



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA-U.N.A.M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

TECNICAS QUIRURGICAS EN PARODONCIA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

RITA SANCHEZ REYES



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.

I N D I C E

PROLOGO

CAPITULO I

GENERALIDADES Y ESTUDIO DEL PARODONTO.

- 1.- Encía
- 2.- Ligamento parodontal
- 3.- Cemento
- 4.- Hueso alveolar

CAPITULO II

CLASIFICACION DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.

- 1.- Extensión de la inflamación desde la encía hacia los tejidos de soporte.
- 2.- Pérdida ósea y patrones de destrucción ósea en la enfermedad periodontal.
- 3.- Factores que determinan la morfología ósea en enfermedad periodontal.
- 4.- Migración patológica (desplazamiento) movilidad dentaria.
- 5.- Gingivitis.
- 6.- Bolsa periodontal.
- 7.- Hendidura Gingival.
- 8.- Absceso periodontal.
- 9.- Pericoronaritis..

CAPITULO III

FACTORES ETIOLOGICOS.

- 1.- Causas Locales.
- 2.- Causas anatómicas.
- 3.- Causas generales.

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO Y EXAMENES.

- 1.- Historia clínica y examen oral general.
- 2.- Examen perodontal.
- 3.- Examen de oclusión.
- 4.- Examen radiografico.
- 5.- Exámenes preoperatorios.
- 6.- Cuidados post-operatorios.

CAPITULO V

CLASIFICACION DEL INSTRUMENTAL EN PARODONCIA.

- 1.- Instrumental parodontal.

CAPITULO VI

TECNICAS QUIRURGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS PARODONTOPATIAS.

- 1.- Técnica de raspaje y curetaje.
- 2.- Tratamiento de bolsas supraóseas por raspaje y curetaje.
- 3.- Gingivectomia.
- 4.- Gingivoplastia.
- 5.- Tratamiento de bolsas infraóseas.
- 6.- Tratamiento de defectos óseos.

- 7.- Técnica de gingivectomia para el tratamiento de bolsa.
- 8.- Tratamiento de colgajo simple.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

P R O L O G O .

Este trabajo tiene por objeto dar a conocer lo importante que es la PARODONCIA en la cavidad oral. Siendo el estudio de las estructuras de soporte su fisiología, incluyendo las desviaciones de la normalidad es decir su patología.

Los objetivos del tratamiento en la terapéutica parodontal se tendrán en cuenta, la eliminación de todos los factores etiológicos.

Eliminación de bolsas y creaciones de surco cuya profundidad sea tan cercana a cero como sea posible. Restauración de la arquitectura gingival ósea. Establecimiento de una oclusión funcional armónica. Mantenimiento de la salud parodontal por parte del paciente a través de las técnicas de fisioterapia y visitas periódicas al dentista.

Es imposible determinar una secuencia rígida en la re séutica y después aplicarla en todos los casos porque cada ca so es diferente en su requerimiento y su complejidad.

El plan de tratamiento debe de hacerse de acuerdo con la colección de datos y formulaciones de diagnóstico.

La secuencia de la terapéutica debe de seguir un orden lógico destinado a aliviar al paciente en forma más completa rápida y fácil. Al considerar el pronóstico de cada diente debe de tenerse cuidado con el intento de salvar dientes afectados de gravedad cuya retención contribuirá muy po co al éxito del caso en total.

El programa terapéutico de la eliminación de la enferu

medad parodontal deberá estar basado en la selección racional de las técnicas de uso más común para ayudar a la corrección del problema específico.

La mucosa oral es reseptora de influencias psicológicas en algunos casos es de origen de conflictos de problema - emocional.

Las consideraciones Psicológicas es de importancia central la actitud del paciente hacia su salud parodontal. Una - actitud de despreocupación acerca de la dentadura puede ser - una manifestación de la actitud del paciente hacia el mismo. - La terapia parodontal manipulativa o instrumentación puede co - menzar en cualquier momento después de los síntomas agudos.

La importancia de las técnicas quirurgicas debe de - ser ante todo un medio que necesita un profundo conocimiento - de los factores patológicos y sus manifestaciones, así como - sus métodos para investigarlos.

Los objetivos de las técnicas quirurgicas son: técni - ca astraumstica, control de hemorragia, manejo y cuidado de - los tejidos y asepcia.

La selección de técnicas para eliminación de las en-- fermedades de los tejidos blandos de cureteado y raspaje las - técnicas quirurgicas se debe considera cuando ésta indica cada una de estas técnicas.

Al considerar las técnicas se describirán, diversos - procedimientos de distintos autores, tomando los puntos más - importantes que son de práctica más frecuente para la aplica - ción.

CAPITULO I

LOS TEJIDOS DEL PERIODONTO

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

Esta sección trata de las características normales de los tejidos del periodonto, cuyo conocimiento es necesario para comprender la enfermedad periodontal.

ENCIA

La encía es la parte fibro mucosa bucal que cubre los procesos alveolares y rodea al cuello de los dientes se divide en:

ENCIA MARGINAL. - Es la encía libre que rodea a los dientes a modo de collar limitada hacia incisal por el margen gingival y hacia apical vestibularmente por el surco gingival. Generalmente de un ancho mayor de un milímetro forma la pared blanda del surco gingival. Es de color rosa obscuro superficie aterciopelada y consistencia suave la cara interna que va adosada al diente (pared lateral) cuyo límite interno es un elemento histológico especializado que se denomina inserción epitelear puede definirse como la unión interna de la encía con la pieza dentaria.

TEXTURA. - Superficial, la encía presenta una superficie sumamente fina, lobulada, como una cáscara de naranja y se dice que es punteada. La encía insertada es punteada y la marginal no lo es. La extensión del punteado varía en dife-

rente zonas de una misma boca.

ENCIA INCERTADA.- Ocupa el nicho gingival que es el espacio interproximal situada debajo del área de contacto dentario que consta de dos partes, una vestibular y una lingual. El color de la encía incertada y marginal se describe como rosa de coral y es producido por el aparato sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio y presencia de células que contienen pigmentación, el color varia según las personas y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea.

La mucosa alveolar es roja liza, y brillante y no rosada y punteada.

TAMAÑO.- El tamaño de la encía corresponde a la suma del volumen de los elementos, celulares e intercelulares y su vascularización.

CONTORNO.- El contorno o forma de la encía varia considerablemente y depende de la forma de los dientes y su alineación en el arco, de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos, gingivas vestibulares y linguales.

LIGAMENTO PARODONTAL

Es la estructura del tejido que rodea a la raíz y la une al hueso es de origen mesodérmico y proviene de la capa media del saco dentario.

ELEMENTOS HISTOLOGICOS. - En el ligamento parodontal encontramos los siguientes elementos histológicos.

A) Fibroblastos.

- B) Cementoblastos.
- C) Osteoblastos.
- D) Osteoclastos.
- E) Vasos, nervios y linfáticos.
- F) Restos epiteliales de Malassez.

Los fibroblastos tienen forma de huso con núcleo central, se agrupan en haces y forman fibras las que se pueden dividir en:

- A) Fibras principales.
- B) Fibras secundarias.

Una fibra principal es la que se introduce en el cemento dentario a expensas de un cemento joven no calcificado denominado cementoide que se calcifica posteriormente y atrapa a la terminación de la fibra principal, a la parte calcificada se le denomina fibra de Sharpey éste elemento también se localiza en nivel de hueso alveolar. La fibra principal tiene como función primordial mantener unido el diente a su alveolo.

La fibra secundaria. Es el conjunto de fibroblastos que no tienen fibra de Sharpey, por lo tanto, su función es de servir de relleno para que pasen a través de ella los elementos nutricionales y sensoriales de éste tejido.

Las fibras principales.- Forman ligamentos completamente diferenciados que se dividen en:

A) Ligamentos gingivales: Se extienden del cemento a la encía en donde se pierden, confundiendo con el tejido conjuntivo de la encía marginal tiene como función proporcionarle tono a la encía marginal y así preservar el interticio gingival.

B) Ligamentos transeptables.- Se extienden del cemento de una pieza continua, por encima del vértice de la cresta alveolar su función primordial consiste en mantener el área de contacto.

C) Ligamento cresta alveolares. Se insertan en el vértice de la cresta alveolar y se dirige al cemento en su zona coronal, tienen la función de evitar el desalojamiento dentario en sentido incisal.

D) Ligamento de fibras oblicuas.- Es el ligamento más poderoso y va de incisal hacia apical y del hueso alveolar hacia el cemento, este grupo de fibras compensan los impulsos verticales axiales que reciben las piezas al ponerse en contacto con el bolo alimenticio a sus antagonistas y mantienen a la pieza en el equilibrio fisiológico adecuado.

E) Ligamentos de fibras horizontales.- Van del hueso al cemento por debajo del grupo anterior sirven para evitar los desplazamientos laterales. Es importante observar que las piezas dentarias cuando sufren tracciones como por ejemplo, durante tratamiento ortodoncico giran en el centro de rotación denominado Fulerum, el que generalmente se encuentra en la unión del tercio con el tercio coronal de la raíz.

F) Ligamento periapical sirve para evitar desplazamientos bruscos del ápice tanto en sentido vertical como lateral, preservando de esta manera la integridad anatómica y funcional del paquete neuromuscular de la pieza dentaria a este ligamento se denominó cojinete periapical del black.

Los nervios en el sistema nervioso del ligamento parodontal tienen una función especializada. Los nervios de la pulpa no tienen terminaciones nerviosas sensitivas como las de Kraus y meissner, sino además terminaciones nerviosas espe-

cializadas llamadas propioceptivas, por lo que se percibe la sensación del lugar de los estímulos que se transmiten a través de la pieza dentaria.

FISIOLOGIA DEL LIGAMENTO PARODONTAL.- Tiene dos grandes funciones.

I.- Función biológica, que consta de tres aspectos.

A) Función formativa.- La función formativa del ligamento parodontal está determinada principalmente por todos aquellos elementos histológicos capaces de regenerar tejido.

B) Función nutricional.- La función nutricional se lleva a cabo por medio de los elementos arteriales de la región.

C) Función sensorial.- La función sensorial está determinada por el tejido nervioso, que inerva el ligamento.

Función mecánica.- También se denomina función de sostén que se mantiene la pieza dentaria adherida al alveolo óseo que la circunda esta función se representa principalmente por los grupos de los ligamentos que hemos mencionado anteriormente.

CEMENTO.

Es el tejido mesenquimatoso calcificado, que forma la capa externa de la raíz del diente, cuya substancia intercelular esta calcificada dispuesta en capas alrededor de la raíz del diente.

FUNCIONES.- Entre estas funciones más importantes es

tan las siguientes:

A) Fijar las fibras del ligamento parodontal a la su superficie del diente.

B) Compensar el movimiento de erupción activa y mesea lización fisiológica por medio de las aposiciones del cemento que se efectúa toda la vida de la pieza dentaria.

Hay dos tipos de cementos desde el punto de vista morfológicos.

A). Cemento celular (primario)

B) Cemento acelular.

Desde el punto de vista funcional estos dos elementos son exactamente iguales. El cemento acelular existe en el -tercio medio y coronario de la raíz dentaria y el celular es tá en el tercioapical de la misma. La función principal del -cemento tanto celular como acelular es de formar cementoides.

HUESO ALVEOLAR

Producto de la capa externa del surco dentario de origen mesodérmico se desarrolla al mismo tiempo que la raíz -dentaria.

