bolsa , cuya consecuencia es la aparición de diversos grados de degeneración y necrosis .

BOLSA SUPRAOSEA

Una vez formada la bolsa es una lesión inflamatoria crónica , complicada por cambios proliferativos y degenerativos .

PARED BLANDA

El tejido conectivo está edematoso y densamente infiltrado por plasmocitos , linfocitos y leucocitos polimorfonucleares dispersos . Los vasos sanguíneos aumentan en cantidad y están dilatados . El tejido conectivo presenta diversos grados de degeneración . A veces hay focos necróticos únicos o múltiples , además de los cambios

exudativos y degenerativos , el tejido conectivo presenta proliferación de las células endoteliales con capilares neoformados , fibroblastos y fibras colágenas , la adherencia epitelial de la base de la bolsa varía en longitud , en ancho y en el estado de las células epiteliales . Las células pueden estar bien formadas y en buen estado o presentar una leve degeneración . Los cambios degenerativos más intensos en la bolsa parodontal se producen en la pared lateral . El epitelio de la pared lateral presenta cambios degenerativos y proliferativos destacados . Los brotes epiteliales o cordones entrelazados de células epiteliales se proyectan desde la pared lateral hacia el tejido conectivo adyacente inflamado y con frecuencia se extienden más apicalmente que la adherencia epitelial . Estas proyecciones epiteliales así como el resto del epitelio lateral , están densamente infiltradas por leucocitos y edema del tejido conectivo inflamado . El epitelio de la cresta de la bolsa parodontal , por lo general , está intacto y engrosado , con brotes epiteliales prominentes . Cuando la inflamación aguda se produce sobre la superficie de la bolsa parodontal , la cresta de la encía degenera y se necrosa .

EL CONTENIDO DE LA BOLSA PARODONTAL

Contienen residuos que son principalmente microorganismos y sus productos (enzimas , endotoxinas y otros productos metabólicos), placa bacteriana , líquido gingival , restos de alimentos , mucina salivar , células epiteliales-
descamadas y leucocitos . Por lo general los cálculos cu
biertos de placa se proyectan desde la superficie dentaria . Si hay exudado purulento , consiste en leucócitos-
vivos, degenerados y necroticos (polimorfonucleares),--
bacterias vivas y muertas , suero y una cantidad escasa de fibrina .

IMPORTANCIA DE LA FORMACION DE PUS .

El pus es una característica común de la enfermedad parodontal , pero sólo es un signo secundario . La presen
cia de pus o la facilidad con que es expulsado de las -
bolsas,refleja la naturaleza de los cambios inflamato -
rios en la pared de la bolsa .

PARED RADICULAR .

La superficie radicular de las bolsas parodontales , ex
perimentan cambios que son importantes porque pueden ge
nerar dolor y complicar el tratamiento parodontal .

En la superficie radicular se pueden presentar los cam-
bios siguientes .

DESCALCIFICACION DEL CEMENTO.

Cuando la bolsa se profundiza , el cemento se descalci-
fica y en algunos casos se produce pérdida del cemento.
Estas alteraciones son concomitantes con la destrucción
del ligamento parodontal , que se produce al paso que -
la bolsa avanza . Puede haber desintegración del cemento
en la unión amelocementaria .

CARIES RADICULAR .

Por la exposición a los líquidos bucales y placa bacte-
riana da por resultado que el cemento se ablande , su -
fra fragmentación , la lesión del cemento va seguida a-
la penetración de las bacterias en los túbulos dentina-
rios con la consiguiente destrucción de la dentina .

Las caries radiculares conducen a la pulpitis , sensibi
lidad a los cambios térmicos y dulces , o dolores inten
sos , dichas caries radiculares pueden ser la causa del

dolor dentario en pacientes con enfermedad parodontal -
y sin manifestación de lesión coronaria .

CAMBIOS PULPARES ASOCIADOS A BOLSAS PARODONTALES .

La lesión de la pulpa en la enfermedad parodontal se -
produce por el foramen apical o los canales laterales de
la raíz una vez que se ha difundido la bolsa a través -
del ligamento parodontal . Atrofia e hipertrofia de la-
capa odontoblástica , hiperemia , infiltración leucoci-
taria , calcificación intersticial y fibrosis , son los-
cambios pulpares que se producen con más frecuencia .

RECESION DE LA ENCIA Y PROFUNDIDAD DE LA BOLSA .

La bolsa produce la recesión de la encía y la denudación
de la superficie radicular . El grado de recesión gingi
val depende de la localización de la base de la bolsa -
sobre la superficie radicular , mientras la profundidad
es la distancia entre la base de la bolsa y la cresta -
de la encía . Bolsas de igual profundidad pueden tener-
diferentes grados de recesión , y bolsas de diferentes-
profundidades la misma recesión .

AREA ENTRE EL FONDO DE LA BOLSA Y EL HUESO ALVEOLAR .

En algunos casos , el fondo de la bolsa se halla cerca-
del hueso y separado de él solo por una banda de fibras
colágenas , en otros , el fondo de la bolsa está separa-
do por una zona ancha de tejido de granulación .

CORRELACION DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS E HISTOPATO- LOGICAS DE LA BOLSA PARODONTAL .

- 1) La pared gingival de la bolsa parodontal presenta gra-
dos variables de coloración rojo - azulada , flaccidez,
superficie lisa y brillante , y undimiento a la presión.
- 2) Con menor frecuencia , la pared gingival es rosada y
firme .
- 3) La hemorragia es provocada por el sondeo suave de la
pared de la bolsa .
- 4) Por lo general , hay dolor al explorar la parte inter-
na de la bolsa parodontal .

5) En muchos casos es posible expulsar pus ejerciendo - presión digital .

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS .

1) El cambio de color se produce por el estancamiento - circulatorio ; la flaccidez por la destrucción de las - las fibras gingivales y tejidos circundantes ; la super- ficie brillante , por la atrofia del epitelio y el ede- ma ; el hundimiento a la presión , por el edema y dege- neración .

2) En estos casos , predominan los cambios fibrosos so- bre la exudación y degeneración particularmente en la - superficie externa de la pared de la bolsa , pero a pe- sar del aspecto exterior de salud , la pared interna de la bolsa presenta invariablemente cierto grado de dege- neración y suele estar ulcerada .

3) La facilidad de la hemorragia resulta del aumento de la vascularización del adelgazamiento y degeneración del epitelio .

4) El dolor a la estimulación táctil se produce por la ulceración de la parte interna de la pared de la bolsa.

5) Esto ocurre en bolsas con inflamación supurativa en pared interna .

BOLSA INFRAÓSEA .

En las bolsas infraóseas , la base es apical a nivel del hueso alveolar , y la pared de la bolsa se halla entre diente y hueso . Es más frecuente que las bolsas infraóseas se produzcan por interproximal , pero se localizan asimismo en las superficies vestibular y lingual . Por lo común la bolsa se extiende desde la superficie en la cual se origina hacia una o más superficies contiguas . Los cambios inflamatorios , proliferativos y degenerativos en las bolsas infraóseas y supraóseas son iguales , y todos ellos provocan la destrucción de los tejidos parodontales de soporte .

CARACTERISTICAS DIFERENCIALES ENTRE BOLSA SUPRAOSEA Y -
BOLSA INFRAOSEA .

BOLSA SUPRAOSEA .

- 1) El fondo de la bolsa es coronario a nivel del hueso-
alveolar .
- 2) El patron de destrucción del hueso subyacente es hori-
zontal .
- 3) En la zona interproximal , las fibras transeptales ,
que son restauradoras durante la enfermedad parodontal-
progresiva se disponen horizontalmente en el espacio de
la bolsa y hueso alveolar .

BOLSA INFRAOSEA .

- 1) El fondo de la bolsa es apical a la cresta del hueso-
alveolar .
- 2) El patrón de la destrucción ósea es angulado , verti-
calmente ó crateriforme , creando una deformidad inver-
tida en el hueso .
- 3) En la zona interproximal , las fibras transeptales -
son oblicuas , en vez de horizontales .

ETIOLOGIA DE LA BOLSA INFRAOSEA .

La bolsa infraósea puede generarse por la impacción de alimentos y es frecuente encontrarla en dientes que se han desplazado considerablemente de su posición normal o que han estado sometidos a un intenso trauma oclusal.

COMENTARIO RESPECTO A LA FORMACION DE LA BOLSA .

Se precisa irritación local para que comience y progresa la formación de la bolsa .

La proliferación de la adherencia epitelial a lo largo de la raíz y la degeneración de las fibras gingivales subyacentes son los primeros cambios en la formación de la bolsa .

La proliferación de la adherencia epitelial es estimulada por la irritación local .

La inflamación causada por la irritación local produce degeneración de las fibras gingivales , haciendo que el movimiento del epitelio a lo largo de la raíz sea más fácil .

Las alteraciones orgánicas no inician la formación de la bolsa , pero pueden afectar a la profundidad de la bolsa al causar degeneración de las fibras gingivales parodontales .

LA UTILIZACION DE LA SONDA PARODONTAL .

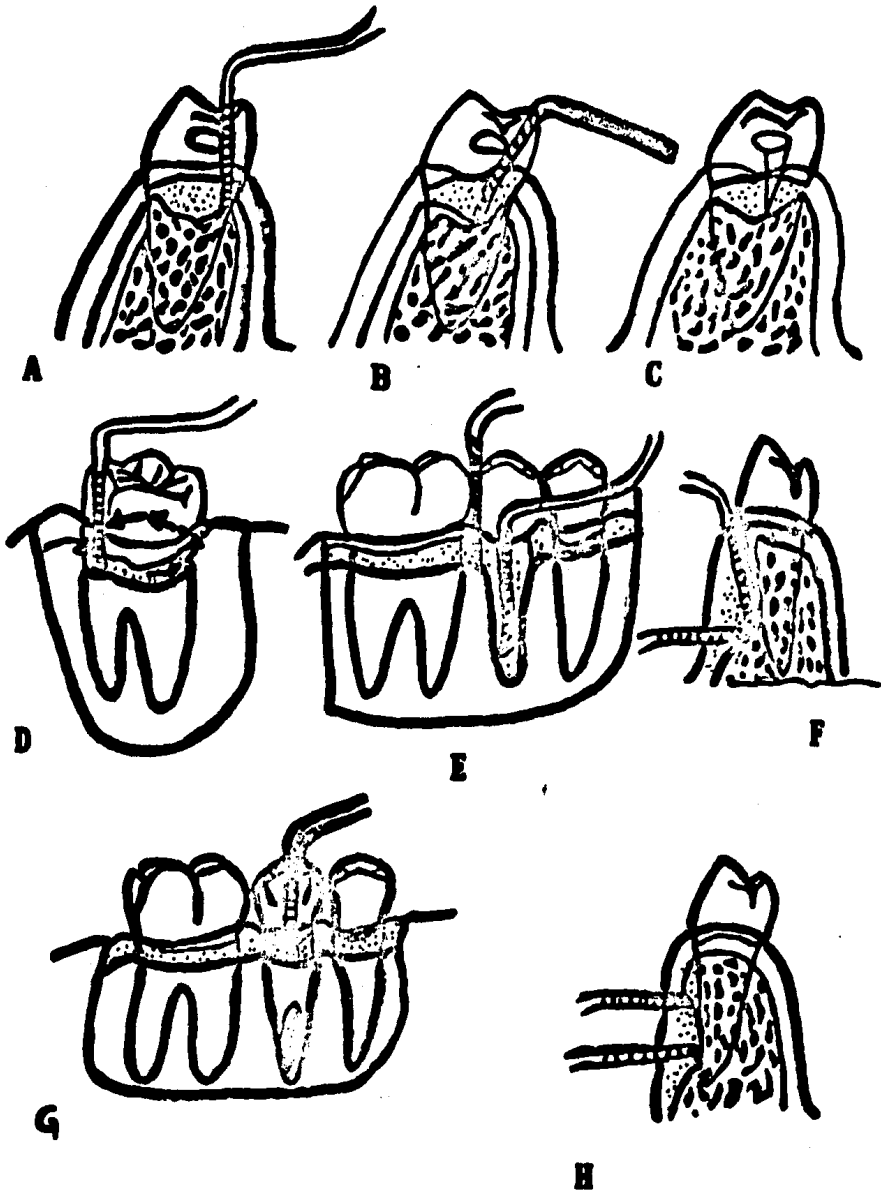


FIG. 8

LA UTILIZACION DE LA SONDA PARODONTAL .

