



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

I Z T A C A L A U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

FRECUENCIA DE ABSCESO
PERIODONTAL Y PERIAPICAL

T E S I S

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

JOSEFINA GUTIERREZ RIVERO

SAN JUAN IZTACALA, MEX.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

= = = = =

PAG.

PROLOGO

DEFINICION DE ABSCESOS

CAPITULO I

ABSCESO PERIODONTAL.....	1
A). CLASIFICACION DE LOS ABSCESOS PERIODONTALES.....	3
B). HISTOPATOLOGIA.....	5
C). ASPECTOS CLINICOS.....	6
D). TRATAMIENTO DE ABSCESO PERIODONTAL.....	7

CAPITULO II

ABSCESO PERIAPICAL.....	11
A). ASPECTOS PATOLOGICOS.....	12
B). ASPECTOS CLINICOS.....	13
C). ASPECTOS RADIOGRAFICOS.....	17
D). ABSCESO PERIAPICAL CRONICO.....	18
F). ASPECTOS CLINICOS.....	19
G). ASPECTOS RADIOGRAFICOS.....	20

CAPITULO III

COMPLICACIONES DEL ABSCESO PERIAPICAL.....	21
A). PROPAGACION EN MAXILAR SUPERIOR.....	25
B). PROPAGACION MANDIBULAR.....	29

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....34

CAPITULO V

TERAPEUTICA MEDICA DE ABSCESO PERIODONTAL Y ABSCESO PERIAPICAL.....36

CAPITULO VI

INSTRUMENTAL PARA EL TRATAMIENTO DE ABSCESO.....39

CLASIFICACION.....41

CAPITULO VII

METODO DE TRATAMIENTO.....43

A). ABSCESO PERIODONTAL.....45

B). ABSCESO PERIAPICAL.....49

CAPITULO VIII

PREVENCION.....54

CAPITULO IX

ANALISIS ESTADISTICOS.....56

A). ANTECEDENTES.....57

B). DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....59

C). ENCUESTA REALIZADA.....61

D). GRAFICAS.....68

E). RESULTADOS.....76

CAPITULO X

CONCLUSIONES.....78

CAPITULO XI

BIBLIOGRAFIA.....80

PROLOGO

"FRECUENCIA DE ABSCESO PERIODONTAL Y PERIAPICAL"

La parodontia ocupa en la actualidad un lugar preponderante entre las ramas odontológicas, sin embargo, no se le da la importancia que se debiera.

Las parodontopatías, figuran entre las afecciones más comunes del género humano, ataca a los tejidos de soporte que rodean al diente, la mayor parte de la población, en un 80%, se ve afectada por esta enfermedad. observable clínicamente o a nivel celular.

Es una de las causas de pérdida dentaria, invade y ataca el epitelio que reviste el insterticio gingival destruyendo las fibras gingivales, progresa en dirección apical al diente provocando una profundización patológica del surco y causando la destrucción del tejido óseo subyacente.

La enfermedad parodontal aunque es de etiología multifactorial, existen factores predisponentes que nos determinan la frecuencia de la enfermedad, siendo la más frecuente causada por agentes físicos, químicos y biológicos.

En el pasado, la odontología se ocupó principalmente de la caries dental como, enfermedad de primordial importancia y de la eliminación y control de la misma.

Ahora es muy importante y recae en el práctico general la responsabilidad de examinar los pacientes, para descubrir la presencia de la enfermedad parodontal, diagnosticar el grado de la enfermedad; instruir a los pacientes en las técnicas de higiene oral y encargarse del tratamiento de las lesiones incipientes moderadas, así como el tratamiento de sostén.

Es de vital importancia, en casos de enfermedad parodontal, instruir al paciente en las diferentes técnicas de higiene para evitar así estos padecimientos.

Casi todos los problemas parodontales pueden tratarse fácilmente si se descubren y se tratan en los primeros estadios de la enfermedad; es la lesión crónica la que requiere técnicas terapéuticas difíciles.

No obstante en casos avanzados, el práctico general puede aplicar un tratamiento eficaz, si ha dedicado el tiempo y los esfuerzos necesarios para prepararse de manera adecuada en estos padecimientos.

El conocimiento anatómico y funcional de los tejidos de soporte de los dientes hace más acertada la aplicación de las prácticas terapéuticas y lleva al mejor éxito del tratamiento de las enfermedades parodontales.

El tratamiento parodontal no puede tener éxito si simultáneamente no se practica el tratamiento de restauración, la preservación de la dentadura y la promoción del bienestar del paciente, solamente se obtiene si se le da un tratamiento completo.

La meta principal de esta tesis es hacer incapié en dos procesos infecciosos parodontales:

ABSCESO PERIODONTAL Y ABSCESO PERIAPICAL y llevar acabo una estadística de frecuencias de cada una de ellas, se tratarán de ver 500 pacientes en la clínica periférica Cuautitlán Izcalli, así como determinar medidas de prevención, y si existe, establecer su tratamiento.

DEFINICION:

ABSCESO. Definiremos absceso dentario, a la inflamación circunscrita, aguda y purulenta de los tejidos blandos en el diente o en torno a él. Es producido por una infección mixta de microorganismos bucales. La zona afectada presenta hinchazón y dolor. Puede haber malestar general, aumento de la temperatura y linfadenitis concomitante. El pus distiende la encía y se extiende hacia los tejidos subyacentes al fórnix vestibular.

Normalmente no hay bacterias en los tejidos. Cuando consiguen entrar, se produce la veloz emigración de leucocitos para contener la infección. La zona queda cercada por trombosis de los vasos y obstrucción fibrinosa. El número de leucocitos y microorganismos sigue en aumento. Esto va seguido de necrosis y licuefacción de la zona central, con formación de pus.

La interpretación para diagnóstico diferencial de estas lesiones con otras, es que en ésta, radiográficamente, aparece como una zona radiolúcida difusa. Se acepta que el diagnóstico histopatológico hecho

por estudios microscópicos de los cortes elaborados con el material de biopsia son definitivos.

C A P I T U L O I

ABSCESO PERIODONTAL

El absceso periodontal es la exacerbación aguda de la enfermedad periodontal crónica, se produce cuando la infección pasa a los tejidos de la bolsa, tales abscesos son consecuencia de la oclusión de las salidas angostas de bolsas intraalveolares profundas, dado que la virulencia de los microorganismos es un factor importante, incluso las bolsas someras pueden ser atacadas, a veces se acumula pus.

La mayoría de las enfermedades periodontales son inflamatorias, por eso mencionaré a grandes rasgos este proceso. DEFINICION.

Se puede definir como la respuesta normal de los tejidos vivos a la lesión. Se caracteriza por una evolución específica de alteraciones fisiológicas y bioquímicas. El proceso inflamatorio reúne todos los recursos del organismo y los presenta en el lugar de la lesión como defensa contra invasores microbianos a estímulos nocivos inanimados.

Según sea la intensidad y duración, y el tipo de agresión tisular, la inflamación resultante va de leve a grave y de aguda a crónica.

La inflamación es una reacción de defensa que debe ser considerada como requisito previo para la reparación y curación del tejido. Por ello es preciso no inhibirla por completo. Por otra parte, hay que interceptarla lo suficientemente temprano como para impedir que se vuelva crónica y

cause la lesión permanente del tejido.

Por ejemplo, la regeneración ósea de un defecto infraóseo es más rápida en un absceso periodontal agudo que en una lesión inflamatoria crónica.

Los abscesos periodontales se clasifican en agudos, subagudos y crónicos, esta designación se basa en el cuadro histológico del proceso inflamatorio, no en su duración clínica, la inflamación aguda se caracteriza por comienzo súbito y modificaciones vasculares, tales como vasodilatación, edema e infiltración leucocitaria. El proceso puede persistir sin cambios durante varias semanas, sin signos de curación asociados con la inflamación crónica. El cuadro microscópico de la inflamación crónica es una mezcla de modificaciones vasculares exudativos con proliferación de fibroblastos y formación de fibras de tejidos conjuntivos. El irritante en el absceso periodontal es la infección, no posee cuadro microscópico, es la reparación.

A). CLASIFICACION DE LOS ABSCESOS PERIODONTALES

El absceso periodontal agudo aparece súbitamente y es grave. El hueso es destruído rápidamente, pero también es capaz de curar más rápidamente que un defecto similar asociado con una inflamación crónica, debido probablemente al ambiente focal de la inflamación aguda, en contraste con la inflamación crónica.

El absceso periodontal crónico es una acumulación de pus en una bolsa que carece de drenaje adecuado, provoca la distensión saciforme de tejido blando que forma una de las paredes de la bolsa. No trastorna la función y causa escasas molestias.

El término subagudo es una clasificación clínica arbitraria de los abscesos que no son graves, pero que presentan síntomas claros y poseen simultáneamente algunas características de los abscesos crónicos que agudizan y presentan síntomas agudos discretos.

PRONOSTICO.- Hasta la última década se consideraba que el diente con un absceso periodontal agudo tenía un pronóstico desfavorable. Acualmente creemos que el pronóstico es muy favorable que el de un diente con lesión periodontal crónica con una topografía similar. Las lesiones periodontales son generalmente de naturaleza crónica y su cronocidad hace difícil lograr la regresión del proceso morboso.

Orban llamó la atención sobre la respuesta al tratamiento de las lesiones inflamatorias crónicas en comparación con la inflamación gingival aguda

que responde rápidamente al tratamiento adecuado.

La respuesta puede verse influida por los elementos inflamatorios presentes en los tejidos; la inflamación aguda se caracteriza por la presencia de leucocitos polimorfonucleares neutrófilos, pero las células más características son los linfocitos y las células plasmáticas. El absceso agudo es un área de intensa actividad metabólica y el tratamiento que se sigue inmediatamente a la resolución de la inflamación aguda se beneficia de la presencia de los elementos reparadores de los tejidos que no se hallan presentes en la inflamación crónica.

B). HISTOPATOLOGIA

En la formación de un absceso periodontal con frecuencia hay una base mecánica, la mayoría de los abscesos crónicos y subagudos, si no todos, se originan porque se ocluye la boca de la bolsa e impide la evacuación libre del exudo. Evidentemente las bolsas largas, profundas, estrechas y tortuosas se ocluyen más fácilmente que las anchas. Una bolsa amplia puede ocluirse parcialmente especialmente en la bifurcación de los molares, pero generalmente el orificio de la bolsa afectada es estrecho y puede tener forma de ampolla con una base amplia.

El absceso agudo se inicia por la entrada de bacterias desde la bolsa periodontal en el tejido conjuntivo, invaginación que con frecuencia es debida a trastornos ligeros en la encía subyacente.

La lesión puede producirse durante la masticación o por el uso de un mondadiente u otro instrumento empleado en la higiene oral, estos abscesos comienzan algunas veces en bolsas gingivales, pero usualmente tienen origen en las bolsas más profundas. La fricción de la mucosa alveolar con una cerda de cepillo dental puede originar un absceso doloroso.

Los tejidos conjuntivos periodontales son ricos en vasos sanguíneos y linfáticos que ofrecen resistencia al crecimiento y propagación de las bacterias, el absceso agudo se convierte en un foco muy bien localizado de reacción inflamatoria intensa. Si la infección es capaz de romper esta barrera, puede llegar a tomar mucha extensión y adquirir caracteres de gravedad, originando abscesos migratorios profundos, osteomielitis y celulitis.

C). ASPECTOS CLINICOS

DIAGNOSTICO.- El diagnóstico de un absceso periodontal agudo no siempre es fácil, porque son muchos los síntomas comunes con los abscesos originados por una pulpitis aguda. El dolor es un rasgo cardinal de los abscesos agudos de ambos tipos. El dolor debido a una pulpitis aguda puede afectar todo el lado derecho o izquierdo del maxilar y de la mandíbula, y a veces es difícil identificar el diente enfermo hasta que se afecta el tejido conjuntivo periapical.

La pulpa carece de terminaciones nerviosas propioceptivas y el dolor puede referirse a cualquier diente del mismo lado de la cara. El dolor puede ser intermitente y aumenta o disminuye por la aplicación de calor, frío según el grado de degeneración de la pulpa. La sensibilidad dolorosa provocada por la palpación de los tejidos blandos que recubren los ápices de los dientes constituye una prueba de inflamación periapical.