El hueso que está en contacto con el ligamento parodontal se denomina lamina dura o hueso cribiforme, es compacto- y muy calcificado se denomina hueso cibiforme, por los multi- ples oficios que representa su superficie y que dan paso a -elementos nutritivos y nerviosos de la región. Esta lámina -dura tiene como tejido de relleno diploe se puede comparar -

con la estructura de un panal de abejas.

En el ligamento parodontal osteoblastos, células que están formando hueso joven que favorecen la actividad en el desarrollo del osteoide que tiene al mismo papel del cementoide. Tanto el hueso como el cemento tiene la propiedad de formar capas durante toda la vida activa de la pieza dentaria - que comenza la erupción activa y el movimiento de mesialización fisiológica.

El hueso alveolar es altamente especializado consiste en una matriz orgánica y una substancia inorgánica. La matriz está compuesta por una base de osteocitos y substancias intercelular la porción inorgánica está constituida principalmente por carbonato y fosfato de calcio bajo la forma de cristales de apatita. El hueso se deposita primero como esponjoso abierto, parte del cual se toma compacta más tarde, los espacios del esponjosos reciben el nombre de espacios medulares el hueso que esta en contacto con el ligamento parodontal se denomina lámina dura o hueso cribiforme se denomina así por los múltiples oficios que representa sus superficie. La organización del tejido óseo es semejante a todos los demás tejidos óseos del cuerpo humano, es decir tiene un sistema de laguna o comunicadas entre sí por los canales de Havers en este tejido como en el cemento encontramos tejido joven osteoide cuya función es semejante al cementoide, este tipo de tejido sirve para que la fibra principal pueda insertarse en el posteriormente cuando se calcifica, queda firmemente adherida a este elemento.

Hacia el ligameto parodontal encontramos osteoblastos celular que están fomando hueso joven favorecen la actividad en el desarrollo del osteoide que tiene el mismo papel que el cementoide.

Relación de la función del hueso alveolar y de soporte

el alojamiento óseo del diente depende de la función desarrollada por éste para conservación de su estructura. Las modificaciones del hueso de soporte y del parodonto cuando el diente se ve privado de esfuerzos como cuando se pueden los antagonistas, demuestran la dependencia de estos tejidos de los estímulos funcionales. Después de una prolongada falta de función, también es posible observar modificaciones del hueso alveolar. En los maxilares donde los dientes están sometidos a esfuerzos intensos es usual encontrarse con el hueso esponjoso por trabéculas más gruesas y numerosas aunque el tejido óseo depende de la función pero el mantenimiento y disposición de las trabéculas hay otros factores que pueden verse involucradas en el caso de existir un proceso patológico que interfiera el proceso normalmente equilibrado de anabolismo y catabolismo característico del tejido óseo.

El hueso alveolar adyacente al parodonto contiene numerosas fibras porción de anclaje de las fibras colágenas del periodonto conocidas como fibras de Sharpey. Este hueso tiene una disposición de las láminas producidas por líneas de incremento paralelas a la superficie, pero sin relación con cambios en la dirección fibrilar como el hueso laminar.

CAPITULO II

CLASIFICACION DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.

EXTENSION DE LA INFLAMACION DESDE LA ENCIA HACIA LOS-
TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

La extensión de la inflamación desde el margen gingival hacia los tejidos periodontales de soporte marca la transición de gingivitis periodontitis marginal también se usa - con notar la destrucción de los tejidos periodontales que se - produce por la extensión de la inflamación a partir de la encía.

VIAS DE INFLAMACION GINGIVAL.- La irritación local - produce la inflamación del margen gingival y la papila interdientaria. La inflamación penetra a las fibras gingivales y - las destruye, por lo general a corta distancia de su inserción en el cemento, después se propaga hacia los tejidos de soporte por las siguientes vías.

Vías interproximales.- En la zona interproximal, la inflamación se extiende por tejido conectivo laxo que rodea - a los vasos sanguíneos a través de las fibras transeptales y - luego dentro del hueso a través de los conductos de los vasos que perforan la cresta del tabique interdentario. El lugar - en que la inflamación entra en el hueso depende de la localización de los conductos vasculares. Con mayor frecuencia la inflamación se extiende desde el ligamento periodontal y de - allí al tabique interdentario.

Vías vestibular y lingual.- En vestibular y lingual - la inflamación de la encía se extiende por la superficie periodontica externa del hueso y penetra en los espacios medula--

res a través de los conductos vasculares en la corteza exterior.

En los tejidos de soporte hasta el punto de desviar - la inflamación del surco habitual de la superficie vestibular y lingual, pero los defectos infraóseos se producen allí con menor frecuencia.

Movilidad dentaria.- La inflamación del ligamento periodontal es uno de los factores causa de la movilidad dentaria patológica. Junto con la pérdida de hueso alveolar y el trauma de oclusión. El exudado inflamatorio reduce el soporte dentario al producir la degeneración y destrucción de las fibras principales y una solución de continuidad entre la raíz y el hueso. La extensión con la inflamación del ligamento contribuye a la movilidad dentaria queda demostrada claramente cuando se elimina la inflamación mediante el tratamiento y los dientes se afirman.

Dolor.- La inflamación del ligamento periodontal suele ser crónica y asintomática. No obstante la inflamación - aguda sobre agregada es causa frecuente de dolor considerable.

PERDIDA OSEA Y PATRONES DE DESTRUCCION OSEA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Lo fundamental del problema de la enfermedad periodontal destructiva crónica reside en los cambios que se producen en el hueso, las alteraciones de otros tejidos del periodonto también son importantes, pero en el análisis final de destrucción ósea es causa de la pérdida de los dientes.

Equilibrio fisiológico del hueso alveolar. En el estado normal la altura del hueso alveolar se mantiene por un equilibrio constante la altura del hueso alveolar se mantiene

por equilibrio constante entre la formación ósea y la resorción ósea reguladas por influencias locales u generales. La reducción de la altura es un fenómeno fisiológico con la edad y se denomina atrofia senil o fisiológica. La destrucción ósea en la enfermedad periodontal supera a la reducción fisiológica de altura ósea. El equilibrio óseo se altera, de modo que la resorción supera la formación y la neoformación ósea normal permanece inalterada.

La pérdida ósea en la enfermedad periodontal puede ser consecuencia de cualquiera de los cambios.

1.- Aumento de la resorción en presencia de neoformación normal o aumentada.

2.- Disminución de la neoformación en presencia de resorción normal.

3.- Aumento de la resorción combinado con disminución de la neoformación.

Destrucción ósea en la enfermedad periodontal. La causa de la destrucción ósea en la enfermedad periodontal reside básicamente en los factores locales. También pueden originarse por factores generales. Los factores locales se clasifican en dos grupos los que causan inflamación gingival y los que causan truma de oclusión. Actuando separados y juntos la inflamación y el trauma de oclusión son la causa de la destrucción ósea local en la enfermedad periodontal y determina su destrucción, su intensidad y su forma.

Destrucción ósea causada por la inflamación crónica.- La inflamación crónica es la causa común de destrucción de hueso en la enfermedad periodontal. En la enfermedad periodontal la inflamación va acompañada de un aumento de los oste

oblastos y fagocitos mononucleares que reabsorben hueso mediante la remoción de cristales minerales y la disolución del colágena.

La destrucción ósea producida por la inflamación de la enfermedad periodontal no es un proceso de necrosis ósea.

Formación del hueso en la enfermedad periodontal.- Es significativo que la respuesta del hueso alveolar a la inflamación incluya tanto a la formación del hueso como resorción. Ello requiere decir que la pérdida ósea de la enfermedad periodontal no es simplemente un proceso destructivo. Sino que es la consecuencia del predominio de la resorción sobre la neoformación del hueso nuevo retarda la velocidad de la pérdida ósea, compensando en cierto grado el hueso destruido por la inflamación. La presencia de formación ósea como respuesta a la inflamación en la enfermedad periodontal activa tiene relación con el resultado del tratamiento.

Destrucción ósea por el trauma de oclusión.- La inflamación es causada más común de destrucción periodontal; la otra es la destrucción ósea en ausencia de inflamación o combinado con ella.

Pérdida ósea y movilidad dentaria.- La pérdida del hueso alveolar en la enfermedad periodontal es una causa importante en la movilidad dentaria. Como consecuencia el grado de movilidad dentaria en la enfermedad periodontal no está necesariamente correlacionado con la cantidad de pérdida ósea.

FACTORES QUE DETERMINAN LA MORFOLOGIA ÓSEA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Hay una variación normal considerable en la morfología

gía del hueso alveolar y ello afecta al contorno óseo producido por la enfermedad periodontal. Las características del - hueso que afectan significativamente al patrón de destrucción ósea en la enfermedad periodontal son: espesor, ancho y angulación de la cresta del tabique interdentario, el espesor de las tablas alveolares vestibulares y linguales, la presencia de fenestraciones y dehiscencias sobre superficies radiculares, el espesor de los bordes óseos alveolares para acomodarse a las demandas funcionales y la alineación de dientes.

EXOSTOSIS.- Las exostosis son crecimiento del hueso, de diversas formas y tamaños. Se presentan con mayor frecuencia en la superficie vestibular que en la lingual y evidentemente, no tiene finalidad útil. El borde cervical del hueso alveolar muchas veces se engrosa en la respuesta a mayores demandas funcionales, de manera que a veces resulta difícil diferenciar entre exostosis lineal y adaptación funcional.

TRAUMA DE LA OCUSION.- El trauma de la oclusión es un factor crítico en la determinación de la dimensión y forma de las malformaciones óseas. Junto con la inflamación, es un factor codestructivo que cambia los patrones de destrucción ósea al alterar la vía de inflamación. En ausencia de inflamación, produce defectos angulares en la cresta ósea al lesionar el ligamento periodontal y causar la resorsión del hueso adyacente.

CRATERES ÓSEOS.- Estas son cavidades en la cresta del hueso interdentario confinadas dentro de las paredes vestibulares y linguales y con menor frecuencia entre la superficie dentaria y la tabla ósea vestibular o lingual.

DEFECTOS INFRAÓSEOS.- Estos defectos son socavaciones practicadas en el hueso, a lo largo de la superficie radi

cular denudada o más encerradas dentro de una, dos, tres, ó - cuatro, paredes ósea. La base del defecto se localiza apicalmente al hueso circulante. En cráneos humanos se observó que los defectos infraóseos de las tres paredes son más comunes - en la superficie mesial del segundo y tercer molar superior e inferior.

CONTORNOS OSEOS ABULTADOS.- Son agrandamientos óseos por exostosis adaptación de la función o formación de hueso - de refuerzo.

LESIONES DE FURCACIONES.- Las lesiones de furcacio-- nes se refieren a lesiones que se producen correntemente, en las cuáles las bifurcaciones y triburcaciones de los dientes multirradiculares que dan denudadas por enfermedad periodon-- tal. Los primeros molares inferiores son los sitios más comú-- nes; el número de furcaciones aumenta con la edad.

Características Clínicas.- Las bifurcaciones o tri-- furcación puede ser visible o estar cubierta por la pared inflamada de la bolsa periodontal. La amplitud de la lesión se determina mediante la exploración con una sonda roma, con un chorro de aire simultáneo para facilitar la visión. Puede - presentarse síntomas dolorosas incluyendo sencibilidad a va-- riasiones térmicas, causadas por caries o resorción lacular - de la raíz en la zona de las furcaciones, dolor pulsátil in-- termitente o constante causado por alteraciones pulpares y - sencibilidad a la percusión.

ETIOLOGIA.- Las lesiones de bifurcaciones y trifurca-- ciones son etapas de la enfermedad periodontal que avanza y - tiene la misma etiología. Sin embargo, de todas la áreas del periodonto, las bifurcaciones y las trifurcaciones son los -- más sensibles a la agresión de fuerzas oclusales excesivas.