(FIGURA 8) .

A.- LA INSERCIÓN VERTICAL DE LA SONDA ADYACENTE AL AREA DE CONTACTO DA COMO RESULTADO LA MEDICION INCORRECTA DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA ,YA QUE LA PUNTA DEL INSTRUMENTO SOLAMENTE ALCANZA LA CRESTA DEL CRATER OSEO .

B.- LA INSERCIÓN CORRECTA DE LA SONDA (BUSCANDO LOS SITIOS MAS PROFUNDOS DE DESTRUCCION) ,Y A LA VEZ TRATANDO DE REALIZAR EL SONDEO TAN VERTICAL COMO SEA POSIBLE EN LA ZONA DEL AREA DE CONTACTO .

C.- MEDICION DEL SONDEO .

D.- EL SONDEO DE LA PROFUNDIDAD DEL SURCO DEBERA SER CIRCUNFERENCIAL , ASI NO SE PASA POR ALTO ZONA ALGUNA EN EL FONDO DEL SURCO .

E.- SONDEANDO BOLSAS DE PROFUNDIDADES MARCADAMENTE DIFERENTES .

F.- SONDEANDO (BAJO EL EFECTO DE UN ANESTESICO) PARA -

DETERMINAR SU EXTENSION ,ASI COMO EL GROSOR DEL HUESO -
MARGINAL .

G.- LA FALSA SEGURIDAD DE SONDEAR UNA RAIZ CON EL HUESO
PENETRADO .

H.- SONDEO A TRAVES DE LA MUCOSA (ANESTESIADA) PARA -
DETERMINAR LA FORMA Y EXTENCION DE LA PENESTRACION .

INVASIONES EN LAS ZONAS DE FURCACION .

(FIGURA 9) .

A. - ZONA DE MOLARES INFERIORES .

B.- INVASION DE UNA FURCACION INCIPIENTE UTILIZANDO UNA
CURETA COMO SONDA .

C.- CORTE VERTICAL DE UN MOLAR INFERIOR MOSTRANDO UNA -
INVASION DE LA FURCACION INCIPIENTE ,UTILIZANDO LA PUN-
TA DE UNA CURETA .

D.- CORTE VERTICAL DE UN MOLAR INFERIOR ILUSTRANDO UNA-
INVASION FRANCA .

INVASIONES DE LAS ZONAS DE FURCACION .

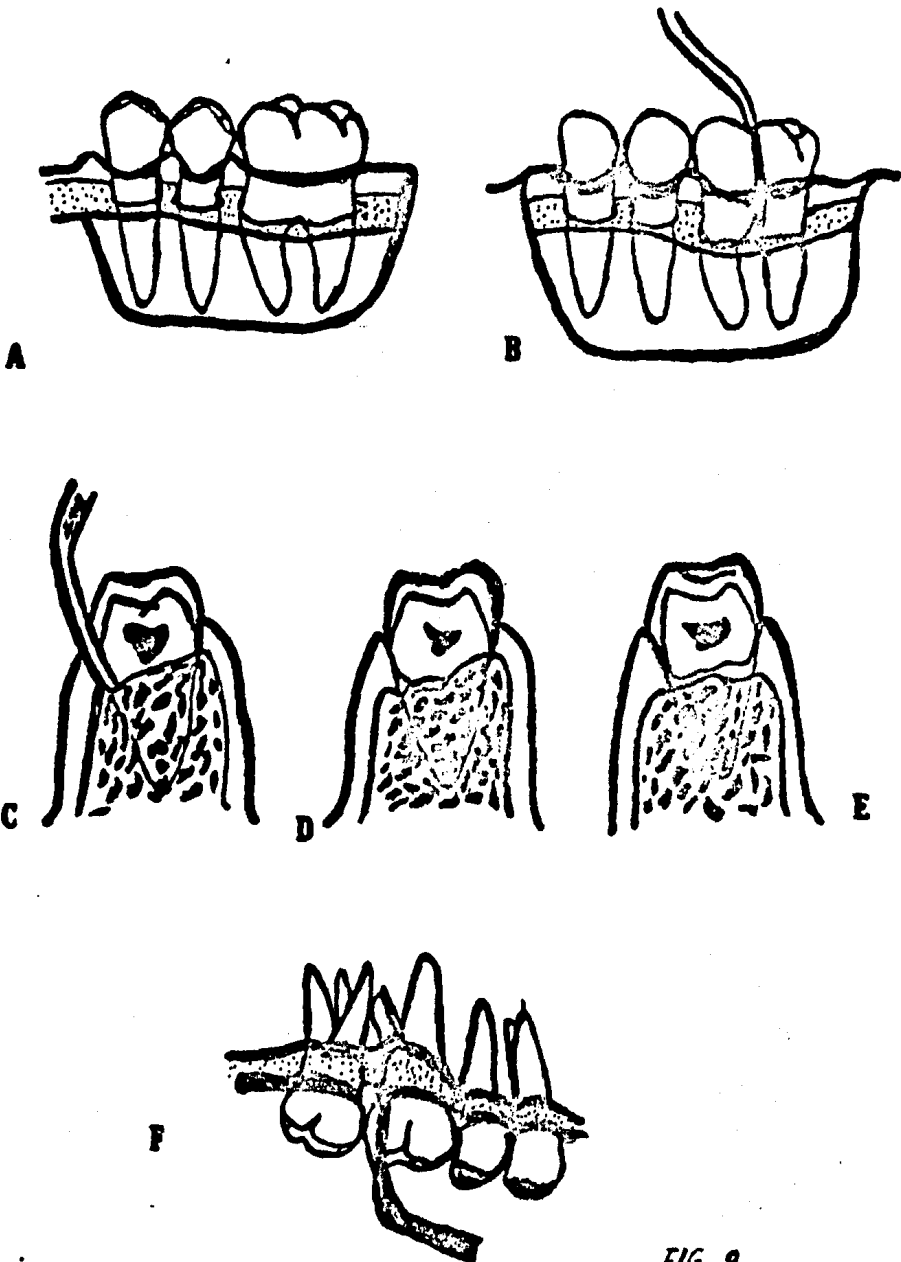


FIG. 9

E.- CORTE VERTICAL DE UN MOLAR INFERIOR MOSTRANDO UNA -
INVASION CONCOMITANTE .

F.- INVASION DISTAL DE UNA FURCACION EN UN MOLAR INFE -
RIOR UTILIZANDO UNA CURETA COMO SONDA .

**CLASIFICACION DE LA
ENFERMEDAD PARODONTAL**

1.- ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

A.- GINGIVITIS

B.- PARODONTITIS

2.- ENFERMEDADES DISTROFICAS

A.- GINGIVOSIS

B.- PARODONTOSIS

I.- ENFERMEDADES INFLAMATORIAS .

GINGIVITIS .

Es la inflamación de los tejidos gingivales que se produce en forma aguda , subaguda o crónica , con agrandamiento o recesión gingival evidente , o sin ellos .

La intensidad de la gingivitis depende de la magnitud, duración y frecuencia de irritantes locales y resistencia de tejidos bucales .

La gingivitis aguda y la subaguda , de cualquier naturaleza no es común y raras veces se presenta en personas de buena salud , por lo contrario , la gingivitis crónica es muy común y en los pacientes dentados mayores se presenta con mayor frecuencia .

ETIOLOGIA

Es especialmente variada y se divide en factores locales y sistémicos , los factores más comúnmente citados son los siguientes :

FACTORES LOCALES

- 1) Microorganismos .
- 2) Cálculos .
- 3) Impacción de alimentos .

- 4) Restauraciones o prótesis inadecuadas o irritantes.
- 5) Respiración bucal .
- 6) Malposición dental .
- 7) Aplicación de sustancias químicas o medicamentos.

FACTORES SISTEMATICOS .

- 1) Transtornos nutricionales .
- 2) Acción de medicamentos .
- 3) Embarazo, diabetes y otras disfunciones endocrinas.
- 4) Alergia.
- 5) Herencia .
- 6) Fenómenos psíquicos .
- 7) Infecciones granulomatosas específicas .

MICROORGANISMOS .

Los microorganismos bucales que crecen como una pelcula o placa , en su mayor parte en las zonas dentales sin autolimpieza , en particular debajo de la convexidad cervical de la corona y en zonas cervicales .Los extendidos tomados de material del surco gingival normal , del surco gingival en casos de parodontitis marginal , o de la bolsa gingival en la enfermedad parodontal avanzada revelan un gran número de microorganismos de muchos tipos .

Entre ellos se destacan los cocos , diversas clases de bacilos , microorganismos fusiformes y en parodontitis avanzada amibas .

CALCULO

El cálculo supragingival o subgingival , causa la irritación de tejido gingival que está en contacto con él . Quizá esta irritación sea generada por los productos derivados de los microorganismos , o por la fricción mecánica de la superficie dura e irregular del cálculo . Además de la posibilidad del daño físico del cálculo sobre la encía por fricción que la estimulación natural o el masaje de la encía por los alimentos durante la masticación es impedida por la presencia de una masa calcificada de cálculos .

IMPACCION DE ALIMENTOS Y NEGLIGENCIA EUCAL GENERAL

La impacción de alimentos y la acumulación de residuos en dientes por negligencia resulta en una gingivitis nacida de la irritación de la encía que originan las toxinas de microorganismos que proliferan en este medio . Los productos de la descomposición de residuos alimenticios también pueden resultar irritantes para los tejidos .

dos gingivales .

RESTAURACIONES O APARATOS INADECUADOS IRRITANTES .