El dolor de la pulpitis aguda suele ser más intenso, que el del absceso periodontal, no es común observar alteraciones radiológicas en las primeras fases de la infección. Las pruebas de vitalidad son útiles en dientes con una sola raíz, una respuesta negativa indicara la muerte de la pulpa, pero la respuesta normal no descarta una enfermedad pulpar. La respuesta a los cambios térmico es el signo más digno de confianza, como la aplicación de hielo al diente.

Constituye una prueba importante, pero hay que sospechar cuidadosamente de la lesión periodontal. La lesión periodontal aguda se puede

identificar por la aparición de destrucción ósea difusa en la radiografía y no debe confundirse con los defectos óseos.

PERCUSION.- La percusión es una prueba muy útil para localizar el diente afectado, en la primera fase de un absceso periodontal agudo, pueden faltar los signos gingivales, especialmente si la infección radica en la interfurca de un molar superior. La percusión de los dientes es dolorosa cuando hay una infección aguda en esta región. Pueden desarrollarse abscesos en las áreas dañadas por un traumatismo periodontal sin previa formación de bolsas, y el tejido conjuntivo periodontal y el hueso de la interfurca de los molares pueden verse seriamente afectados por el trauma oclusal. Los gérmenes transportados por la sangre pueden colonizar en áreas por anacoresis, tales abscesos son muy dolorosos hasta que se debri dan.

Los dientes con abscesos periodontales agudos que afectan la región apical interfurca, o una cantidad importante de tejido conjuntivo periodontal son dolorosos a la percusión, también parecen ser más largos y sensibles al contacto oclusal.

Un diente con absceso periodontal crónico no es doloroso a la percusión y la destrucción completa de la pulpa causa dolor. Cuando un diente que carece de pulpa presenta una bolsa periodontal, resulta a veces imposible determinar cual fue la causa primordial del absceso.

D). TRATAMIENTO DEL ABSCESO PERIODONTAL AGUDO

Uno de los factores más importantes en la respuesta favorable al tratamiento del absceso periodontal agudo es que el proceso inflamatorio agudo ataca los haces de colágena y destruye el tejido fibroso, esta acción la produce otro factor químico liberado por células lesionadas al cual se le dió el nombre de necrecina.

El absceso periodontal agudo suele desarrollarse en una zona de la inflamación crónica de larga duración, la fibrosis es característica de la inflamación crónica y el tejido fibroso se han de extirpar quirúrgicamente.

De todas formas los factores mencionados desempeñan un papel importante en la respuesta favorable, porque la eliminación quirúrgica de los elementos fibrosos de una lesión crónica da la misma respuesta que el tratamiento consecutivo al absceso agudo. Los abscesos periodontales agudos se caracterizan por remisiones y exacerbaciones durante la exacerbación se hallan presentes inflamatorios agudos que proporcionan una base fisiológica.

Para una respuesta favorable el tratamiento aplicado inmediatamente después de la reducción de los síntomas agudos. En general, en la enfermedad cuando más aguda es la reacción inflamatoria, más impresionante es la respuesta al tratamiento racional, lo que también puede aplicarse a la patosis periodontal.

MORFOLOGIA DE LA LESION OSEA

El éxito del tratamiento de los abscesos periodontales no depende enteramente de la agudeza o de la cronicidad de la lesión, sino en gran parte de su localización y de forma del área de destrucción ósea. Si el absceso se halla en una bolsa intraósea, el pronóstico es claramente favorable, ya que en la mayoría de los casos la terapéutica logra un objetivo y el defecto óseo es eliminado por neoformación ósea y nueva fijación del diente.

Las bolsas periodontales, están formadas por un lado de tejido duro, el cemento y por otro de tejido blando, el epitelio; la diferencia radica en que la bolsa intraósea desde el punto de vista histológico son iguales que otras. Periodontales, la diferencia es que la bolsa intraósea esta rodeada del hueso por sus lados.

Las bolsas tienden a producir defectos intraóseos en las zonas donde el hueso es grueso, el defecto puede ser ancho o estrecho. El hueso se repara con mayor facilidad cuando la terapéutica sigue a la fase aguda del absceso periodontal localizado en un defecto intraóseo, que cuando la lesión se halla en fase crónica.

Si el absceso periodontal agudo se halla en la bifurcación de un molar superior el pronóstico a largo plazo del diente suele ser malo, debido a que la destrucción ósea es muy probable que invada la interfurca desde una superficie a la otra haciendo imposible su conservación.

Esto no es aplicable a los molares mandibulares con abscesos en la furca que, con frecuencia; tienen el pronóstico favorable incluso cuando la infección ha atacado el tabique óseo interradicular y ha producido una abertura desde la cara bucal a la lingual, la anatomía radicular menos complicada ofrece un mayor acceso para la higiene oral.

Con frecuencia se producen defectos del desarrollo en la sutura intermaxilar, con fusión imperfecta en la línea media entre los incisivos centrales superiores, la anomalía contiene tejido conjuntivo y epitelio y es un área vulnerable para los abscesos periodontales agudos, la regeneración ósea es limitada en las anomalías congénitas.

C A P I T U L O I I

ABSCESO PERIAPICAL

Generalmente llamado periodontitis supurativa aguda, tiene siempre su origen en una infección de la pulpa que se prolonga hasta el ligamento periodontal. Algunas veces esta infección se desarrolla sobre una periodontitis no supurativa por extensión local de la infección gingival o incluso por diseminación hematógica de otras causas remotas.

La infección supurativa aguda puede renovarse a consecuencia de una pulpitis aguda y periodontitis no supurativa aguda o presentarse como una exacerbación aguda de una periodontitis periapical crónica, un granuloma o un absceso crónico.

A). ASPECTOS PATOLOGICOS

La histopatología consiste en un foco de infección alrededor del orificio apical caracterizado por una considerable necrosis del tejido y presencia de leucocitos. Este foco está rodeado por una zona de densa infiltración con leucocitos polimorfonucleares, neutrófilos y otras células inflamatorias. Esta zona es cercada por una cantidad variable de tejido de granulación y por fuera de esta se encuentra una zona de fibrosis inicial o establecida según la duración de la lesión.

El tejido de la lesión del absceso muestra hiperemia de los vasos sanguíneos y edema, que se extiende a gran distancia a medida que aumenta de tamaño el absceso, el hueso se afecta, primero por hiperemia de los vasos, luego, por formación de pus. En este estadio, la diseminación ocurre a lo largo de los conductos naturales del hueso. La formación de tejido de granulación localiza el absceso más o menos eficazmente. No se encuentra una resorción ósea extensa hasta estadios posteriores de este proceso. El hallazgo de grandes cavidades óseas en muchos abscesos agudos sugiere que la enfermedad aguda es una exacerbación de una lesión crónica.

El absceso en desarrollo contiene pus que está a presión, esto ocasiona una extensión a lo largo de la línea de menor resistencia hacia la superficie del hueso. Al ser alcanzada la superficie del hueso, el pus es retenido aquí algún tiempo por el periostio, que es resistente y fuertemente fijado, formando un absceso subperióstico, al cabo de algún tiempo, el pus abre camino a través del periostio dentro del tejido blando circundante. Aquí vuelve a extenderse por líneas de menor

resistencia afortunadamente esto suele producir una acumulación y descarga en la superficie externa más cercana que, generalmente es la mucosa bucal, pero como se describirá más tarde, esta vía puede ser mucho más complicada.

B). ASPECTOS CLINICOS

El absceso periapical se acompaña por el signo clásico del dolor punsátil de intensidad creciente, que muchas veces se inicia como un dolor sordo. La presión también empuja a la raíz hacia afuera, de manera que interfiere con excursiones oclusales y produce una respuesta dolorosa. Por las mismas razones, el diente es muy sensible a la percusión. Generalmente no responde a las pruebas de vitalidad, como el absceso está confiando por lo menos durante sus primeros estadios, dentro de tejidos duros que no ceden, el líquido del edema tiende a acumularse en los tejidos blandos vecinos que son más laxos.

La cantidad de edema depende de la virulencia de la infección, la respuesta de los tejidos y otros factores. Por razones anatómicas está generalmente distribuido sobre la cara bucal del diente afectado, primero en la zona que está inmediatamente por encima del diente y luego en los tejidos blandos afectados, es al principio leve, pero aumenta de intensidad al acercarse el absceso a la superficie. De forma similar, la sensibilidad sobre el ápice del diente puede aparecer sólo en un estadio relativamente tardío.

El Edema localizado en los músculos de la masticación puede ocasionar alguna limitación en la apertura, pero un trismo intenso suele ser el resultado de una extensión del absceso hasta la vecindad de estos músculos. El drenaje de la infección por vía linfática de lugar casi siempre a una complicación de los ganglios submaxilares y de la cadena cervical. Los ganglios están agrandados y sensibles a la palpación.

Las respuestas generales son de intensidad muy variable, según la edad del paciente, la virulencia de la infección y la eficacia de la inflamación para localizar el absceso. Las respuestas generales son piroxia, aceleración del pulso y malestar.

Estas respuestas son generalmente intensas en los niños, pero desaparecen pronto. En los adultos, se ha observado que la temperatura se eleva hasta 39 grados centígrados o más en el 40% de los pacientes, pero muchos pueden dar una respuesta leve. En general, parece que la respuesta es más intensa cuando el absceso está extendiéndose activamente y se halla aún en el hueso.

Cuando el pus comienza a escaparse del hueso y sobre todo cuando se ha formado una colección suele haber una disminución dramática del dolor, hinchazón y de la mayoría de los demás síntomas.

La localización del absceso ocurre cuando el tejido fibroso lo empareda. Esto es generalmente una indicación de que la inflamación ha disminuido de intensidad y ha descendido de un estado subagudo o crónico. Muchas veces está asociada con una descarga de pus o reducción de la tensión al escaparse el pus fuera del hueso.

Las líneas habituales de drenaje son:

- 1.- A través de un seno natural.
- 2.- Por incisión de un absceso superficial.
- 3.- A través del alveolo después de la extracción del diente.

4.- A través del conducto de la raíz después de la extirpación de la pulpa.

El drenaje se facilita cuando le ayuda la gravedad, y se dificulta si la vía de drenaje es ascendente.

C). ASPECTOS RADIOGRAFICOS

El absceso dentoalveolar agudo primario puede mostrar muy pocos signos radiográficos. El espacio periodontal está engrosado y suele haber alguna solución de continuidad o pérdida de la definición de la lámina dura.

Esto puede inducir a error a los terapeutas sin experiencia que esperan encontrar una extensa zona de resorción ósea para explicar la hinchazón, dolor y otros síntomas.

D). ABSCESO APICAL CRONICO

El absceso apical crónico conocido como periodontitis supurativa crónica. Puede constituir un estadio tardío de un absceso agudo. Cuando por diversas razones, el proceso reparador gana alguna ventaja sobre el irritante (lo cual puede ser debido a un drenaje espontáneo o a una mejoría en la respuesta general del paciente). O puede surgir por transformación de un granuloma o incluso de un quiste en un absceso probablemente a causa de un incremento de la invasión bacteriana.

E). ASPECTOS PATOLOGICOS

El absceso periapical crónico está caracterizado por una cavidad central de tamaño variable que contiene pus que suele ser más fluido y seroso que el de un absceso agudo. Las células que contiene incluyen algunos leucocitos polimorfonucleares neutrófilos, pero casi siempre hay un número mayor de linfocitos, células plasmáticas y grandes células

mononucleares, junto con bacterias. La cavidad está centrada en el orificio apical de la raíz desde donde se disemina la infección.

Alrededor de la cavidad central se encuentra una cepa de tejido de granulación infiltrado por células inflamatorias crónicas la cual está delimitada por una cápsula de tejido fibroso que yace al lado del hueso. El hueso puede mostrar algún signo de resorción y aposición, y los tejidos duros de la raíz pueden mostrar signos similares, aunque usualmente menos intensos, de resorción y reparación. El espesor de la zona de tejido de granulación y tejido fibroso y la intensidad y tipo de reacción en el hueso dependen de la duración y actividad actual de la infección y de la respuesta del tejido. En general hay algún edema hístico, aunque, de intensidad mucho menor que el que se encuentra en un absceso agudo.