- MIGRACION PATOLOGICA (DESPLAZAMIENTO) MOVILIDAD

DENTARIA. -

Migración Patológica.- La migración patológica se refiere al movimiento dentario que se produce cuando la enfermedad periodontal altera al equilibrio entre los factores que mantienen la posición fisiológica de los dientes. La migración patológica ocurre con mayor frecuencia en la región anterior, pero también puede afectar a los posteriores. Los dientes se mueven en cualquier dirección, acompañado por movilidad y rotación.

La migración patológica representa el efecto acumulativo de una combinación de factores. La migración patológica consta de dos componentes.

1) Destrucción de los tejidos de soporte del diente por la enfermedad periodontal.

2) Una fuerza que mueva el diente debilitado. La destrucción de los tejidos periodontales crea un desequilibrio entre el diente y las fuerzas oclusales y musculares que soporta ordinariamente. En la migración patológica la anomalía reside en el periodonto debilitado.

La alteración de las relaciones de contacto proximal conduce al acumulamiento de alimentos, inflamación gingival y formación de bolsa seguido de pérdida ósea y movilidad dentaria. Las desarmonías oclusales generadas por las posiciones dentarias alteradas traumatizan los tejidos de soporte del periodonto y agravan la destrucción que produce la inflamación. La disminución del soporte periodontal lleva una mayor migración dentaria y la mutilación de la oclusión.

La migración patológica es un signo temprano de periodontosis (atrofia difusa del hueso alveolar). Los dientes se

debilitan por la pérdida del soporte periodontal.

Movilidad dentaria.- Normalmente los dientes tienen un grado de movilidad, los dientes unirradiculares más que los multirradiculares y los incisivos tienen la mayor movilidad.

La movilidad dentaria se produce en dos etapas.

1.-) Etapa intraalveolar en la cual el diente se mueve dentro de los confines del ligamento periodontal.

2.-) Etapa secundaria que se produce gradualmente y supone la deformación elástica del hueso alveolar en respuesta al aumento de fuerzas horizontales.

GINGIVITIS

Etimológicamente significa inflamación de la encía y se define como el aumento de volumen que sufre la encía como una respuesta ante los irritantes locales y a los trastornos generales sistémicos.

La inflamación se halla casi siempre en todas las formas de enfermedad gingival, por lo que los irritantes locales, que producen inflamación como la placa dentaria, materia alba y cálculos son extremadamente comunes, los microorganismos y sus productos lesivos estos siempre presentes en el medio gingival.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Se caracteriza por las alteraciones de la encía margi

nal y las papilas interdientaria, y la formación de falsas bol as (no se observa siempre esto). Los cambios de color son signos importantes: la región afectada suele ser más oscuro - que lo normal y se pierde el aspecto punteado.

Los signos y síntomas de gingivitis son los siguien-- tes:

A) Cambios de textura, pérdida del punteado gingival y aspecto brillante y liso.

B) Cambios de coloración, del rosado hasta los tonos rojos magenta.

C) Cambios en la forma; edema.

D) Cambios en el intersticio, edema.

E) Cambios en el margen gigival; crecimiento excesi- vo bolsa virtual.

F) Hendiduras y festones.

G) Presencia de irritantes local; sarro.

E) Proceso de la gingivitis es lento pero tarde o - temprano la encía revela algunos cambios clínicos importantes sin embargo se observan también casos de evolución rápida.

ETIOLOGIA.- Incluye factores locales y generales. El traumatismo y la infección son generalmente las causas media- tas de la inflamación gingival, aunque el factor subyacente - puede ser el que haga a los tejidos menos resistentes al trau- matismo o la infección como ejemplo discrasias sanguíneas avi- taminosis, diabetes sacarina, respiración bucal.

DISTRIBUCION DE LA GINGIVITIS.- La gingivitis puede- estar localizada en toda la encía, la enfermedad gingival pue- de ser:

Marginal.- Intereza el margen gingival y puede incluir una parte de la encía adherida continua.

Papilar.- Limitada a la papila interdental cuando esta atacada las papilas interdentarias y el margen gingival adyacente se habla generalmente de la enfermedad gingival marginal.

Difusa.- Cuando ataca a la encía marginal y adherida la encía palatina hasta una distancia correspondiente a lo largo de las raíces.

Usando los términos anteriores, la situación de la enfermedad gingival puede ser descrito como sigue:

- A) Enfermedad marginal localizada, confinada a una o más zonas de la encía marginal.
- B) Enfermedad difusa localizada; va del margen al surco vestibular.
- C) Enfermedad gingival.
- D) Enfermedad marginal generalizada; cubre la encía marginal de todos los dientes.
- E) Enfermedad difusa generalizada; ataca la mucosa gingival de toda la boca.

Las alteraciones marginales son provocadas por factores locales agudos. La gravedad y extensión de las alteraciones marginales son factores que están sugetados a modificaciones por factores sistemicos.

BOLSA PERIODONTAL

Una bolsa periodontal es la profundización patológica del surco gingival; el avance progresivo de la bolsa produce destrucción de los tejidos periodontales de soporte, aflojamiento y exfoliación de los dientes.

Hay cambios que pueden ser descritos como profundización patológica del surco gingival. La enfermedad gingival se caracteriza por alteraciones de dolor, pérdida del punteado, hemorragia, exudado, retracción del margen gingival pérdida de forma.

Los principales signos de diagnóstico de un proceso patológico son:

- 1.- Encía marginal roja 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 vestibulolingual de la encía interdientaria.
- 4.- Encía brillante, hinchada y con cambios de color asociada a la superficie radicales expuestas.
- 5.- Sangrado gingival.
- 6.- Exudado purulento en el margen gingival.
- 7.- Movilidad, extrusión y migración de dientes.
- 8.- La aparición de diastemas donde no los había.

Por lo general, las bolsas periodontales son indoloras pero pueden generar los siguientes síntomas:

Dolor localizado o sensación de presión después de comer, que disminuye gradualmente; sabor desagradable en áreas localizadas; una tendencia a succionar material de los espacios interdentarios; dolor irradiado "en la profundidad del hueso" que empeora los días de lluvia; una sensación de picazón en las encías, que a veces se describen como "carcomidas". Quejas de que los alimentos se atascan entre los dientes y se sienten flojos los dientes. Sensibilidad al frío y al calor, dolor dentario e ausencia de caries.

Las bolsas periodontales se clasifican según la morfología y su relación de las estructuras adyacentes, como sigue:

BOLSA GINGIVAL.- (relativa)

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

BOLSA GINGIVAL.- (absoluta)

Este es el tipo de bolsa que se produce en la enfermedad periodontal. La encía enferma y el surco profundiza; hay destrucción de los tejidos periodontales de soporte. La bolsa absoluta son de dos clases;

- 1.-) Supraósea (supracrestal), en el cual el fondo del hueso es coronal al hueso alveolar subyacente
- 2.-) Infaósea, subcrestal o intraalveolar, en la cuál el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar ad

yacente. En éste tipo la pared lateral de la bolsa está entre la superficie dentaria y el hueso alveolar. Bolsas de diferentes profundidades y tipos pueden consistir en diferentes superficies de un mismo diente o superficie vecinas de un mismo espacio interdentario.

PATOGENIA.— La formación de la bolsa comienza con un cambio inflamatorio en la pared del tejido del surco gingival originado por la irritación local. El exudado inflamatorio celular y líquido causa la degeneración del tejido conectivo, circundante incluyendo las fibras gingivales. La porción coronaria de la adherencia epitelial se desprende de la raíz a medida que la porción apical emigra.

A medida que la inflamación continúa, la encía aumenta de tamaño y la cresta del margen gingival se extiende hacia la corona la adherencia epitelial continúa 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 tejido conectivo inflamado. Los leucocitos y el edema del tejido conectivo inflamado infiltran el epitelio que tapiza la bolsa, cuya consecuencia es la aparición de diversos grados de degeneración y necrosis.

CORRELACION DE LAS OBSERVACIONES CLINICAS E HISTOPATOLOGICAS- DE LA BOLSA PERIODONTAL.

CARACTERISTICAS CLINICAS

- | | |
|--|--|
| 1.- Cambio de color diversas gommas del rozado al rojo azulado. | 1.- El cambio de color resulta del proceso inflamatorio producido en el tejido gingival. |
| 2.- Desaparición del punteado. | 2.- La desaparición del punteado resulta de la destrucción de las fibras gingivales por el proceso inflamatorio.* |
| 3.- Retracción. Es fácil separar el tejido gingival de la superficie dental. | 3.- La retracción es también un resultado de la destrucción de las fibras por el proceso inflamatorio. |
| 4.- Hemorragia. | 4.- La hemorragia puede resultar de la ulceración capilar inflamatoria como en las inflamaciones gingivales prolongadas se produce una separación, hay fibrosis y disminuye la hemorragia. |

5.- Exudado la aplicación de una presión suave sobre la pared externa de la bolsa exprime el exudado.

5.- El exudado de las -bolsas se produce por la ulceración del epitelio-sulcular.

HENDIDURA GINGIVAL.

La hendidura gingival.- Es una raja vertical de diametro variable en el tejido gingival.

Observaciones más frecuentes cara labial de los incisivos del maxilar inferior y sobre la encía bucal de los molares del maxilar superior. Puede haber formación de hendiduras en otras zonas, especilamente donde el hueso subyacente es delgado. Esta lesión también es provocada con frecuencia por yustaposición de un irritante gingival. Sobre la zona donde el hueso ha sido previamente reabsorvido a causa de la sobre carga oclusa. Otro factor etiológico son la abración por cepillado dental y la irritación producida por la presión de un aparato protesico sobre el margen gingival.

ABSCESO PERIODONTAL.

El absceso periodontal, es una colección purulenta en los tejidos parodontales.

El abseceso periodontal comienza con una aglomeración focal de leucocitos polimorfonucleares. Generalmente se extiende mediante necrosis progresiva periférica, pero un fenómento de infiltración puede dar lugar a una expación a través de conductos necróticos. Hay formación de abscesos perodontales en la pared del tejido blando de la lesión inflamatoria y en-

entre las raíces de los dientes multiradiculares. Si pues están frecuentemente asociados con bolsas subraóseas o infraóseas e infraóseas y lesiones interradiculares. El absceso casi siempre drena directamente dentro de la zona del surco a través de la rotura necrótica en el espacio de la bolsa.

ASPECTOS CLINICOS.- El paciente experimenta en ocasiones, dolor leve hasta intenso. El dolor puede ser sordo - hasta continuo, agudo y penetrante, o agravado por punción sobre el diente o por la masticación. En muchos casos la punción no producirá dolor mientras que sí lo hará la palpación de la encía, ésta generalmente edematosa y su superficie es brillante y carece de punteado. Su color se oscurece hasta adquirir un tinte rojo azulado. La deformación gingival es circunscrita o difusa. Los síntomas generales varían la intensidad del proceso inflamatorio y consiste en linfadenopatía - cervical, fiebre baja, malestar anoxia que acompaña de la inflamación aguda. Es importante detectar la presencia de un cuerpo extraño dentro de la bolsa periodontal.

ASPECTOS PATOLOGICOS.- El aspecto histopatológico muestra una resorción con la transformación de la médula adiposa. En la flora bacteriana de la tumefacción supurativa de origen dental y periodontal contiene streptococos viridans, staphylococcus albus staphylococcus aureus veisseria y microorganismos coliformes. El absceso periodontal representa una infección mixta por microorganismos bucales corrientes.

Diferentes tipos de abscesos pueden ser agudos o crónicos.

