

*L. S. S. S. S.*  
733

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A**

**PORFIRIO**

**NIETO**

**CRUZ**

**México, D. F.**

**1979**

**15117**



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## INTRODUCCION.

El tratamiento de los elementos periodontales es de vital importancia para mantener el estado de salud del mismo siendo la preocupación más grande del C.Dentista el dar tratamiento a las enfermedades que ataca a este, en virtud de que nos ocasiona movilidad dentaria y pérdida de dientes por exfoliación.

El tratamiento indicado en las pérdidas de los dientes es la de colocar prótesis parciales o totales. Al cuál al terminar el tiempo queda sujeto el paciente a problemas que tendrá que ir resolviendo con la ayuda del C.D. por lo cuál es necesario tener cuidado del tiempo para evitar la pérdida de los dientes y la secuela que deja esta alteración en estos elementos - - anatómicos.

## CAPITULO I.

### DEFINICION Y CLASIFICACION DE BOLSAS PERIODONTALES.

**BOLSA PERIODONTAL.** La característica de la bolsa periodontal es la profundización patológica del surco gingival; - siendo el avance progresivo de la bolsa, conduce a destrucción de los elementos periodontales (y de soporte) y provoca la exfoliación de los dientes.

### SIGNOS Y SINTOMAS.

**SIGNOS CLINICOS.-** Que indican que hay una bolsa periodontal.

- 1.- Encía marginal roja.- azulada, agrandada, con un borde enrollado separada por la superficie dentaria.
- 2.- Encía brillante.- Inflamada y con cambios de color - asociado a superficies radiculares expuestas.
- 3.- Sangrado Gingival.
- 4.- Exudado purulento en el margen gingival o su aparición al hacer presión digital sobre la superficie lateral del margen gingival.
- 5.- Movilidad dentaria.
- 6.- La aparición de diastemas donde no las había.

Por lo general la sintomatología de la bolsa periodontal es indolora pero puede generar los siguientes síntomas.

- 1.- Dolor localizado o sensación de presión después de comer, que disminuye gradualmente.
- 2.- Sabor desagradable en algunas áreas localizadas.
- 3.- Dolor irradiado en la profundidad del hueso.
- 4.- Empaquetamiento de alimentos entre los dientes.
- 5.- Sensibilidad al frío o al calor.
- 6.- Dolor dentario en ausencia de caries.

### CLASIFICACION DE BOLSAS PERIODONTALES.

Las bolsas periodontales se clasifican según la morfología y su relación con las estructuras adyacentes, como siguen.

**a).- BOLSA GINGIVAL RELATIVA.**

Una bolsa gingival, está formada por el agrandamiento de este, sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes.

El surco se profundiza a expensas del aumento de volumen de la encía.

**b).- BOLSA PERIODONTAL ABSOLUTA.**

Este es el tipo de bolsa que se produce en la enfermedad periodontal en la encía firme en el surco, se profundiza; hay destrucción de los tejidos periodontales de soporte.

Las bolsas absolutas son de dos clases.  
**SUPRAOSEAS E INFRAOSEA.**

- 1.- **SUPRAOSEAS.**- En la cual el fondo de hueso es coronal al hueso alveolar subyacente.
- 2.- **INFRAOSEA.**- En el cuál el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente.

En este tipo, la pared lateral de la bolsa esta entre la superficie dentaria y el hueso alveolar.

**CLASIFICACION POR EL NUMERO DE CARAS AFECTADAS.**

La clasificación según Glickman por el número de caras afectadas son:

- a) Simple
- b) Compuestas
- c) Compleja.

a).- Simple.- Una cara del diente

b).- Compuesta.- Dos caras del diente o más.

La base de la bolsa está en comunicación directa con el margen gingival en cada una de las caras afectadas o -- superficie del diente.

c).- Compleja.- Hay una bolsa espiralada que nace en una superficie dentaria y da vueltas alrededor del diente y afecta a una cara adicional o más.

## CAPITULO II

### HISTOPATOLOGIA.

La profundización de las bolsas periodontales presentan cambios proliferativos y degenerativos que tienen las siguientes características microscópicas.

#### PARED BLANDA.

El tejido conectivo está edematoso y densamente infiltrado con plasmocitos, linfocitos y leucocitos.

Polimorfonucleares dispersos.- Los vasos sanguíneos aumentan en cantidad, están dilatados y engurgitados.

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 células - endoteliales con capilares neoformados, fibroblastos y fibras catógenas.

La adherencia epitelial de la base de la bolsa varía en longitud en ancho y en el estado de las células epiteliales con capilares neoformados, fibroblastos y fibras - colagenas.

La adherencia epitelial de la bolsa varía en longitud en ancho y en el estado de las células epiteliales. Las - variaciones oscilan entre una banda angosta y larga y un cúmulo corto y ancho de células, las células pueden estar bien formadas y en buen estado o presentar una leve degeneración.

#### PARED LATERAL.

Los cambios degenerativos más intensos en la bolsa periodontal (se producen en la pared lateral, el epitelio de la pared lateral presenta cambios proliferativos y degenerativos destacados, los brotes 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, las células sufren degeneración vacuolar y se rompen para formar vesículas, la degeneración y necrosis progresiva del epitelio conduce a la aceleración de la pared lateral, exposición del tejido conectivo subyacente - intensamente inflamado y supuración. En algunos casos, la inflamación aguda se superpone a los cambios crónicos.

La intensidad de las alteraciones degenerativas no está necesariamente en relación con la profundidad de la bolsa puede haber ulceración de la pared lateral en bolsas someras. A veces se observan bolsas profundas en las cuales el epitelio lateral se halla intacta y presenta degeneración leve.

La degeneración de la adherencia epitelial retardaría a la formación de la bolsa y no la aceleraría.

Los cambios degenerativos más intensos en la bolsa periodontal se producen en la pared lateral, el epitelio de la pared lateral presentan cambios proliferativos y degenerativos destacados, los brotes epiteliales o cordones -- entre lazados de células epiteliales se proyectan desde la pared lateral hacia el tejido conectivo adyacente -- inflamado y con frecuencia se extiende más apicalmente que la adherencia epitelial. Estas proyecciones epiteliales, así como el resto del epitelio lateral están densamente infiltradas por leucocitos y edema de tejido conectivo inflamado. Las células sufren degeneración vacuolar y se rompen para formar vesículas, la degeneración y necrosis progresiva del epitelio conduce a la ulceración de la pared lateral, exposición del tejido conectivo subyacente intensamente inflamado aguda se superpone a los cambios crónicos.

La intensidad de las alteraciones degenerativas no está necesariamente en relación con la profundidad de la bolsa. El epitelio de la cresta de la bolsa periodontal, por lo general está intacta y engrosada, con brotes epiteliales prominentes, cuando la inflamación aguda se produce sobre la superficie de la bolsa periodontal, la cresta de la encía degenera y se necrosa.

#### COMO SE RECONOCE UNA BOLSA PARADONTAL.

El estado de la pared blanda lateral de la bolsa periodontal entre los cambios tisulares destructivos.

Los cambios destructivos se refiere a exudado inflamatorio celular y líquido; y los cambios degenerativos estimula la irritación.

Los cambios constructivos consisten en la formación de células conectivas, fibras colágenas y vasos sanguíneos en un esfuerzo a los tejidos por inflamación.

La presencia de irritantes locales no permiten la cicatrización de la bolsa.

El equilibrio existente entre los cambios exudativos y constructivos es el que determina los cambios de color, consistencia y textura superficial de la pared de la bolsa, si es predominante el líquido inflamatorio y el exudado celular y fibras conectivas neoformadas la pared de la bolsa será firme y rosado.

Clinicamente la primera es denominada bolsa edemática y la segunda fibrosa.

El aspecto exterior de una bolsa periodontal puede ser -- engañosa por no ser signo verdadero de lo que sucede en la pared de la bolsa. Los cambios en el sector interno. Desde fuera, la bolsa aparece rosado y fibrosa, a pesar de la degeneración que sucede por dentro.

#### EL CONTENIDO DE LAS BOLSAS PERIODONTALES.

Las bolsas periodontales contienen residuos que son principalmente microorganismos y sus productos (enzimas, endotoxinas y otros) productos metabólicos placa dentaria, líquido gingival, resto de alimento, mucina saliva, células epiteliales descamadas y leucocitos.

Por lo general, los cálculos cubiertos de placa se proyectan desde la superficie dentaria. Si hay exudado purulento, necrótico (predominantemente polimorfonucleares), bacterias vivas y muertas, suero y una cantidad escasa de fibrina.

Hay una tendencia a exagerar la importancia del exudado purulento y a considerarlo como equivalente a gravedad de la enfermedad periodontal puesto que es un hallazgo alarmante, los primeros observadores supusieron que era la causa del aflojamiento y exfoliación de los dientes. El pus es una característica común de la enfermedad periodontal, pero solo es un signo secundario.

#### PARED RADICULAR.

La superficie radicular de las bolsas periodontales experimentan cambios que son importantes porque pueden generar dolor y complicar el tratamiento periodontal. En la superficie radicular pueden producirse los cambios que siguen.

## ALTERACIONES COMENTARIAS.

A medida que la bolsa se profundiza, el cemento se descalcifica y en algunos casos se produce la remoción de la matriz colágena y pérdida de cemento.

Al quedar expuesto a la cavidad bucal, puede haber un intercambio de componentes orgánicos en la interfase cemento saliva, produciendo una superficie hipermineralizada de cemento.

La dureza del cemento varía en diferentes áreas de un mismo diente y un diente a otro. La dureza de los cálculos varía, pero generalmente es mayor que la del cemento.