Aunque es costumbre describir el patrón clásico de tal absceso el diagnóstico clínico de absceso crónico incluirá siempre un espectro de imágenes histopatológicas que varían desde los estadios casi agudo, subagudo y crónico hasta la curación desde activa. La enfermedad observada en un tiempo determinado es solamente un estadio de un proceso dinámico variable, no es raro que en caso de no ser tratado, un absceso apical atraviese una serie de exacerbaciones desde el estadio crónico durante los periodos de remisión.

F). ASPECTOS CLINICOS

El paciente puede quejarse de dolor ligero, pero con frecuencia se encuentran grandes abscesos crónicos sin molestias. En tales casos es importante la amnesis, porque nos revela muchas veces ataques previos de dolor e hinchazón.

Cuando hay dolor, suele ser difuso y mal localizado. Algunas veces, puede estar proyectado en otros dientes del mismo lado de la boca. El diente mismo generalmente es sensible a la percusión aunque esta sensibilidad quizá sólo sea una ligera molestia o sensación algo normal.

La tumefacción es generalmente ligera y está localizada alrededor de la zona del absceso. Muchas veces no hay hinchazón visible, la mucosa de la zona hinchada puede presentar un color rojo azulado. En el surco bucal o en la piel se puede encontrar con frecuencia un seno, por lo general está situado inmediatamente sobre el absceso, pero algunas veces dista mucho. Cuando no hay seno abierto, no es raro encontrar un seno curado, en la mucosa puede aparecer una pápula pálida que sobresale ligeramente.

Los ganglios linfáticos regionales suelen estar agrandados, las reacciones generales del paciente son muy ligeras. La temperatura y pulso son muchas veces normales a pesar de la presentación de abscesos apicales crónicos grandes. Si el paciente acude con quejas de dolor y malestar y alguna elevación de la temperatura, suele tratarse de una exacerbación aguda.

G). ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Como el absceso apical crónico casi siempre tiene anamnesis de algunas semanas e incluso de varios años, existe a menudo una zona evidente de resorción ósea alrededor del vértice de la raíz, y la misma raíz quizás presenta alguna resorción. El contorno de la cavidad ósea es en general algo circular aunque bastante irregular a diferencia del quiste no infectado, no suele haber signos de un margen esclerótico con el hueso, aunque esto puede ocurrir.

C A P I T U L O I I I

COMPLICACIONES DEL ABSCESO PERIAPICAL

Las complicaciones de estas lesiones causadas por la infección odontogénica se deben principalmente a la extensión directa de la inflamación y de sus productos secundarios, pero también intervienen la diseminación linfática y vascular de la infección. A veces surgen como resultado de un cambio en el carácter de la lesión, como cuando un absceso se convierte en una forma más invasiva de infección. Generalmente ocurren como complicaciones de un absceso alveolar agudo, aunque la infección local tal vez la causen infecciones agudas crónicas.

Las complicaciones ocurren con mayor frecuencia a causa de la dimensión del pus a lo largo de vías inhabituales al escaparse del hueso. Las vías de diseminación sugieren la localización del escape en el hueso y la anatomía local, especialmente la de los músculos y planos faciales que le impiden progresar convenientemente. También dependen de la adicción de los músculos de la masticación con una limitación del movimiento maxilar.

El carácter de la inflamación puede cambiar desde el tipo localizado envuelto por una membrana piógena, hasta el tipo que se disemina con más rapidez en el hueso por participación vascular como en la osteomielitis, o tejidos blandos, como la celulitis, esto ocurre:

- 1.- A causa de trauma u otros factores que ocasionan una rotura de la cápsula fibrosa limitante.

- 2.- A causa del tipo de microorganismo, que vence las tentativas de localización.
- 3.- Porque durante el tratamiento puede haber introducción de nuevos microorganismos que son más o menos virulentos o de un tipo más invasivo.
- 4.- A causa de la diseminación de la resistencia general del paciente por enfermedad interrecurrente.

La gangrena gaseosa la origina el microorganismo específico *Clostridium Welchii*, afortunadamente esta complicación es rara.

Otros microorganismos aparecen tras una operación o por razones desconocidas, como *Actinomyces* y *Bacillus tuberculosis*.

Como con otra infección, la extensión puede ocurrir directamente dentro de los tejidos, como en el caso de socavamiento por el pus, o la extensión de una celulitis. En ocasiones se debe a un drenaje linfático hacia los ganglios linfáticos y esto es casi inevitable, también se puede extender invadiendo los vasos sanguíneos, causando una trombosis que produce necrosis como en la osteomielitis o causando una tromboflebitis con efectos regionales o lesiones embólicas en pulmones y cerebro.

Afortunadamente la mayoría de estas lesiones con complicaciones son raras, la mayoría ceden con la terapéutica médica adecuada a base de antibióticos y otros quimioterapéuticos, pero aun así se observan tales

casos que requieren un cuidado inmediato para no poner en peligro la vida del paciente según se ha dicho antes. Los microorganismos procedentes de los dientes infectados pueden pasar dentro de una corriente sanguínea simplemente por el acto de la masticación y en un número aún mayor durante extracciones dentales por causar una bacteremia, aunque es probable que ésta no sea responsable del gran número de complicaciones que le han sido atribuidas.

Escape del pus desde el hueso en el absceso periapical.

El pus procedente de un absceso periapical, como el de cualquier otro absceso, parece elegir la vía de menor resistencia, algunas veces escapa a lo largo del ligamento periodontal, se acumula en el surco gingival a través de la mucosa gingival y simula un absceso periodontal. En ocasiones, el drenaje se realiza por el conducto radicular y cámara pulpar de la cavidad cariosa, a través del orificio de la exposición cariosa. Sin embargo estas vías son raras.

Generalmente, la extensión se efectúa a través del hueso hacia la superficie más próxima del mismo, donde forma en primer lugar un absceso subperióstico y luego se ulcera por el periostio dentro de los tejidos blandos. En la mayoría de los casos, esto ocurre en la cara bucal de uno de los maxilares y el pus llega así a situarse inmediatamente debajo de la mucosa del surco bucal o labial, sobre la raíz enferma. Ocasiona aquí tumefacción localizada e inflamación de la mucosa. Esto comúnmente se le denomina flemón de la encía, que termina por madurar y ulcerar a través de la mucosa para formar una fístula por la cual el pus se drena dentro de

la boca.

Aunque este es el proceso más frecuente, hay muchas variantes que dependen de la anatomía local. El punto de escape del hueso varía considerablemente y entonces, el pus progresa a lo largo de los planos anatómicos o faciales para acumularse en zonas donde hay tejido areolar laxo. Tales zonas se describen generalmente como espacios. Estos espacios, donde se acumula el pus, tienen importancia quirúrgica, pero no siempre corresponden exactamente a los descritos por los anatomistas.

A). PROPAGACION MAXILAR SUPERIOR

ABSCESO PALATINO.- Los ápices de los incisivos laterales del maxilar superior y las raíces palatinas de los molares, especialmente del primer molar, suelen estar más cerca de la superficie palatina del maxilar superior que de la superficie bucal, a consecuencia de ello, los abscesos de los ápices de estas raíces frecuentemente se acumulan en el paladar, donde producen tumefacciones sésiles redondeadas que tardan algún tiempo en madurar a través de la gruesa mucosa palatina. Algunas veces migran muy hacia atrás debajo de la mucosa palatina. No ocasionan ningún problema especial, aparte de las molestias de una tumefacción e inflamación palatina algo prolongada.

ABSCESO EN LA FOSA CANINA.- El ápice del canino del maxilar superior generalmente está más alto en el maxilar que en el de la mayoría de los demás dientes. Los abscesos de esta localización maduran en la superficie bucal o labial del hueso y casi siempre se descargan a través de una fistula en la mucosa dentro del surco labial o bucal. Algunas veces, el pus se propaga hacia arriba dentro de los tejidos laxos de la fosa canina y la maduración puede tener lugar a través de la cara. Más raramente el pus procedente de los vértices del incisivo central y premolares del maxilar superior, o de la raíz mesial del primer molar, puede escaparse o abrirse paso dentro de la fosa canina con resultados semejantes. No se debe confundir este estado con el edema de la fosa canina que frecuentemente acompaña a los abscesos agudos de los incisivos caninos, y a veces primeros molares. Cuando hay pus en la fosa canina, la reacción es mucho más intensa en la región infraorbitaria. Hay duración e

inflamación con edema centrado sobre el absceso y extendiéndose por párpados y labio. La zona suele ser mucho más sensible al tacto que cuando solamente existe edema.

Es necesario recordar que, a causa de la presencia de la vena facial en esta región, existe el grave riesgo de una tromboflebitis aunque afortunadamente esta complicación es rara.

ABSCESOS NASALES. - Algunas veces un absceso ápical procedente de la raíz de un incisivo central maxilar superior puede madurar en el suelo de la nariz. De forma semejante, el pus que escapa el absceso en lo alto de la cara nasolabial debajo del periostio dentro del suelo de la nariz, aquí el pus generalmente madura a través de la mucosa y a veces se confunde con una lesión primaria de la nariz.

COMPLICACION ANTRAL. - Los abscesos originados en los premolares del maxilar superior y primarios molares, y algunas veces, en los caninos y segundos molares, maduran dentro del antro maxilar teniendo en cuenta, la proximidad de los ápices de estos dientes con el antro maxilar, es sorprendente que esta complicación no sea comunicada con más frecuencia.

Los síntomas de la complicación antral son los mismos que de cualquier sinusitis maxilar con remisiones y exacerbaciones recivantes. En estadio agudo, el dolor es intenso. El examen de los dientes suele mostrar que uno de ellos es más sensible a la percusión que los otros y se dice que estos distinguen esta complicación de la sinusitis primaria, donde hay varios dientes que muestran sensibilidad, aunque sin localización

precisa. La prueba definitiva de su etiología es la desaparición completa y casi inmediata de los síntomas después de extraer el diente.

MADURACION ENCIMA DEL BUCINADOR.- El espacio en algunas ocasiones, el pus procedente de un absceso situado sobre un molar del maxilar superior puede escapar por encima de la inserción del bucinador y migrar dentro de la mejilla. Hemos observado un caso de este tipo en el cual el pus procedía de un quiste dental infectado.

INFECCION DEL ESPACIO INFRATEMPORAL.- El espacio infratemporal está situado entre la apófisis coronoides y el tendón del músculo temporal por fuera, la tuberosidad y superficie posterior del maxilar superior por delante, y la placa ptericoidea externa y vientre inferior del pterigoideo externo por dentro por detrás y está limitado por la concurrencia de los vientres del músculo pterigoideo externo y el cóndilo de la mandíbula. Por encima de este espacio se encuentra el vientre superior del músculo pterigoideo interno. La infección de este espacio por un absceso periapical es una complicación rara pero peligrosa, el pus puede escapar de un absceso apical de los molares segundo y tercero, por encima de la inserción del buccinador y volver a esta región. Aunque la prolongación directa de una infección dental dentro del espacio infratemporal es rara, se han comunicado varios casos de abscesos no dentales en este lugar después de una inyección dentro de dicha región. Otros se han registrado después de la extracción de un molar del maxilar superior. Los signos clínicos son fiebre, trismo, desviación del maxilar inferior hacia el lado afectado al abrir la boca, dolor intenso especialmente al abrir la boca. Puede haber tumefacción de la faringe con

dificultad de deglución y edema del ojo. El peligro principal reside en la tromboflebitis que puede prolongarse hacia el senocavernoso.

B). PROPAGACION MANDIBULAR

REGION ANTERIOR.- Aunque la mayoría de los abscesos ápicales de los incisivos inferiores madura en el surco labial, pueden algunas veces madurar en el mentón después de haber atravesado la mandíbula a un nivel bajo. Desgraciadamente estos abscesos se confunden frecuentemente con infecciones piógenas de la piel o del tejido subcutáneo. Muy raras veces, pueden prolongarse por debajo del borde de la mandíbula para invadir la región submentoniana.