Absceso agudo.- Aparece como una elevación ovoide, edematosa con la superficie lisa y brillante, de consistencia blanda y en la mayoría de los casos la suave presión de los dedos hace que salga exudado purulento.

Absceso crónico.- Se caracteriza por la presencia de una fistula con un orificio en forma cráter, del cual intermitentemente sale un exudado purulento. El absceso crónico es generalmente asintomático, hay dolor en forma muy vaga libera elevación del diente con deseos de morderlo y desgastarlo.

Exploración radiográfica.- El hallazgo radiográfico más frecuente, es una zona de radiolucidez localizada en cara lateral de la raíz.

PERICORONARITIS

La erupción de los terceros molares de la dentición permanente, da lugar al alto porcentaje de trastornos que se clasifican de tejido duro y tejidos blandos.

En la mandíbula por la configuración anatómica, son más frecuentes estos trastornos que en el maxilar. Trastornos de tejido blando.- La erupción del tercer molar puede dar lugar a trismus, principalmente del macetero, por la inflamación que produce en la zona de inserción de dicho músculo. Ocasionando trastornos funcionales en la masticación- fonación y deglución. En los tejidos gingivales determina una inflamación del capuchón que rodea a los terceros molares. Entre la encía y la pieza dentaria, se forma un fondo de saco donde se deposita gran cantidad de alimento que producen proliferación de floramicrobiana bucal. Pudiendo desencadenar una estomatitis.

Trastornos de tejido duro.- La erupción de los terceros molares pueden dar lugar a trastornos tales como ostitis que produce inflamación y dolor agudo.

CAPITULO III

FACTORES ETIOLOGICOS

La etiología de la enfermedad periodontal se clasifica comunmente en factores locales y generales, pero sus efectos están relacionados entre sí.

Factores locales son los del medio que rodea al periodonto y factores generales son los que provienen del estado general del paciente.

CAUSAS LOCALES.

Medio bucal.- Materia alba, es la placa compuesta por células epiteliales, serrín alimenticio (lo que queda después de la alimentación), su color varía del blanco al amarillento se puede decir que es un cultivo donde existen gran cantidad de bacterias. La presencia de materia es un signo clínico de la falta de cepillado se deposita principalmente en el cuello de los dientes y antecede a la formación de sarro.

El empaquetamiento alimenticio se puede dividir en horizontal y vertical el primero se produce cuando los carrillos o la lengua empujan el alimento a los espacios interproximales. El vertical se produce cuando el área de contacto de una pieza se ha perdido por diversas causas ya sea por caries o por odontología defectuosas.

La cuspide en el momento de la oclusión actúa como empujador y proyecta la comida en el sentido vertical, este ti-

po de empaquetamiento, es más lesionante para el parodonto - que el horizontal. Se produce principalmente con los alimentos fibrosos como la carne y algunos vegetales.

Clínicamente el empaquetamiento lo notamos, porque la papila interdientaria, que tiene forma de pico de flauta, se empieza a achatar dejando abierto el espacio interproximal al cambiar la encía los elementos del parodonto, éstos son también destruidos y radiográficamente podemos observar que la cresta ósea empieza a reabsorberse.

El mal cepillado puede producir erosiones en el cepillado de las piezas dentaria, hipersensibilidad de las mismas y alteraciones en el contorno y textura de la encía.

Los malos hábitos.- Están constituidos por el uso de calillos, cortar hilos, romper cuerdas duras con los dientes, dormir con la boca abierta.

Placa dentobacteriana. Es un depósito blando amorfo-granular que se acumula sobre las superficies, (restauraciones y cálculos dentarios.

La importancia fundamental de la placa dentaria reside en la concentración de bacterias y sus productos. Las bacterias contenidas en la placa y en la región del surco gingival son capaces de producir daños y enfermedades a los tejidos.

CAUSAS ANATOMICAS

- 1.- Caries.
- 2.- Anamolias de forma y posición.

- A) Coronas grandes con respecto a raíces pequeñas.
- B) Raíces dentarias unidas.
- C) Anomalías de curvatura de la corona.
- D) Versiones.

Las caries, producen destrucción de los elementos histológicos de las piezas dentarias, ocasionando muchas veces la pérdida del área de contacto y favoreciendo la retención de comida en los lugares cercanos al parodonto con la consiguiente descomposición de los alimentos retenidos, que al producir fermentación van a irritar el parodonto.

Una de las anomalías de forma más frecuente es, consiste en coronas grandes y raíces pequeñas en donde las superficies masticatorias de la corona, transmiten estímulos intensos que no van a ser tolerados por el aparato de sostén.

Las anomalías de curvatura, se refieren a la corona - la encía recibe un estímulo durante la masticación que podría compararse al masaje que se lo proporciona a un músculo, para activar la circulación. En la curvatura, anormal el bolo alimenticio, es rechazado y la raíz no recibe la estimulación mecánica del alimento la falta de curvatura 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 hacerlo como estímulo.

Las anomalías de posición. Se denominan versiones - cuando las piezas quedan fuera del área dentario ésta anomalía primeramente debe tratarse en ortodoncia y posteriormente en periodoncia, la encía de las piezas con versiones nunca quedará totalmente normal, mientras el defecto exista.

Anomalías de frenillo. La posición normal del frenillo se encuentra en la encía alveolar, cuando el frenillo trans

pasa esta zona y se inserta en la encía incertada estará en una posición aberrante y los movimientos de deglución, fonación y masticación va a ejercer una tensión constante sobre la encía insertada y la encía marginal produciendo una entidad patológica denominada fisura de Stilman. El frenillo mal insetado debe eliminarse siempre.

La anoclusión es un fenómeno de disfunción en el cuál una pieza o un número de piezas no se ponen en contacto con sus antagonistas en ninguno de los movimientos mandibulares. Generalmente se debe a que existen piezas atrapadas que no llegan al plano de oclusión o piezas fuera del arco dentario. La oclusión traumática, es el fenómeno contrario de la oclusión se dice que cuando una pieza o un grupo de piezas reciben estímulos mayores que para los que están destinadas la masticación estan en oclusión traumática.

La oclusión traumática, se puede dividir en potencial y actual, la potencial es aquélla en la cual a pesar de que el parodonto está recibiendo estímulos exagerados. Están siendo soportadas sin causar ningún fenómeno destructivo en el mismo, sin embargo, esta oclusión es susceptible de modificarse por algún descanso en las defensas del organismo o por causas de origen sistemático; lo que determina que la oclusión-traumática potencial, los tejidos de parodonto, toleran los estímulos sufriendo cambios de adaptación del ligamento parodontal hueso y cemento.

Los principales cambios son radiográficos histológicos y clínicos. Los cambios radiográficos que se observan con aumento del espacio vital del ligamento parodontal y fenómenos de hipercementosis, cuando la oclusión es traumática.

Histológicamente, se encuentran zonas de ruptura de fibras principales, ruptura de capilares, zonas de estiramiento-

de fibras del ligamento zonas de necrosis por disminución del espacio del ligamento, zonas de cemento en plena actividad regenerada; y en el hueso alveolar lugares donde se está reabsorbiendo éste elemento, y zonas donde existe actividad de formación.

Clinicamente vamos a encontrar movilidad de las piezas dentarias, pérdida del puntilleo gingival y la capa queratinizada de la encía. El paciente puede reportar dolor espontáneo durante la masticación.

CAUSAS GENERALES.

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

Vitamina "B" se denomina antiberiberi y antineurítica; actualmente se considera al complejo "B" como , la insuficiencia o falta produce estados de hipersensibilidad y de neuritis considerándose como una causante directa de la estomatitis hipertica.

La carencia de vitamina "C" produce una enfermedad llamada escorbuto caracterizada principalmente por las hemorragias espontáneas que produce ya que la carencia de ésta vitamina afecta las estructuras histológicas de las endotelias vasculares así mismo la vitamina "C" tiene influencia directa sobre la formación y estructura normal del tejido colágeno, considerándose su carencia como factor causal directo de trastornos del tejido conjuntivo o colágeno, está íntimamente -

ligada a la enfermedad parodontal.

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

Transtornos Hormonales.- Se tienen pocos datos sobre la acción de las glándulas endocrinas sobre el parodonto.

La endocrinología.- Es una especialidad muy amplia - solo veremos las glándulas que afectan al parodonto.

Hiperparatiroidismo.- El hiperfuncionamiento de la glándula paratiroides ocasiona cavidades quísticas multilocu- ladas en el hueso y es frecuente encontrar este tipo de cavidades relacionadas con las raíces dentarias que produce movilidad de la pieza por destrucción del hueso de soporte.

Gónodas.- Probablemente son las glándulas que mayor relación tienen con respecto a la mucosa bucal y el tejido de soporte. A la mucosa algunos autores la comparan con el endo- metrio uterino, ya que falta de hormonas femeninas, progesterona y foliculina, provoca trastornos bucales, que se pueden describir como una estomatitis descamativa crónica.

La carencia de testosterona, produce los mismos efectos en el hombre. En ausencia de testosterona se ha visto - que la capa espinosa del tejido epitelial es profundamente - afectada por la insuficiencia de éstas hormonas.

Durante el embarazo se puede observar una gingivitis- clásica en el 30 al 40% las mujeres embarazadas. Dicha gingi- vitis aparece durante el segundo trimestre de la gestión. En

algunos casos se hace más grave y produce una proyección de encía de tipo ovoide pediculada que se ha denominado tumor de embarazo.

Menstruación.- Es un hecho conocido clínicamente que el tejido gingival puede presentar un agrandamiento temporal durante los días que dura la menstruación. Así mismo se ha comprobado clínicamente que existen tendencia a hemorragia.

Pubertad.- Es la etapa en la que aparecen en el torrente circulatorio las hormonas estrogénicas, lo que determina un cuadro clínicamente de alteraciones tisulares temporales afectan a los tejidos gingivales principalmente.

La menopausia es la cesación de la sangre de las hormonas estrogénicas puede ser la causa de una gingivitis desamativa y sensaciones de sequedad y quemadura en toda la mucosa bucal.

Diabetes.- Es una de las enfermedades que se discuten si es o no factor causal directo de la enfermedad parodontal. Existe una gran discrepancia entre diferentes autores al considerar a la diabetes como factor causal primario de parodontopatías.

En la diabetes juvenil, se observa resequedad y abriamiento de la superficie gingivales existiendo agrandamiento gingival y cambios y en la textura de la encía el colágeno se ve afectado y observamos grandes zonas con pérdida de hueso en los capilares también se observa estenosis por calcificación de su pared interna. El ligamento parodontal tiene zonas hemorrágicas y necrosadas, el paciente con diabetes tiene disminuidas sus defensas, por lo que fácilmente contrae infecciones.

Discrasias sanguíneas.- Las discrasias sanguíneas - son procesos patológicos no muy frecuentes pero son interesantes desde el punto de vista odontológica nos interesan ya que es frecuente consultar al dentista primeramente, con respecto al tratamiento de hemorragias gingivales, hipertrofia de la encía o lesiones ulcerativas de la misma.

Anemia.- Es una reducción por abajo de lo normal de la cantidad o calidad de hemoglobina. Sus manifestaciones en la cavidad bucal son.

Hemorragia espontánea de la encía.

Petequeas.

Palidez de la mucosa bucal.

Antecedentes de sangrado al cepillado.

Ulceraciones internas de boca acompañadas de fiebre.

Infecciones de la mucosa bucal que no responden al tratamiento.