Las restauraciones inadecuadas actúan como irritantes de los tejidos gingivales , los márgenes desbordantes de restauraciones proximales irritan directamente la encía además de fomentar la acumulación de residuos alimentarios y microorganismos que añaden otra agresión a estos tejidos . Las restauraciones mal contorneadas producen irritación gingival al causar acuñaamiento de alimentos y excursiones anormales de la comida contra la encía durante la masticación . Las prótesis o aparatos de ortodoncia que invaden los tejidos gingivales producen gingivitis tanto por la presión en sí como por el atrapamiento de alimentos y microorganismos .

RESPIRACION BUCAL .

El resecaimiento de la mucosa bucal por respirar con la boca abierta , debido a un medio de excesivo calor o por fumar con exceso , causará una irritación gingival, con inflamación .

MALPOSICION DENTAL .

Los dientes que brotan o fueron desplazados de su oclusión normal hacia otra posición donde son agredidos re

petidamente durante la masticación o el cierre mandibular por una fuerza oclusal de magnitud excesiva son susceptibles a la enfermedad parodontal . Los dientes en vestibuloversión poseen una menor cantidad de hueso sobre la superficie radicular vestibular , y por lo tanto son más susceptibles al traumatismo del cepillado y otras irritaciones locales . Las inserciones anormalmente altas de los frenillos también ayudan a la resorción gingival .

APLICACION DE SUBSTANCIAS QUIMICAS O DROGAS .

El fenol, nitrato de plata , aceites volátiles o aspirina , colocados sobre la encía provocarán una reacción inflamatoria . Otros medicamentos como dilantina , producen alteraciones gingivales al ser administradas por vía sistemática .

TRANSTORNOS NUTRICIONALES .

Es frecuente que los trastornos del equilibrio nutricional de una persona se manifiesta por cambios de la encía y tejidos parodontales . La alimentación adecuada , la absorción y la utilización adecuada de diversas

vitaminas , minerales y otras sustancias nutritivas son esenciales para el mantenimiento de un parodonto sano .

EMBARAZO .

El embarazo con sus consiguientes modificaciones hormonales causa una respuesta notoria a la irritación local que posiblemente en la mujer embarazada se presente una respuesta hipersensible .

GINGIVITIS Y TUMOR DEL EMBARAZO .

Se presenta en mujeres embarazadas de higiene bucal mala por ; alteraciones de irritación , traumatismos , restos radiculares . Lo más importante son los cambios hormonales , vasculares e irritantes orales .

Hay gingivitis en papila interdientaria y marginal .

Alteraciones de la encía del embarazo , gingivitis e hipertrofia . La gingivitis aparece durante el segundo trimestre del embarazo con cambios hipertrofos a nivel de la papila interdientaria , color característico frambuesa de la encía marginal y con tendencia a san -

grado , dolor leve, puede haber ulceras pero son raras se presentan solo cuando existe infección por fusospiroquetas .

TUMOR DEL EMBARAZO .

Zona localizada de hipertrofia gingival a nivel de la papila interdentaria o en alguna zona de irritación color rojo púrpura , azul profundo depende del grado de acumulación de la sangre en los capilares , hay tendencia a la hemorragia , y en general no hay lesión ósea, se produce ulceración cuando existe traumatismo durante la masticación , el signo más importante es la hemorragia . El tratamiento para la hipertrofia gingival , es conservador y buena higiene bucal , también es importante el uso de enjuagatorios , cuando la hemorragia es excesiva a causa de las úlceras se procede quirúrgicamente .

DIABETES MELLITUS .

La tendencia de los diabéticos a formar infecciones purulentas los hace susceptibles a los abscesos parodontales agudos . Debido a la disminución de la resistencia de los tejidos , los pacientes con diabetes no tratada

o controlada inadecuadamente , presentan a veces parodontitis con abscesos parodontales y papilas gingivales inflamadas dolorosas y hasta hemorrágicas , y a causa de la excesiva pérdida de líquido el paciente diabético suele sentir la boca seca , este trastorno metabólico disminuye la resistencia de los tejidos a la infección. En diabéticos no es prudente realizar intervenciones quirúrgicas , aunque sean pequeñas , sin tener los cuidados necesarios .

OTRAS DISFUNCIONES ENDOCRINAS .

Con cierta frecuencia se comunica que la gingivitis se produce en la pubertad , llamada gingivitis de la pubertad por esta razón. La encía se presenta hiperémica y edematosa . Gingivitis asociada con la menstruación , con hinchamiento y hemorragia de la encía marginal y papila interdentaria, en superficie labial herpes labial , lesiones aftosas . Algunas mujeres presentan en cada periodo , parodontitis localizada en un diente o en un grupo de dientes , esta se presenta raras veces y suele quitarse así como se presenta .

FENOMENOS PSIQUICOS .

Los trastornos psiquiátricos tienen una definida in

fluencia sobre la intensidad de la enfermedad parodontal . Ya que en estos pacientes es muy difícil educarlos en cuanto a higiene bucal , y en ellos se presenta con mayor frecuencia , que en otro tipo de pacientes , gingivitis y enfermedad parodontal , así como una higiene bucal pésima , con acumulamiento de placa bacteriana y cálculos .

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA GINGIVITIS (CRONICA) .

Las primeras manifestaciones de la gingivitis crónica consisten en alteraciones leves del color de la encía libre o marginal , de un tono rosado pálido a uno más intenso , que progresa hacia el rojo o el rojo-azulado a medida que la hiperemia y el infiltrado inflamatorio se intensifican . La salida de sangre del surco gingival después de una irritación aunque sea leve , como el cepillado , es también un rasgo temprano de la gingivitis . El edema que acompaña a la respuesta inflamatoria y es parte integrante de ella , causa una tumefacción leve de la encía y pérdida del punteado normal característico . La tumefacción inflamatoria de las papilas interdenciales suele dar un aspecto , algo -

abultado a estas estructuras . El aumento de tamaño de la encía favorece la acumulación de mayor cantidad de - residuos y bacterias , lo que a su vez genera mayor irri - tación gingival . Cuando la hiperemia e hinchazón de la encía marginal se confinan a una zona localizada de la encía , esta adopta , a veces la forma de una media lu - na , denominada media luna traumática . En gingivitis - crónica avanzada , puede haber supuración de la encía - manifestada por la capacidad de expulsar pus del sur - co gingival por presión .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO .

La mayor parte de casos de gingivitis crónica se deben a la irritación local , si se eliminan los irritantes - en esta fase , antes de que se produzca la parodon - titis con bolsas ó pérdida ósea , o ambas , la infla - mación con hinchazon debida a la hiperemia , edema y - la infiltración leucocitaria desaparecerá en cuestión - de horas o unos pocos días , sin dejar una lesión per - manente . Esto acentúa la necesidad del tratamiento - temprano cuidadoso , manteniendo mediante el cepillado adecuado y profilaxis frecuente para conservar el pa - rodonto en buen estado , también es importante detectar

si hay una mala respuesta a un buen tratamiento local - y hay que investigar los factores sistemáticos que podrían ser factores complicantes .

GINGIVITIS ULCERONECROZANTE AGUDA .

(Infección de Vicent ; boca de trinchera ; gingivitis-ulceromembranosa aguda ; gingivitis fagedónica ; gingivitis fusoespiroquetal ; gingivitis ulcerativa aguda).

Esta afección inflamatoria ataca fundamentalmente el margen gingival libre, cresta de la encía y papilas interdetales .

ETIOLOGIA .

La mayoría de los autores opinan que la gingivitis ulceronecrotizante aguda es una enfermedad primaria causada por un basilo fusiforme y la *Borrelia Vincentii* , - que es una espiroqueta , que coexisten en una relación simbiótica . En esta enfermedad fusoespiroquetal los dos microorganismos están siempre presentes . Los factores predisponentes son esenciales para que se produzca esta enfermedad . La mayor resistencia a la infección es uno de los factores predisponentes . En personas con malas condiciones sanitarias , mala alimentación , mala higiene bucal , fatiga , fenómenos psi -

quicos . También en pacientes que salen de enfermedades debilitantes como ; infecciones respiratorias , etc .

CARACTERISTICAS CLINICAS .

Se presenta en cualquier edad , pero es más común , en adultos jóvenes y de edad mediana , entre 15 y 35 años es muy rara en niños . La afección se caracteriza por una encía hiperémica y dolorosa , con erosiones netamente sovacadas en papilas interdetales . Los restos ulcerados de las papilas y encía libre sangran al ser tocadas y por lo general están cubiertos de una pseudomembrana necrótica gris . La ulceración llega a extenderse abarcando todos los márgenes gingivales . Con frecuencia comienza como un foco aislado único , que se origina con rapidez , por último hay un olor fétido que suel ser muy desagradable . Casi siempre el paciente se queja de no poder comer a causa del dolor gingival intenso y con tendencia a la hemorragia gingival , el dolor es de un tipo superficial , de "presión " , el paciente también padece dolor de cabeza , malestar general y fiebre de baja intensidad , se suele notar una salivación excesiva y gusto metálico de la saliva y -- hay linfadenopatía . En casos avanzados y más serios -

pueden haber manifestaciones generalizadas o sistemáticas , que incluyen , leucocitosis , trastornos gastro-intestinales y taquicardia . Una vez curada la gingivitis ulceronecrotizante , las crestas de las papilas interdentales que fueron destruidas , y en las cuales - queda una zona ahuecada , constituyen un foco que retiene residuos y microorganismos y sirven como zona de incubación . Tales sitios , junto con los capuchones - gingivales de los terceros molares en brote , son lugares ideales para que los microorganismos persistan , y muchas veces es aquí donde comenzarán las recidivas .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO .

El tratamiento de la gingivitis ulceronecrotizante aguda es muy variado , según la experiencia individual del odontólogo respecto a la enfermedad . Algunos prefieren tratar esta afección por medios conservadores , haciendo solo una limpieza superficial de la cavidad bucal - en la fase aguda temprana de la enfermedad seguida de un raspado minucioso en cuanto las condiciones lo permiten . En estos casos se consigue , una rápida curación de la enfermedad , aún sin medicación . Otros pre

fieren el uso de sustancias oxigenantes o antibióti -
cos junto con el tratamiento local . El caso común de-
gingivitis ulceronecrosante aguda comienza a ceder en-
48 horas , cuando el tratamiento es adecuado , y pueden
quedar muy pocas señales de la presencia de la enferme-
dad , a veces hay considerable destrucción de tejidos-
las papilas interdetales y encía marginal , y esto que
da en evidencia después de la regresión de la enfermedad
por el aspecto sovacado de la encía interproximal y re-
cesión gingival visible . Se suele requerir el remode-
lado de las papilas esto se efectua mediante el uso -
apropiado de mondadientes redondos y por gingivoplastia
el tratamiento no está completo hasta que el contorno-
del tejido gingival no se acerque a la normalidad .

PARODONTITIS .

(Periodontoclasia ; piorrea ; piorrea alveolar ; piorrea -
sucia) .