REGION POSTERIOR.- Maduración por debajo de la inserción del buccionador. Los abscesos de los molares de la mandíbula pueden penetrar el hueso hacia la mejilla por debajo de la inserción del buccinador y madurar en la piel. El pus puede migrar debajo de la región submentoniana hasta cierta distancia, la capa superficial de la fascia cervical profunda lo separa del espacio submaxilar, pero algunas veces pueden penetrarlo.

MADURACION EN EL BORDE INFERIOR DE LA MANDIBULA.- Más raras veces, el pus de abscesos ápicales de molares del maxilar inferior de éste se escapa por el borde, desde donde puede propagarse por el espacio submaxilar y los tejidos subcutaneos de esta región.

MADURACION SOBRE LA CARA LINGUAL DEL MAXILAR INFERIOR.- Como algunas raíces molares de la mandíbula. La mandíbula especialmente las del tercer molar, están más cerca de la superficie lingual de la mandíbula que la superficie labial, el pus procedente de los abscesos de estos dientes puede escaparse desde el hueso de la cara lingual. Esto ocurre raras veces

por encima de la inserción del músculo milohiideo, madurando hacia el piso de la boca, con más frecuencia, el pus se escapa por debajo de la inserción del milohiideo para penetrar en el espacio mandibular y planos más profundos del cuello.

ABSCESO DEL ESPACIO SUBMANDIBULAR.- El pus, generalmente alcanza el espacio mandibular escapando por la parte inferior de la cara lingual de la mandíbula, o por su borde inferior o mediante propagación subperióstica desde la cara bucal.

El espacio submandibular está delimitado superficialmente por la capa exterior de la fascia cervical profunda y profundamente por el músculo milohiideo. Su pared externa está constituida por la superficie lingual de la mandíbula. Su borde cervical está formado por la inserción de la fascia del hueso hioides. Por delante y por detrás está limitado por vientres de músculo digástrico. Dentro de este espacio se encuentra la gran porción mandibular de la glándula submaxilar y varios ganglios linfáticos submaxilares. El espacio submandibular está cruzado por los vasos faciales. Este espacio comunica con el espacio sublingual alrededor del borde posterior del músculo milohiideo. Un absceso en este espacio provoca una tensa tumefacción debajo del borde inferior que se propaga fácilmente hacia la región sublingual, espacio parafaríngeo y, con menos frecuencia, hacia los planos faciales del cuello, puede invadir la glándula submaxilar y los vasos faciales. Siempre hay cierto grado de linfadenitis de los ganglios linfáticos cervicales.

ABSCESO DE LOS ESPACIOS SUBLINGUALES.- Hay dos espacios sublinguales

principales, el más grande de los cuales está situado entre los músculos geniogloso y geniohiodeo. Este es el espacio sublingual profundo que existe a través de la línea media de forma que es delimitado medialmente y posteriormente por el hueso hioides y lateral y anteriormente por la mandíbula inferior hay otro espacio más pequeño y más superficial entre los músculos geniohiodeo y milohiodeo.

La infección de cualquiera de los espacios principales atraviesa fácilmente la línea media al lado contrario. La propagación puede ocurrir en dirección posterior hacia el espacio pterigomandibular, clinicamente, la infección en esta región provoca tumefacción en el piso de la boca; si el absceso está localizado en el espacio profundo, la lengua levantada, mientras que si se trata del espacio superficial, la tumefacción será más visible por fuera, en la región submentoniana y submaxilar, extendiéndose de un lado a otro.

ABSCESO SUBMASETERICO. - El pus procedente del tercer molar mandibular inferior puede extenderse posteriormente sobre la cara externa de la rama y dentro del espacio submasetérico. Está situado sobre la superficie lateral de la mandíbula entre las tres porciones de inserción del músculo macetero. El pus encuentra aquí por debajo de la masa del macetero y puede causar grandes molestias, pues aunque no constituya un gran peligro tarda mucho en madurar y generalmente provoca un intenso trismo. El tejido suprayacente está distendido e indurado y el dolor suele ser intenso y punsátil. El diagnóstico muchas veces no es correcto y la tumefacción se atribuye a edema sólo o incluso a una tumefacción parotidea. El tratamiento antibiótico esteriliza esta región, pero el pus

permanece y la curación se retrasa. Siempre que sea posible la lesión debe drenarse cuando se inicia el tratamiento.

ABSCESO PTERIGOMANDIBULAR.- Si el pus se escapa de un absceso apical o pericoronitis del tercer molar mandibular, sobre la cara lingual de ésta, puede dirigirse hacia atrás sobre la cara lingual de la rama y alcanzar el espacio pterigomandibular. Este espacio está situado entre la superficie interna de la rama y el músculo pterigoideo interno. El espacio pterigomandibular también puede ser infectado al efectuar inyecciones de bloqueo para la anestesia mandibular. Un absceso con esta localización ocasiona intenso trismo y gran dolor especialmente al deglutir. No suele haber hinchazón exterior, generalmente está acelerado el pulso y la temperatura está elevada. Desde este espacio puede haber con bastante facilidad propagación hacia delante dentro del espacio submaxilar, hacia arriba en los espacios macetérico e infratemporal y posteriormente hacia el parafaríngeo.

ABSCESO DEL ESPACIO MACETERICO.- La infección de este espacio, es que el pus puede alcanzar el músculo macetero por propagación directa desde el espacio pterigomandibular o algunas veces desde el espacio submacetérico puede extenderse hacia el espacio infratemporal. El cuadro clínico es parecido al absceso pterigomaxilar, pero la tumefacción faríngea es más elevada y puede haber alguna tumefacción sobre la superficie externa de la cara a causa de la participación del músculo macetero en el proceso inflamatorio. El trismo y el dolor son intensos, pero la disfagia es menos evidente.

ABSCESO DE ESPACIO PARAFARINGEO.- Está situado entre el constructor faríngeo superior y su inserción en el rafe pterigomandibular por dentro, y el vientre posterior del digástrico, la rama mandibular y la superficie interna del pterigoideo interno por fuera. Las infecciones de este espacio pueden comunicar anteriormente con el espacio pterigomandibular rodeando el borde inferior anterior del músculo pterigoideo internos y los espacios sublinguales, su pared interna consta de la facia faríngeo lateral, puede algunas veces tener su origen en una infección dental, pero generalmente es de origen faríngeo. Cuando tiene origen dental suele ser siempre del tercer molar inferior.

Este absceso causa tumefacción de la pared lateral de la faríngea y edema del paladar blando con dificultad de deglución, la respiración dificulta, y existe trismo intenso a causa de su proximidad con el pterigoideo y mucho dolor.

El pus que se escapa del hueso que rodea un absceso apical suele localizarse con bastante rapidez e indica la superficie más accesible, sin embargo, como ya se ha dicho, esto depende de la virulencia y carácter de los microorganismos y la eficiencia de la reacción general y local. Una virulencia elevada o una respuesta deficiente permite una propagación mucho más rápida y distante. Así pueden quedar invadidos los espacios y planos faciales más remotos, algunos estreptococos parecen tender a provocar una extensión rápida en forma de celulitis.

CELULITIS.- Es un proceso inflamatorio agudo que está asociado con más frecuencia con estreptococos que con otros microorganismos.

C A P I T U L O I V

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial entre estos dos abscesos consiste en que el absceso Periodontal está confinado a la apófisis alveolar propiamente dicha de ambos maxilares, y el absceso periapical puede extenderse más allá de la apófisis hacia el cuerpo del hueso; así se aclara el Absceso periodontal, se origina en el periodonto, y el Absceso Periapical se origina en el ápice o conducto radicular.

Los abscesos dentarios se asemejan desde el punto de vista clínico, pero difieren en su origen. El absceso periapical proviene de la infección de la pulpa, y el periodontal se forma por la bolsa, aunque el absceso se origine en un lugar, puede extenderse y lesionar otras zonas. Por ejemplo el absceso periodontal es capaz de producir necrosis pulpar y los abscesos periapicales pueden producir una bolsa.

El proceso infeccioso y los síntomas clínicos de los diversos abscesos se asemejan. Los abscesos sólo difieren en su origen y el acaecimiento de la infección. Muchos abscesos periodontales se diagnostican equivocadamente como periapicales, y los dientes son extraídos. El diagnóstico adecuado guiaría hacia el tratamiento correspondiente y la conservación de muchos dientes con abscesos.

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, en el examen radiográfico y en la prueba pulpar. La presencia de caries en lesiones pulpares y

patología periapical sugiere que podría tratarse de un absceso periapical, mientras que las bolsas, la pérdida ósea alveolar y la patología periodontal hacen pensar en el absceso periodontal. Cuando ninguno de estos indicios se presente, se sospechará de un absceso gingival.

Los abscesos periodontales pueden aparecer en dientes sin vitalidad; y por el contrario, pueden producirse abscesos periapicales en dientes con enfermedad periodontal. Incluso sucede que la infección se propague del periodonto a la pulpa o viceversa, de modo que el absceso es periodontal y periápical.

Los abscesos tienen algunas veces periodos de exacerbación y remisión. Las exacerbaciones repetidas son responsables de pérdidas óseas amplias y caprichosas.

La finalidad del diagnóstico es establecer de qué tipo de absceso se trata, hacer el pronóstico y elegir el tratamiento.

El pronóstico de los dientes con abscesos periápical depende de la posibilidad de hacer el tratamiento endodóntico. El pronóstico de los dientes con abscesos periodontal se basa en la cantidad y naturaleza de la pérdida ósea y en la posición estratégica del diente. En el apogeo del absceso, hay mayor movilidad y ello no es un síntoma concluyente. El pronóstico del absceso periodontal es prometedor, salvo en los raros casos en que aparece osteomielitis localizada.

C A P I T U L O V

TERAPEUTICA MEDICA DE ABSCESO PERIODONTAL Y ABSCESO PERIAPICAL

El tratamiento de la enfermedad periodontal se compone de procedimientos locales, no se basa exclusivamente en el uso de drogas, sin embargo hay muchas situaciones en que nos son de gran utilidad.

En el tratamiento de abscesos su principal tratamiento es local o sea drenar el absceso, esto no quiere decir que no utilicemos algunos medicamentos, de los cuales los más importantes son los Antibióticos.

Los Antibióticos son los más efectivos para el tratamiento de estos dos abscesos, estos son sustancias producidas por organismos vivos, como bacterias y levaduras, que inhiben o destruyen los agentes infecciosos, la selección de la droga ha de basarse según el grado de la infección, así como el estado general del paciente.

Dentro de los antibióticos más eficaces para estos dos padecimientos están los siguientes:

- Penicilina G Potásica
- Penicilina G Sódica
- Penicilina G Procaínica

Esta última es la más usual ya que es esencialmente atóxica y no produce efectos nocivos con niveles 100 veces mayores que el nivel terapéutico.

Es un análogo de la penicilina G que es absorbido con mayor rapidez, es menos susceptible a la inactivación por parte de los ácidos y puede ser administrada con las comidas. La dosis corriente para administrarla es por vía bucal en tabletas de 250 mg. o cap. cuatro veces al día o también por vía intramuscular, 300,000 u. cada 24 hrs.

ERITOMICINA

CLORHIDRATO DE LINCOMICINA

Para pacientes con sensibilidad conocida, hay que alternar drogas, en este caso la eritomicina en tabletas de 250 mg. o cápsula cada cuatro horas, que son eficaces para los mismos microorganismos.

TETRACICLINAS.- (Acromicina, panmicina y tetracina) Clorhidrato de clortetraciclina (aureomicina) oxitetraciclina.

Las Tetraciclinas son un grupo de amplio espectro, pero también tienen muchos colaterales, por lo mismo, son poco usuales.

ANALGESICOS.- Los analgésicos son drogas que se emplean para aliviar el dolor, el ácido acetilsalicílico es eficaz en estos casos.

En la actualidad existen muchos tipos de analgésicos, lo cual citarlos a todos sería una lista interminable, así que el indicado depende del grado del dolor, así como, también la dosis.