La permeabilidad de la pared cementaria de la bolsa está alterada aumenta el contenido de calcio y magnesio y el fósforo aumenta o disminuye; aparecen gránulos patológicos en el cemento y la dentina, también puede haber desintegración del cemento en la unión a melodontinaria.

## CARIES RADICULAR.

La lesión del cemento va seguida de la penetración de bacterias en los túbulos dentinarios, con lo consiguiente -- destrucción de la dentina. En casos graves, grandes trozos de cemento necrótico se desprenden del diente y se separan de él por masas de bacterias.

Las caries radicular conducen a la pulbitis sensibilidad a cambios térmicos y dulces, o dolores intensos. Es bueno tener presente que las caries radiculares pueden ser la causa del dolor dentinario en pacientes con enfermedad periodontal y sin manifestación de lesión coronaria.

## CAMBIOS PULPARES ASOCIADOS A BOLSAS PERIODONTALES.

La propagación de la infección de las bolsas periodontales pueden producir cambios patológicos en la pulpa. Tales cambios originan sistemas dolorosos o afectan adversamente a la respuesta de la pulpa o procedimientos de restauración.

La lesión de la pulpa en la enfermedad periodontal se produce en el foramen apical o los canales laterales de la raíz, una vez que se ha difundido desde la bolsa a través del ligamento periodontal. Atrofia o hipertrofia de la capa odontoblástica, hiperemia, infiltración leucocitaria, calcificación intersticial y fibrosis.

Son los cambios pulpares que se producen en esos casos.

## RECESION GINGIVAL Y PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.

La magnitud de la recesión, generalmente, pero no siempre, se correlaciona con la profundidad de la bolsa.

Esto es porque grado de recesión 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 HUESO ALVEOLA.

Normalmente la distancia entre la adherencia epitelial y el hueso alveolar es relativamente constante. En la enfermedad periodontal, la distancia varía considerablemente 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 separado por una zona ancha de tejido de granulación.

## BOLSAS INFRAOSEAS.

En las bolsas infraóseas, la base es apical al nivel del hueso alveolar y la pared de la bolsa se halla entre el diente y el hueso. Es más frecuente que la bolsa infraósea se produzca en interproximal, pero se localizan así mismo 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 periodontales de soporte.

## DIFERENCIAS ENTRE BOLSAS INFRAOSEAS Y SUPRAOSEAS.

Las diferencias principales entre las bolsas infraóseas y supraóseas son las relaciones de la pared blanda con el hueso alveolar, el patrón de destrucción ósea y la dirección de las fibras transeptales del ligamento periodontal.

## CAPITULO III.

### TEORIA Y FORMACION DE LA BOLSA PERIODONTAL.

Las teorías que siguen al respecto al desarrollo de las bolsas periodontales se presentan como información de base útil para la interpretación de conceptos actuales y futuros.

I.- La Destrucción de las Fibras Gingivales es un requisito previo para el comienzo de la formación de la bolsa. Este concepto concentra la atención en la migración de las fibras gingivales. El argumento es que la proliferación de la adherencia epitelial a lo largo de la raíz solo puede producirse si las fibras gingivales subyacentes se destruyen. Estas fibras gingivales son consideradas como una barrera a la tendencia migratoria normal del epitelio en la base del surco, y se cree que su degeneración y necrosis es secundaria a la inflamación gingival o la acción de enzimas bacterianas como la hialuronidasa. En cuanto las fibras más superiores son disueltas y absorbidas, el epitelio prolifera a lo largo de la raíz hasta alcanzar las fibras sanas.

GOETTLIEB Y ORBAN.- Han rebatido este concepto, apuntan hacia áreas de resorción dentaria idiopática reparada inmediatamente debajo la adherencia epitelial y observan que, puesto que la resorción del diente fomentaba el desprendimiento de las fibras gingivales, la reparación no hubiera sido posible si el epitelio hubiera proliferado simplemente porque las fibras habían sido destruidas. Así mismo, -- señalar que cuando la adherencia epitelial se halla unida al esmalte y se separa del cemento por fibras conectivas no insertadas, en vez de fibras insertadas en el diente, no se produce la migración patológica de la adherencia epitelial.

II.- LOS PRIMEROS CAMBIOS EN LA FORMACION DE BOLSA SE PRODUCEN EN EL CEMENTO.

En condiciones fisiológicas el depósito continuo de cemento nuevo actúa como una barrera que impide la migración acelerada de la adherencia epitelial. Mientras el depósito continuo de cemento no se perturba, la migración de la adherencia epitelial a velocidad patológica no puede ocurrir, sin embargo si la superficie dentaria es de baja resistencia o si se altera el depósito normal de cemento, la inflamación o -- el trauma añaden otro daño al destruir el cemento o la encía o ambos.

Esto disuelve la conexión orgánica entre los dos y el epitelio prolifera a lo largo de la raíz hasta que se encuentran fibras intactas de tejido conectivo y cemento. En tales circunstancias la muerte del cemento la inflamación o el trauma añaden -- otro daño al destruir el cemento o la encía o ambos.

VII.- ESTIMULACION DE LA ADHERENCIA EPITELIAL POR LA INFLAMACION Y NO DESTRUCCION DE LAS FIBRAS GINGIVALES; ES EL REQUISITO PREVIO PARA EL COMIENZO DE LA BOLSA PERIODONTAL.

La destrucción de las fibras gingivales subyacentes no es un requisito previo para la migración epitelial. Estimulado por la inflamación el epitelio migra a lo largo de la raíz sin destrucción previa de la fibras gingivales intactas y se adhiere más apicalmente al cemento en áreas sin fascículos. La adherencia epitelial puede moverse entre fibras conectivas sanas enredadas en una malla epitelial y producir la degeneración secundaria de las fibras.

IV.- LA DESTRUCCION PATOLOGICA DE LA ADHERENCIA EPITELIAL, POR LA INFECCION O TRAUMA ES EL CAMBIO HISTOLOGICO INICIAL EN LA FORMACION DE LA BOLSA.

La adherencia epitelial posee pocas cualidades protectoras para salvaguardar el tejido conectivo subyacente contra la propagación de la infección. El crecimiento normal, hacia abajo del epitelio por detras de la adherencia epitelial en una área de baja resistencia sujeto a infecciones.

V.- LA BOLSA PERIODONTAL SE GENERA POR LA INVASION DE BACTERIAS EN LA BASE DEL SURCO O ABSORCION DE TOXINAS BACTERIANAS A TRAVES DEL TAPIZ EPITELIAL DEL SURCO.

Según Box.- A causa de la unión imperfecta de células epiteliales y el cemento la base del surco ofrece una defensa insuficiente controla bacterias en la base del surco, desprendimiento del epitelio y pérdida de la unión del cemento, pérdida progresiva de tejido conectivo y penetración de la bolsa en tejidos más profundos. A gentes infecciosos son capaces de profundizar la bolsa.

También Arnin Holt consideran el tapiz epitelial del surco como una barrera inadecuada contra las toxinas bacterianas que generan los cambios inflamatorios que llevan la formación de la bolsa.

## VI.- LA FORMACION DE LA BOLSA COMIENZA EN UN DEFECTO DE LA PARED DEL SURCO.

La formación y mantenimiento del surco normal del mm. de -- profundidad en el resultado de la coordinación de la degeneración del epitelio bucal y la atrofia de las papilas gingivales. La perturbación de esta correlación ya por inflamación ya por lesión conduce a la formación de la bolsa patológica.

La bolsa se forma entre el epitelio bucal del esmalte de -- centriculas. Si la degeneración de epitelio del esmalte se produce con rapidez sin ser cubierto por el epitelio bucal queda un defecto en la pared lateral del surco, que es una puerta de entrada para bacterias, con la consiguiente inflamación.

Ello induce la proliferación de las células basales del epitelio del esmalte y del epitelio bucal, que bloquea la nutrición desde el epitelio del esmalte acelera su degeneración aumenta la profundidad de la bolsa.

En algunos casos, la formación de la bolsa patológica comienza sin que la inflamación parezca intervenir. En tales casos, hay una degeneración acelerada del epitelio -- del esmalte, posiblemente de origen orgánico.

Esto va seguido de la proliferación del epitelio bucal para cubrir el defecto.

## VII.- LA PROLIFERACION DEL EPITELIO DE LA PARED LATERAL Y NO LA DEL EPITELIO DE LA BASE DEL SURCO, ES EL PRIMER CAMBIO EN LA FORMACION DE LA BOLSA PERIODONTAL.

Wilkinson considera que la proliferación epitelial como un cambio primario en la formación de la bolsa. Describe una serie de cambios como sigue: Proliferación y crecimiento -- hacia abajo del epitelio bucal o proliferación de la adherencia epitelial, cuya consecuencia es el engrosamiento --- del tabiz epitelial del surco.

La causa de esta proliferación es desconocida. Debido al aumento de espesor las células del sector interno se necrosan y degeneran por falta nutrición. Las células epiteliales degeneradas y necróticas se clasifican. La separación de las masas calificadas del epitelio a lo largo del envile normal adyacente produce una bolsa. Esta alteración -- va seguida de la proliferación de epitelio a lo largo del cemento y el desprendimiento de su porción coronaria, de la superficie radicular.

Sus alteraciones inflamatorias en la formación de bolsa son secundarias a los cambios epiteliales. Wilkson afirma que-- la vitamina "A" puede ser un factor importante en la formación de la bolsa.

#### VIII.- FORMACION DE LA BOLSA EN DOS ESTUDIOS JAMES Y COUNSELL OPINA QUE LA BOLSA SE PRODUCE EN DOS ESTADIOS.

- 1.- Es la proliferación del epitelio subgingival.
- 2.- Es la pérdida de las capas superficiales del epitelio proliferado, lo cual produce una bolsa. El ritmo de proliferación del epitelio en la base es tal que produce a la destrucción del epitelio superficial y por ello, la bolsa siempre esta tapizado de epitelio.