La forma más común de enfermedad parodontal es la rela-
cionada con la irritación local . Comienza con una gin-
givitis marginal que por lo común avanza si no se trata
o se trata inadecuadamente , hasta convertirse en una -

parodontitis crónica grave . Este tipo de parodontitis a veces denominada marginal es muy común en el adulto - aunque a veces se encuentra en niños , en especial cuando falta una buena higiene bucal , o en ciertos casos - de maloclusión . Por lo general el tratamiento de esta enfermedad depende de la eliminación de los factores - etiológicos , tanto locales como generales , el mantenimiento de una buena higiene bucal y el establecimiento de una articulación estable y armoniosa libre de interferencias traumáticas .

ETIOLOGIA

Se debe al progreso de la gingivitis hacia la parodontitis más avanzada que afecta no solo la encía sino también a hueso alveolar , cemento y ligamento parodontal , ya que es una extensión insidiosa de la gingivitis . Los factores etiológicos en general son los mismos que actúan en la gingivitis , pero suelen ser de mayor magnitud o duración . Los factores locales , placa microbiana , cálculos , impacción de alimentos y márgenes irritantes de obturaciones son de gran importancia en la generación de esta forma común de enfermedad parodontal . Los factores sistemáticos pueden desempeñar un papel mayor que en la etiología de la gingivitis .

FRECUENCIA.

Según un estudio de Marshall - Day , la enfermedad paradontal se produce raramente antes de los 18 años , - pero aumenta con tanta rapidez que después de los 45 - todas las personas presentan signos de pérdida ósea - localizada . La frecuencia de la pérdida ósea es algo más elevada en varones que en mujeres , la frecuencia de la bolsa aumenta constantemente con la edad y alcanza un punto máximo en los 52 a 55 años . Es raro encontrar movilidad dental anormal antes de los 25 años pero aumenta bruscamente entre los 35 y 39 años y aun más entre los 40 y 48 años , hay una supuración localizada , visible en forma espontánea o por presión digital en pacientes alrededor de los 40 y 50 años , también hay un rápido incremento de la pérdida de dientes después de 35 años , de manera que a los 60 se han perdido un número considerable de dientes .

CARACTERISTICAS CLINICAS .

La parodontitis comienza como una gingivitis marginal-simple por irritación local , comúnmente placa o cálculo . Un signo patológico temprano, quizá el primero , - es una minúscula ulceración del epitelio del surco sal

vo que se eliminen los irritantes , se seguirán depo - sitando cálculos con el paso del tiempo y la gingivitis marginal se agravará . La encía se torna más inflamada y tumefacta y, con la irritación el epitelio del surco (bolsa) sufre una ulceración más frecuente . Prolifera como consecuencia de esta inflamación , de manera que en este punto , la adherencia epitelial tiende a extenderse o emigrar apicalmente sobre el diente , cuando esto ocurre se separa con facilidad en la porción coronaria . Por este proceso y por el agrandamiento de la encía , el surco gingival se va profundizando y se clasifica como bolsa paradontal infraósea , supraósea (se describen en el capítulo 2). Clínicamente en este momento se detecta la presencia del cálculo , además del agrandamiento e hiperemia visibles , las encías tienden a sangrar con facilidad , existe casi siempre una halitosis muy desagradable , cuando la parodontitis se agrava los dientes adquieren movilidad y emiten un sonido opaco cuando se golpetean con un instrumento de metal . Los nichos pueden estar vacíos porque las papilas interdenciales son deficientes , además no se observa el festoneado normal y las encías están agrandadas a causa de la hiperemia y edema , no hay punteado y los

tejidos gingivales son lisos , brillantes y quizá más -
rojos o azulados que lo normales . El paciente puede no
sentir síntomas subjetivos , o quejarse de mal gusto -
encías sangrantes e hipersensibilidad de los cuellos den-
tales por la exposición del cemento radicular a medida-
que los tejidos gingivales retroceden , en este caso el
paciente tiene una gingivitis crónica avanzada y una le-
sión en porciones más profundas del parodonto , en es -
tos casos , los tejidos gingivales retroceden hacia el
ápice , exponiendo el cemento a veces hasta un grado -
alarmante , como el cemento es más blando que el esmal-
te , suele ser desgastado por el cepillo y dentríficos-
abrasivos . Las complicaciones de la enfermedad parodon-
tal son las bolsas infraóseas , y en las encías se pre-
sentan las grietas de Stillman , que son unas delgadas
fisuras (por resección gingival) .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

La alteración más temprana del hueso parodontal es una
desaparición de la cresta alveolar a causa de la resor-
ción ósea incipiente , a medida que la resorción avanza
, hay pérdida horizontal de más hueso , con tendencia al
ahuecamiento del hueso alveolar interdental el espacio
del -

ligamento parodontal conserva su espesor habitual , y - por lo general no se observan alteraciones excepto ca
mbios óseos superficiales , en ocasiones se observan -
signos radiográficos de alteraciones óseas alveolares -
en casos en los cuales no hay bolsa clínica .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO .

Si la pérdida ósea no ha sido excesiva , si los irri -
tantes son eliminados por descamación y raspado y las -
bolsas lo son mediante la resección gingival o la elimi -
nación quirúrgica de la encía (gingivectomía) , si -
se corrigen los defectos óseos y se devuelve la anatomía
normal a los tejidos de soporte del diente , si se equi -
libran las fuerzas oclusales y se corrigen los factores
sistemáticos es posible salvar los dientes afectados -
por la enfermedad mediante el tratamiento parodontal -
cuidadoso y completo . Siempre que la afección no es -
te demasiado avanzada y el tratamiento sea adecuado es
posible detener la parodontitis y mantener los dientes
en función . El proceso inflamatorio cede gradualmente
; los tejidos gingivales recuperan su tamaño , color -
y contorno normales ; los órganos dentarios se vuelven
menos móviles y la supuración y hemorragia cesan . La-

profundidad del surco gingival disminuye debido a la -
contracción del tejido o a la gingivectomía ; el pun -
teado retorna , y el aspecto es normal , aun cuando -
los tejidos gingivales y la cresta alveolar esten en -
una posición apical con respecto a la original .

2.- ENFERMEDADES DISTROFICAS .

A) GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA , GINGIVOSIS .

La gingivitis descamativa crónica es una enfermedad de
generativa de los tejidos gingivales , también llamada -
enfermedad distrofica , por considerarse trastorno de -
la nutrición .

ETIOLOGIA .

El predominio de la enfermedad en mujeres ha sugerido -
que hay una intervención de hormonas sexuales , ya que
se reconoce que las mucosas bucales reaccionan, ante -
la administración o privación de hormonas sexuales , -
pero no se ha establecido una relación específica ,ya -
que todavía queda por aclarar la verdadera naturaleza -

de la enfermedad .

CARACTERISTICAS CLINICAS .

Esta enfermedad de las encías se presenta en ambos sexos, a cualquier edad desde la adolescencia hasta la vida adulta avanzada , pero predomina en mujeres del grupo cronológico comprendido entre los 40 y 55 años , en particular en las que padecen irregularidades hormonales derivadas de la menopausia . En pacientes con gingivitis descamativa crónica , las encías están rojas , tumefactadas y de aspecto brillante , a veces -- con vesículas múltiples y muchas zonas denudadas superficiales que tienen una superficie conectiva sangrante expuesta . Las lesiones , que aparecen tanto en bocas dentadas como desdentadas , presentan una distribución por placas . Si a las encías no ulceradas se les da masaje , el epitelio se desprende o desliza fácilmente del tejido conectivo para dejar una superficie viva sensible que sangra con facilidad . Los pacientes se quejan de la extremada sensibilidad de tejidos gingivales . Suelen tener dificultades para comer cosas calientes , frías o condimentadas y el cepillado es casi imposible por el dolor y hemorragia que produce . A veces se es-

tablece un diagnóstico presuntivo cuando el paciente -
relata que su boca estuvo sensible y muy irritada sin-
que tratamiento alguno haya sido exitoso , en realidad
la cronicidad es una de las características comunes de
la enfermedad que los pacientes llegan a padecer por años.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO .

El tratamiento es insatisfactorio y necesariamente empí-
rico puesto que la etiología se desconoce , se ha efec-
tuado la excisión quirúrgica completa del tejido afecta-
do , pero es un tratamiento drástico .También se aplicó
con amplitud la terapéutica hormonal , pero los resul-
tados obtenidos generalmente fueron sintomáticos, la -
aplicación local de hormonas sexuales , andrógenos en-
hombres y estrógenos en mujeres puede fomentar reepi-
telización y protección del tejido conectivo lesionado
, pero este tratamiento no surte efecto en todos los -
casos . Esta enfermedad es crónica y puede persistir -
por años , experimenta remisiones y exacerbaciones le-
ves , pero rara vez hay una involución espontánea per-
manente .

B) PARODONTOSIS .

(atrofia alveolar difusa ; pericementitis fibrosa ra -
refaciente) .

Baer definió la parodontosis como : una enfermedad del-
parodonto que se puede producir en adolescentes sanos,
que se caracteriza por una rápida perdida de hueso al-
veolar en más de un diente de la dentición permanente.
Se presenta en las formas básicas que son dos , en una
los únicos dientes afectados son los insicivos y prime
ros molares , en la otra más generalizada afecta gran-
parte de los dientes , la magnitud de la destrucción no
guarda relación con la cantidad de irritantes locales-
presentes .

ETIOLOGIA .

Muchos investigadores opinan que la parodontosis es -
una enfermedad en la cual hay una deficiencia nutricio
nal o un trastorno metabólico , sin embargo es notable
que la destrucción de tejido no es generada solamente-
por el factor predisponente ; siempre hay un factor lo
cal importante , y los tejidos de soporte son incapa -
ces de contener el esfuerzo funcional. Varios investi-

gadores demostraron que en esta enfermedad hay una ten-
dencia familiar . Baer encontró que se da en gemelos -
idénticos , padres e hijos , hermanos , tíos ,sobrinos
, también informo que la enfermedad tiende a seguir la
línea materna . No se ha comprobado la existencia de -
un factor etiologico único como específico de la paro-
dontosis . Con la debilidad del parodonto , provocada-
por la herencia o por alguna deficiencia nutricional o
un trastorno metabólico , la reparación del tejido está
dificultada y se produce la destrucción , la localiza-
ción de las lesiones puede deberse , o no , a factores
funcionales o irritativos presentes en la zona afecta-
da .

CARACTERISTICAS CLINICAS .