Anemia Perniciosa. Un factor etiológico de este tipo de anemia, es la deficiencia del factor intrínseco. En los primeros estados de la enfermedad, la lengua aparece roja, y posteriormente se pone pálida y después blanca, la mucosa bucal en general adquiere un tinte pálido se observa atrofia en las papilas, eritema inflamación de los labios y lengua y 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 leucemia mieloide o monocítica según el tipo de leucocitos afectados.

Los principales signos que representa a la leucemia: - aumento de volumen e hipertrofia de la encía, hemorragias frecuentes su causa aparente ulceraciones y movilidad dentaria, -

y muchas veces necrosis de la encía y mucosa bucal.

Agrunulocitosis.- La describió Shultz por vez primera en 1922 como un síndrome caracterizado por lesiones ulcerosas de la mucosa bucal y faríngea acompañada a menudo por malestar, fiebre esplenomegalia. Appleton fue quien llamó la atención de la profesión odontológica hacia la enfermedad las lesiones iniciales pueden acompañarse casi siempre en la boca por lo que el paciente se dirige al dentista en busca del tratamiento. La exodoncia en casos de neutropenia maligna puede ser mortal.

Alergia.- La alergia es una alteración específica, producida por exposición previa a un agente que se manifiesta por la respuesta inmediata o tardía. En la clínica diaria se puede tener ocasión de apreciar todo tipo de alergias.

La etiología de las alergias es muy variada, la puede producir alimentos como: pescado, huevo, leche, carne de cerdo, algunas frutas (fresa, piña, etc.) hongos cierto tipo de ropas metales tabaco.

Las representaciones alérgicas más importantes son: queratitis venenata, glositis venenata y estomatitis. Sus manifestaciones clínicas bucales son: del tipo de quemaduras vesícula en los labios y lengua, dolor prurito.

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO Y EXAMENES.

El objetivo de este capítulo es describir las características del diagnóstico de las lesiones de la enfermedad periodontal y los métodos empleados en su reconocimiento.

La información así reunida es entonces tratada por el plan de tratamiento en una secuencia terapéutica útil.

El diagnóstico es el proceso por el cual se reconoce la naturaleza de un proceso de enfermedad. Requiere un conocimiento de la anatomía normal y sus variaciones y una comparación con ella así con respecto a la fisiología de los tejidos involucrados. El diagnóstico descansa en la valorización de las observaciones efectuadas durante el examen. Los datos obtenidos en la historia, exámenes clínicos y radiográficos y todo procedimiento necesario de laboratorio son evaluados y se interpretarán.

La reunión de datos precisos es de máxima importancia en la formulación de un diagnóstico. El diagnóstico de la enfermedad se basará en un estudio completo y metódico del caso se economizará mucho tiempo si el dentista sigue una ordenada rutina de investigación.

A continuación se plantea una serie de preguntas que se utilizan en la historia clínica del paciente.

Motivo de la consulta que es lo que lo lleva a la consulta.

Enfermedad actual: una descripción exacta de la naturaleza y curso del padecimiento, que motivó a la consulta.

Antecedentes patológicos; Un resumen conciso de las enfermedades, exploraciones clínicas y hospitalizaciones, anteriores.

Antecedentes familiares: Hechos importantes relativos a parientes disfunciones sanguíneas.

Antecedentes personales: Lugar de nacimiento, residencia, trabajo, costumbres.

Revisión de sistemas orgánicos. Representa principalmente una serie de preguntas relativas a la función de diversos sistemas y órganos.

Estado general: Dolor, astenia, apetito, pérdida de peso, ingesta de alimentos como líquidos, náuseas, vómito.

Cabeza: Vista, oído, oteos, boca, garganta, voz.

Cuello: Glándulas tiroideas, nódulos linfáticos traquea.

Respiratorio: Tos disnea, expectoración, respiración dolor.

Cardiovascular: Dolor disnea, edema, palpitaciones, nicturia.

Gastrointestinal: Hábito intestinal, heces (color, consistencia) dolor náuseas, vómito

Genitourinario: Frecuencia de las micciones, volumen de orina desuria, nicturia, incontinencia, alteraciones del ciclo menstrual, dismenorrea.

Función endocrinas: Función tiroidea, adrenal, hipofisaria,

Extremidades; Temblor, claudicación, palidez, tumefacción edema.

Neuro-muscular: Debilidad parestesia, marcha.

EXPLORACION DE LA BOCA.

Debe de realizarse en forma total y ordenada y debe comprender un examen detallado de cada tejido y estructura, no omitiendo ninguno debe procederse en el siguiente orden.

LABIOS: Inspección y palpación anotando la forma, contorno color y configuración, y la presencia o no de lesiones tanto con la boca.

MUCOSA BUCAL: Inspección girando el labio inferior hacia abajo y el superior hacia arriba, anotando el color y cualquier irregularidad; la palpación determinará la configuración y la presencia de orificios de conductos anómalos, adhesiones al frenillo o lesión.

MUCOSA BUCAL: La inspección y palpación para determinar el contorno, configuración y presencia del color, orificios de las glándulas parótidas y presencia o ausencia de lesiones en la mucosa bucal.

PLIEGUES MUCOBUCALES: Exploración de los pliegues mucogingivales y mucobucales superiores e inferiores.

PALADAR: Inspección y palpación del paladar duro y blando, úvula y de los tejidos faringueos anteriores, anotando su color, configuración, contorno, orificios, la presencia de anomalías o lesiones.

LENGUA: Exploración de la lengua estando adentro de la boca, extendida, dirigida hacia fuera y luego hacia la derecha y la izquierda, inspección y palpación para determinar

el color, configuración consistencia, movimientos funcionales tamaño, la presencia o no de papilas, tejido linfoide y lesiones.

PISO DE LA BOCA: La exploración visual de la lengua en reposo y luego una posición llevada por detrás, palpación con los dedos sobre el piso de la boca, base la lengua y su superficie ventral de la lengua.

ENCIA.: Determinación del color, forma, configuración de la encía, buscando anomalías y lesiones, como inflamación hipertrofias, retracciones y ulceraciones.

DIENTES: Exploración completa realizando una amplia serie de radiografías dentales como mínimo catorce periapicales.

CIERRE: Anomalías de cierre de la boca tanto en reposo como en posiciones funcionales. Deben anotarse de forma minuciosa toda la exploración se describirá con detalle el estado de los dientes así como orificios alveolares de la imagen trabecular, de los límites anatómicos y de las coronas, - deben anotarse todas las lesiones encontradas clínicamente y radiográficamente.

EXAMEN PARODONTAL.

Las principales manifestaciones de la enfermedad parodontal son:

1.- **INFLAMACION GINGIVAL.**- Se caracteriza por enrojecimiento e inchazón de las papilas interdentarias y el borde gingival de ambos. Los rasgos característicos son pérdida de punteado normal de la superficie gingival, y una tendencia a sangrar al masticar al cepillarse, o en algunos casos espon

táneamente. La gingivitis es casi siempre por factores locales como retención de restos alimenticios y materia alba, calculos supra y subgingivales y restauraciones dentales defec--tuosas.

2.- BOLSAS PERIODONTALES.- Pueden ser detectadas insertado una sonda en la base de la separación entre el diente y la encía (unión epitelial) debe de tenerse cuidado de orientar la sonda lo más paralelamente posible el eje mayor del diente. Aunque no hay demarcación definida entre el sulcus normal y el bolsón patológico, cualquier lectura de más de tres milímetros de profundidad pueden considerarse evidencia de patosis. El bolsón puede formarse como resultado de uno de los procesos; agrandamiento de la encía debido a inflamación y separación de tejidos blandos de la raíz, en migración apical de la unión epitelial. Este segundo proceso es acompañado por reabsorción del hueso subyacente.

3.- FORMACION DE CRATER INTERDENTAL.- Se caracteriza por pérdida de tejido interdental y la creación de un espacio muerto limitado mesial y distalmente por las raíces de los dientes y en lingual y facial por pseudopapilas que pueden aparecer para llegar las aberturas, pero que no se unen bajo el punto de contacto. La diferencia entre cráteres interdenciales y bolsas periodontales proximales es de importancia terapéutica.

Puede hacerse insertando la sonda en la base del defecto proximal y moviéndola mesialmente. Si no hay tejido glando entre las raíces la lesión de un cráter. La causa principal de la formación de cráter son gingivitis ulcero necrosante, el impacto crónico de los alimentos el frote en el espacio abierto por las restauraciones dentales y proximales de la raíz.

4.- RETRACCION GINGIVAL.- Puede existir en ausencia de alguna de las condiciones señaladas o puede verse en conjunto con éstas. Cuando existen en personas de edad avanzada es considerada como una manifestación atrófica del proceso de envejecimiento. En el paciente joven puede presentarse sobre las raíces de los dientes prominentemente colocados en el arco de manera que hay lámina ósea labial o bucal en una base anatómica. La ausencia de la lámina ósea parece predisponer a la rápida retracción de la encía subyacente, especialmente si la zona es traumatizada por el cepillado o la masticación.

5.- REABSORCION DE LA CRESTA ALVEOLAR.- Puede verse en la zona interradicular en la radiografía y puede interpretarse si la sonda revela que la base del bolsón es apical o la unión cemento esmalte.

MOVILIDAD Y MIGRACION DENTARIA.- La movilidad del diente puede ser medida haciéndolo acilar bucolingualmente en los instrumentos romos, con fuerza moderada, debe de tenerse cuidado de no mover la cabeza del paciente o será difícil detectar ligeras movilidades. También se aplicará rutinariamente presión a la superficie oclusal para determinar si el diente tiene movilidad hacia dentro. Las fuerzas moderadas y uniformes; los dientes deben verse en ángulo recto a su paso de movimiento para detectarlo con máxima exactitud.

La migración del diente está generalmente acompañada por una medida de movilidad de por lo menos $I/2$ grado. En las zonas posteriores sucede comúnmente como resultado de la pérdida de contacto proximal, debido a las extracciones.

3.- EXAMEN RADIOGRAFICO.- Las radiografías son de gran valor diagnóstico en parodencia cuando la angulación de la proyección y la regulación de densidad han de corregirse para mostrar patrones tabeculares y cambios descritos en den-

idad ósea, las radiografías proporcionan las siguientes in--
formaciones.

- 1.- Altura ósea interdientaria y presencia de corti--
cal.
- 2.- Patrones trabeculares.
- 3.- Zonas radiolucidas que indican destrucción ósea--
y se pueden confirmar mediante sondeo.
- 4.- Pérdida ósea en las furcaciones.
- 5.- Ancho del ligamento parodontal.
- 6.- Relación entre corona y raíz.
- 7.- Forma y longitud de la raíz.
- 8.- Caries, calidad general de las restauraciones y--
depósitos grandes de cálculo.
- 9.- Localización del seno maxilar respecto a la cre
sta alveolar.
- 10.- Dientes ausentes, dientes super-numerarios y re--
tenidos.

Las radiografías son representación bidimensional de--
estructuras tridimensionales. Son muy útiles como elemento de
diagnóstico cuando se les correlaciona con el examen bucal vi
sual, sondeo clínico y anotaciones de bolsas.

4.- EXAMEN DE OCLUSION.- El examen de oclusión se --
casa en el examen de relaciones de contacto oclusal tiene que
ser relacionadas con la A.T.M. a fin de lograr una impresión
verdadera de las relaciones funcionales del aparato mastica--
dor.

El aparato masticador es una unidad funcional más bi--
en que un órgano anatómicamente definido. Por lo tanto un --
examen clínico tiene que incluir las estructuras que partici--
pan directamente en la función del aparato masticador, así --

como las estructuras indirectamente influenciadas por dicha función.