#### IX.- LA INFLAMACION ES EL PRIMER CAMBIO EN LA FORMACION DE LA BOLSA PERIODONTAL.

Según este concepto, las bolsas periodontales comienzan - como lesiones inflamatorias.

La primera reacción es un cambio vascular en el tejido conectivo subyacente.

La inflamación del tejido conectivo estimula los siguientes cambios en el tapiz epitelial del surco en la adherencia epitelial aumenta de la actividad micótica en la cara basal del epitelio, aumento de la producción de queratina y descomación. La descamación celular cerca a la superficie del diente tiende a profundizar la bolsa.

Las células epiteliales de la capa basal, rompen las fibras gingivales. La disolución del tejido conectivo genera lo -- que se llama lesión abierta.

Es la reparación de la lesión en ausencia de tratamiento lo que establece la bolsa periodontal. El tejido de granulación llena el defecto creado por la lesión abierta y el epitelio prolifera hacia adentro.

Esto forma un revestimiento de la lesión abierta separada - hasta el punto en que el tejido conectivo se inserta a la raíz, en lugar de ello prolifera a partir de la superficie gingival para cubrir la lesión del tejido conectivo cercada por la inflamación, formando así el tapiz de la bolsa.

## COMENTARIOS SOBRE LA FORMACION DE LA BOLSA.

Es de vital importancia hacer mención de los factores que contribuyen a la formación de las bolsas periodontales, de la siguiente manera.

En primer lugar se precisa irritación local para que comience y progrese la formación de la bolsa.

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

La proliferación de la adherencia epitelial es estimulada por la irritación local. La inflamación 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 puede afectar a la profundidad de la bolsa al causar degeneración de las fibras gingivales y periodontales.

**CAPITULO IV.**

**ETIOLOGIA.**

**CLASIFICACION DE LOS  
FACTORES ETIOLOGICOS  
DE LA ENFERMEDAD  
PARODONTAL.**

FACTORES  
LOCALES.

a) M E D I O  
B U C A L.

Barro  
Material alfa  
Enpaquetamiento de alimento  
o bromato-estasis.

b) T E J I D O  
D E N T A -  
R I O.

Caries.- Coronas grandes  
y raíces pequeñas,  
raíces juntas.

Forma.- Anomalías de cur-  
vatura.

Posición.- Versiones de  
las piezas denta-  
rias y frexillos.

Disfunciones.- Anoclusión  
Oclusión  
Traumático.

c) M A L O S

Mal cepillado

Mala Odontología

Malos hábitos

FACTORES  
GENERALES  
O  
SINTETICOS.

a).- INSUFICIENCIAS VITAMINICAS.

b).- TRANSTORNOS  
HORMONALES

Hipertiroidismo

GONODAS

Embarazo  
Mestruación  
Pubertad  
Menopausa

c).- TRANSTORNOS  
SANGRE.

Diabetes

Anemia

Leucemia

Agranulocitosis

d).- Alergias

e).- Fármacos

FACTORES  
PSICOMATICOS

MAOS HABITOS

Bricomanias o bruxismo  
Tensiones musculares.

## FACTORES LOCALES

### a).- MEDIO BUCAL

**SARRO.**- Es una masa adherente clasificada o en clasificación que se forma sobre la superficie del diente.

Según su relación con el margen gingival se clasifica como sigue.

**SARRO SUPRAGINGIVAL.**- Este es visible en la cavidad oral, generalmente es de color blanco o blanco amarillento, de consistencia dura, arcillosa y se desprende; fácilmente de la superficie del diente mediante instrumentos de limpieza.

**SARRO SUBGINGIVAL.**- Es aquel que se encuentra debajo de la cresta de la encía marginal; por lo común en bolsas periodontales que no es visible durante el examen bucal.

La determinación de la localización y extensión del sarro subgingival existe el sondeo cuidadoso con un explorador, es denso y duro, blanco oscuro o verde negrozco. Se encuentra firmemente unido a la superficie del diente.

Generalmente el sarro supragingival y subgingival se presentan juntos, pero puede estar el uno sin el otro.

**LA MATERIA ALFA.**- Es un irritante local de la gingivitis. Es un depósito amarillento o de color blanco grisáceo, blando y esponjoso tiende acumularse en el tercio gingival de los dientes en mal posición, se puede formar en dientes previamente limpios en pocas horas.

La presencia de material alfa es un signo clínico de la falta de cepillado.

El empaquetamiento alimenticio (Bremato-Estasis) se puede dividir en horizontal y vertical.

El horizontal se produce cuando los carrillos o la lengua - empujan los alimentos a los espacios interdentarios. El vertical se produce cuando el área de contacto de una pieza se ha perdido por varios factores, ya sea caries o por partes, mal ajustada, las cúspides de los dientes actúan como empaquetadores de alimentos en el momento de la oclusión a estos empaquetamientos se le llama vertical y es más lesionante para el periodonto que el horizontal.

Se produce principalmente en los alimentos fibrosos como carne y algunos vegetales. Clínicamente el empaquetamiento de alimentos va a ocasionar el achatamiento de las papilas interdentarias.

#### b).- TEJIDO DENTARIO.

Las caries, destruyen los elementos histológicos de las piezas dentarias, ocasionando muchas veces la pérdida del área de contacto y favoreciendo la acumulación de resto alimenticios en lugares cercanos al parodonto.

Con la consiguiente descomposición de los alimentos retenidos que al producir fermentación va a irritar el parodonto, una anomalía deforma más frecuente es la que consiste en coronas grandes y raíces pequeñas, en donde las superficies masticatorias de las coronas transmitieron estímulos intensos que van a ser tolerados por el aparato de sostén formado por -- raíces, ligamento, cemento y hueso.

Las anomalías de curva.- La falta de curva en la encía produce empaquetamiento y una área patológica en la zona de la encía marginal aquí el alimento actúa como irritante en -- lugar de hacerle como estímulo.

Anomalías de frenillo.- La posición normal del frenillo se encuentra en la encía alveolar cuando el frenillo traspasa esta zona y se inserta en la encía incertada, estará en -- posición aberrante y en los movimientos de deglución, fonación y masticación va a ejercer una tensión constante sobre la encía incertada y en la encía marginal, produciendo una entidad patológica denominada figura de Stillman. Las figuras pueden compararse con un desgarramiento de la encía.

El frenillo mal incertado debe eliminarse siempre.

La conclusión es un fenómeno de la disfunción en el cual una pieza o un número de piezas, no hacen oclusión con su antagonista en ninguno de sus movimientos mandibulares. Este es debido a que existen piezas atrapadas que no llegan al plano de oclusión o piezas fuera del arco dentario.

La oclusión traumática.- Es cuando una pieza o un número de piezas reciben estímulos mayores que para lo que están destinadas durante la masticación.

Este tipo de oclusión la podemos clasificar en:

**POTENCIAL.**- Cuando el parodonto está recibiendo estímulo, exagerados, estas están siendo soportadas sin causar ningún fenómeno destructivo en el mismo. Sin embargo esta eclusión es susceptible de modificarse por algún descenso en las defensas del organismo. Por causas de origen sistémico lo que determina que la eclusión traumática al hacerse más intensa puede afectarse el parodonto por lo tanto, la eclusión traumática potencial se convierte en eclusión traumática actual.

En la eclusión traumática potencial los tejidos del parodonto toleran los estímulos; sufriendo cambios de adaptación del ligamento parodontal, hueso y cemento.

Los cambios que se producen cuando existen eclusión traumática se pueden observar por medio de estudios radiográficos, histológicos y clínicos.

**ASPECTOS RADIOGRAFICOS.**- Aumento del espacio vital del ligamento parodontal y fenómenos de hipercementosis, cuando la eclusión traumática ha durado por largo tiempo.

**HISTOLOGICAMENTE.**- Se encontraron zonas de ruptura de fibras principales, rupturas capilares, zonas de estiramiento de fibras del ligamento parodontal, zonas de cemento en plena actividad regeneradora y en el hueso alveolar - lugares donde se está reabsorbiendo este elemento y zonas donde existe actividad de formación.

c).- **MALOS HABITOS.**

**CEPILLADO INCORRECTO.**- Puede producir erociões en los cuellos de los dientes, hipersensibilidad de las mismas y alteraciones en el cemento y textura de las encías.

**ODONTOLOGIA MAL APLICADA.**- Estas son producidas por obturaciones altas sin áreas de contacto, coronas mal ajustadas, puentes fijos e removibles mal diseñados, son factores causales primarias de parodontopatías.

**MALOS HABITOS.**- Están constituidos por el uso de palillos, cortar hilo, romper cuerpos duros con los dientes, dormir con la boca abierta y son los responsables de los trastornos de los tejidos de soporte.

## FACTORES GENERALES O SISTEMICOS.

### a).- Insuficiencias vitamínicas.

La vitamina "A" en un principio fue conocida como la vitamina contra la ceguera nocturna la insuficiencia de este elemento en el parodonto, causa agrandamiento gingival con proliferación de los elementos histológicos de la encía.

La vitamina "B" la insuficiencia o falta de ella produce estado de hipersensibilidad y de neuritis considerandose causante directo de la estomatitis herpética.

La falta de vitamina "C" produce la enfermedad del escorbuto que se caracteriza por hemorragias espontáneas que produce; la carencia de esta vitamina afecta las estructuras histológicas de los endotelios vasculares así mismo la vitamina "C" tiene influencia directa sobre la formación y estructuras normales del tejido colágeno considerandose su carencia como factor causal directo de trastorno del tejido conjuntivo e -- colágeno.