La parodontosis se presenta en la adolescencia entre -
los 12 y 20 años , pero prevalece entre los 18 y 25 --
años , las mujeres son afectadas con mayor frecuencia-
que los varones . Puede aparecer en bocas cuyo estado-
higiénico es impecable y con ausencia de caries . Se -
produce en la ausencia completa de inflamación marginal
, pero suele no ser descubierta hasta que no se sobre-
agrega al proceso degenerativo . El primer indicio que

que el paciente tiene de la presencia de parodontosis, es un súbito desplazamiento patológico simétrico de los dientes por lo común los primeros molares permanentes, luego los dientes anteriores. La parodontosis no se reconoce clínicamente en sus fases incipientes, el primer signo clínico definido observado por el odontólogo es, una bolsa profunda con frecuencia en un solo diente, - con el hueso del diente adyacente normal. En realidad, - este es el comienzo de la fase final en el desarrollo de la enfermedad, en este punto, los líquidos, microorganismos y residuos alimenticios penetran en la bolsa y aparecen los síntomas inflamatorios, a medida que la parodontosis avanza desde sus etapas iniciales se observa, resorción ósea antes de que halla bolsa clínica. Las alteraciones óseas comienzan en la cresta del proceso alveolar, o cerca de ella. La emigración o desplazamiento patológico de los dientes, a menudo va acompañada por la extrusión de los dientes afectados.

Los cambios degenerativos en el tejido conectivo del ligamento parodontal o la formación de tejido de granulación generan presión sobre la superficie del diente, y - forzan la corona dental fuera de su posición y con frecuencia la extruyen hacia un lugar donde la fuerza oclusal tiene efecto traumático sobre el tejido de soporte,

el trauma complica las condiciones patológicas y accelera el aflojamiento del diente . En la parodontosis no-suele haber dolor sino hasta que está avanzada la enfermedad , cuando se presentan las influencias traumáticas o una vez producida la bolsa .

También es frecuente la aparición de un absceso lateral en el tejido parodontal , y con frecuencia suele observarse la formación súbita de una bolsa muy profunda en, la raíz de un diente casi hasta su ápice .

PARODONTOSIS JUVENIL CON HIPERQUERATOSIS PALMOPLANTAR (Síndrome de Papillon Lefevre) .

El síndrome de Papillon Lefevre se caracteriza por la -pronunciada destrucción del hueso alveolar , tanto en -la dentadura primaria como en la permanente en algunos-casos reportados , había pérdida ósea a la edad de dos-años con exfoliación prematura de los dientes . Es fre-cuente que halla agrandamiento gingival inflamatorio , úlceras gingivales y bolsas profundas , aunque a veces no hay inflamación y solo está afectada la dentadura -permanente . Las lesiones cutáneas características con-sisten en la queratosis de la palma de manos y planta de

los pies (hiperqueratosis palmoplantar) .

ETIOLOGIA .

Es desconocida , se cree que la enfermedad es familiar- probablemente transmitida como una característica recesiva autosómica .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS .

Las radiografías de pacientes con parodontosis revelan diversos grados de bolsas verticales , con pérdida ósea alveolar y ensanchamiento del espacio del ligamento parodontal . Esta bolsa vertical cuya pérdida ósea suele ser más extensa en un diente que en el adyacente , difiere de la pérdida ósea horizontal de la parodontitis .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO .

El primer paso en el tratamiento de la parodontosis es la extracción del diente cuyo pronóstico sea decididamente malo a causa de su aflojamiento o la pérdida de soporte o porque se han alejado tanto de su posición que no pueden ser utilizados . También se extraerán los dientes que hayan erupcionado tanto que sea imposible establecer nuevamente la oclusión . Algunos dientes pa-

recen insalvables cuando hay inflamación y es frecuente que la radiografía revele considerable pérdida de hueso alveolar .

En la parodontosis el pronóstico de la enfermedad es menos favorable que el de otros tipos de enfermedad parodontal , los diversos factores que entran en su etiología hace que sea muy difícil de manejar , y al mismo tiempo , la corrección de los trastornos sistémicos no siempre tiene éxito en una respuesta inmediata de la lesión parodontal .

Capitule 4

Curetaje Gingival

CURETAJE GINGIVAL .

La técnica de raspaje y curetaje es el procedimiento básico más comúnmente empleado para la eliminación de las bolsas parodontales y el tratamiento de la enfermedad gingival . Consiste en el raspaje para eliminar los cálculos , placa y otros depósitos , el aislado de la raíz para emparejarla y eliminar la substancia dental necrótica , y el curetaje de la superficie interna de la pared gingival de las bolsas parodontales para desprender el tejido blando enfermo .

INDICACIONES .

I.- Eliminación de bolsas supraóseas en las cuales la profundidad de la bolsa es tal que los cálculos que están sobre la raíz se pueden examinar por completo mediante la separación de la pared de la bolsa con un chorro de aire o una sonda . Para que el raspaje y curetaje tenga éxito , la pared de la bolsa debe ser edematosa para que se contraiga hasta la profundidad del surco normal- si la pared de la bolsa es firme y fibrosa , se precisa el tratamiento quirúrgico para eliminar la bolsa , porque la pared fibrosa no se contraerá lo suficiente después del raspaje y curetaje .

2.- La mayoría de las gingivitis , excepto el agranda -
miento gingival .

El raspaje y curetaje también es una de las técnicas del
tratamiento de las bolsas infraóseas .

ELIMINACION DE LA BOLSA POR RASPAJE Y CURETAJE .

En la eliminación de la bolsa , es preciso tener un plan
de procedimiento antes de comenzar la operación, como -
guía para el tratamiento , las bolsas parodontales se -
pueden dividir en tres zonas fundamentales .

ZONAS CRITICAS EN LA ELIMINACION DE LA BOLSA .

ZONA I. - PARED BLANDA DE LA BOLSA Y EPITELIO DE UNION.

La pared blanda de la bolsa está inflamada y presenta -
diversos grados de degeneración y ulceración , en esta-
zona determinese lo siguiente : si la pared de la bolsa
se extiende en línea recta desde el margen gingival o -
si sigue el trayecto alrededor del diente .

El número de superficies dentales que abarca la bolsa .

La localización del fondo de la bolsa sobre la superfi-
cie dental , y la profundidad de la bolsa.

La relación de la pared de la bolsa con el hueso alveo-
lar .

Si es toda la bolsa coronaria a la cresta del hueso (bolsa supraósea) , o hay hueso en el sector lateral de la bolsa (bolsa infraósea) .

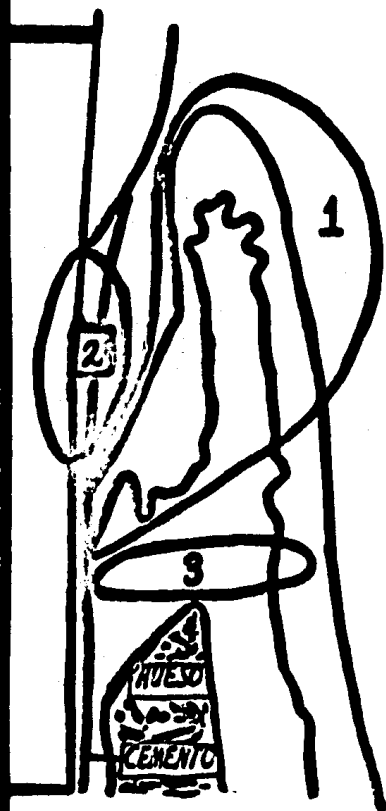
ZONA 2 .- SUPERFICIE DENTAL .

Adheridos a los dientes hay cálculos y otros depósitos de la superficie dental , en cantidad y textura variables. Por lo general el cálculo superficial es de consistencia arcillosa , visible y se desprende fácilmente mediante una instrumentación bien hecha . Sin embargo en la profundidad de la bolsa , el cálculo es duro y muy adherido a las superficies . En la porción coronaria de la raíz , el cemento es sumamente fino y se suele formar un reborde en la unión amelocementaria , el cual debe ser tenido en cuenta cuando se raspe el diente ya que la superficie del cemento puede estar ablandada por la caries . Las bolsas propiamente dichas contienen bacterias , productos de la descomposición de alimentos y cálculos , todo esto en un medio mucoso viscoso , y puede haber pus o no . En esta zona determinese lo siguiente :

1.- Extensión y localización de los depósitos .

2.- Estado de la superficie dental , presencia de zonas

ZONAS CRITICAS EN LA ERRADICACION DE LA BOLSA : IZQUIERDA ,BOLSA SUPRAOSEA:
 DERECHA ,BOLSA INFRAOSEA . ZONA 1 : PARED BLANDA Y EPITELIO DE UNION .
 ZONA 2: SUPERFICIE DENTAL .
 ZONA 3 : TEJIDO CONECTIVO ENTRE LA PARED DE LA BOLSA Y EL HUESO .



BOLSA SUPRAOSEA

BOLSA INFRAOSEA .



FIGURAS 10 Y 11 .

ablandadas , erosionadas .

3.- Accesibilidad de la superficie dental para la instrumentación necesaria .

ZONA 3.- TEJIDO CONECTIVO ENTRE LA PARED DE LA BOLSA Y EL HUESO .

En esta zona , determínese si el tejido conectivo es blando y friable , o firme y unido al hueso , esto es una consideración importante en el tratamiento de las bolsas infraóseas .

TECNICA DE RASPAJE Y CURETAJE .

La eliminación de la bolsa debe ser sistemática , y comenzar en una zona y seguir un orden hasta ser tratada toda la boca , por lo general el tratamiento comienza en la zona molar superior derecha , salvo que se precise con urgencia en otro sector , la cantidad de dientes que se incluyen en cada sesión varía según la habilidad del operador , la clase de paciente y la intensidad de la lesión parodontal .

PASO I .- AISLAR Y ANESTESIAR LA ZONA .

El campo se aísla con rollos de algodón o trozos de gasa , y se pincela con un antiséptico suave , como merthiolate . Durante el procedimiento del raspaje y cure-

taje , se limpia la zona intermitentemente con torundas de algodón saturadas con una mezcla de partes iguales de agua tibia y agua oxigenada al 3 por 100 , no se usan - antisépticos fuertes porque pueden producir lesión de - los tejidos y retardar la cicatrización . Se usa anestesia tópica por infiltración , o reginal según las necesidades . Por lo general es suficiente usar anestésicos tópicos en la eliminación de las bolsas someras , pero para las bolsas profundas se aconseja una anestesia más profunda por inyección .

PASO 2 .- ELIMINAR LOS CALCULOS SUPRAGINGIVALES .

Eliminar los cálculos y residuos visibles con raspados superficiales , esto tendrá por consecuencia la retracción de la encía debido a la hemorragia desencadenada incluso por la instrumentación más suave .

PASO 3 . - ELIMINAR LOS CALCULOS SUBGINGIVALES .

Se introduce una cureta hasta el fondo de la bolsa , inmediatamente debajo del borde inferior y se desprende el cálculo .

PASO 4 .- AISLAR LA SUPERFICIE DENTAL .

Se usan curetas para asegurar la eliminación de depósitos profundos , de cemento necrótico , y el aislamiento -

to de las superficies radiculares . Una vez eliminados los cálculos subgingivales , la flora bacteriana de la bolsa paradental disminuye . La resosión del cemento y dentina necróticos , junto con la eliminación de los irritantes locales , prepara la raíz para que deposite tejido conectivo nuevo . En el curso de la cicatrización , es más factible que se deposite cemento nuevo sobre la superficie dentaria limpia que sobre el cemento-necrótico .