En todos estos medicamentos mencionados están las dosis para adultos, si

se trata de un niño. dependerá la dosis del peso edad y estado actual del niño a tratar.

NOTA: En la actualidad los antibióticos se presentan en cápsulas 500 mg.
y la dosis para adultos es una cápsula cada 8 hrs.

C A P I T U L O VI

INSTRUMENTAL PARA EL TRATAMIENTO DE ABSCESOS

Los instrumentos periodontales están diseñados para finalidades específicas, como la eliminación de cálculos, alisado de las superficies radiculares, curetaje de la encía o remoción del tejido enfermo.

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

Sondas Periodontales.

Para la localización de bolsas.

Pinzas marcadoras de Bolsas.

Marcado y determinación del curso de bolsas.

Exploradores.

Para localización de depósitos sobre los dientes.

Raspadores Superficiales.

(Pesados, para la remoción de cálculos supra gingivales.

Raspadores Profundos.

(Finos) para la remoción de cálculos infra gingivales.

Azadas.

Para la eliminación de cálculos subgingivales y alisamientos de superfi-

cies radiculares.

Curetas.

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

Instrumentos Ultrasónicos.

Para el raspaje y limpieza de superficies dentarias y curetaje de la pared gingival de bolsas periodontales.

Instrumentos Periodontales Quirúrgicos.

Azada Quirúrgica No. 19G.- Se utiliza para desprender las paredes de la bolsa después de la incisión de la gingivectomía.

Bisturíes Periodontales No. 20G y 21G.

El interdental No. 22G y 23G. Elimina tejido interdental.

Bisturíes de Obran No. 1 y 2.

Proporcionan accesibilidad a las zonas interproximales.

Bisturíes de Buck.

Son de forma lanceolada.

Instrumentos Quirúrgicos de Kirkland.

Juego completo para gingivectomía.

Elevador Perióstico.

Cumplen diversas finalidades en la cirugía periodontal.

Tijeras.

Sirven para recortar los márgenes de colgaje, agrandar incisiones en abscesos periodontales y eliminar inserciones musculares en cirugía mucogingival.

Aspiradores.

Son indispensables en procedimientos quirúrgicos.

INSTRUMENTAL BASICO PARA ABSCESOS PERIODONTALES

- 1.- Bandeja Quirúrgica.
- 2.- Espejo, pinzas, para algodón, espejo, separadores.
- 3.- Pinzas para Tejido.
- 4.- Bisturí con hoja removible No. 12.
- 5.- Bisturí Interdentario.
- 6.- Bisturí Arriñonado.
- 7.- Cureta anterior con extremo curvo.
- 8.- Cureta posterior de doble extremo.
- 9.- Curetas para Tejidos Blandos.
- 10.- Elevador Perióstico.
- 11.- Alicates para Tejidos Blandos.
- 12.- Portaagujas.
- 13.- Tijeras aserradas para tejidos.
- 14.- Jeringa para anestesia, sutura, gasas, aplicadores.

15.- Cánulas para Aspiración.

16.- Separadores.

C A P I T U L O VII

METODOS DE TRATAMIENTO

El tratamiento de los dientes con absceso, depende de la desición del diente, o de extraerlo, según sea el absceso.

Por lo tanto, tiene recursos periodontales, endodónticos, y exodónticos.

El primer paso del tratamiento es reducción del absceso mediante la administración de antibióticos en los casos en que hay fiebre y malestar general, y si no lo hay hacer el drenaje, ésto se hará mediante cureteaje (absceso parodontal o incisión del absceso) (absceso periapical).

Durante los estadios agudos del absceso se necrosan parte del hueso alveolar. Se pueden formar pequeños secuestros, cuando se forma un secuestro, el absceso no se resolverá de la manera corriente y habrá que eliminar el secuestro, con preferencia mediante un colgajo, salvo que sea expulsado. Observaciones de la presencia de pus y hueso necrótico asociadas con abscesos periodontales.

Una vez reducido el absceso, el tratamiento a seguir se determina sobre la base del diagnóstico y el pronóstico, si la lesión es irreparable, el diente se extraerá, por lo general, el absceso se resuelve después del drenaje.

Las lesiones periapicales se tratan mediante procedimientos endodónticos,

y como consecuencia de ello puede cicatrizar el surco.

Cuando la pérdida ósea producida por los abscesos periodontales es extensa, los procedimientos quirúrgicos óseos que requieren un mayor sacrificio de hueso están contraindicados.

Los procedimientos de reinserción o injertos óseos son más conservadores, y por ello, preferibles es más el potencial de reinserción después de los abscesos periodontales, es frecuente la regeneración ósea si el tratamiento fue favorable, las posibilidades de reinserción dependen de la localización del absceso y el acceso a la zona.

Además se precisa una estabilización adecuada y también la eliminación del traumatismo oclusal, esto se consigue mediante ferulización y ajuste oclusal.

Si un absceso abarca tejidos periapicales u periodontales se hará el tratamiento combinado, esto se realiza exponiendo la zona con un colgajo amplio para tener buen acceso a la superficie radicular y el ápice. De esta manera, en una sola se hacen curetaje y apicectomía.

A). ABSCESO PERIODONTAL

En realidad para llevar a cabo el tratamiento del absceso periodontal es necesario realizar todas las técnicas de la enfermedad periodontal. En general ya que, el absceso periodontal es producido o mejor dicho se debe a la formación de bolsas tortuosas o bolsas intraalveolares profundas.

Para iniciarlo, empezaremos con el rapaje radicular, es el procedimiento que realizamos para limpiar la superficie radicular de depósitos y cemento blando o rugoso. La eliminación de los cálculos y de los depósitos blandos ayudará a reducir la inflamación y la profundidad de la bolsa y es el primer paso a la enfermedad periodontal. La placa supragingival se elimina mediante procedimientos de higiene bucal. El cálculo supragingival únicamente mediante instrumentos, la eliminación de bolsas se consigue de diversas maneras, las cuales a continuación veremos.

CURETAJE GINGIVAL.- Es una operación planificada y sistemática para eliminar parte o todo el revestimiento gingival con inflamación crónica y ulcerado de la bolsa, reduce el edema clínico, la hiperremia o la cianosis y para retraer la encía libre el curetaje gingival corta o desprende el revestimiento de la bolsa y elimina el tejido inflamatorio subyacente. Puesto que es un padecimiento quirúrgico hay que dar anestesia local.

El operador debe planificar para trabajar un solo diente o en un segmento del arco, en una sesión. La posibilidad de hacer esto dependerá de la accesibilidad y la topografía de las bolsas y características del tejido, no se debe curetear la encía porque podemos desgarrarla, se sostendrá el

instrumento con presión en lápiz modificado, usando como apoyo el dedo medio o anular. Debe cortar y no desgarrar o mutilar la pared blanda de la bolsa. La colocación de los dedos, pulgar e índice contra la superficie vestibular o lingual de la encía ayudará a sostener el tejido y a realizar el curetaje. Mediante un patrón definido y movimientos cortos hay que llevar el tejido enfermo a la superficie, y limpiar cada vez la hoja de la cureta con gasa esterilizada. Después del curetaje, se lavaron las bolsas con solución salina normal esteril, con una jeringa Luer-Lok y aguja roma (CALIBRE 25) y se inspeccionará la zona para constatar que se hizo limpieza de las superficies radiculares. Se acercarán los dedos con cuidado, a la superficie dentaria, y cuando fuera necesario, se colocará apósito quirúrgico. A las dos semanas, será posible valorar los resultados y determinar de proseguir el tratamiento.

Para eliminar los signos y síntomas de la enfermedad gingival suele ser suficiente el tratamiento no quirúrgico (raspaje radicular), o la intervención quirúrgica menor (curetaje). En algunos casos la inflamación y su consecuencia la enfermedad periodontal, recidivan o quedan sin resultado del raspaje mal hecho o de la ejecución enadecuada de los procedimientos de higiene bucal. Sin embargo con frecuencia, la recidiva es producto de la no reducción o la no eliminación de la bolsa persistente. La bolsa persistente como zona de menor resistencia y predispone a la mayor extensión de la enfermedad. En tales casos únicamente la eliminación de la bolsa permite curación.

Gingivectomía.- Es la excisión de la pared blanda de la bolsa, su finalidad es eliminación de la bolsa.

Gingivoplastia.- Es la remodelación de la encía que ha perdido la forma externa fisiológica, su finalidad es la creación de la forma gingival fisiológica, estos dos procedimientos por lo general se realizan juntos.

REQUISITOS PREVIOS PARA REALIZAR ESTAS TECNICAS

- 1.- La zona de encía insertada debe ser suficiente ancha para que la excisión de parte de ella deje una zona adecuada desde el punto de vista funcional.
- 2.- La forma de la cresta alveolar subyacente debe ser normal, si se ha producido cresta ósea de forma relativamente regular en el nuevo nivel más infr.
- 3.- No debe haber defectos o bolsas infraóseas (intraalveolares).

CURAJE QUIRURGICO POR COLGAJO

El propósito del curetaje quirúrgico por colgaje es eliminar el tejido inflamatorio crónico y todo depósito calcificado remanente. Cuando la cirugía tenga éxito se obtendrá.

- 1.- Resolución de la inflamación.
- 2- Reducción de las bolsas induciendo recesión de las paredes gingivales de las bolsas.

Así mismo produce cierta reinserción y cierto remodelado favorable del hueso.

El curetaje Quirúrgico se aplica en el tratamiento de bolsas profundas con pérdida ósea extensa, cuando el raspaje gingival no son suficientes y los otros procedimientos (gingivectomía, cirugía, ósea, reinserción o injertos óseos). No están indicados.

TECNICA.- Hágase una incisión inicial con una hoja removible No. 12 u 11 para dividir papilas, después introducida un elevador perióstico en los surcos y trabaje presionando contra el diente y el hueso para rechazar el colgajo de espesor total por disección roma.

CURETAJE.- El excelente acceso y la visibilidad obtenidos permitirán la remoción de tejido inflamatorio adherido de la superficie del diente y hueso, y el alisamiento de la superficie radicular expuesta, quite el tejido inflamatorio de la superficie interna de los colgajos, con tijeras, o raspando con un bisturí periodontal de hoja arriñonada. A continuación coloque nuevamente el colgajo y fíjelo con suturas interdientarias se observa el resultado dos años más tarde.

B) ABSCESO PERIAPICAL

El Absceso periapical se caracteriza por una pulpa necrótica o densamente infiltrada por neutrófilos, los tejidos periapicales muestran masas densas, casi sólidas, de neutrófilos. Los tejidos periapicales muestran masas densas de pus (neutrófilos) y hendiduras o espacios que indican zonas de las cuales se perdió el pus durante la preparación histológica. En la medida que avanza desde la zona central a la periferia, se observa una gradual disminución de la intensidad de la infiltración polimorfonuclear. Las trabéculas óseas en la zona periapical pueden mostrar algunas vacías (muerte de osteositos).

El absceso puede ser agudo o crónico, si es agudo se instituyen medidas preelminares después de las cuales se trata la lesión.

TRATAMIENTO DEL ABSCESO AGUDO

PRIMER DIA.- Una vez establecido el diagnóstico, se toma la temperatura del paciente, se aísla el absceso con trozos de gasas seca y se pinta con una solución antiséptica, seguida de anestesia tópica; después de esperar dos o tres minutos para que actúe la anestesia se palpa el absceso para la localización de la zona más fluctuante. Con una hoja Bard Parker número 12, se hace una incisión vertical a través de la parte más fluctuante de la lesión, que se extienda desde el pliegue mucogingival. Si la hinchazón está en la superficie lingual la incisión se comienza inmediatamente apical a la hinchazón y se extiende hasta el margen mucogingival. Es preciso que la hoja penetre en el tejido firme para asegurarse de que

se alcanzaron las zonas purulentas profundas. Después de la primera salida de sangre y pus, irriguese con agua tibia y ampliase suavemente la incisión para facilitar el drenaje.