Está intimamente ligado a la enfermedad parodontal.

La vitamina "D" regula el metabolismo del calcio y del fósforo se forma a nivel de los tegumentos debido a la acción de los rayos solares, es factor causal directo de la formación del hueso así mismo está en relación con el metabolismo de las sales de calcio y fósforo.

### b).- TRASTORNOS HORMONALES.

Existen pocos datos sobre acción de las glándulas endocrinas sobre el parodonto.

**HIPERPARATIROIDISMO.** - El hiperfuncionamiento de la glándula paratiroides ocasiona cavidades quísticas multiloculadas en el hueso y es frecuente encontrar este tipo de cavidades relacionadas con las raíces dentarias lo que produce movilidad de las piezas por destrucción del hueso de soporte.

**GONADAS.** - Probablemente son glándulas que mayor relación --- tienen, con respecto a la mucosa bucal y el tejido de soporte.

La falta de hormonas femeninas provocan trastornos bucales, que se pueden describir como una estomatitis descamativas crónicas. Durante el embarazo, se puede observar una gingivitis clásica en el 30 al 40 por ciento de las mujeres embarazadas, que se le denominan gingivitis del embarazo, esta aparece en el 2o. trimestre del embarazo.

**MESTRUACION.**- Se reconoce por una gingival temporal durante los días que dura la menstruación; así mismo se ha comprobado que existen tendencias a las hemorragias, durante estos días.

**LA PUBERTAD.**- Es la etapa en la que aparecen en el torrente circulatorio las hormonas estrógenicas lo que determina un cuadro clínico de alteraciones tisulares temporales que afectan a los tejidos gingivales principalmente; la menopausia es la cesación en la sangre de las hormonas estrogénicas, - puede ser causa de una gingivitis descamativas y sensaciones de sequedad y quemadura en toda la mucosa bucal.

**DIABETES.**- Es una enfermedad que se discute si es o no factor causal directo de la enfermedad parodontal.

En la diabetes juvenil se observa resequecedad y abrigillamiento de las superficies gingivales existiendo agrandamiento gingival y cambios en la textura de la encía.

El Colagene se va afectando y observamos grandes zonas -- pérdidas de hueso, en los capilares también se observan estenosis por calcificación de su parte interna. El ligamento parodontal tiene zonas hemorrágicas y necrosadas, el individuo padece diabetes tiene disminuidas sus defensas, por lo que fácilmente contrae infecciones.

**DISCRASIAS SANGUINEAS.**- Son enfermedades de la sangre son procesos patológicos no muy frecuentes, pero son interesantes desde el punto de vista odontológico ya que frecuentemente es el C. Dentista que consulta con respecto al tratamiento de las hemorragias gingivales, hipertrofia de las encías e lesiones ulcerativas de las mismas.

**ANEMIAS.-** Es una reducción en la calidad de la hemoglobina sus manifestaciones en la cavidad oral son:

- a).- Hemorragia espontánea de la encía.
- b).- Petequias
- c).- Palidez de la mucosa bucal.
- d).- Antecedentes de sangrado al cepillado.
- e).- Ulceraciones intensas de la boca acompañados de fiebre.
- f).- Infecciones de la mucosa bucal que no responden al tratamiento.

**ANEMIA PERNICIOSA.-** Una de las causas de esta enfermedad es que la deficiencia del factor vitamínico (vitamina B<sub>12</sub>).

**MANIFESTACIONES ORALES.-** La lengua tiene una tonalidad roja, posteriormente se pone pálida, se observa atrofia papilar eritema, inflamación de labios y lengua, sensación de quemadura.

**LEUCEMIA.-** Es un padecimiento caracterizado por el aumento de leucocitos en la sangre circulante en los tejidos. La leucemia puede ser clasificada en linfóide, mieloide o monocítica según el tipo de leucocitos afectados.

Los principales signos de esta enfermedad son: aumento de volumen de hipertrofia de la encía, hemorragias frecuentes sin causa aparente, ulceraciones, movilidad dentaria, edentalgias y muchas veces necrosis de la encía y mucosa bucal.

**AGRANULOSITOSIS.-** Se caracteriza por lesiones ulcerosas de la mucosa bucal y faringe acompañada por malestar, fiebre y esplenomegalia.

El número de granulocitos en la sangre, esta siempre muy disminuida.

Las lesiones bucales típicas están constituidas por zonas necróticas de forma irregular a veces continuas a los tejidos gingivales, se han atribuido la aparición temprana de lesiones gingivales a la ausencia de granulocitos, fagocitarios en estos.

Tejidos pueden afectar el ligamento periodontal e incluso el hueso alveolar.

## d) ALERGIAS.

La alergia es una ulceración específica producida por exposición previa a un agente que se manifiesta por una respuesta inmediata o tardía. En la clínica diaria se puede tener ocasión de apreciar todos los tipos de respuesta alérgica.

La etiología de las alergias es muy variada puede ser producidas por alimentos como el pescado, huevo, leche, carne de cerdo, algunas frutas, hongos, productos químicos, medicamentos, cierto tipo de ropa metales, tabaco etc.

Las reacciones alérgicas más comunes son: queratitis venenata, glositis venenata y estomatitis venenata, sus manifestaciones clínicas bucales son del tipo de quemadura, vesícula en los labios y lengua dolor prurito e inflamación.

## PACIONES PSICOSOMATICOS.

Son agentes causales de las enfermedades que no tienen su origen en causas eminentemente somáticas, por ejemplo la úlcera gástrica, que es de origen psicosomático y que no es más que el resultado de las tensiones emocionales que sufre el individuo en su relación con el medio ambiente. Dentro de la parodontia, podríamos citar como una enfermedad psicómatia la estomatitis de Vicent y los malos hábitos, por ejem. morderse las uñas, bricemania; otro hábito de origen psicosomático, son las tensiones musculares producidas por la contractura de los músculos masticadores, principalmente del temporal masetero y pterigeos, lo que trae por consecuencia zonas de destrucción de fibras, zonas de necrosis y hemorragias en el ligamento periodontal por disminución del espacio vital. Al existir presiones exageradas, el diente es proyectado hacia el fondo del alveolo, disminuyendo el espacio vital del ligamento periodontal, con los consiguientes fenómenos destructivos en el hueso y cemento.

Desde el punto de vista clínico tanto las bricemancias como las contracciones vascular que se hace notar por la presencia de vasos en la encía incertada.

Las bolsas periodontales son originados por irritaciones locales, que se producen alteraciones patológicas en los tejidos y profundizan al surco gingival. No hay enfermedades generales que produzcan bolsa periodontal. La profundización 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 periodontal la profundidad del surco aumenta, por el aumento de volumen de la encía sin destrucción de los tejidos periodontales.

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

3.- Lo que sucede por lo común la combinación de ambos procesos en un sentido la formación de la bolsa se puede comparar con el estiramiento de un acordeón en que la distancia aumenta por movimientos en direcciones opuestas.

## CAPITULO V.

### CORRELACIONES CLINICAS E HISTOPATOLOGICAS DE LA BOLSA PERIODONTAL.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

I.- La pared gingival de la bolsa periodontal presenta grandes variables de coloración rojo-azulado, flaccidez, superficie lisa y brillante hundimiento a la presión.

II.- Con menor frecuencia, la pared gingivales de color rosado y firme.

III.- La hemorragia se provoca por un sondeo suave de la pared blanda de la bolsa periodontal.

IV.- Generalmente se presenta dolor al explorar la parte interna de la bolsa periodontal.

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

#### CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.

I.- El cambio de color es producto del estancamiento circulatorio de las fibras gingivales y tejidos circundantes; la superficie lisa y brillante, por la atrofia del epitelio y el edema; el hundimiento a la presión, por el edema y la degeneración.

II.- En estos casos predomina los cambios fibrosos sobre la exudación y degeneración particularmente en la superficie externa de la pared de la bolsa. Pero a pesar del aspecto exterior de salud, la bolsa interna de la bolsa presenta invariablemente cierto grado de degeneración y suele estar ulcerada.

III.- La facilidad de las hemorragias resulta de la vascularización del adelgazamiento y degeneración del epitelio y de la cercanía de los vasos ingurgitados a la superficie interna.

IV.- El dolor se presenta a la estimulación táctil se produce por la ulceración de la parte interna de la pared de la bolsa.

V.- Esto ocurre en bolsas con inflamación supurativa en la pared interna.

## CAPITULO VI.

### DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.

La odontología ayuda a que la gente viva con su dentadura intacta. La enfermedad periodontal es uno de los factores por los que no se alcanza la meta deseada. Cuando existe enfermedad periodontal, la conservación de la dentadura natural sólo dependerá de la capacidad del odontólogo para tratarla.

El tratamiento adecuado se realizará si el odontólogo correlaciona los signos y síntomas clínicos de la enfermedad y se forma un criterio y selecciona los métodos terapéuticos para tratar dicha enfermedad.

El diagnóstico debe responder a las siguientes preguntas.

¿Cuáles son los factores locales que causan la inflamación gingival y las bolsas periodontales?

¿Hay relaciones oclusales que pueden ser tomadas como causa de trauma de la oclusión?

#### PRIMER VISITA.

##### APRECIACION GENERAL DEL PACIENTE.

En este primer encuentro el odontólogo debe intentar hacer una valoración general del paciente, incluyendo el estado mental y emocional del paciente, temperatura, actitud y edad fisiológica la observación del paciente cuando entra en el consultorio y se siente en el sillón revela manifestaciones vagas de enfermedad que se reconoce por lo siguiente.