PASO 5 .- CURETEAR LA PARED DE TEJIDO BLANDO .

El curetaje se emplea para eliminar el revestimiento enfermo de la pared de la bolsa , incluso el epitelio de unión , si se deja el epitelio de unión , el epitelio de la cresta gingival proliferará a lo largo de la pared curetada para unirsele , e impedirá toda posibilidad de reinserción del tejido conectivo a la superficie radicular . Con esta finalidad , se usan curetas con bordes cortantes con los dos lados de la hoja , de modo que en la misma operación se aisle la raíz . La eliminación del revestimiento interno de la bolsa y del epitelio de unión es un procedimiento en dos etapas . Se introduce la cureta de modo que tome el tapiz interno de la pared

de la bolsa y se la desliza por el tejido blando hacia la cresta gingival . La pared blanda se sostiene con -- presión digital suave sobre la superficie externa . Después se coloca la cureta por debajo del borde cortado -- del epitelio de unión , como para sovarcarlo . Se separa el epitelio de unión con un movimiento hacia la superficie del diente . El curetaje elimina el tejido degenerado , brotes epiteliales en proliferación y tejido de -- granulación , lo cual en su conjunto forma la parte interna de la pared blanda de la bolsa , y crea una superficie de tejido conectivo cortado y sangrante . La hemorragia origina la contracción de la encía y la reducción de la profundidad de la bolsa , y facilita la cicatrización .

PASO 6 .- PULIR LA SUPERFICIE DENTAL .

Las superficies radiculares y superficies coronarias adyacentes , se pulen con tazas pulidoras de goma con Zircate mejorado o una pasta de piedra pómez fina con agua , la flexibilidad de la taza de goma permite que llegue a la zona subgingival sin traumatizar los tejidos , En -- este momento no se usan cepillos para pulir las superficies radiculares por lo difícil que es no lesionar los tejidos blandos . Una vez pulidas las superficies radi-

culares , el campo se limpia con agua tibia y se ejerce presión suave para adaptar la encía al diente , el uso de barniz para tejidos , para cubrir la zona es opcional . Se le recomienda al paciente , seguir sus hábitos normales de alimentación , evitando los irritantes , alimentos enlatados , alcohol , cigarro , grasas , etc . Y que tenga en cuenta que sentirá cierta molestia durante algunos días . Deberá prestar atención especial a la limpieza de sus dientes , limpieza que primero será suave y luego se aumentará gradualmente el vigor del cepillado , la limpieza interdental y el uso del hilo , seguido de irrigación con agua .

ASPECTO DE LA ENCIA DESPUES DE UNA SEMANA

La altura de la encía desciende por efecto de la contracción y desplazamiento de la posición del margen gingival , también la encía esta algo más enrojecida que lo normal , porque hay más vascularización asociada a la cicatrización .

ASPECTO DE LA ENCIA DESPUES DE DOS SEMANAS

En este momento , si el paciente hace la fisioterapia adecuada , se consiguen color , consistencia, textura superficial y contorno de la encía normales y el margen gingival esta bien adaptado al diente .

CAPITULO 5

Gingivectomia

GINGIVECTOMIA

La gingivectomía es la excisión de la encía . Es una -- operación de dos tiempos que consiste en la eliminación de la encía enferma y el raspaje y aislamiento de la su perficie radicular . Al eliminar la pared enferma de la bolsa que oculta la superficie dental , proporciona la- accesibilidad y visibilidad fundamentales para la remo- sión completa de los depósitos superficiales irritantes y el aislamiento a fondo de las raíces . Al eliminar el tejido enfermo y los irritantes locales , crea un medio favorable para la cicatrización gingival y la restaura- ción de un contorno gingival fisiológico .

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES .

La técnica de la gingivectomía está indicada en los si- guientes casos :

I.- Eliminación de bolsas supraóseas profundas en las - cuales los depósitos se hallan sobre la raíz no pueden- verse en su totalidad cuando la pared de la bolsa es se parada con una sonda o con un chorro de aire tibio .En bolsas profundas o inaccesibles , los cálculos no pueden ser totalmente eliminados mediante raspadores manuales-

si el operador confía solamente en la sensación táctil.

2.- Eliminación de todas las bolsas supraóseas, independientemente de su profundidad , si la pared de la bolsa es fibrosa y firme . Debido a que el tejido gingival fibroso no se retrae después del raspaje y curetaje , es necesario recurrir a alguna forma de tratamiento quirúrgico para eliminar la bolsa .

3.- Eliminación de agrandamientos gingivales .

4.- Eliminación de abscesos paradontales supraóseos .

CONTRAINDICACIONES PARA LA TECNICA DE GINGIVECTOMIA .

1.- La necesidad de hacer cirugía ósea o sólo el examen de la forma del hueso y sus modificaciones .

2.- Localización del fondo de la bolsa por apical a la unión mucogingival .

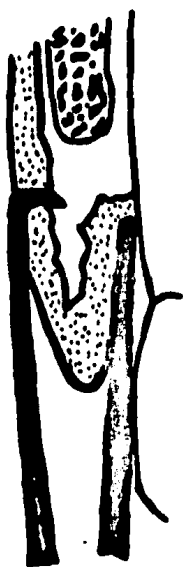
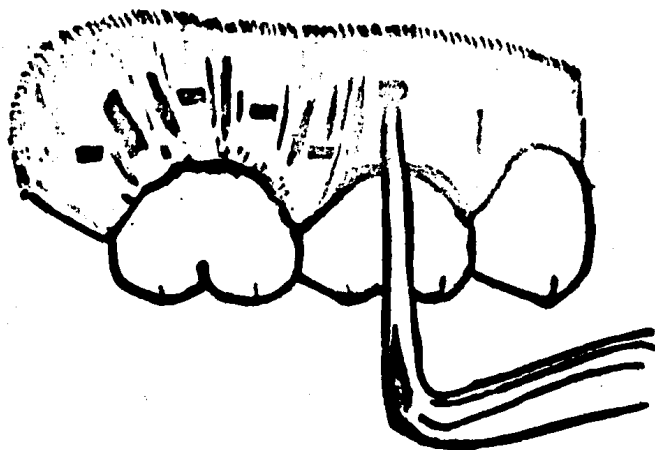
PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA GINGIVECTOMIA (PASO A PASO).

MARCAR LAS BOLSAS.

Las bolsas de cada superficie se exploran con una sonda paradontal y se marcan con una pinza marcadora de bolsas.

El instrumento se sostiene con el extremo marcador alineado con el eje mayor del diente , el extremo recto se

LA PINZA MARCADORA DE BOLSAS NÚMERO 27 G HACE PERFORACIONES PUNTIFORMES QUE INDICAN LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA .



A



B

MARCACION DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA SUPRAOSEA . A , PINZA MARCADO - RA DE BOLSAS EN POSICION .

B , LA INCISION BISELADA SE EXTIEN - DE POR APICAL A LA PERFORACION HECHA POR LA PINZA MARCADORA .

FIGURAS 12 Y 13 .

introduce hasta la base de la bolsa y el nivel se marca al unir los extremos de la pinza , produciendo un punto sangrante en la superficie externa . Las bolsas se marcan sistemáticamente comenzando por la superficie distal del último diente , siguiendo por la superficie vestibular , yendo hacia la línea media , este procedimiento se repite en la superficie lingual , cada bolsa se marca en varias partes , para dibujar su surco en cada superficie .

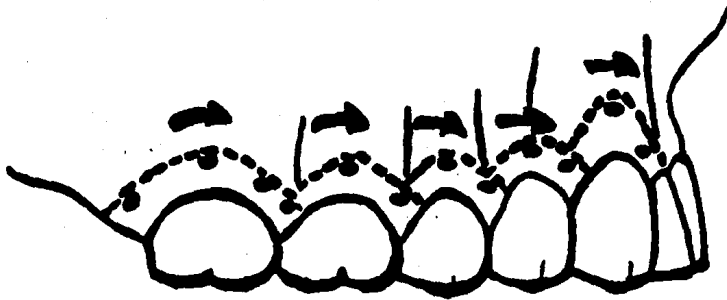
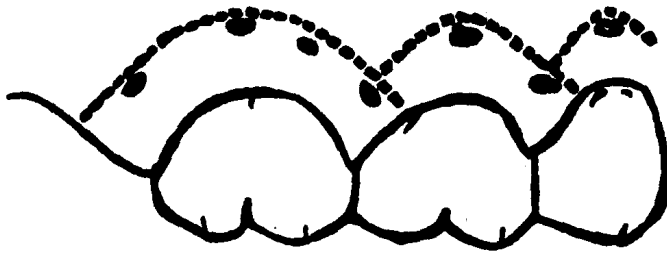
CORTE DE LA ENCIA

La encía puede cortarse con bisturíes parodontales , escalpelo o tijeras . La remoción de la encía enferma es una parte importante de la gingivectomía . Se usan bisturíes parodontales para las incisiones en las superficies vestibulares , linguales y distales al último diente del arco . Los bisturíes parodontales interdientales - números 22 G y 23 G se usan para complementar las incisiones donde se precise , los bisturíes Bard - Parker - II y I2 , el bisturí de Kirkland K 15, K 16 , y las tijeras se usan como instrumentos auxiliares .

INCISIONES CONTINUA Y DISCONTINUA .

La incisión discontinua se comienza en la superficie vesu

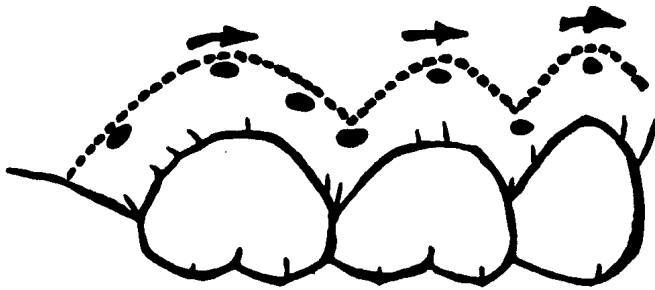
INCISION DISCONTINUA APICAL AL FONDO DE LA BOLSA INDICADA POR MARCAS PUNTIFORMES .



CUADRANTE INCIDIDO CON INCISION DISCONTINUA , QUE SIGUE LA DESVARGACION DE CADA BOLSA , POR APICAL A LAS MARCAS PUNTIFORMES .

FIGURAS 14 Y 15 .

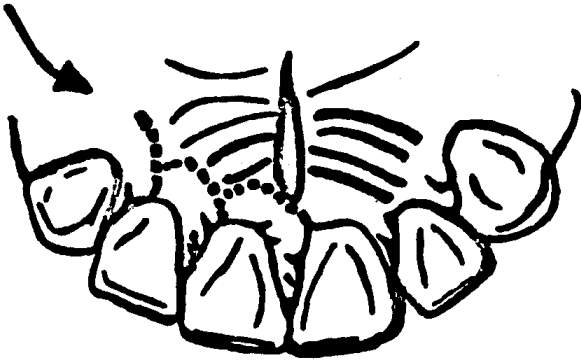
INCISION CONTINUA QUE COMIENZA EN EL MOLAR
Y SE EXTIENDE HACIA ADELANTE
SIN INTERRUPCION .



