

Dr. Nov 3 6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"
ODONTOLOGIA

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES PERIODONTALES.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

CERVANTES GIL FRANCISCO JAVIER

MADERA MEDINA HILARIA

SANCHEZ GUZMAN ENRIQUE





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.

INDICE

	PAGS.
I. - PROLOGO	1
II. - INTRODUCCION	2
III. - FUNDAMENTACION DEL TEMA	4
IV. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V. - HIPOTESIS	6
VI. - OBJETIVOS	7
VII. - MATERIAL	8
VIII. - METODOS	9
IX. - ANTECEDENTES HISTORICOS	10
X. - CASO CLINICO No. 1	13
a) Metodología, planteamiento del problema, exploración física	14
b) Revisión Bibliográfica	15
1. - Pericoronitis	16
2. - Absceso gingival	23
3. - Quiste gingival	27
c) Formulación de la hipótesis, obtención de datos complementarios, definición del plan de tratamiento.	29
1. - Instrumental quirúrgico.	30
d) Eliminación quirúrgica de la lesión	31
e) Descripción de la lesión, discusión de la hipótesis, conclusiones y recomendaciones.	33
XI. - Caso clínico No. 2	36
a) Metodología	38
b) Planteamiento del problema, Revisión bibliográfica.	39
1. - Absceso periodontal.	40
2. - Absceso periapical.	48

3. - Quiste periodontal apical	52
c) Formulación de la hipótesis, obtención de datos complementarios, definición del plan de tratamiento.	57
1. - Instrumental quirúrgico	59
d) Eliminación quirúrgica de la lesión	60
e) Análisis de la lesión, discusión de la hipótesis, conclusiones y/o <u>recomendaciones</u> .	60

XII. - RESULTADOS	62
XIII. - CONCLUSIONES	63
XIV. - PROPUESTAS	65
XV. - BIBLIOGRAFIA.	66

PROLOGO

Esta tesis está destinada al cirujano Dentista de - -
práctica general y a los estudiantes de Odontología.
Su propósito ha sido presentar, en lo posible la teoo
ría básica de las infecciones periodontales más free
cuentes en la práctica general, junto con una guía -
práctica para técnicas de tratamiento, a través del
método científico que es básico en el plan modular
de la carrera de Odontología de la E.N.E.P. Zarao
goza.

INTRODUCCION

A partir de la cuarta década de este siglo, - la periodoncia, ha experimentado un rápido creci- - miento y avance importante dando como resultado, - un mayor interés hacia la prevención y tratamiento periodontal.

El propósito de la elaboración de esta tesis, es proporcionar información concisa y selectiva - - acerca de las infecciones periodontales más frecuen - tes y de la terapéutica que se debe emplear para - que éstas evolucionen satisfactoriamente.

Para que esta información cumpla con el ob - jetivo facilitar el aprendizaje y consulta, cada en - fermedad periodontal es discutida en base a facto - res claves y presentada de la siguiente forma:

- Definición
- Etiología
- Patogénesis
- Características Clínicas
- Signos Radiográficos
- Histopatología
- Complicaciones Nutricias
- Pronóstico
- Tratamiento
- Método de prevención

Varios grupos de profesionales hallarán útil esta tesis, que ha sido elaborada tanto para los es - tudiantes de Odontología como para otros individuos involucrados en la interpretación del tratamiento bá -

sico periodontal, si bien está designado para utilizar como un texto estudiantil, debido a su naturaleza - concisa, puede ser valiosa en los programas nutricionales, así como material de apoyo y consulta en el consultorio Odontológico.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA:

Es de importancia para nosotros conocer las infecciones más frecuentes en periodonto, ya que - teniendo el conocimiento adecuado se podrá hacer - la elaboración de un buen plan de tratamiento. Por lo que el objetivo que perseguimos al elaborar este trabajo es el de dar un enfoque más amplio tanto - al estudiante como al profesionista, ya que a nivel institucional se logra un mínimo conocimiento. Por lo que esperamos sirva nuestra aportación al estu- diante así como al profesionista en su práctica dia- ria para un mejor diagnóstico y tratamiento de las infecciones periodontales. Ya que si el Odontólogo no actúa las infecciones periodontales progresan, a tal grado de ocasionar problemas secundarios auna - dos con la pérdida de tejido de soporte y pérdida - de dientes.

En cambio si actúa el Odontólogo con los co- nocimientos adecuados y un tratamiento eficaz ayuda - rá a mantener en buen estado la salud general del - individuo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Al presentarse un paciente en el consultorio frecuentemente nos encontramos con conocimientos mínimos para elaborar un diagnóstico y plan de tratamiento sobre las infecciones periodontales.

Es por esto que en la elaboración de este - trabajo nos proponemos aportar conocimientos más completos de las infecciones periodontales más frecuentes en nuestra práctica general ya que la mayoría de la población se encuentra con infecciones - - periodontales por carecer de recursos económicos - y de una orientación adecuada lo cual repercute so- cial y psicológicamente en el individuo.

HIPOTESIS

Mientras mayor sea el conocimiento del Odontólogo en la práctica general de las infecciones periodontales, menor será el índice de mortalidad dentaria.