FACTES.- Se encuentra asociado a enfermedades como hipertiroidismo acromegalia.

HABITOS ORGANICOS.- Como la delgadez debida a las alteraciones hormonales.

I.- Si el paciente esta bajo tratamiento: médico si es así.

¿Cuál es la naturaleza de la enfermedad y cual es el tratamiento?

Hay que inquirir especialmente respecto a anticoagulante y corticoides o dosis y duración del tratamiento.

II.- Antecedentes de fiebres reumáticas, enfermedades cardiacas, reumáticas o congénitas, hipertensión, angina pectoris, infarte del miocardio, nefritis, enfermedad hepática, diabetes y desmayos lipotimias.

III.- Tendencias hemorrágicas anormales como epistaxis, sangrados prolongados de heridas pequeñas, equimosis espontáneas, tendencia excesiva hematomas y sangrados menstruales.

IV.- Enfermedades infecciosas, contacto reciente con enfermedades en el hogar o en el trabajo, radiografía del tórax.

V.- Posibilidad de enfermedades profesionales.

VI.- Historia de alergia fiebre alta, asma, sensibilidad a alimentos sensibilidad a drogas como aspirina, codeína, barbitúricos, sulfanemidas, antibióticos, precaína, laxantes e materiales dentales como eugenol e resina acrílica.

VII.- Información respecto al comienzo de la pubertad y menopausea, trastornos menstruales e histerectomía, embarazos, abortos.

#### HISTORIA CLINICA.

Motivo de la consulta.- Los que siguen son algunos de los -- síntomas de pacientes con enfermedades gingivales y periodontal.

"ENCIAS SANGRANTES" dientes flojos separación de los dientes -- con aparición de espacios donde antes se los había "mal gusto en la boca" sensación de picazón en las encias, que se alivia al escarbar con un palillo.

Puede haber dolor de diversos tipos como "dolor apagado después de comer" dolores irradiados profundos en los maxilares" dolor pulsátil "aguda sensibilidad a la percusión" "sensibilidad de calor y frío" sensación de arder en las encias, extrema sensibilidad al aire inhalado.

Se hace un examen preliminar y determinar si el paciente requiere un tratamiento de urgencia inmediata.

La historia dental también incluye lo siguiente:

VISITAS AL C. DENTISTA.- Frecuencia, fecha de la última visita naturaleza del tratamiento, profilaxis bucal e limpieza.

CEPILLADO DENTARIO.- Frecuencia antes o después de las comidas, método, tipo de cepillado, intervalos a que se cambian los cepillados. Otros métodos de cuidado de la boca: masaje gíngival estimulación interdental, irrigación de agua e hilo dental.

Tratamiento ortodéptico duración y fecha aproximada de conclusión.

Dolor en los dientes o " en las encías" modo en que es provocado su naturaleza y duración, y como se alivia.

**ENCIAS SANGRANTES.**- Cuando se notó por primera vez, si es espontáneo, al cepillar o comer, por la noche con periodicidad regular si tiene relación con el período menstrual y otros factores específicos.

Duración del sangrado y como es detenido.

Mal gusto en la boca, áreas de impacción de alimentos.

Movilidad dentaria.- ¿Se sienten los dientes flojes e inseguros? ¿ Hay dificultad por masticar?.

Historia anterior de problema "de encías" tratamiento anterior duración, naturaleza y tiempo aproximado de conclusión.

**HABITOS.**- Rechiamiento de dientes "apretamientos de dientes" ¿ Se sienten los dientes o maxilas doloridas" por la mañana otros hábitos como fumar tabaco o masticarle, morderte las -- uñas, mordisquear objetos extraños.

## SEGUNDA VISITA.

### EXAMEN BUCAL.

**HIGIENE BUCAL.**- La limpieza de la cavidad bucal se aprecia en términos de la magnitud de residuos de alimentos, placa, material alfa y pigmentaciones de la superficie dentaria acumuladas. Hay que usar rutinariamente la solución reveladora para detectar la placa.

**HALITOSIS.**- También llamada "PETORRIS" que es mal olor que emana de la cavidad bucal, este puede ser síntoma que hace --- que el paciente acuda al C. DENTISTA.

Los olores bucales pueden ser de origen local o extrabucal. De origen local, debido a retención de partículas alimenticias -- sobre los dientes o entre ellos, caries, gingivitis ulcerosa, necrosante, dentaduras artificiales herida quirúrgica o de extracciones en cicatrización. La enfermedad periodontal crónica con bolsa puede originar olor desagradable en la boca por la acumulación de residuos y aumento de la velocidad de putrefacción de la saliva.

De origen extrabucal.- Este puede incluir estructuras vecinas asociadas con rinitis, sinusitis, o amigdalitis, enfermedades pulmonares como la bronquitis fétida crónica etc.

**Saliva.**- Ptalismo debido a la ingestión de droga como mercurio y duros, bromuros etc. debido a enfermedades gingivales como la gingivitis ulcerosa necrosante aguda, estomatitis. La disminución de las secreciones salivales se observa en la enfermedad febriles.

**TEJIDOS BLANDOS.**- El edentólogo se interesa particularmente por las anomalías y su localización. Se observa el estado de la lengua, mucosa bucal, piso de la boca, paladar, fretillo y garganta. ¿ Hay variaciones en el color, consistencia y firmeza de las encías? ¿ Hay variaciones y firmeza en la encía? es retráctil y sangra con facilidad. ¿ Es angosta o ancha la zona de encía incertada? ¿ Siente el paciente dolor? ¿ Hay zonas de impaciencia de alimentos?

Los hallazgos gingivales clínicos se clasifican según lo siguientes.

1.- Extensión de las lesiones localizadas o generalizadas.

2.- Distribución de las lesiones papilar, marginal o de encía incertada.

3.- Estado de la inflamación aguda o crónica.

4.- Características clínicas.- Hiperplasia, úlceras, meruris, formación de sus membranas profundidad de las bolsas, exudado purulento, exudado sérico, hemorragia, inserción anormal de fretillos e músculos y relación de las bolsas con la unión mucogingival.

Al examinar la encía el clínico.- Debe tener en mente un cuadro de encía normal con este le será más fácil observar la extensión y el estado de la inflamación y la distribución de las lesiones.

Exámen de los dientes.- Los dientes se examinan para detectar caries mal formaciones de desarrollo, anomalías en la forma de los dientes, desgaste, hipersensibilidad y relaciones de contacto proximal.

Lesiones por desgaste de los dientes.- Como la erosión abrasión y atrición.

**HIPERSENSIBILIDAD.**- La superficie radicular expuesta, por la resección gingival puede ser hipersensible a los cambios térmicos y la estimulación táctil.

Los pacientes orientan al operador hacia las zonas sensibles. Se localizan mediante la exploración delicada como una sonda o aire frío.

**MOVILIDAD DENTARIA.**- Todos los dientes tienen un pequeño grado de movilidad fisiológica.

La movilidad dentaria que sobre pasa los límites fisiológicos (movilidad patológica o anormal) aumenta en la enfermedad periodontal.

Como resultado de la pérdida de tejido de soporte en la inflamación y otras lesiones. La movilidad se gradúa según la facilidad y la extensión del movimiento dentario de la siguiente manera:

MOVILIDAD FISIOLÓGICA

MOVILIDAD PATOLÓGICA GRADO (APENAS MAYOR QUE LA FISIOLÓGICA).<sup>2</sup>

MOVILIDAD PATOLÓGICA GRADO<sup>2</sup> (MODERADAMENTE MAYOR QUE LA FISIOLÓGICA).

MOVILIDAD PATOLÓGICA GRADO<sup>3</sup> (INTENSA MOVILIDAD, VESTIBULO-LINGUAL O MEGIO-DISTAL O AMBOS COMBINADOS CON DESPLAZAMIENTO VERTICAL).

SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN SUAVE DEL DIENTE A DIFERENTES ÁNGULOS AYUDA A LOCALIZAR EL SITIO DE LA LESIÓN INFLAMATORIA.

#### EXÁMEN DEL PERIODONTO.

El examen comienza en la zona molar del maxilar superior o el inferior y seguir por todo el arco.

El diagrama para el registro de hallazgos periodontales y asociados ofrecen una guía para el examen minucioso y el -- registro del estado del paciente, y de esta manera se utiliza para valorar la respuesta al tratamiento y para establecer -- comparaciones en la visita de control.

#### PLACA Y CÁLCULOS.

Para detectar la acumulación de cálculos subgingivales se explora cada superficie del diente hasta la inserción con una explorador núm. 17.

La cantidad de cálculos supragingival se mide con una sonda periodontal calibrada.

#### RNCIA.

Para hacer la exploración de encía es preciso secarla, hay que hacer la palpación delicada para cubrir alteraciones en la resistencia normal, localizar zonas de formación de pus.

#### CONSIDERANDO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICA.

Color tamaño, contorno, consistencia, textura superficial, posición y facilidad de sangrado.

## BOLSAS PERIODONTALES.

El exámen de las bolsas periodontales debe incluir los siguientes puntos.

- 1.- Presencia y distribución en cada superficie del diente.
- 2.- Tipo de bolsa si es suprarésica e infraresica simple, compuesta e compleja.
- 3.- Profundidad de la bolsa.
- 4.- Nivel de la inserción de la raíz.

El método más apropiado para detectar las bolsas periodontales es la exploración cuidadosa con una sonda o explorador. Las bolsas no se detectan si se miden por exámen radiográfico. Las bolsas periodontales es una lesión de tejidos blandos, para medir la profundidad de las bolsas se necesitan sondas calibradas en milímetros. La sonda se introduce en dirección paralela al eje vertical del diente hasta que el extremo -- haga contacto con el fondo de la bolsa. La sonda no debe ser reforzada se puede utilizar pinzas, calibradas, marcador de bolsa para marcar el fondo de la bolsa y marcar la superficie de la encía.