La primera inspección debe incluir una consideración de la cabeza y el cuello postura, asimetría facial. Se debe buscar contracciones musculares espóricas e hipertroficadas y palpar la A.T.M. y las áreas adyacentes en reposo y durante diversos movimientos del maxilar.

Se deben de buscar focetas de desgaste sobre los dientes y relacionarlos con los patrones del movimiento del maxilar. Un funcionamiento normal de oclusión está caracterizado por:

- 1.- Cierre y movimientos de deslizamiento sin interferencias.
- 2.- Distribución de stress especialmente en la posición intercuspala y el contacto de posición retruida.
- 3.- Stress axial en dientes individuales.
- 4.- Relación condilo fosa normal.
- 5.- Función muscular normal.
- 6.- Distancia intercelular propia.

5.- EXAMENES PREOPERATORIOS.- Para realizar operaciones de cirugía bucal, así como cualquier intervención en el organismo son necesarios los exámenes preoperatorios. Es mejor una valoración preoperatoria adecuada a fin de efectuar todos los preparativos para las complicaciones en caso de riesgos calculados.

Medidas generales son dos las indicaciones preoperatorias más importantes, por no decir las únicas que señalamos en nuestra práctica tiempo de coagulación y de sangría y el examen de orina.

Tiempo de coagulación y de sangría.

Determinación del tiempo de coagulación. Se determina por un método sencillo práctico, se extrae sangre del paciente, los lugares accesibles, para ello son el lóbulo de la oreja o el pulpejo de un dedo. Se lava con alcohol el sitio de punción elegido y se espera que seque espontáneamente, se toma por la derecha una aguja de Franch, o una aguja simple. Se punciona de manera que brote una gota de sangre la primera se desecha, la segunda es tomada por la parte central de un porta objetos, este es inclinado en opuestos sentidos, cada minuto. En cada movimiento la gota de sangre tratará de escurrirse. Cuando no pueda hacerlo más significará que la sangre está coagulada este es el tiempo de coagulación, el normal es de 3 a 7."

Determinación del tiempo de sangría. Se punciona nuevamente la oreja o el dedo del paciente y se deja manar libremente la sangre. Esta es secada cada medio minuto con un papel secante o un papel de filtro. El tiempo que se necesita para que la hemorragia cese espontáneamente, es el tiempo de sangría. Varía de la 5 minutos.

Examen de orina.

El examen de orina nos informa de la existencia de los elementos normales o anormales, algunos de éstos últimos tales como la albumina, la glucosa y la acetona, exigen un tratamiento previo.

MÉTODOS LOCALES.

En la cavidad bucal, para realizar una operación en la cavidad, se exige que éste se encuentre en condiciones óptimas de limpieza, ya que no de esterilización. El tártaro -

salival, las raíces y los dientes cariados, serán extraídos o obturados, se exceptúa esta medida, cuando la extracción de dichas raíces o dientes constituyen el objetivo principal de la operación. Aún en estado normal, la boca antes de una operación en ella debe ser cuidadosamente lavada con una solución de agua oxigenada o solución jabonosa y se prepara diluyendo jabón líquido y agua oxigenada, en un volumen diez veces mayor que agua, Estas medidas antisépticas preoperatorias colocarán la cavidad bucal en condición optima, para realizar en ella una intervención y disminución en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones post-operatorias.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Los factores más importantes en el cuidado post-operatorio son:

- 1.- Control de hemorragia.
- 2.- Reinstauración de la ingestión normal de líquidos si es necesario.
- 3.- Reemplazo de los líquidos que se han perdido, y las instrucciones a seguir son: en cirugía periodontal.

A) No deben de existir efectos de enfermedad causados por la operación que acaba de realizarse, excepto una ligera molestia al desaparecer la anestesia.

Con el objetivo de aliviar cualquier molestia que se presente, tome las tabletas que le indicaron, de acuerdo con las órdenes.

B) El material que está alrededor de sus dientes, el apósito periodontal comparable el apósito quirúrgico utilizado en otro tipo de operaciones. Que es un apósito muy útil -

es beneficioso para usted y no debe ser tocado.

C) El apósito parodontal endurece en pocas horas, para permitir que fije en forma adecuada, evite comidas calientes y todo lo que requiere masticación excesiva.

D) El apósito periodontal debe permanecer en su lugar hasta la sesión siguiente.

E) Hoy no debe de enjuagar su boca, el enjuague no es parte importante del tratamiento. Si no siente su boca limpia, comience mañana, y se enjuagará cada 4 horas con el colutorio recetado.

F) No use el cepillo sobre el apósito parodontal, en las otras zonas, úselo de la forma habitual.

G) Puede realizar sus actividades habituales pero - evite ejercicios exagerados.

H) Puede haber hemorragias ocasionales durante las primeras 4 ó 5 horas de la operación. Esto no es lo corriente se detendrá por sí mismo si se produce. En ningún caso se deben utilizar buches para detener la hemorragia.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS EN:

Raspaje y curetaje.- Cuando se efectúa este tipo de tratamiento debe de enseñarle al paciente el cepillado correcto. Al mismo tiempo se debe de instruir una terapéutica a base de medicamentos. Antiinflamatorios y antibióticos siempre-- que se sospeche la presencia de infección en los tejidos de soporte si el paciente se queja de dolor durante o después del raspado este dolor puede provenir de los tejidos gingivales o tejidos dentarios, cemento ya que al eliminar el sarro se puede producir sensibilidad a los cambios térmicos y a ciertos alimentos como hidrato de carbono o citricos. Se le explica al paciente que para evitar estas molestias, es necesario un cepillado enérgico. El depósito de materia alba en el intersticio gingival y en los cuellos dentarios.

Gingivectomia y gingivoplastia.- Cuando se hace este tipo de intervención, se coloca un apósito quirurgico, al que tiene como principales objetos.

- A) Evitar dolor post-operatorios.
- B) Evitar hemorragias secundarias.
- C) Modelar la encía y proteger el tejido de granulación.

El apósito quirúrgico, debe mantenerse de 8 a 15 días dependiendo éste tipo de cantidad de encía reseca y de poder de recuperación individual de los tejidos. Una vez retirado el apósito, se instruye el paciente para llevar a cabo un cepillado sobre la zona operada, lo que evitará la hipersensibilidad y el crecimiento de tejido más allá de los límites decaídos.

Técnica de colgajo. Cuando un paciente ha sido inter

venido por la técnica de colgajo, la atención debe de estar - encaminadas principalmente a la conservación del coágulo. Para lograr lo anterior es necesario prescribir de antibióticos - antes y después de la intervención. En ésta técnica no se po ne apósito quirúrgico ya que se sutura con puntos interdenta- rios para preservar el coágulo sanguíneo.

A los ocho días se retiran las suturas, recomendándo- le al paciente que no mastique por el lado y que empiece a ce pillarse suavemente.

OSTEOTOMIA Y OSTEOPLASTIA.- Se siguen las mismas in- dicaciones que en la técnica de colgajo.

PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO Y FRENILECTOMIA.- Se ob serva las mismas indicaciones que la gingivectomía, pero el - apósito quirúrgico se mantienen más tiempo (de quince a vein- tiun días) ya que se trata de obtener cicatrización por se- gunda intervención. El dolor que el paciente sufre en todas- éstas intervenciones es fácilmente controlable por medio de - la administración de analgésicos ingeridos por vía bucal o - rectal.

CAPITULO V

CLASIFICACION DEL INSTRUMENTAL EN PARODONCIA.

Los instrumentos periodontales están diseñados para finalidades específicas, como la eliminación de cálculos, alizado de las superficies radiculares, curetaje de la encía o removición del tejido enfermo. El primer examen, la cantidad de instrumentos que hay pocas finalidades similares induce a configuraciones. Sin embargo, con la experiencia, se relaciona un juego relativamente pequeño que satisface todas las necesidades. A veces es preciso reducir el tamaño de los instrumentos para que se alojen dentro de las bolsas periodontales, sin dañar la encía o las superficies dentarias.

En términos generales una operación de cirugía bucal se propone abrir la encía, llegar hasta el hueso, practicar una ventana y por esta eliminar el objeto de la operación (un diente, un tumor, un proceso patológico) conseguido el objeto, se vuelven los tejidos a su sitio normal, dándose por terminada la intervención.

Existen principios generales de instrumentación, los cuales se deben de seguir, a fin de que la instrumentación paradontal resulte eficaz.

Primeramente debemos asegurar la comodidad, tanto del paciente como el operador y su asistente, además de los siguientes requisitos.

A) Tener máximo de visibilidad accesibilidad e iluminación con el objeto de detectar cualquier anomalía existente, facilitar la minuciosidad de la instrumentación de modo - que todo su desarrollo se de la más efectiva.

B) Obtener la separación necesaria que nos proporcionará la visibilidad, accesibilidad e iluminación necesaria. - Para lo cuál utilizaremos los dedos, el espejo o ambos.

C) Sostener el instrumento con seguridad, estabilizando la mano para trabajar, con lo que se evitará lastimar - al paciente si hace movimientos bruscos. Factores importantes que nos proporcionan estabilidad son la toma del instrumento y el apoyo de los dedos.

D) Asegurar que los instrumentos estén afilados para que sean eficaces, ya que de no estar bien afilados pueden - causar trauma innecesaria al paciente.

E) Proceder con mucho cuidado y delicadeza, ya que - con ello, además de demostrar consideración al paciente, se - trabaja con más eficacia.

F) Mantener siempre el campo limpio con gasa y rodillos de algodón, aislado de ésta forma el campo de trabajo, - eliminando sangre y residuos, teniendo además un aspirador - a la mano.

G) Observar en todo momento al paciente y estar pendiente de sus reacciones, ya que la expresión facial nos pueda indicar si siente dolor, si hay palidez, nos advierte sobre debilidad y de ésta manera nos evitaremos causar un traumatismo accidental.

H) Tratar la boca en sesión ordenada, planeando cada sesión del tratamiento, empezando en la zona molar superior derecha terminar el maxilar y seguir con la mandíbula.

INSTRUMENTO PARODONTAL.

En todos los casos se debe de tener preparados los instrumentos conforme los vayamos a utilizar, con el fin de no sufrir demoras.

Los instrumentos parodontales, según la finalidad que cumplen se clasifican como sigue:

1.- Sondas parodontales y pinzas marcadores de bolsas, que utilizan para localizar y marcar las bolsas, medir sus profundidades y determinar su forma.

2.- Exploradores, para localizar depósitos sobre dientes antes de raspar y controlar la lisura de la raíz después del tratamiento.

Los exploradores tienen forma de hoz y la hoja en "S" curvatura en ángulo recto en el extremo.

3.- Raspadores superficiales, que son pasados y se utilizan para remoción de cálculos supragingivales con ángulo de 90 grados respecto a la superficie dentaria.

4.- Raspadores profundos, son más finos que los anteriores y se usan para remover cálculos subgingivales, proporciona accesibilidad a bolsas profundas y la angulación de la hoja respecto al cuello permite acceso a todas las zonas de la boca. El instrumento se induce en ángulo inferior a 90 grados, activándolo a lo largo de la superficie del diente.

5.- Azadas, que sirven para eliminar cálculos subgingivales y alisar superficies radiculares o sea que elimina restos de cálculos y cemento ablandado, tienen un extremo doble.

6.- Curetas, que son para remover la superficie interna de la pared de la bolsa y adherencia apitelial, eliminando fibras paradontales de las paredes de defecto ósea correspondiente a bolsas infraóseas desprendiendo también restos de cálculos y alisamiento de las superficies radiculares. Tenemos las curetas universal y Gracey.

7.- Instrumentos ultrasónicos para el raspaje y limpieza de superficies y curetaje de la pared gingival de las bolsas paradontales.