En el diente esta extruído, hay que desgastarlo levemente para evitar el contacto con sus antagonistas. Una vez que cese el drenaje se seca la zona y pinta con antiséptico. El paciente sin complicaciones orgánicas deberá enjuagarse cada hora con una solución de una cucharadita de sal en un vaso de agua tibia y volver al día siguiente.

Al paciente con temperatura elevada además de enjuagatorios se les administra antibióticos, como penicilina, también se le evita el ejercicio y que lleve una dieta abundante de líquidos, se recomienda guardar reposo. También se le administran analgésicos para el dolor.

SEGUNDO DIA.- En este día la hinchazón disminuyó notoriamente, también los demás síntomas en caso, contrario se sigue el mismo tratamiento anterior.

ABSCESO CRONICO.- Se aísla la zona con gasa, se seca y se pinta con antiséptico, vestibular y lingual, y se anestesia.

El primer requisito es determinar la localización del foco infeccioso del absceso, para localizarlo, sondéese el margen gingival siguiendo las bolsas tortuosas, hasta donde terminen. Si hay una fistula, se puede sondear el absceso a través de ella.

Puesto que ofrece mayor accesibilidad y visibilidad se prefiere la vía de acceso vestibular, y es la que se usa salvo que el absceso este en otro lugar.

LAS INCISIONES

Una vez que se decide la vía de acceso, se eliminan los cálculos superficiales y se hacen dos incisiones verticales desde el margen gingival hasta el pliegue mucovestibular, determinando el campo de operación, 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 operativo debe ser superficialmente grande para permitir visión y buena accesibilidad.

Un colgajo demasiado angosto o demasiado corto pone en peligro el resultado del tratamiento.

RECHAZO DEL COLGAJO

Una vez hechas las incisiones verticales, se hace una incisión mesiodista a través de la papila interdientaria, con bisturí periodontal, para facilitar el desprendimiento del colgajo de su espesor total y se sostiene con un separador de tejidos por lo general, hasta con un colgajo vestibular o un lingual en el caso de un absceso que fue agudo en un principio, por lo general los bordes de la incisión hecha el día anterior están unidos y es posible hacer un colgajo de una pieza.

Es fundamental disponer de un aspirador para mantener limpio el campo y

proporcionar la visibilidad necesarias, el rechazo del colgajo revela alguna de las siguientes:

- 1.- Tejido de granulación en el margen gingival.
- 2.- Cálculos en la superficie radicular.
- 3.- Superficies óseas con zonas puntiformes sangrantes múltiples.
- 4.- Una fístula que se abre en la parte externa del hueso, que puede ser sondeado hacia dentro en dirección del diente.
- 5.- Tejido esponjoso purulento en el orificio de la fístula.

ELIMINACION DEL TEJIDO DE GRANULACION

Una vez estudiado cuidadosamente el campo se elimina el tejido de granulación con curetas, para proporcionar una visión clara de la raíz. Se quitan todos los depósitos de la raíz y se eliminan, se alisan las superficies radiculares con azadas y curetas. Si hay una fístula se le explora y curetea.

La localización de la fístula determina de que manera se tratará el hueso. No se toca el hueso. Se eliminan los puentes marginales, porque por lo general están afectados patológicamente, y actúan como cuerpos extraños que entorpecen la cicatrización.

REPOSICION DEL COLGAJO

Se limpia la zona con agua tibia antes de volver al colgajo que contiene una bolsa periodontal tapizada por completo por epitelio que impide que el colgajo se reinserte al diente, para eliminar el epitelio de la bolsa, se vuelve al colgajo revés y se hace un bisel interno a lo largo del margen con una tijera, se cubren la superficie lingual y vestibular con un trozo de gasa en forma de "U" el cual se sostiene allí hasta que cese la hemorragia con apósito periodontal.

Se indica al paciente no se enjuague en 24 hrs. despues de las cuales podrá usar un enjuagatorio, diluido en un tercio de agua tibia, cada cuatro horas, la zona se debe limpiar con suavidad con cepillo suave blando, e irrigación de agua a presión mediana, el paciente debe volver a la semana siguiente, momentos en que se retira el apósito y las suturas. Se enseña el control de placa, por lo general no es preciso colocar nuevamente apósito.

La encía adquiere su aspecto normal a las seis u ocho semanas, la reparación del hueso tarda nueve meses. Las perspectivas de reparación y relle-no óseo son mejores en los defectos óseos producidos por enfermedades parodontal destructiva de evolución rápida.

C A P I T U L O V I I I

PREVENCION

El creciente conocimiento de la gran frecuencia de la enfermedad periodontal y la pérdida de dientes que ésta causa, más la existencia de un cúmulo de enfermedades sin tratar que aumentan con mayor velocidad que nuestra capacidad para curarlas, hace ineludibles que el interés de la periodoncia se desplace del tratamiento a la prevención. El énfasis en que la prevención no rechaza aquello que puede ser realizado mediante el tratamiento, no significa que la búsqueda de métodos perfeccionados de tratamientos adecuados en tanto que la gente sufra de problemas periodontales, pero la prevención representa un enfoque diferente.

El tratamiento periodontal comienza con la enfermedad y busca restaurar y conservar la salud dental, incluso si se requieren técnicas complicadas. La prevención comienza con la salud y busca preservarla utilizando los métodos de aplicación más simples. La periodoncia preventiva es un programa de cooperación entre el odontólogo, su auxiliar, y el paciente, para la preservación de la dentadura natural y previniendo el comienzo de la enfermedad llevar a cabo técnicas de prevención, para que ésta no avance y termine.

Se puede culpar a la negligencia del paciente de casi todas las enfermedades gingivales y periodontales, esta negligencia respecto al cuidado de su boca, el descuido de la enfermedad incipiente que hace que destruya los tejidos de soporte del diente. El descuido de la boca que ha sido

tratada hace que se repita la enfermedad, la mala higiene bucal que permite la acumulación de placa, de cálculos y materia alba.

La mayoría de los pacientes acuden en busca de un tratamiento periodontal en momento de dolor, peligro de perder sus dientes cuando se requiere un tratamiento muy largo, complicado y muchas veces costoso una mayor atención en la prevención de la enfermedad y su tratamiento en sus periodos tempranos ocasionaría menos problemas que el tratamiento de las lesiones avanzadas y agudas.

Hemos de repetir que para lograr una verdadera prevención periodontal necesitamos de un 100% la ayuda del paciente, ya que sin su cooperación no dará resultado. Hay infinidad de programas preventivos que se logran llevar a cabo según el problema de cada paciente, en este caso hablamos de Abscesos de una enfermedad avanzada que requiere de un tratamiento determinado y específico, pero que el tipo de prevención consiste en control de placa bacteriana, remoción de tartaro dentario técnica adecuada de cepillado, remoción de caries existente.

En realidad la prevención requiere de una disciplina constante de parte del paciente y una adecuada información del odontólogo hacia el mismo paciente, y así evitar muchos padecimientos periodontales.

C A P I T U L O IX

ANALISIS ESTADISTICO

ABSCESO PERIODONTAL.- Se produce como una exacerbación aguda de una bolsa periodontal preexistente, aparece como una área tumefacta, generalmente blanda y roja, en la cara vestibular o lingual del arco, esta zona es dolorosa y sensible a la presión y el diente afectado sumamente sensible a la percusión más ligera, además el diente puede presentar movilidad y extrusión, por lo general el diente esta con vitalidad.

ABSCESO PERIAPICAL.- Es el resultado de la infección pulpar que se extiende a través del agujero apical a los tejidos periapicales. En este absceso, por lo general el diente está sin vitalidad aunque puede haberla si la lesión es aguda hay dolor a la percusión, radiográficamente se ve la zona radiolúcida en el ápice del diente.

FRECUENCIA DE ABSCESO PERIODONTAL Y ABSCESO PERIAPICAL

A). ANTECEDENTES

Se informó que la prevalencia y la gravedad de la enfermedad periodontal aumentan con la edad. Los índices periodontales se elevan moderadamente a partir de cinco años hasta 13 años en la India, y alrededor de 25 años (negros) y 35 años (blancos) en Estados Unidos de Norteamérica; de allí en adelante, los índices se elevan bruscamente. Se informó que la frecuencia de la enfermedad periodontal en Estados Unidos de Norteamérica, entre 18 y 24 años de edad, es de 71 por 100. A la edad de 50 años, 85 por 100 de la gente que tiene enfermedad periodontal; después de 65 años, 95 por 100 tienen lesiones periodontales avanzadas.

Diferencias por el sexo. Aunque no existe acuerdo general sobre la frecuencia de enfermedad periodontal debida al sexo, la mayoría de los estudios indican prevalencia y gravedad más bajas de enfermedad periodontal en las mujeres que en los hombres. Hasta la edad de 14 años, la niñas presentan una prevalencia más alta y mayor gravedad de la enfermedad periodontal que los varones, a partir de esta edad la frecuencia es levemente mayor en niños y hombres. Gupta registró valores periodontales más bajos para mujeres que para hombres en todos los grupos de edades, sin embargo no hubo diferencias estadísticas en los grupos de edades, con excepción del grupo de 30 a 39 años. Russell y Marshall Day y Col. obtuvieron resultados similares. En el informe sobre Examen Nacional de Salud de Estados Unidos de Norteamérica, las mujeres presentaban, en forma constante valores más bajos de índices periodontales que los hombres y la

prevalencia de las bolsas periodontales era más alta en hombres que en mujeres.

Los estudios sobre la etiología de la pérdida de los dientes indicaron que 99% de las extracciones eran debidas a la caries dentaria y a la enfermedad periodontal. Antes de los veinticinco a treinta y cuatro años el factor etiológico más importante de la pérdida de dientes es la caries dental; sin embargo, después de este periodo, la causa predominante es con mucho la enfermedad periodontal.

De hecho, un estudio muy bien documentado indica que cuando se consideran las cifras de todas las pérdidas de dientes de los pacientes de todas las edades, la enfermedad periodontal sobrepasa a la caries dentaria como causa primordial en la proporción. De aproximadamente unos noventa millones de adultos de todos los Estados Unidos que tenían dientes en uno o en ambos maxilares, dos de cada cuatro padecían gingivitis y uno de cada cuatro sufría enfermedad periodontal más avanzada. Como el informe del servicio de sanidad ponía de relieve que 90% de personas edéntulas en una mandíbula y 95% de los edéntulos totales tenían más de treinta y cuatro años, edad en que según los informes la enfermedad periodontal se convierte en causa primordial de las extracciones dentarias.

Los estudios indican que aproximadamente 50% de los niños de nueve a diez años presentan gingivitis y que de 80 a 85% de los adolescentes padecen la enfermedad. Ante la enorme cantidad de datos epidemiológicos y clínicos recogidos, parece lícito estimar que de 90 a 95% de la población global de este país presenta alguna manifestación de enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal es la causa principal de la pérdida de dientes por los adultos, y por muchos años la periodoncia fue como un conglomerado de técnicas terapéuticas con la finalidad de tratar de salvar los dientes cuya enfermedad era avanzada. Gradualmente, se fue haciendo claro que la enfermedad periodontal que causa la pérdida dentaria en adultos era la etapa final de procesos que se habían originado, pero no tratado en la juventud. La atención se desplazó hacia el tratamiento temprano, pues es más simple, produce resultados más previsibles y evita en el paciente la pérdida innecesaria de los tejidos de soporte del diente. Actualmente la preocupación principal está dirigida a la prevención de la enfermedad periodontal cosa posible en gran medida. Al no estar ya ubicada dentro de las limitaciones de una gran especializada de la odontología, la periodoncia se ha convertido en una filosofía en que se basa toda práctica odontológica.

Todo procedimiento dental se realiza teniendo en cuenta sus efectos sobre el periodonto, y las medidas efectivas aplicadas en el consultorio para prevenir la enfermedad son parte del cuidado dental total de todos los pacientes. Además se han venido aplicando programas educacionales con el fin de alentar al público respecto a la importancia de la enfermedad periodontal y motivarlo para que aproveche la ventaja de los métodos actualmente disponibles de prevención. La prioridad de la periodoncia en la práctica de la odontología se ha desplazado de la reparación del daño hecho por la enfermedad a la conservación de la salud de las bocas sanas.

B). DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico se hace principalmente por sondeo y comprobando la vitalidad de los dientes del área del absceso. Una bolsa profunda asociada con un diente con vitalidad en un área con un absceso prueba que se trata de un absceso periodontal. Un diente carente de vitalidad, con una bolsa profunda o sin ella, indica un diagnóstico probable de absceso periapical.

Los signos y síntomas de ambos abscesos son muy similares, y lo mismo ocurre con el tratamiento, así pues, la diferenciación tiene gran importancia clínica.

C). ENCUESTA REALIZADA

- 1.- Nombre del paciente
- 2.- Sexo y Edad del paciente
- 3.- Padecimiento actual
- 4.- Antecedentes del caso (etiología)
- 5.- Sintomatología Objetiva y Subjetiva

D O L O R

ZONA PERIAPICAL

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| Persistente | Normal |
| Localizado | Con fistula |
| Irrradiado | Tumefacción localizada |
| Provocado | Tumefacción difusa |
| Expontáneo | Periodonto normal |
| Fugaz o nocturno | Periodonto ensanchado |
| A la exploración | |
| A la percusión horizontal | |
| A la percusión vertical | |
| A la palpación periapical | |
| A la masticación | |
| 6.- Diagnóstico | |
| 7.- Intervención indicada | |

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ABSCESO PERIODONTAL

<u>E D A D</u>	<u>S E X O</u>	<u>DIENTE</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
12 años	femenino	46	endodoncia
28 años	femenino	24	exodoncia
41 años	femenino	24	exodoncia
29 años	femenino	15	exodoncia
27 años	femenino	44	endodoncia
42 años	femenino	25	endodoncia
25 años	masculino	15	exodoncia
74 años	femenino	35	exodoncia
20 años	femenino	12	endodoncia
13 años	femenino	36	endodoncia
17 años	femenino	46	endodoncia
18 años	femenino	11,21	endodoncia
39 años	femenino	44	endodoncia
31 años	femenino	36	exodoncia
23 años	femenino	25	endodoncia
45 años	femenino	16	endodoncia
26 años	masculino	21	exodoncia
37 años	femenino	16	endodoncia
21 años	femenino	14	endodoncia
32 años	femenino	36	exodoncia
11 años	masculino	36	endodoncia
19 años	masculino	12	endodoncia
14 años	masculino	16,21	endodoncia

<u>E D A D</u>	<u>S E X O</u>	<u>DIENTE</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
31 años	femenino	25	endodoncia
25 años	femenino	35	endodoncia
34 años	masculino	27	endodoncia
25 años	femenino	37	endodoncia
38 años	femenino	37	exodoncia
20 años	masculino	46	endodoncia
18 años	masculino	46	endodoncia
54 años	masculino	24	exodoncia
16 años	femenino	46,36	endodoncia
36 años	femenino	II	endodoncia
32 años	femenino	22	endodoncia
14 años	masculino	46	endodoncia
17 años	masculino	45	endodoncia
22 años	masculino	46	endodoncia
16 años	femenino	35	endodoncia
34 años	femenino	37	exodoncia
35 años	femenino	25,26	exodoncia
15 años	femenino	11	endodoncia
61 años	femenino	22	exodoncia

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ABSCESO PERIAPICAL

<u>E D A D</u>	<u>S E X O</u>	<u>DIENTE</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
38 años	masculino	37	endodoncia
12 años	femenino	37	endodoncia
34 años	masculino	27	endodoncia
14 años	masculino	46	endodoncia
38 años	masculino	37	endodoncia
17 años	masculino	46	endodoncia
22 años	masculino	46	endodoncia
38 años	femenino	45	endodoncia
24 años	femenino	37	exodoncia
20 años	masculino	38	exodoncia
6 años	masculino	36	endodoncia
33 años	femenino	48	exodoncia
34 años	masculino	37	exodoncia
50 años	femenino	44,43	exodoncia
27 años	masculino	28	exodoncia
45 años	femenino	15	endodoncia
22 años	femenino	11,21	endodoncia
24 años	femenino	48	exodoncia
31 años	femenino	21,22	endodoncia
37 años	femenino	16	endodoncia
44 años	femenino	35,36	exodoncia
44 años	femenino	13	endodoncia
30 años	femenino	21	endodoncia

<u>E D A D</u>	<u>S E X O</u>	<u>DIENTE</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
29 años	femenino	37	exodoncia
42 años	masculino	23	exodoncia
45 años	femenino	47	exodoncia
32 años	femenino	26	endodoncia
52 años	femenino	15	endodoncia
20 años	femenino	15	endodoncia
25 años	femenino	25,26	endodoncia
29 años	femenino	36	endodoncia
25 años	femenino	25	endodoncia
32 años	femenino	11	endodoncia
23 años	femenino	21	endodoncia
21 años	femenino	36	exodoncia
19 años	masculino	36	endodoncia
16 años	femenino	16	endodoncia
27 años	masculino	27	exodoncia
18 años	femenino	46	endodoncia
23 años	femenino	36	exodoncia
24 años	femenino	36	endodoncia
33 años	femenino	46	exodoncia
22 años	femenino	11,22	endodoncia
26 años	femenino	32	endodoncia
30 años	femenino	21	endodoncia
35 años	masculino	21	endodoncia

ABSCESO PERIODONTAL

I.- Determinación del porcentaje mayor de edad.

11 - 20 años	16	---	4.57%
21 - 30 años	10	---	2.85%
31 - 40 años	11	---	3.14%
41 - 50 años	3	---	0.85%
51 - 60 años	1	---	0.28%
61 - 70 años	2	---	0.57%
T O T A L	43	---	350 = 100%

II.- De Sexo.

Hombres - 12 --- 3.42%

Mujeres - 31 --- 8.85%

III.- Tratamiento

Endodoncia - 30 - 8.57%

Exodoncia - 13 - 3.71%

T O T A L 43 - 12.28%

RELACION LLEVADA A LOS 350 PACIENTES VISTOS

ABSCESSO PERIAPICAL

I.- Determinación del porcentaje mayor de edad.

0 - 10 años	1	---	0.28%
11 - 20 años	8	---	2.28%
21 - 30 años	18	---	5.14%
31 - 40 años	12	---	3.42%
41 - 50 años	6	---	1.71%
51 - 60 años	1	---	0.28%

II.- De Sexo.

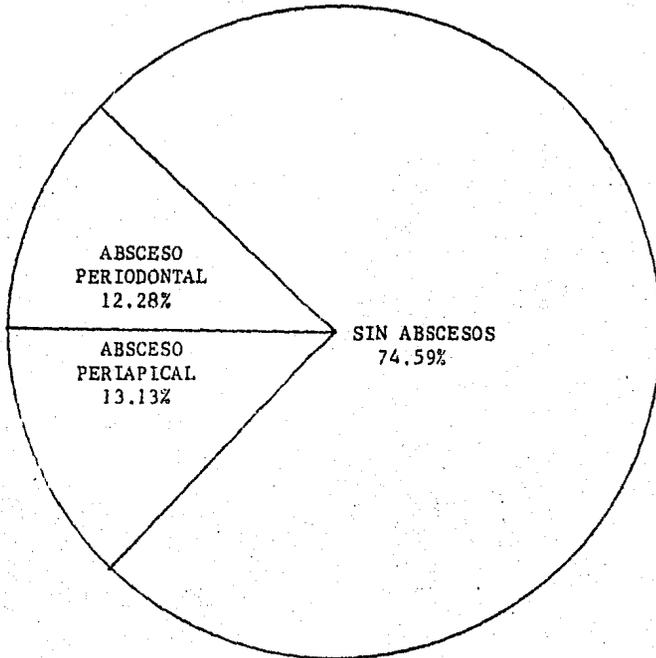
Hombres - 14	-	4	%
Mujeres - 32	-	9.14%	
T O T A L 46	-	13.14%	

III.- Tratamiento

Endodoncia - 31	-	8.85%	
Exodoncia - 15	-	4.28%	
T O T A L 46	-	13.13%	

RELACION LLEVADA A LOS 350 PACIENTES VISTOS

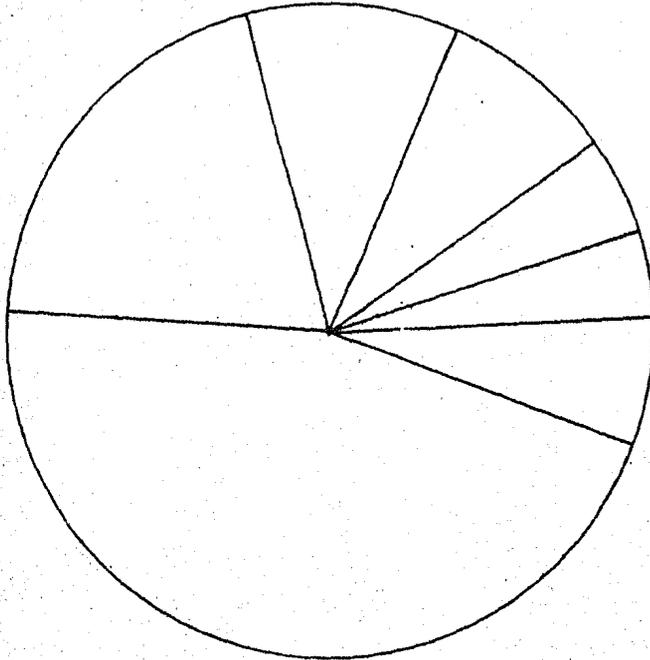
D). GRAFICAS



GRAFICA I - REPRESENTACION DE LA FRECUENCIA DE ABSCESOS DIAGNOSTICADOS EN 350 PACIENTES.

MAXILAR SUPERIOR	TRAT.	CANT. DIENTES	%
INCISIVOS CENTRAL Y LATERAL	END.	9	19.56
	EXOD.	-	-
CANINOS	END.	1	2.17
	EXOD.	1	2.17
PRE-MOLARES	END.	4	8.69
	EXOD.	-	-
MOLARES	END.	2	4.34
	EXOD.	3	6.52
MAXILAR INFERIOR			
	END.	1	2.17
INCISIVOS CENTRAL Y LATERAL	END.	1	2.17
	EXOD.	1	2.17
CANINOS	END.	-	-
	EXOD.	-	-
PRE-MOLARES	END.	3	6.52
	EXOD.	-	-
MOLARES	END.	10	21.73
	EXOD.	11	23.71
T O T A L		46	100 %

C U A D R O I - ABSCESO PERIODONTAL

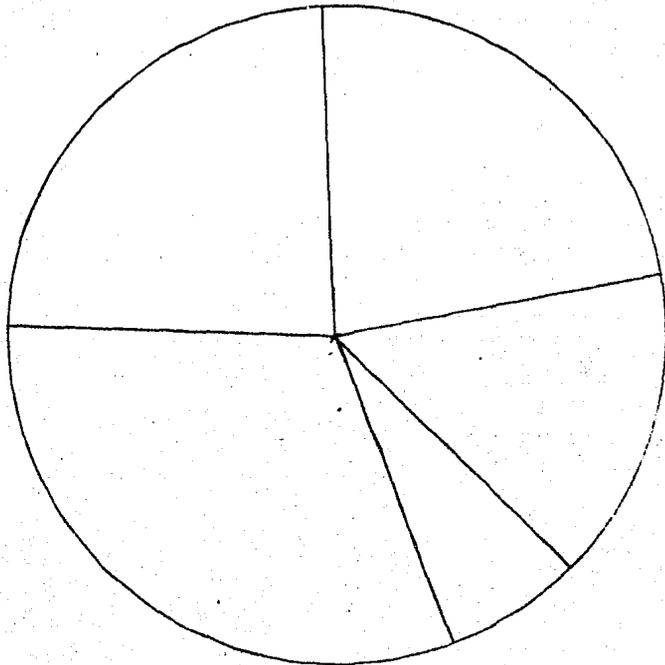


GRAFICA I - CORRESPONDIENTE AL CUADRO I
(ABSCESO PERIODONTAL)