El nivel de la inserción de la base de la bolsa es de mayor -- importancia diagnóstica que la profundidad de la bolsa.

En enfermedades periodontales se tratan.

Puede haber sangrado gingival causada por la irritación mecánica accidental origina retracción de la pared de la bolsa y una cierta disminución de la profundidad de esta.

El nivel de inserción en la base de la bolsa sobre la superficie dentaria proporciona un dato más adecuado sobre la -- gravedad de la enfermedad periodontal.

Bolsas someras insertadas a nivel de, tercio apical de la -- raíces conlleva de una destrucción mayor que bolsas profundas -- insertadas en el tercio coronario.

**SUPURACION.** -- Para detección de pus en una bolsa periodontal se aplica la yema del dedo índice sobre el sector lateral de la encía la corona.

El exudado purulento se ferma en la pared interna de la bolsa, el aspecto externo de ella puede no ofrecer manifestaciones de su presencia.

No todas las bolsas periodontales hay presencia de pus, pero con frecuencia la presión digital la descubre desde no la -- sospechaba.

## PERDIDA OSEA ALVEOLAR.

Los niveles de hueso alveolar se aprecian mediante el examen clínico y radiográfico.

El sondaje es de utilidad en la determinación de la altura y el centro del hueso vestibular y facial en mascarede en la radiografía por la raíz completa y para la determinación de la arquitectura del hueso interdentario.

## EXAMEN RADIOGRAFICO.

Las radiografías son de gran valor en el diagnóstico en periodencia cuando la regulación de densidad ha de corregirse para mostrar patrones trabeculares y cambios discretos en la densidad ósea las radiografías proporcionan la siguiente información.

- 1.- Altura ósea y presencia de cortical
- 2.- Patrones trabeculares
- 3.- Zonas radiolucidas que indican destrucción ósea y que se puede confirmar.
- 4.- Pérdida ósea en las furcaciones.
- 5.- Ancho del espacio del ligamento periodental.
- 6.- Relación entre corona y raíz.
- 7.- Forma y longitud de la raíz.
- 8.- Caries, calidad general de las restauraciones y depósitos gruesos de cálculos.
- 9.- Localización del seno maxilar respecto a la cresta alveolar.
- 10.- Dientes ausentes, dientes supernumerarios y retenidos.

## PRONOSTICO.

### FACTORES QUE DETERMINAN EL PRONOSTICO

El pronóstico que se determina puede ser bueno reservado o malo; muchas veces unos dientes tienen un pronóstico y los demás tienen otro. En este caso el pronóstico se hará diente por diente.

## BOLSAS.

La extensión, localización, profundidad y complejidad.

Las bolsas más sencillas tendrán mejor pronóstico más favorable cuando los niveles óseos son altos (bolsas falsas) por lo general es más fácil eliminar bolsas que se hallan en dientes unirradiculares. Las bolsas de dientes multirradiculares presentan problemas especiales cuando hay lesiones de furcación. Por lo general cuando más accesibles es la bolsa mejor será el pronóstico. Dependiendo de la pérdida ósea será más fácil la eliminación ósea en horizontal.

## CAPITULO VII.

### TRATAMIENTO.

#### LOS INSTRUMENTOS PERIODONTALES.

Están diseñados para finalidades específicas, como la eliminación de cálculos, alisados de las superficies radiculares, curetaje de la encía o remoción de tejido enfermo.

Sondas periodontales y pinzas marcadoras de bolsa.

Para localización y marcado de bolsas y determinación de su curso sobre superficies dentarias individuales.

Raspadores superficiales.- Para la remoción de cálculos supra-gingival.

Exploradores.- Para la localización de depósitos sobre los dientes.

Azadas.- Para la eliminación de cálculos subgingivales y alisamiento de superficies radiculares.

Guretas.- Para la remoción de la superficie interna de la pared de la bolsa y adherencia epitelial, y para alisar superficies radiculares.

Instrumentos Ultrasónica.- Para el raspaje y limpieza de superficies dentarias y curetaje de la pared gingival de las bolsas periodontales.

Instrumentos periodontales quirúrgicos.- Tazas de goma cepillos de cerda, porta nudleres y tiras de papel para limpiar y pulir las superficies dentarias.

Cada grupo de instrumentos posee rasgos característicos; los terapeutas suelen introducir variaciones con las cuales operan con mayor eficacia.

#### I.- AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO.

Durante el raspaje son muy útiles pequeños, trozos de gasa y rollos de algodón para aislar el campo de trabajo; eliminar sangre y residuos.

#### II.- RASPAJE RADICULAR.

Sea procedimientos que se lleva a cabo para limpiar las superficies radiculares y liberarles de depósitos calcificados.

Que en casos simples pueden ser el mismo tratamiento.

Raspaje y curetaje.- Se realiza en una zona limitada; debe ser suave y minucioso y producir el mínimo de trauma a los tejidos infectados y la superficie dentaria.

Estos métodos son útiles para la eliminación de bolsas supra-gingivas e infra-gingivas.

## ELIMINACION DE LA BOLSA POR RASPAJE Y CUNETAJE.

En la eliminación de la bolsa, como en el tallado de un diente cargado por una restauración es preciso tener un plan de procedimiento antes de comenzar la operación. Como guía para el tratamiento, las bolsas periodontales se pueden dividir en tres zonas fundamentales.

### ZONA FUNDAMENTAL EN LA ELIMINACION DE LA BOLSA.

**ZONA I.**— Pared blanda de la bolsa y adherencia epitelial. La pared blanda de la bolsa está inflamada y presenta diversos grados de degeneración y ulceración, con vasos sanguíneos ingurgitados cerca de la superficie, con frecuencia separados del contenido de la bolsa únicamente por una capa delgada de residuos fibrilares.

Si la pared de la bolsa se extiende en línea recta desde el margen gingival o sigue un trayecto tortuoso alrededor del diente.

La cantidad de superficies dentarias que abarca la bolsa.

### ZONA II.

#### SUPERFICIE DENTARIA.

Adherido a los dientes hay cálculos y otros depósitos de la superficie dentaria, en cantidad y textura variable. 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, pétreo y muy adherido a la superficie. En la porción coronaria de la raíz, el cemento es un extremo fino y se suele formar un reborde en la unión amelodentaria, el cual debe ser tenido en cuenta cuando se raspa el diente, la superficie del cemento puede estar ablandada por la caries puede estar deformada por cementículos adheridos. Las bolsas propiamente dichas contienen bacterias, productos bacterianos, productos de descomposición de alimentos y cálculos, todo ello bañado por un medio mucoso viscoso, puede haber pusé no.

### ZONA III.

#### 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. Este es una consideración importante en el tratamiento de la bolsa infraósea.

## ELIMINACION DE BOLSAS SUPRAOSEAS POR RASPAJE Y CURETAJE.

La eliminación de la bolsa debe ser sistemática y comenzar en una zona y seguir un orden hasta tratar toda la boca. Por lo general, el tratamiento comienza en la zona amelar superior directa, salvo que se comprese 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 periodontal.

Para la eliminación de la bolsa supraósea se siguen determinadas fases.

1.- Anéstele y Anestésiese la zona.- El campo se anéstele con rollos de algodón e trozos de gasa y se piéncela con un antiséptico suave como merthiolate o metaphen.

Durante el procedimiento de raspaje y curetaje, se limpia la zona intermitente con ferundas de algodón saturadas con una mezcla de partes iguales de agua tibia y agua oxigenada al 3 por 100. No se usan antisépticos o escaróticos fuertes porque pueden producir lesiones de los tejidos retardar la cicatrización.

Se usa anestesia tópica, por infiltración o regional, según las necesidades por lo general, es suficiente usar anestésicos tópicos en la eliminación de bolsas semeras, pero para bolsas profundas se aconseja una anestesia, más -- profunda, por inyección. Es mejor tener un poco más de anestesia que insuficiente.

La remoción de los cálculos supragingivales no requieren anestesia y clínicos experimentados pueden hacer el raspaje y curetaje subgingival con un mínimo de molestias. La presencia de anestesia puede fomentar el abuso de los tejidos.

### 2.- Eliminación de Cálculos Supragingivales.

Elimínese los cálculos y residuos visibles con raspadores superficiales. Esto tendrá por consecuencia la retracción de la encía debido a la hemorragia desencadenada incluso por la instrumentación más suave.

### 3.- Eliminación de los Cálculos Subgingivales.

Se introduce un raspador profundo hasta el fondo de la bolsa, inmediatamente debajo del borde inferior del cálculo. El cincel se usa para superficies proximales que están tan justas que no permite la entrada de otras clases de raspadores.

#### 4.- Alisado de la Superficie dentaria.

Ahora se usan azadas para asegurar la eliminación de depósitos necróticos, de cemento necrótico y el alisado de las superficies radiculares. El alisado final se obtiene con curetas que producen superficies significativamente más suave que las que se consiguen con las azadas.

Una vez eliminada los cálculos subgingivales, la flora bacteriana de bolsa periodontal disminuye. La remoción del cemento y dentista necrótica, junto con la eliminación de los irritantes locales, prepara la raíz para que deposite tejido conectivo nuevo avivado. En el curso de la cicatrización, es más factible que se deposite cemento nuevo sobre la superficie dentaria limpia que sobre el cemento necrótico.