8.- Instrumentos Parodontales quirúrgicos, entre estos tenemos.

A) Azada Quirúrgica, para desprender las paredes de las bolsas después de la incisión de la gingivectomía y para alisar las superficies radiculares.

B) Bisturí Parodontal que es un instrumento de extremo doble para gingivectomía y otras cirugías parodontales.

C) Interdent de extremo doble para eliminar tejido interdentario en la gingivectomía, para colgajos parodontales

e incidir la pared interna de bolsas infraóseas.

D) Instrumentos Quirúrgicos de Kirkland, se utilizan para la técnica de gingivectomía.

E) Elevador Perióstico, que tiene diversas finalidades en cirugía parodontal.*

F) Tijeras, las cuales se usan en cirugía parodontal para eliminar lenguetas de tejidos en la gingivectomía, recortar márgenes de colgajos, agrandar insiciones en abceso parodontales y eliminar insiciones musculares en cirugía mucogingival.

G) Aspiradores, que son indispensables en los tratamientos quirúrgicos. Existen varios tipos de aspiradores y cánulas aspiradoras.

9.- Instrumentos para limpieza y pulido, que son la taza de goma, partapulidor el cepillo de cerda, y tira de papel, mismos que se emplean para limpieza y pulido de superficies dentarias en el consultorio.

Los instrumentos para cirugía parodontal, se componen en tres partes, que son:

- 1.- Hoja.
- 2.- Cuello.
- 3.- Mango.

CAPITULO VI

TECNICAS QUIRURGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS PARODONTOPATIAS.

En términos generales el objetivo del tratamiento de parodencia es eliminar la enfermedad periodontal, corregir las deformidades causada por la misma, corregir los factores que conducen a la enfermedad parodontal y al hacerlo, preservar una dentadura que funcione saludablemente.

El tratamiento parodontal es fundamentalmente instrumental y como tal se puede considerar quirúrgico.

Anestesia.- Se opera bajo anestesia local o regional en el consultorio dental. En casos especiales se opera bajo anestesia general y de preferencia en un ambiente hospitalario.

La anestesia regional se usa especialmente en sectores posteriores inferiores y siguiendo la técnica corriente.- La anestesia local infiltrativa se da en surcos vestibulares del diente a tratar y a veces también en papilas gingivales - a fin de obtener un campo más blanco.

Durante la intervención quirúrgica parodontal se cohibe la hemorragia comprimiendo gases, como el uso de un aspirador de sangre por parte del ayudante.

TECNICA DE RASPAJE Y CURETAJE.

Es el método básico para eliminación de bolsas periodontales y el tratamiento de la enfermedad parodontal. El raspaje consiste en la eliminación de cálculos, placa y otros

depósitos, el alisado de la raíz para emparejarla y eliminarla substancia dentaria necrotica. El curetaje, de la superficie interna de la pared gingival de las bolsas periodontales - para desprender el tejido blando enfermo.

El raspaje y curetaje se realiza en una zona limitada debe ser suave y minuciosa y producir el mínimo de trauma de los tejidos infectados y la superficie dentaria.

INDICACIONES.

1.- Eliminación de la bolsa supraósea en los 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 tibio o una sonda.

2.- En la gingivitis, menos en el agrandamiento gingival.

3.- El raspaje y curetaje también es una de las diversas técnicas del tratamiento de bolsas infraóseas. Se debe valorar la bolsa, si se extiende en línea recta desde el margen gingival o sigue un trayecto tortuoso alrededor del diente. La cantidad de la superficie dentaria abarca, la localización de la bolsa y la profundidad de ella. La relación de la bolsa con el hueso alveolar o infraósea.

Por lo general el cálculo superficial es de consistencia arcillosa, visible y se desprende fácilmente mediante una buena instrumentación. Sin embargo en la profundidad de la bolsa el cálculo es duro penetrante y muy adherido a la superficie. Debemos valorar la extensión y la localización de los depósitos, estado de la superficie dentaria y accesibilidad de ella.

Tejido conectivo entre bolsa y el hueso, debemos observar si es blando o firme.

TRATAMIENTO DE BOLSAS SUPRAGEAS POR RASPAJE Y CURETAJE.

1.- Aislado y anestesiado de la zona, se aísla con rodillos de algodón y gasa y se pincela con un antiséptico suave como merthiolate. Se usa anestesia tópica, por infiltración o regional según las necesidades.

2.- Elimínese los cálculos supragingivales. Elimíne se 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.- Elimínense los cálculos subgingivales. Se introduce un raspador profundo hasta el fondo de la bolsa, inmediatamente debajo del borde inferior del cálculo y se desprende el cálculo.

4.- Alísese la superficie dentaria. Se usan azadas para asegurar la eliminación de depósitos profundos, de cemento necrótico y el alizado de las superficies radiculares. El alisado final se obtiene con curetas.

5.- Curetése la pared blanda. Esto se hace para eliminar el revestimiento interno enfermo de la pared de la bolsa, incluso la adherencia epitelial. El curetaje el 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 al eliminar residuos tisulares.

6.- Pulase la superficie dentaria. Las superficies radicales y superficiales coronarias adyacentes se pulen con tazas pulidoras de goma o una pasta de piedra pómez.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA.

Es una serie de procedimientos quirúrgicos encaminados a la eliminación total de la bolsa parodontal, mediante el corte de las paredes que la forman.

Consiste en la eliminación de la encía enferma y el raspaje alizado de superficie radicular.

OBJETIVOS Fundamentales de la gingivectomía son:

- A) Eliminar la encía enferma que forma la pared lateral de la bolsa.
- B) Eliminar los irritantes locales que se encuentran en el intersticio parodontal (odontoxesis).
- C) Devolver a la región operada su forma y funciones normales (gingivoplastia).

INDICACIONES:

- A) Bolsas gingivales en las cuales la pared de la bolsa está formada por tejido fibroso denso (fibrosis gingival).
- B) Bolsa supraósea con resorción horizontal.
- C) Cráteres interdentes.
- D) Fisuras gingivales.
- E) Festones gingivales.*
- F) Erupción activa alterada.

G) Falta de armonía anatómica del margen gingival .

Anestesia.- La gingivectomía es una operación inodora se usará anestesia regional e infiltrativa.

Técnica de gingivectomía.- Se trata por cuadrantes - siguiendo un orden, por intervalos semanales o según como ellos permita, la reculparación del paciente, ya que se puede - tardar más tiempo del previsto.

Para realizar la gingivectomia es indispensable contar con un aspirador. Ello proporcionará visión clara de cada superficie dentaria, la cual es necesaria para la remoción minuciosa de los depósitos y el alizado.

Paso por paso de la gingivectomía.

1.- Anestésiar por infiltración.

2.- Marque las bolsas.- Las bolsas se marcan sistemáticamente comenzando por la superficie distal del último diente, siguiendo por la superficie vestibular, llenando hacia la línea media. Este procedimiento se repite en la superficie lingual.

3.- Córtese la encía.- La encía se puede cortar con bisturíes periodontales, escalpelo o tijeras. La remoción de la encía enferma es una parte importante de la gingivectomía.

4.- Incisiones continuas y discontinuas.- Se pueden usar incisiones continuas y discontinuas, según lo prefiera el operador. La incisión discontinua se comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector, siguiendo el curso de la bolsa extendiéndose a través de la encía interdientaria hasta el ángulo disto-vestibular del diente siguiente.

Incisión continua.- Se comienza en la superficie vestibular del último diente se lleva hacia el sector anterior - sin interrupción siguiendo el curso de la bolsa, hasta la línea media. Una vez hecha las incisiones en la superficie vestibular del proceso se repite en la superficie lingual.

La incisión se hace por apical a los puntos que marcan el curso de la bolsa, entre la base de la bolsa y la cresta del hueso. Debe de estar lo más cerca posible del hueso - sin exponerlo, para eliminar el tejido blando coronario del hueso.

Elimínese el tejido de granulación.- El tejido de granulación se elimina antes de comenzar el raspaje minucioso, - porque la hemorragia que provienen del tejido de granulación - no entorpeserá el raspado.

6.- Elimínese el cálculo y la substancia radicular necrótica. El éxito de la gingivectomía depende de gran medida la minuciosidad con que se raspe y alise la raíz. Esto - deberá hacerse inmediatamente después de que se retira el tejido de granulación y no se postergará para sesiones futuras - por las siguientes razones. Las raíces son más visibles y - accesibles una vez eliminando el tejido de granulación. La - encía no cicatrizará adecuadamente si se dejan depósitos sobre las raíces , sección siguiente, cuando estarán enmarcadas por encía inflamada.

GINGIVOPLASTIA.

Tiene por objeto la remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos.

Está indicada.- La gingivoplastia se hace como proce

dimiento complementario cuando el remodelado se incluye en el tratamiento inicial o cuando la cicatrización inesperadamente produce anormalidades gingivales. La gingivoplastia se puede hacer un bisturí periodontal, escapelo, piedras rotatorias de diamante de grano grueso o electrocirugía. Se componen de procedimientos que se asemejan a los realizados en el festoneado de las dentaduras artificiales -a saber afinamiento del margen gingival, creación de un contorno marginal festoneado adelgazamiento de la encía incertada y creación de surcos interdentaes y papila.

TRATAMIENTO DE BOLSAS INFRAOSEAS.

Las metas del tratamiento son la eliminación de la bolsa, la reinserción del ligamento periodontal a la superficie radicular y el relleno del defecto óseo.

La bolsa periodontal y el defecto óseo están interrelacionados el tratamiento venturoso demanda que se eliminen ambas la persistencia de una lleva a la recidiva de la otra.

El tratamiento consiste en:

- 1) La eliminación de la inflamación y de los irritantes locales y condiciones que conduzcan a su acumulación.
- 2) La corrección de los factores que comparten con la inflamación la responsabilidad de la formación de bolsas infra-óseas.

Cuatro zonas fundamentales en el tratamiento de bolsas infra-óseas.

1) Tratamiento de la pared blanda de la bolsa.

Hay que eliminar las estructuras epiteliales para que sea posible que las nuevas fibras del tejido conectivo se reinserten en la superficie dentaria. Si se deja la adherencia epitelial se unirá con el epitelio que prolifera a partir de la encía adyacente y formará una barrera epitelial entre el tejido conectivo y en la cicatrización y el diente.

2) Tratamiento de la superficie radicular.

Hay que preparar la superficie radicular para el depósito de cemento nuevo y la inducción de nuevas fibras del ligamento periodontal. Será minuciosamente raspada y alineada para eliminar todo depósito, estructura dentaria ablandada.

Tratamiento de las fibras periodontales que cubren la superficie del hueso.

Hay que eliminar las fibras para permitir que la sangre y las células esteógenas ayuden al defecto óseo. Las fibras incrustadas se cubren firmemente en la superficie ósea. Cuando se inflaman las fibras se degeneran y son reemplazadas en parte o completamente por tejido de granulación, cuya remoción es más fácil.

3.- Tratamiento de las paredes de los defectos óseos.

Se curetean las paredes de los defectos óseos para dejar una superficie limpia con pequeños puntos sangrantes múltiples.

TRATAMIENTO DE LOS DEFECTOS ÓSEOS.

Es característico que los defectos óseos estén asociados a bolsas infraóseas, pero también estarlo a bolsas supraóseas.

Técnicas para tratar bolsas infraóseas y defectos óseos.

El primer paso es 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 a que nivel se inserta la bolsa la radiografía resulta útil para estimar la magnitud de la destrucción ósea, pero su valor es limitado en lo que se refiere a la determinación de la morfología y las dimensiones del defecto óseo.