INCISIONES DISCONTINUAS EN LA SUPERFICIE PALATINA
QUE SIGUEN LOS CONTORNOS DE LAS BOLSAS PERIODONTA-
LES PROFUNDAS EN LOS MOLARES .

FIGURAS 16 Y 17 .

INCISIONES HECHAS A LOS LADOS DE LA PAPILA INCISIVA .
A, LA INCISIÓN DISCONTINUA EVITA CORTAR A TRAVÉS DE LA -
PAPILA INCISIVA .
B, UNA VEZ ELIMINADAS LAS BOLSAS .



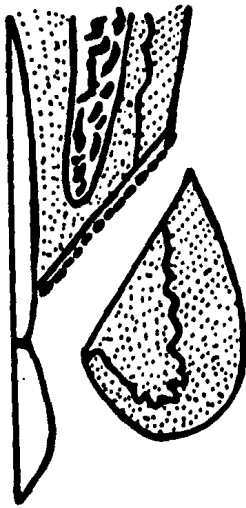
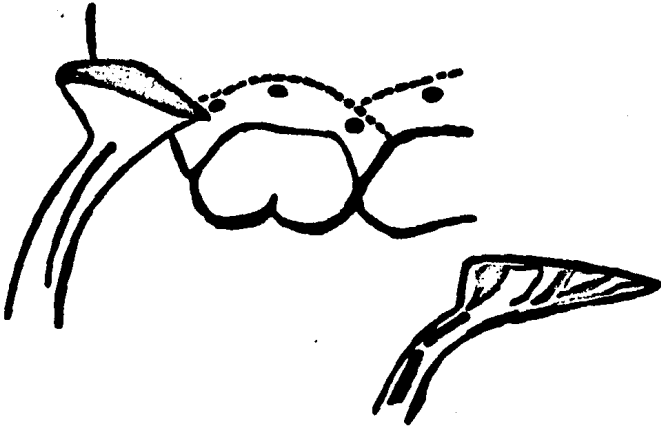
A



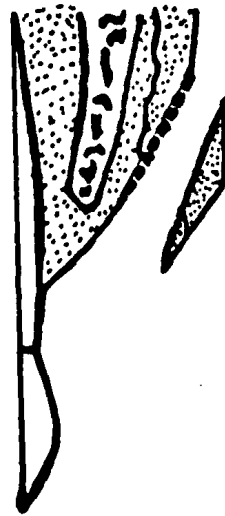
B

FIGURAS 18 Y 19 .

INCISION DISTAL BISELADA EN EL MAXILAR-
SUPERIOR, CON UN BISTURI PERIODONTAL -
NUMERO 20 G .



A



B

LA INCISION BISELADA PARA LA ELIMINACION DE BOLSAS PALATINAS ABULTADAS .
A, RESECCION DE ENCIA ABULTADA EN LA SUPERFICIE PALATINA DEL PRIMER MO-
LAR SUPERIOR, CON LA INCISION BISELADA .

B, A VECES CUANDO NO ES POSIBLE OBTENER EL CONTORNO APROPIADO CON UNA SO-
LA INCISION , SE REQUIERE UNA SEGUNDA INCISION CORRECTORA . FIGURAS 20 Y 21 .

tibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia adelante , siguiendo el curso de las bolsas , extendiéndose a través de la encía interdental hasta el - ángulo distovestibular del diente que sigue , la otra in ci si ón se comienza ahí donde la anterior cruza el espacio interdental , y se lleva hasta el ángulo distovesti**u** b u l a r del diente que sigue , las incisiones individuales se repiten en cada diente por operar .

LA INCISION CONTINUA .

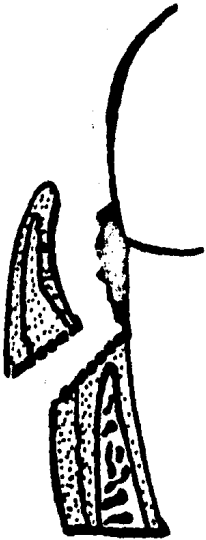
Se comienza en la superficie vestibular del último di e n te y se lleva hacia adelante sin interrupción , si g u i e n d o el curso de las bolsas . Una vez hechas las incisiones en la superficie vestibular , el proceso se repite en la superficie lingual . Para evitar la lesión de los vasos y nervios del conducto incisivo y también para e s t a b l e c e r un mejor contorno gingival posoperatorio , las incisiones se harán a los lados de la papila incisiva , no en sentido horizontal a través de ella .

INCISION DISTAL .

Una vez concluidas las incisiones vestibular y lingual , se les une mediante una incisión en la superficie di s t a l del último diente erupcionado . La incisión distal -

LA INCISION DISTAL EN LA MANDIBULA UNE LAS INCISIONES VESTIBULAR Y LINGUAL (LINEAS DE TRAZOS) .

CIRCULO ,LA INCISION DISTAL SE BISELA (FLECHA) DE MODO QUE COINCIDA CON LOS BISELES DE LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL .



LA ELIMINACION COMPLETA DE LA PARED DE LA BOLSA ASEGURA LA EXPOSICION DE LA BOLSA .

FIGURAS 22 Y 23 .

se hace con un bisturí paradontal colocado debajo del fondo de la bolsa y se bisela de manera que una de las incisiones vestibular y lingual .

COMO SE HACE LA INCISION .

Se inicia la incisión por apical a los puntos que marcan la profundidad de las bolsas , haciéndola llegar en dirección coronaria , hasta un punto entre la base de la bolsa y el margen óseo . Debe estar lo más cerca posible del hueso sin exponerlo , para eliminar el tejido blando coronario al hueso .La eliminación del tejido blando que está entre el fondo de la bolsa y el hueso es importante porque :

- 1) Brinda la mayor posibilidad de eliminar la totalidad del epitelio de unión .
- 2) Asegura la exposición de todos los depósitos radiculares del fondo de la bolsa .
- 3) Elimina el tejido fibroso excesivo que interfiere la consecución del contorno fisiológico cuando la encía cicatriza .

No es conveniente que se exponga hueso , si ello ocurriera , la cicatrización no ofrece problemas si la zona es

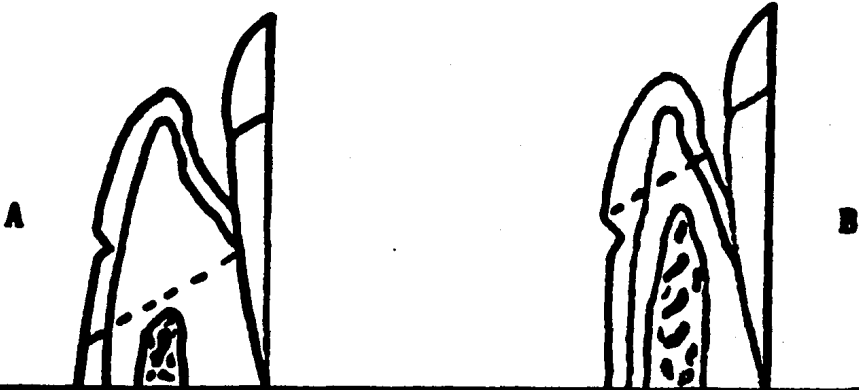
cubierta adecuadamente con el apósito parodontal , Al -
gunos autores recomiendan que la incisión sea hecha I a
2 mm coronariamente al fondo de la bolsa para reducir -
la exposición radicular potencial posterior a la cicat -
rización y limitar la destrucción de los tejidos que -
ocurre inmediatamente debajo de la línea como parte de -
la reacción tisular a la agresión . La incisión se hará
biselada aproximadamente a 45 ° con la superficie dental,
esto es muy importante donde las paredes de las bolsas -
están agrandadas y son fibrosas , como sucede en la su -
perficie palatina de la zona molar . El bisel mal hecho
deja una meseta fibrosa que demanda más tiempo del que -
normalmente se precisa para que se forme el contorno fi -
siológico . Mientras tanto la acumulación de placa y -
alimentos, puede dar lugar a la recidiva de bolsas .
En la medida de lo posible , la incisión debe recrear -
la forma festoneada normal de la encía , pero ello no -
significa dejar intacta parte de la pared de la bolsa .
La bolsa enferma debe eliminarse por completo , incluso
si esto demanda apartarse de la forma normal de la encía.
La incisión debe traspasar completamente los tejidos -
blandos , en dirección del diente , las incisiones in -
completas hacen difícil el desprendimiento de la pared-

Figuras 24 y 25

INCISION CORRECTA E INCORRECTA

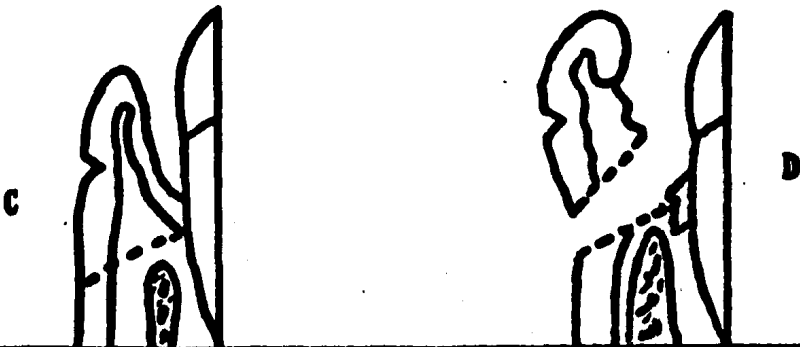
A , LA INCISION CORRECTA ES APICAL AL FONDO DE LA BOLSA ES BISELADA Y ATRAVIESA COMPLETAMENTE EL TEJIDO BLANDO . LA MUESCA ES HECHA POR LA PINZA MARCADORA DE LA BOLSA A NIVEL DEL FONDO DE LA BOLSA .

B , LA INCISION INCORRECTA NO ES SUFICIENTEMENTE PROFUNDA, DEJA PARTE DE LA BOLSA .



C , INCISION CORRECTA .

D , LA INCISION INCORRECTA NO ATRAVIESA A LOS TEJIDOS BLANDOS DEJA LENGUETAS DE TEJIDO ADHERIDAS AL DIENTE .



de la bolsa y dejan lengüetas de tejido adheridas que -
deben quitarse con tijeras o bisturí parodontal .Si du-
rante la operación se comprueba que la incisión es ina-
decuada , hay que modificarla . El error más común es -
que la incisión no está suficientemente cerca del hueso,
muchas veces quedan al descubierto cálculos profundos -
después de corregir la incisión .

DIENTES ADYACENTES A ZONAS DESDENTADAS .

Para bolsas de dientes adyacentes a una zona desdentada
se hacen las incisiones corrientes sobre las superficies
vestibular y lingual . Además se hace una incisión indi-
vidual a través del reborde desdentado por apical a las
bolsas y cerca del hueso .

ELIMINACION DE LA ENCIA MARGINAL E INTERDENTAL .