#### 5.- Curetaje de la Pared Blanda.

El curetaje se emplea para eliminar el revestimiento interno enfermo de la pared de la bolsa, incluso la adherencia epitelial, el epitelio de la cresta gingival proliferada a lo largo de la pared curetada para unirse e impedirá toda posibilidad de reincidencia del tejido conectivo a la superficie radicular, con esta finalidad, se usan curetas con bordes cortantes en los dos lados de la hoja, de modo que en la misma operación se alise la raíz.

La eliminación del revestimiento interno de la bolsa y la adherencia epitelial 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.

El curetaje elimina el tejido degenerar los 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 cerrado y sangrante.

La hemorragia origina la contracción de la cavidad y la reducción de la profundidad de la bolsa y facilita la cicatrización al eliminar residuos tisulares.

## 6.- Pulido de la Superficie Dentaria.

Las superficies radiculares y superficies coronarias adyacentes -- se pulen con tazas pulideras de goma con zircate mejorado o una pasta de piedra pomez fina con agua.

La flexibilidad de la tasa 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 la dificultad lesionar tejidos blandes, una pulida de superficies radiculares, el campo se limpia con agua tibia y se ejerce presión suave para adaptar la encía al diente, el uso del barniz para -- tejidos, para cubrir la zona es opcional.

Se despide al paciente y se le recomienda seguir sus hábitos -- normales de alimentación pero que tenga en cuenta que sentira -- ciertas molestias durante algunos dias. Deberá prestar espe- cial atención a la limpieza de sus dientes, limpieza que prime- re será suave y luego se aumentará gradualmente el vigor del -- cepillo, la limpieza interdental y el uso del hilo, seguido de irrigación con agua.

Posterior a estos pasos, se recomienda al paciente higiene ade- cuada para mantener en estado de salud la cavidad oral.

Este se lleva acabo mediante un cepillado correcto y el uso del hilo dental, con el fin de eliminar todos los restos alimenticios de los espacios interproximales.

Estos métodos pueden ser enseñados por el odontólogo.

### OBJETIVOS.

- a).- Reducir la cantidad de microorganismos sobre el diente.
- b).- Favorecer la circulación.
- c).- Favorecer la cornificación del epitelio y hacer que los tejidos gingivales sean más resistentes a la irritación mecánica secuelas de la eliminación de la bolsa por raspaje y curetaje.

Generalmente la evolución de la cicatriz es satisfactoria, pero pueden presentarse diversas complicaciones.

- 1.- SENSIBILIDAD A LA PERCUSION.- Puede haber inflamación del ligamento periodental, uno y dos días después del trata- miento.

El esta algo extruído, sensible a la percusión se desquita levemente el diente afectado o su antagonista levemente el diente afectado o su antagonista para aliviar la oclusión. Se sonda suavemente al margen gingival para estimular la hemorragia y exáminar si quedaren fragmentos de cálculos -- alojados en los tejidos, se indica al paciente que se en- juegue cada hora con agua de sal tibia.

2.- HEMORRAGIA.- La hemorragia se puede producir después de dos o tres días, el paciente se presenta con una zona cubierta - por un pequeño coágulo con una torunda de algodón empapada - en agua oxigenada al 3 x 100 y se localiza el punto sangran- te. Se curetea y se aplica presión con un trocito de gasa -- acuñada interproximalmente, durante 20 minutos.

### 3.- SENSIBILIDAD A CAMBIOS TERMICOS Y A ESTIMULOS TACTILES.

Una de las causas pueden ser la cantidad de cemento eliminado y exposición de la capa granular de toma. La sensibilidad radicular se trata con pasta desensibilizante de fluoruro de sodio u -- otros agentes desensibilizante. La desensibilización se comienza -- una semana después del tratamiento.

### ELIMINACION DE LA BOLSA MEDIANTE APOSITOS.

Los apósitos se componen de ácido bórico, aceite de menta, oxígeno y otros productos medicinales incorporados en una base de parafina se calienta y se introduce en la bolsa por presión digital o con geringa diseñada a propósito y queda ahí de 24 a -- 48 hrs. Cuando se le retira, los cálculos expuestos por la re- tracción de encía se quita por raspaje.

En este momento o más tarde, se hace una segunda aplicación y - se repite hasta eliminar la enfermedad gingival. Los apósitos individuales pueden ser cambiados diariamente o en días alter- nos, pero pueden ser dejado más tiempo. El período de trata- miento es de dos a tres meses, al final del cuál se obtienen excelentes resultados la eficacia del procedimiento mencionado aumenta conforme va procediendo del lavado de la bolsa con una mezcla especial de glicerina.

Las ventajas que favorecen la reparación al cubrir la encía inflamada con una capa blanda y separada del diente, el apósito también actúa como cierra protector que previene la reinfec- ción durante la cicatrización.

La presión mecánica origina atrofia del margen gingival y dila- tación de la bolsa, lo cual facilita el raspaje con un mínimo de traumatismo en la encía.

### TECNICA "QUIRURGICA CONSERVADORA"

Es una modificación de la técnica de raspaje y curetaje de la encía que consta de lo siguiente: Excisión de la pared interna de la bolsa y una mezcla coagulante de fenolalconfor: el proce- dimiento es el siguiente.

Se usa anestesi t6pica y despu6s de pincelar la bolsa con un antic6ptico; empaquetese la con un hilo de algod6n impregnado con un hilo de algod6n impregnado con una mezcla de 25 por 100 de final y 75 por 100 de alcanfor. El hilo se deja en la bolsa.

Eliminamos la mayor cantidad posible de tejido coagulado y contenido de la bolsa.

Siguiente pase.- Con un bistur6 curvo, se corta la papila con una incisi6n semilunar y un bisel interno, con una hoja afilada se raspan las partes internas de las partes internas de las paredes blandas; de la bolsa para crear superficies san- grantes avivados, hay que tener sumo cuidado en lesionar lo menos posible las paredes vestibulares y linguales de las bolsas mediante el cu6l se llevar6 acabo la regeneraci6n del tejido conectivo.

Una vez que se hayan eliminado todas las sustancias extra6as y que la pared interna sangre libremente, la bolsa se empaqueta con un ap6sito de gasa de 0.5 cm. por 4 6 5 cm. de largo humedeciendo con agua esterilizada a la cu6l se incorpor6 la mezcla coagulante de femol alcanforadas raras veces es preciso empaquetar una bolsa marginal ancha ahuecada. Al d6a siguiente se retira las gasas y se irriga la zona con una soluci6n salina isot6nica normal y se pincela con un antic6ptico como metahpen o mertiolate, en cuanto las condiciones lo permitan se comenzar6 el control de placa.

#### COLGAJOS PERIODONTALES.

Es la parte de enc6a o mucosa o de ambos, separada quir6rgica de los tejidos subyacentes para proporcionar la visibilidad y la necesidad necesaria para el tratamiento.

Hay dos tipos de colgajo.

- a).- Colgajo simple.- Cuando se vuelve a colocar en posici6n quir6rgica al final de la operaci6n.
- b).- Colgajo desplazado.- Que se coloca en una nueva posici6n al final de la operaci6n. Los colgajos que originalmente se usaron en periodoncia eran del tipo simple y su finalidad era eliminar las bolsas por ese m6todo.

En la actualidad los objetivos de los colgajos periodontales, no solo es eliminaci6n de bolsa sino tambi6n la correcci6n de defectos mucogingivales y la restauraci6n de los tejidos que son afectados por la enfermedad.

Las técnicas de Neuman y Widman realizan el colgajo periodontal basándose en los siguientes pasos.

- 1.- Insición interna para eliminar el sector interno de la pared interna de la bolsa.
- 2.- Separación del colgajo que consta de encía mucosa y el periostio alveolar exponiendo al hueso desde el margen gingival hasta los ápices dentarias.
- 3.- Eliminación del tejido de granulación y cálculos de las superficies radiculares.
- 4.- Recorte del margen del hueso alveolar.
- 5.- Sutura del colgajo en su posición original.

#### COLGAJO DESPLAZADO.

Los colgajos desplazados pueden ser colocados de nuevo en tres direcciones o apical, lateral ó coronario. Un colgajo de espesor total consta de epitelio de la superficie y tejido conectivo más el periostio del hueso subyacente. Colgajo y una espesor parcial consta de epitelio y una capa más fina de tejido.- conectivo subyacentes.

#### TRATAMIENTO DE BOLSAS INFRAOSEAS.

La bolsa infraósea difiere de la bolsa supraósea en que esta situada en un defecto óseo cuya base es apical al margen del hueso alveolar y no coronario a él.

El tratamiento consiste en:

- 1.- Eliminación de la inflamación de los irritantes locales.
- 2.- La corrección de factores que comparten con la inflamación la responsabilidad de la formación de bolsas infraóseas a saber el trauma de la oclusión y en algunos casos la impación de alimentos.

El tratamiento se determina en cuatro zonas.

#### A).- TRATAMIENTO DE LA PARED BLANDA DE LA BOLSA.

La pared blanda se compone del revestimiento epitelial de la bolsa, la adherencia epitelial para la reinserción de nuevas fibras del tejido conectivo en la superficie dentaria.

### B).- TRATAMIENTO DE LA SUPERFICIE RADICULAR.

Se prepara la superficie radicular para el depósito de cemento nuevo y la inclusión de nuevas fibras del ligamento periodontal. Será minuciosamente raspada y alisada para eliminar todo depósito, estructura dentaria ablandada y remanentes adheridos de la adherencia epitelial.

### C).- TRATAMIENTO DE LAS FIBRAS PERIODONTALES QUE CUBREN LA SUPERFICIE DEL HUESO.

En las bolsas infraóseas, las fibras periodontales se extienden en un curso angular sobre la superficie de los defectos óseos. Hay que eliminar las fibras para permitir que la sangre y las células estógenas afluyan al defecto óseo. Las fibras intactas se curetean firmemente en la superficie ósea.