Operación por colgajo.

Aíslese la zona una vez anestesiado la zona se aislará de preferencia con gasas y con solución antiséptica.

Sondéese el curso de la bolsa y el defecto óseo. El curso de la bolsa se explora con una sonda para terminar donde comienzan las incisiones.

Rechácese un colgajo. Las incisiones verticales se hacen en cada lado de la zona afectada de la superficie vestibular lingual, o ambas según la necesidad de obtener acceso.

Elimínese la pared de la bolsa y el tejido de granulación. Rechácese un colgajo mucoperióstico, después curetése la pared adherencia de la bolsa y quítese de la superficie dentaria. El defecto óseo estará parcialmente relleno de tejido de granulación del cual se eliminará con una cureta. Esto espondrá los defectos de la raíz y facilitará en la exploración a fondo de las dimensiones y morfología del defecto.

Asegúrese de llegar a la raíz en la base del defecto. Elimínese todos los depósitos, alícese la substancia radicular y alise la superficie radicular.

Elimínese las fibras de la superficie ósea.

Hay que eliminar por cureteado las fibras que cubren el hueso para permitir la hemorragia irrestricto dentro del defecto.

Vuélbase a colocar el colgajo una vez formada el coágulo, vuelbase el colgajo a su posición, suturarse firmemente sobre el hueso y raíces y cúbrase con apósito periodontal.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA PARA EL TRATAMIENTO DE BOLSAS

La primera incisión coronariamente el hueso se corta la pared de la bolsa con bisturíes periodontales, y se elimina, exponiéndolo al orificio del defecto óseo. La segunda incisión con el bisturí periodontal interdentalmente se hace la resección de la pared interna de la bolsa.

Para eliminar el tejido de granulación introducir una cureta por la superficie radicular hasta el fondo de la bolsa vuélvase hacia el contacto para socavar el tejido de granulación y elimínese este. Esto expone los depósitos sobre la raíz y la oportunidad de valorar las dimensiones y arquitectura del defecto óseo.

Ráspese y alíse la raíz para quitar todos los depósitos, sustancias necróticas, púlase la raíz.

Elimínese la capa fibrosa del hueso. El tejido fibroso intacto se eliminará de la superficie del hueso con borde cortante de la cureta.

Técnica de raspaje y curetaje. El raspaje y curetaje son componentes esenciales de todos los métodos de bolsas intraóseas.

Se anestesia la zona y la bolsa se sondea y marcan en la superficie vestibular y lingual. Partiéndolo de la base del defecto y desplazándose coronariamente a lo largo de la pared ósea, se curetea el revestimiento epitelial y el tejido conectivo de la bolsa y se elimina con curetea, se raspa y se alisa la raíz, eliminando todos los restos de tejido blando, se curetean las paredes óseas del defecto, para eliminar la capa fibrosa, con el fin de facilitar la hemorragia desde el hueso hacia el defecto.

TRATAMIENTO DEL ABSCESO PERIODONTAL.

TECNICA DE COLGAJO SIMPLE.

Se aísla el absceso con trozos de gasa, se seca y se pinta con una solución antiséptica, se administra anestesia tópica, después de esperar dos ó tres minutos para que actúe la anestesia, se palpa suavemente el absceso para localizar la zona más fluctuante.*

Con una hoja Bond- Parker número 12 se hace una incisión vertical a través de la parte más fluctuante de la lesión se extiende desde el pliegue mucogingival es preciso que la hoja penetre en el tejido firme para asegurarse de que se alcanzarán las zonas purulentas profundas. Después de la primera salida de sangre y pus, que irrigue con agua tibia y ampliése suavemente la incisión para facilitar el drenaje. Estabilícese el diente con el dedo índice para disminuir la vibración y molestias. Una vez que cese el drenaje, se seca la zona y se pinta con un antiséptico.

Tratamiento del absceso periodontal crónico.

Si aísla la zona con gasa, se usa el antiséptico vestibular y lingualmente y se inyecta anestésico local.

El primer requisito es determinar la localización vestibular y lingual relativa del foco purulento del absceso sondeándose el margen gingival, siguiendo las bolsas tortuosas hasta donde terminen. Si hay una fistula, se puede sondear el absceso a través de ello, se prefiere la vía de acceso vesti--bular una vez que se decide la vía de acceso se eliminan los cálculos superficiales y se hacen las incisiones vestibulares desde el margen gingival hasta el pliegue mucogingival. Si se utiliza la vía de acceso lingual las incisiones se hacen desde el margen gingival hasta el nivel de los ápices dentarios. El campo operatorio debe ser superficialmente grande para permitir visión irrestricta y buena accesibilidad una vez hechas las incisiones verticales se hace una incisión mesiodistal a través de la papila interdientaria con bisturí periodontal para facilitar el desprendimiento del colgajo. El rechazo de el colgajo revela algunas de las siguientes lesiones.

Tejido de granulación en el margen gingival cálculos en la superficie radicular una fistula que se abre en la parte externa del hueso que puede ser sondeado hacia dentro, en dirección del diente. Tejido esponjoso purulento en el orificio de la fistula. Una vez estudiado el campo se elimina el tejido de granulación con curetas para proporcionar una visión clara de la raíz y se alisan las superficies radiculares con asadas y curetas. No se toca el hueso, excepto en caso de que la fistula esté separada por hueso alveolar por un rodete delgado de hueso se limpia la zona con agua tibia antes de volver el colgajo a su sitio.

Para eliminar el epitelio de la bolsa se vuelve el colgajo al revés y se hace un bicel interno a lo largo del margen con una tijera se cubren las superficies vestibular y lingual con un trozo de gasa en forma de "U" el cual se sostiene allí hasta que se hace la hemorragia, se quita la gasa-

se sutura el colgajo y se cubre con apósito periodontal.

FRENILECTOMIA.- El frenillo es un pliegue de tejido mucoso que une al labio y las mejillas a la mucosa alveolar o a la encía y el periostio subyacente.

Cuando un frenillo superior está proximo al margen gingival, se llama frenillo bajo y el frenillo inferior que se encuentra proximo a la encía marginal lo llamaremos frenillo alto.

La posición del frenillo incorrecta permite la instalación y desarrollo de la enfermedad parodontal. El frenillo que requiere de una intervención es el que está insertado muy cerca del margen gingival habiendo tracción del margen gingival sano y ayuda a la acumulación de irritantes, puede agravar el estado de una bolsa parodontal, entorpecer la cicatrización, dificultar el cepillado adecuado.

Para valorar el frenillo a simple vista se jala el labio ligeramente si se encuentra izquemia nos sugiere eliminar el tejido.

La frenilectomía es la eliminación del frenillo y tratar de obtener mayor cantidad de encía insertada para corregir un distema anormal entre incisivos. Los problemas de frenillo son más frecuentes entre los incisivos centrales superiores en inferiores son menos frecuentes en el frenillo lingual.

Si el vestíbulo es de suficiente profundidad, la operación se limita al frenillo, sino será necesario profundizar el vestíbulo.

Se usa anestesia local en poca cantidad para evitar -

perder el plano anatómico se procede a hacer una incisión en la base del frenillo hasta hueso en la parte que se hará la nueva incisión del frenillo ganando encía insertada. Una vez afectuada la primera incisión veremos que queda en forma de media luna, como es una zona muy vascularizada sangra mucho y tendremos que cohibir la hemorragia a base de presionar gasa estéril.

Con un instrumento pesado como el Ck 6 se hace un canal horizontal apical a la incisión. Para valorar si esta correcto el canal, pasamos un instrumento verticalmente y si se ator el instrumento quiere decir que el canal está hecho. En este canal va a ser donde se alojen las fibras y ahí se quedará el frenillo. El paciente escupe no se enjuaga y colocamos el apósito quirúrgico.

Se recomienda al paciente tener una buena higiene, no tomar alimentos durante las primeras horas después podrá comer lo que quiera en caso de dolor un analgésico.

Cuando el labio está implicado se tendrá que suturar. Existen muchas técnicas pero no varían mucho una de otra.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES.

La cirugía bucal constituye con amplitud el ejercicio de una odontología preventiva.

Los factores importantes del reconocimiento precoz y la eliminación quirúrgica planeada, con todo cuidado de los problemas dentales que sean amenazas potenciales para la integridad de la arcada dental.

Un análisis detallado de la historia clínica y un examen cuidadoso meticoloso de la lesión permitirá una diferenciación entre las agrupaciones mayores y darán un camino lógico hacia el diagnóstico definitivo.

La terapia parodontal manipulativa directa o instrumentación puede tener presente que a veces a pesar de los esfuerzos combinados de la odontológica y medicina, algunos casos tienen respuesta limitada o destinados al fracaso.

Se consideran las técnicas de diagnóstico clínico que constituye a obtener la información diagnóstica completa, es necesaria la organización y lo completo de la historia clínica y los métodos para obtener la información diagnóstica clínica.

El plan de tratamiento debe calcular el número de lesiones de descamamiento subgingival y la cirugía requerida la cantidad de padecimientos quirúrgicos indica cuando pulido será necesario y que otro tratamiento especial tendrá que hacer como estabilización temporaria, mínimo movimiento del diente y guarda nocturna.

Si se proyecta la cirugía es conveniente realizar primero el completo descamamiento subgingival.

La hemorragia operativa puede ser la preservación de la salud parodontal del paciente tratado demanda un programa tan positivo, como la eliminación de la enfermedad. Una vez completado el tratamiento se programa por el paciente una serie de visitas de control de placa dentobacteriana por medio de la higiene dental, ya que es el modo más efectivo de mantener la salud parodontal y prevenir problemas futuros, para lo cual se debe de practicar el método adecuado de cepillado que más convenga, así como la utilización de otros edimentos de limpieza para la completa y total remoción de la placa bacteriana.

Es preciso que el paciente comprenda la finalidad del programa de mantenimiento insistiendo en el hecho de que él depende la conservación de los dientes. El control de la placa se resará y corregirá hasta que el paciente demuestre que posee la eficiencia suficiente.

Muchos factores pueden impedir la reparación completa o provocar el agrandamiento prematuro del caso tratado.

Se recalcará la importancia de una terapia médico dental para ayudar al control de factores sistemáticos y locales.

Un planeamiento adecuado del tratamiento depende de la experiencia y conocimientos y técnicas empleadas por el profesional así como la motivación del paciente.

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

Clínica de Parodoncia.

Luis Legarrata.

Por la Prensa Mexicana.

(1967)

Tratado de Patología.

Robbins (1967).

Editorial Interamericana.

México.

Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral.

Pinborg J. J.

2o. Edición Salvat.

(1971)

Periodoncia Clínica.

Clikman Irving Henry.

4a. Edición en Español.

Editorial Interamericana.

México (1975)

Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento.

Burket.

Editorial Interamericana

México (1976)

Tratado de Cirugía Bucal.

Kruger Gustavo Rafael Lozano.

Editorial Interamericana.

México (1960)

Patología Oral.
Robert J. Gorlin.
Henry M Golman.
Editorial Salvat.
(1973)

Tratamiento Periodontal.
Odontología Clínica.
De Norteamérica.
Volumen 19 y 22.
(1966)

Periodoncia.
Henry Golman.
D. Walter Cohen.*
Editorial Salvat.
(1962)

Técnicas Quirúrgicas.
Herbet Haxton
Barcelona.
(1972)

Enfermedad Periodontal Avanzada.
John F. Prichard.
2a. Edición.
Barcelona.
Editorial Jabor.
(1971)

Periodoncia.
Urban.
4a. Edición.
Edición México Interamericana.
(1975).