Incisivos Central y Lateral Superior	19.56%
Caninos Superiores	4.34%
Pre-Molares Superiores	8.69%
Molares Superiores	10.86%
Incisivos Central y Lateral Inferior	4.34%
Caninos Inferiores	0 %
Pre-Molares Inferiores	6.52%
Molares Inferiores	45.44%

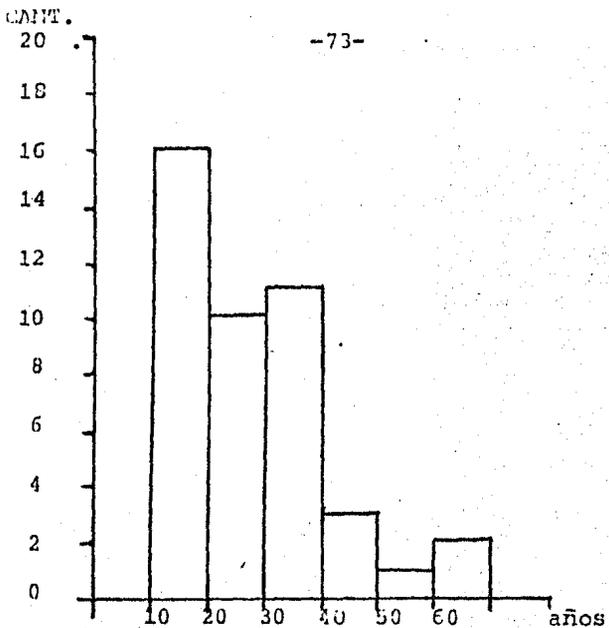
MAXILAR SUPERIOR	TRAT.	CANT. DIENTES	%
INCISIVOS CENTRAL Y LATERAL	END.	9	19.14
	EXOD.	2	4.25
CANINOS	END.	-	-
	EXOD.	-	-
PRE-MOLARES	END.	4	8.51
	EXOD.	7	14.89
MOLARES	END.	5	10.63
	EXOD.	2	2.12
MAXILAR INFERIOR			
INCISIVOS CENTRAL Y LATERAL	END.	-	-
	EXOD.	-	-
CANINOS	END.	-	-
	EXOD.	-	-
PRE-MOLARES	END.	3	6.38
	EXOD.	-	-
MOLARES	END.	10	21.27
	EXOD.	5	10.63
T O T A L	-	47	100 %

C U A D R O II - ABSCESO PERIAPICAL

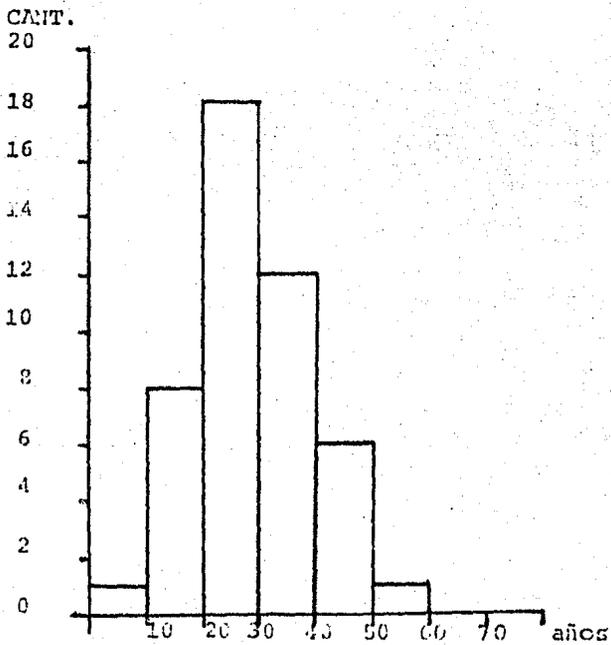


GRAFICA III - CORRESPONDIENTE AL CUADRO II
(ABSCESO PERIAPICAL)

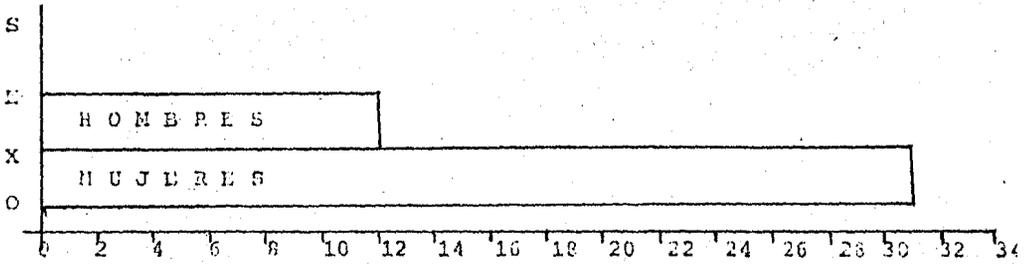
Incisivos Central y Lateral Superior	23.29%
Pre-Molares Superiores	23.40%
Molares Superiores	12.75%
Pre-Molares Inferiores	6.38%
Molares Inferiores	32.90%



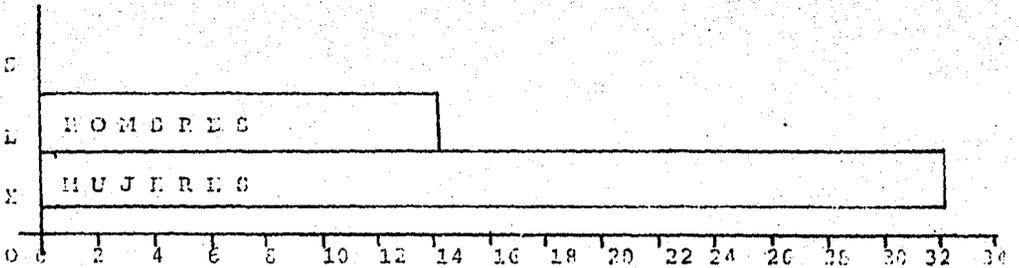
GRAFICA IV EDAD (ABSCESO PERIODONTAL)



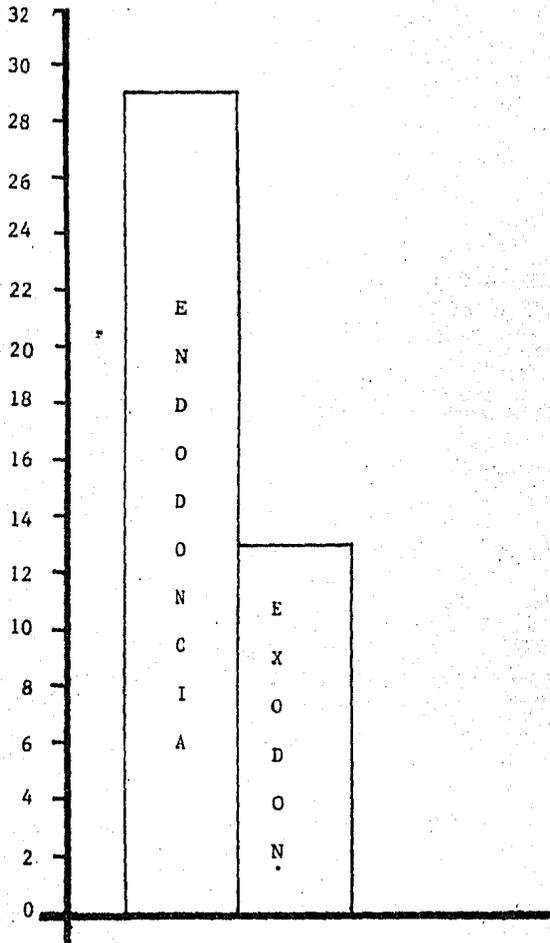
GRAFICA V REPRESENTANDO LA EDAD (ABSCESO PERIFERICAL).



GRAFICA VI.- SEXO (ABSCESO PERIODONTAL).



GRAFICA VII.- SEXO (ABSCESO PARIETAL).



GRAFICA VIII - TRATMO. (ABSCESSO PERIAPICAL)

E). RESULTADOS

Al terminar la encuesta realizada en la clinica odontológica de la ENEP (Cuautitlán Izcalli), se obtuvieron los siguientes resultados.

I.- Se estudiaron 350 pacientes, de los cuales 43 se diagnosticaron con abscesos Periodontal, y 47 con abscesos Periapical, y los 260 restantes no presentaron ningún absceso.

II.- De los 43 pacientes diagnosticados con absceso periodontal se obtuvieron los siguientes resultados:

a) Que nos representan un 12.28% del total de pacientes (Gráfica I).

b) Que el porcentaje mayor fue entre los 11 y 20 años de edad. (Gráfica IV).

c) El sexo más afectado fueron mujeres del total de pacientes. (Gráfica VI).

III.- De los 47 pacientes diagnosticados con Absceso Periapical se obtuvieron los siguientes datos:

e) Que nos representa un 13.13% del total de pacientes (Gráfica I).

f) Que el porcentaje mayor de edad fue entre los 21 y 30 años

(Gráfica V).

g) El sexo más afectado fueron mujeres (Gráfica VII).

h) Que el porcentaje mayor de tratamientos realizados fueron tratamientos endodónticos (Gráfica VIII).

IV.- Los 260 pacientes restantes no presentaron ningún absceso, representan un 74.59% del total de pacientes (Gráfica I).

C A P I T U L O X

CONCLUSIONES

De acuerdo a la estadística realizada y a los antecedentes referidos en nuestro estudio puedo concluir lo siguiente:

- I.- Que con respecto a la frecuencia en que se presentan las lesiones periodontales avanzadas, en este caso Abscesos, el más frecuente fue el absceso Periapical, el cual coincide con los antecedentes presentados en este estudio.
- II.- Con respecto a la edad, en nuestro estudio el porcentaje mayor se presentó en gente joven, no así en estudios anteriores donde se dice que la edad más afectada es en la edad adulta (65 - 95 años).
- III.- Con respecto al sexo, en nuestro estudio el sexo más afectado fue el femenino, el cual tampoco coincide con estudios realizados anteriormente donde la prevalencia es el sexo masculino.

Es así como llego a la conclusión de que las enfermedades periodontales avanzadas, como son los abscesos, son de gran importancia ya que su frecuencia es constante.

En nuestro estudio realizado donde el paciente más afectado fue el sexo femenino y en su mayoría jóvenes (12 y 30) años quizá fue debido a que son las que más acuden a consulta, y por lo tanto obtuvimos estos resul-

tados.

Respecto al pronóstico de los dientes afectados por estas lesiones fue favorable, ya que en su mayoría fueron tratados y un 80% salvados sin tener que extraerlos.

C A P I T U L O X I

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

- I. GRANT D. A.: Periodoncia de Orban Teoría y Práctica;
Tr
García J.L. Interamericana México, 1980
- II. SICHER HARRY M.D.: Histología y Embriología Bucal;
Prensa mexicana médica, México 1980
- III. GOLMAN S.: Parodontología; Tr. Losano
J.L. Interamericana, México 1980.
- IV. STONE, STEPHEN: Parodontología;
J.L. Interamericana, México 1978.
- V. VELAZQUEZ T.: Anatomía, Patología Dental Bucal;
Prensa médica mexicana, 1980.
- VI. PRICHARD F.J.: Enfermedad Parodontal Avanzada; Salvat
Editorial Labor, 4ta. Edición 1973.
- VII. IRWING GLIKMAN: Periodontología Clínica;
Ed. Mundi 1979.
- VIII. BHASKAR, S.N.: Patología Bucal;
A T N E O, 1974.
- IX. BOHANNAN H. Y STANLEY: Las Especialidades Odontológicas en la
Práctica General; Tr. Morris ed. Labor
México 1979 Cap. 7.
- X. ZEGARELI, KUTCHER Y HYMAN Diagnóstico en Patología Bucal.
Primera Edición 1966.
- XI. RALPH FREDERIK SOMMER: Endodoncia Clínica.
- XII. JOHN IDE INGLE, Y EDWARD
EDGERTON BEVERLADGE: Endodoncia.
Segunda Edición, Interamericana.
- XIII. GILBERTO ANGEL M: Interpretación, Diagnóstico de labora-
torio clínico.