Cuando se inflaman, las fibras se degeneran y son reemplazadas en parte e en complemento por tejidos de granulación cuya remoción es más fácil.

### D).- TRATAMIENTO DE LAS PAREDES DE LOS DEFECTOS ÓSEOS.

Se realiza un curetaje de las paredes de los defectos óseos para dejar una superficie limpia con pequeños puntos sangrantes múltiples. En algunas bolsas muy antiguas la condensación del hueso ha producido una pared cortical relativamente densa.

### TECNICAS PARA TRATAR BOLSAS INFRAÓSEAS Y DEFECTOS ÓSEOS.

El primer paso es la determinación de la profundidad y curso de la bolsa, la morfología y dimensiones del defecto óseo y movilidad dentaria. Cada superficie del diente se sondea cuidadosamente para determinar aquí su nivel se inserta la bolsa.

El diagnóstico incluye la valoración de factores etiológicos posibles, debe abarcar el examen de la oclusión, hábitos oclusales para funcionales, alineación de los dientes, anatomía del hueso circundante y zonas de impacción de alimentos. La operación por colgajo es el tratamiento de elección, pero también se usan las técnicas de raspaje, curetaje y gingivectomía.

### OPERACIONES POR COLGAJO.

Una vez anestesiada la zona, aislase con trozo de gasa, séquese y pintese con solución antiséptica.

El curso de la bolsa se explorará con una sonda para determinar donde comenzar las incisiones.

Las dimensiones aproximadas del defecto se pueden estimar pasando de un instrumento a través de la encía, hacia la superficie ósea subyacente.

#### ELIMINACION DE LA PARED DE LA BOLSA Y EL TEJIDO DE GRANULACION.

Una vez hechas las incisiones verticales y antes de rechazar el colgajo, se hace una incisión interna a lo largo del margen gingival para separar del colgajo la pared blanda de la bolsa. El defecto óseo estará parcialmente relleno de tejido de granulación, el cual se elimina con una cureta.

#### COMO DEBE TRATARSE LA RAZ.

Eliminense todos los depósitos, alíse la substancia radicular y la lengüeta adherida de tejido y alíse la superficie radicular, asegúrese de llegar a la raíz en la base del defecto.

#### COLOCACION OTRA VEZ DEL COLGAJO.

Una vez formada el coágulo, vuélvase el colgajo a su posición, suturese firmemente sobre el hueso raíces y cúbrase con apósitos periodontal.

Retírense el apósito y las suturas después de una semana.

#### GINGIVECTOMIA.

Una vez anestesiada la zona, se marcan las bolsas y se hace la gingivectomía como sigue:

PRIMERA INCISION.- Coronariamente al hueso, se corta la pared de la bolsa con bisturíes periodontales e - con bisturí de Bar-Parker No.11 ó No.12 y -- se elimina exponiendo el orificio del defecto óseo.

SEGUNDA INCISION:- Con bisturí periodontal interdental No. 22 G y No.23 G se hace la resección de la pared interna de la bolsa.

#### ELIMINACION DEL TEJIDO DE GRANULACION.

Introdúscase una cureta por la superficie radicular hasta el fondo de la bolsa, muévase hacia el costado para socavar el tejido de granulación y elimínese este. Esto expone los depósitos sobre la raíz.

## **RASPES Y ALISES LA RAIZ.**

Con el fin de eliminar todas las substancias dentarias necróticas y pulirse la raíz. Cerciorarse que la base de la bolsa este libre de tejido blando.

Elimínese la capa fibrosa del hueso. El tejido fibroso intacto se elimina de la superficie del hueso con el borde cortante de la cureta. Esto expone una superficie o sea sangrante. Si es necesario hagase varias perforaciones en la superficie ósea con una fresa redonda pequeña para producir hemorragia en el defecto.

## **COLOCACION DEL APOSITO PERIODONTAL.**

Limpíese la zona con agua tibia para arrastrar fragmentos de cálculos y tejido blando. Una vez que cese la hemorragia, cúbrase la zona con un apósito periodontal, sin desplazar el coágulo.

## **TECNICA DE RASPAJE Y CURETAJE.**

Se métodos esenciales en el tratamiento de bolsas infraóseas. Se anestesia la zona y las bolsas se sondan y marcan en las superficies vestibular y lingual. Partiendo de la base del defecto desplazándose coronariamente a lo largo de la pared ósea, se curetea al revestimiento epitelial y el tejido conectivo de la bolsa y se elimina con la cureta. Se raspa y se alisa la raíz haciendo un esfuerzo especial por eliminar todos los restos del tejido blando en la zona de adherencia epitelial.

Se curetean las paredes óseas del defecto para eliminar la capa fibrosa con el fin de facilitar la hemorragia.

## **AJUSTE DE LA OCLUSION EN EL TRATAMIENTO DE BOLSAS INFRAÓSEAS.**

Las fuerzas oclusales son de vital importancia en la etiología de las bolsas infraóseas y también afecta el resultado del tratamiento. El trauma de la oclusión asociado a factores locales dan lugar a la formación de bolsas infraóseas y defectos óseos.

Frecuentemente las fibras del ligamento periodontal que cubren al diente estan orientados perpendicularmente a las fuerzas oclusales lesivas. Estas fibras periodontales deben ser eliminadas durante el tratamiento. La reparación venturosa de los defectos óseos depende de la reinserción de nuevas fibras se insertarán en la misma forma e impedirán la reparación del defecto óseo, salvo que se modifiquen las fuerzas funcionales sobre el periodonto y restaurará los contactos proximales.

### FERULAS TERAPEUTICAS.

Para la prevención de lesiones ocasionadas por las fuerzas oclusales, hay que ferulizar los dientes móviles antes del tratamiento o durante el tratamiento. La movilidad desvía las fuerzas oclusales en fuerzas laterales, potencialmente lesivo que entorpecen la cicatrización.

La oclusión se ajustará antes de colocar la férula y esta debe adaptarse a la oclusión corregida.

Este es un factor que complica la lesión, por la cuál es preciso eliminarla examinando los contornos y márgenes de las restauraciones y eliminar todos los demás irritantes locales y condiciones que faciliten la acumulación.

### DEFECTOS ÓSEOS.

El tratamiento de estos defectos se haría mediante injertos y trasplantes óseos. Sólo mencionamos esto por ser este tratamiento muy amplio y complicado de explicar. Cabe mencionar que los tratamientos pueden ser implantes óseos autógenos, homogéneos y heterogéneos.

Este tratamiento se emplea en degeneraciones óseas muy severas que son ocasionadas por bolsas infraóseas.

### CONCLUSIONES.

- I.- La bolsa periodontal es una enfermedad de los tejidos de soporte del diente que se le debe considerar de vital importancia, por ser una de las principales causas por las que se pierden las piezas dentarias.
- II.- La etiología de las bolsas es variada, generalmente de origen local; pero también pueden intervenir factores sistémicos que se encuentran asociados a esta enfermedad.
- III.- La inversión epitelial migra en sentido apical con una consecuente destrucción de las fibras del ligamento -- parodontal.
- IV.- Las fibras gingivales actúan como barreras potenciales para la inserción epitelial que son estimulados por irritantes locales.
- V.- La profundización de las bolsas va a depender del grado de migración de la adherencia epitelial.
- VI.- La severidad del padecimiento va a depender de la cantidad de factores que esten interviniendo en la formación de la bolsa y del tiempo proliferación que lleve.
- VII.- La formación de la bolsa y su proliferación se encuentra relacionada con los cambios inflamatorios que se presentan con la enfermedad.
- VIII.- Para lograr un diagnóstico correcto es necesario la elaboración de una historia clínica bien documentada abarcando resultados en estudios de laboratorio.
- IX.- El pronóstico dependera del grado de movilidad perdida de tejido óseo, edad, estado general del paciente etc.
- X.- Los factores que predisponen al tratamiento dependeran de las indicaciones del operador y cuando del paciente; con una higiene adecuada para el control de placa.

**BIBLIOGRAFIA.**

**PERIODONCIA DE ORBAN:** Cuarta Edición 1975 por Editorial Interamericana.

**PERIODONTOLOGIA CLINICA:** Del Dr. IRVING, GLICKMAN  
Primera Edición 1974 por Editorial Interamericana.

**PERIODONCIA DE:** Goldman Schluger  
Cohen Chaikin Fox.

**CLINICA DE PARADONCIA:** De Luis Legarreta Reynoso 1967  
Por la prensa Médica Mexicana.

**OPERATORIA:** Apuntes.

**PERIODONCIA:** Apuntes.

INDICE.	PAG.
INTRODUCCION. . . . .	1
CAPITULO I . . . . .	2
I.- DEFINICION Y CLASIFICACION DE BOLSAS PERIODONTALES.	
CAPITULO II . . . . .	4
CONCEPTOS HISTOPATOLOGICOS DE LAS BOLSAS PERIODONTALES.	
CAPITULO III . . . . .	9
CONCEPTOS DE LA FORMACION DE LA BOLSA PERIODONTAL.	
CAPITULO IV. . . . .	14
ETIOLOGIA DE LAS BOLSAS PERIODONTALES.	
CAPITULO V . . . . .	25
CORRELACIONES CLINICAS E HISTOPATO- LOGICAS DE LA BOLSA PERIODONTAL.	
CAPITULO VI . . . . .	26
DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.	
CAPITULO VII . . . . .	33
TRATAMIENTO . . . . .	
	40
CONCLUSIONES . . . . .	
	45
BIBLIOGRAFIA . . . . .	
	46