Comenzando en la superficie distal del último diente --
erupcionado , se desprende del margen gingival por la -
línea de incisión , con una azada quirúrgica número 19G
y raspadores 3 G y 4 G , se introduce el instrumento --
profundamente en la incisión hasta llegar a la superfi-
cie del diente y se mueve en dirección coronaria con un
movimiento lento y firme .

APRECIAR EL CAMPO OPERATORIO .

A medida que se elimina la pared de la bolsa y se limpia el campo , se observan las siguientes estructuras :

1.- Tejido de granulación de aspecto globular .

2.- Algunos cálculos remanentes que pueden extenderse hasta donde estaba insertada la bolsa . El cálculo es pardo obscuro, de consistencia sólida , pero algunas partículas son casi del mismo color de la raíz .

3.- Una zona clara semejante a una banda sobre la raíz-
donde se inserta la bolsa .

Otras características que se observan en este momento -
son el ablandamiento de la superficie radicular , inden-
taciones producidas por la resorción celular y protube-
rancias cementarias .

ELIMINACION DEL TEJIDO DE GRANULACION .

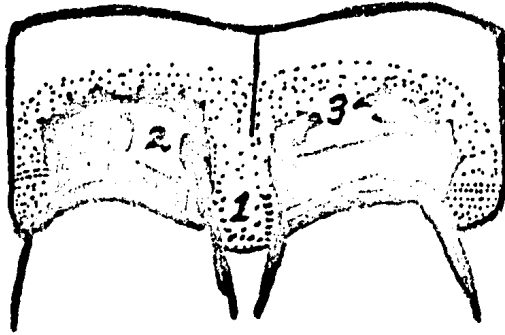
El tejido de granulación será eliminado antes de comen-
zar el raspaje minucioso , para que la hemorragia prove-
niente del tejido de granulación no estorbe la opera --
ción de raspado . Con este proposito se utilizan cure--
tas , la cureta es guiada sobre la superficie dental y -
por debajo del tejido de granulación , para separarlo -
del hueso subyacente , La eliminación del tejido de gra

nulación dejará al descubierto la superficie del hueso-subyacente o una capa de tejido fibroso que lo cubre .

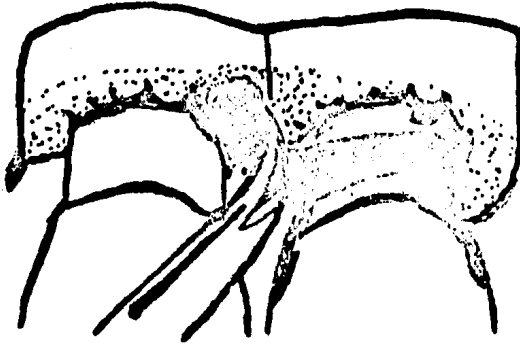
ELIMINACION DEL CALCULO Y LA SUBSTANCIA RADICULAR NECROTICA .

Se elimina el cálculo y el cemento necrótico y se aísla la superficie radicular con raspadores y curetas . El éxito de la gingivectomía depende en gran medida de la minuciosidad con que se raspe y aisle la raíz , esto de derá hacerse inmediatamente después de que se retiró el tejido de granulación , y no se dejara para sesiones fu turas por las siguientes razones :

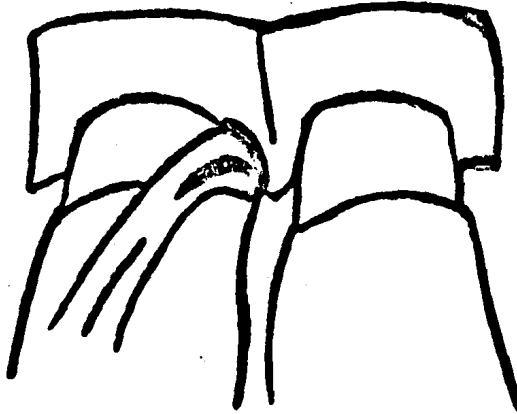
- 1.- Las raíces son más visibles y accesibles una vez eli minado el tejido de granulación .
- 2.- La encía no cicatrizará adecuadamente si se dejan de depositos sobre las raíces hasta la sesión siguiente , de de cuando estarán enmascarados por encía inflamada .



A



B



C

FIG 26 .

DESPUES DE ELIMINAR LA PARED DE LA BOLSA :

**A, CAMPO DE OPERACION INMEDIATAMENTE DESPUES DE ELIMINAR LA -
PARED DE LA BOLSA .**

1) TEJIDO DE GRANULACION .

2) CALCULO Y OTROS DEPOSITOS RADICULARES . .

3) ESPACIO CLARO DONDE SE INSERTABA EL FONDO DE LA BOLSA .

**B, TEJIDO DE GRANULACION ELIMINADO CON CURETA PARA VER CON CLARU
DAD LAS SUPERFICIES RADICULARES .**

C, SUPERFICIES RADICULARES RASPADAS Y AISLADAS .

HIGIENE PREVIA A LA COLOCACION DEL APOSITO

Antes de colocar el apósito parodontal , se observa cada superficie , de cada órgano dentario para detectar restos de cálculos o tejido blando , después de lo cual la zona se lava varias veces con agua tibia (bidestilada) y se cubre con un trozo de gasa doblado en forma de U , se indica al paciente que ocluya sobre la gasa , la cual se deja puesta hasta que cese la hemorragia , la hemorragia persistente interfiere la adaptación y colocación del apósito parodontal , por lo general proviene de un punto sangrante parcialmente cubierto por el coágulo , se quita el coágulo con una torunda de algodón empapada en agua oxigenada , después se ejerce presión sobre el punto sangrante con la torunda de algodón , si la hemorragia es interproximal , se acuña el algodón en tre los dientes .

EL COAGULO SANGUINEO

Antes de colocar el apósito , la superficie cortada debe estar cubierta por el coágulo . El coágulo protege la herida y proporciona un andamio para los nuevos vasos sanguíneos y células de tejido conectivo que se forman durante la cicatrización . El coágulo no debe ser muy vo

luminoso , el exceso de coágulo entorpece la retención del apósito parodontal además es un medio excelente para la proliferación de bacterias y aumenta la posibilidad de infección y retarda la cicatrización , esto permite que el epitelio crezca hacia la raíz , lo cual limita la altura de la inserción de tejido conectivo .

GINGIVOPLASTIA .

La enfermedad gingival y parodontal con frecuencia produce deformaciones en la encía que entorpece la excursión normal de los alimentos , acumula placa irritante y residuos de alimentos , prolonga y agrava el proceso patológico , Grietas gingivales , cráteres , papilas dentales en forma de meseta causada por la gingivitis ulceronecrosante aguda y agrandamientos gingivales son ejemplos de tales deformaciones .

La remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos es la gingivoplastia .

La técnica de gingivoplastia es similar a la de gingivectomía , sin embargo su finalidad es diferente . La técnica de gingivectomía se realiza para eliminar bolsas parodontales e incluye el remodelado como parte de ella .

La gingivoplastia se efectúa cuando no hay bolsas parodontales , con el único propósito de remodelar la encía. La gingivoplastia se puede hacer con bisturí parodontal , escalpelo , piedras rotatorias de diamante , de grano grueso , o electrocirugía .

Se compone de procedimientos que se asemejan a los realizados en el festoneado de dentaduras artificiales ; - afinamiento del margen gingival , creación de un contorno marginal festoneado , adelgazamiento de la encía insertada y creación de surcos interdentes verticales, y remodelado de la papila interdental para proporcionar vías de escape a los alimentos .

CONCLUSIONES

Es evidente que existe mayor necesidad de analizar el mantenimiento y tratamiento de los tejidos parodontales, así como de la cavidad bucal en general y decidir el grado en que cada paciente lo requiere .

Las campañas de salud dental orientadas hacia la preven - ción de enfermedad parodontal y caries , deben ser inten - sas en las escuelas primarias , en los centros de salud y otros medios educativos e informativos .

Sin embargo , desde el punto de vista de salud pública el control de la enfermedad parodontal es un problema muy - grande , ya que en la población existe negligencia , fal - ta de interés , y pocos conocimientos que se tienen acerca del papel importante que tiene una dieta balanceada , y - hábitos higiénicos para el mantenimiento de una salud bu - codental .

Lamentablemente se observa , que solamente ante la presen - cia de síntomas molestos el individuo acude a consulta , - cuando esta enfermedad puede ser evitada con algunas senci - llas medidas de prevención poco costosas aplicadas en casa tal como una buena técnica de cepillado , el uso de otros aditamentos como son ; el hilo dental y pastillas revelado

ras de placa bacteriana .

Estudios realizados muestran que en muchas personas mayores de 40 años la enfermedad parodontal ha sido la causa más frecuente de pérdida de órganos dentales , al compararla con la caries . Su principio en realidad ocurre más tempranamente ya que los primeros signos inflamatorios - aparecen en la juventud y pasan inadvertidos por mucho tiempo o puede suceder que siendo descubiertos no se haga nada para eliminarlos , porque para muchos pacientes , el control de la placa bacteriana exige fuerza de voluntad y habilidad manual que resulta ser difícil .

También es importante mencionar , que en la población se encuentran muchos casos de encías inflamadas en forma aguda o crónica (por irritantes locales y otros factores sistémicos) , que se agravan por el consumo excesivo de tabaco y alcohol .

Probablemente el factor que podrá ser de gran ayuda , para evitar el alto índice de enfermedad parodontal , definitivamente es la educación (en cuanto a higiene bucal y hábitos) , de los pacientes desde temprana edad , para que estén concientes de la importancia que tiene mantener su salud bucodental , mediante la prevención .

BIBLIOGRAFIA

CARRANZA , Fermin A. , Periodontología de Glicknan ,
Editorial Interamericana , México 1983.

SCHLUGER , Saul , Roy C. Page . , Enfermedad Parodontal,
Editorial Continental , México 1982 .

GOLDMAN , Henry M . , Periodoncia Parodontología ,
Editorial Interamericana , México 1980 .

GRINSPAN , D . , Enfermedades de la Boca , Tomo I ,
Editorial Mundi , Buenos Aires 1982 .

KAY , L . W. , Atlas de enfermedades Orofaciales ,
Editorial Científico - Médico , Barcelona España 1972 .

SHAPER, William G . , Tratado de Patología Bucal ,
Editorial Interamericana , México 1982 .

STONE , Stephen . , Periodontología ,
Editorial Nueva Interamericana , México 1980 .

PRICHARD , John F . , Enfermedad Periodontal Avanzada -
Tratamiento Quirúrgico y Protésico ,
Editorial Labor , Barcelona España 1971 .

PETIT , Henry . , Parodontología Nociones Fundamentales
y Problemas Prácticos ,
Editorial Barcelona España 1971 .

BEESON , P. B. y McDermott . , Tratado de Medicina Inter
na ,
Editorial Interamericana , México 1982 .

REVISTAS

ODONTOLOGO MODERNO

DENTAL COSMOS

ESTOMATOLOGIA Y CULTURA