OBJETIVOS

1. - Definirá cada una de las infecciones.
2. - Citará las características clínicas de las infecciones.
3. - Identificará los signos radiográficos.
4. - Enunciará la histopatología y patogénesis.
5. - Enunciará la etiología.
6. - Elaborará plan de tratamiento.

M A T E R I A L

1. - Equipo fotográfico.
2. - Material Bibliográfico.
3. - Investigación de casos clínicos en la práctica clínica.

METODOS

1. - Revisión Bibliográfica.
2. - Trabajo en equipo.
3. - Traducción del Inglés al Español.
4. - Resumen y conclusiones.
5. - Elaboración de fichas de trabajo.
6. - Elaboración del índice por objetivos.
7. - Discusión de temas a desarrollar.
8. - Resumen y conclusiones.
9. - Elaboración de Objetivos.
10. - Elaboración de material didáctico.
11. - Análisis, discusión y conclusiones del material didáctico.

ANTECEDENTES HISTORICOS

La periodoncia, rama de la Odontología clínica, constituye la base principal del diagnóstico y enfoque terapéutico del paciente. Estudios paleontológicos señalan que el hombre ha estado expuesto a la enfermedad periodontal desde épocas prehistóricas - y documentos antiguos revelan el conocimiento de la enfermedad periodontal así como la necesidad de su tratamiento.

La enfermedad periodontal aparece como la más común de las enfermedades que se pudieron -- comprobar en los cuerpos embalsamados de los -- Egiptios de hace 4000 años a.c. entre otros datos -- tenemos a los sumerios, 3000 años a. de c. que -- practicaban la higiene bucal con palillos de oro delicadamente elaborados. Los Asirios y Babilonios -- se cree que sufrían lesiones periodontales, pues se cree que su tratamiento consistía en masaje gingival, combinado con diversas medicaciones de hierbas, y enjuagatorios medicinales.

Alrededor del año 2500 a.c. los chinos describían con detallada exactitud las inflamaciones -- gingivales, abscesos periodontales y úlceras gingivales; los chinos se cuenta entre los primeros pueblos que utilizaron el palo de masticar como el palillo y el cepillo de dientes para la limpieza de la dentadura y masaje de los tejidos gingivales.

Los Fenicios elaboraban férulas de alambre para estabilizar dientes aflojados por la enfermedad periodontal.

Entre los Griegos, Hipócrates de Cos (460--335 a. c.) padre de la medicina moderna, fue el primero en instruir un examen sistemático del pulso del paciente, su temperatura, respiración, esputos y dolores.

Explicó la función y erupción de los dientes, así como la etiología de la enfermedad periodontal, atribuía la inflamación y hemorragia de las encías a la acumulación de cálculo. Los Etruscos antes del año 735 a. de c. eran expertos en el arte de confeccionar dentaduras artificiales pero no hay pruebas de que conocieran la enfermedad periodontal.

Los Romanos describieron la utilidad del cepillo de dientes y del masaje gingival para evitar el aflojamiento de dientes causado por el debilitamiento de sus raíces, y la flacidez de sus encías.

Con el comienzo del siglo XX aflora un considerable grupo de clínicos y científicos en el campo periodontal y aprueban que se reconozca a la periodoncia como especialidad en los Estados Unidos de Norte América en 1940.

Actualmente la enfermedad periodontal es una de las causas principales de pérdida de dientes en los adultos, por lo tanto, la atención está dirigida principalmente a la prevención de la enfermedad periodontal, situación que es posible en gran medida al estar ya ubicada dentro de las limitaciones de una rama especializada de la Odontología.

La periodoncia se ha convertido en una filo-

sofía en que se basa toda práctica Odontológica, que justifica y exige la existencia de programas de enseñanza avanzada.

Todos los Odontólogos que imparten enseñanza en el campo de la periodoncia, serán finalmente fruto de tales programas y gozarán de igual prestigio que los académicos de otras disciplinas.

La periodoncia está destinada a ser una de las especialidades más importantes en la profesión ha medida que disminuya la caries, se logrará conservar el mayor número de órganos dentarios durante toda la vida, la movilidad dentaria predominará sobre la mortalidad, tal vez cambie el carácter de la enfermedad periodontal a medida que disminuyan los factores etiológicos, pero es probable que se produzca un aumento importante en el número de dientes que requieran tratamiento periodontal, aunque continuará aumentando proporcionalmente, la necesidad de periodontólogos, la mayor parte de la terapéutica periodontal se llevará a cabo durante la práctica general. El periodontólogo aumentará el interés por la medicina oral y disminuirá la preocupación por la técnica. Muchas manipulaciones terapéuticas se delegarán al personal auxiliar.

CASO CLINICO # 1

Considerando la importancia que es atender los problemas de la cavidad oral para el buen funcionamiento del organismo en general, la finalidad de este reporte es informar la resolución de un caso clínico que se llevó a cabo en septiembre de 1981 en el consultorio de práctica privada.

El caso se refiere a un paciente que presentaba inflamación en la zona retromalar inferior izquierda para cuya solución se planteó tanto la investigación y tratamiento del caso, como la solución inmediata de los inconvenientes representados por la lesión.

Se describe el objetivo fijado en el estudio, la metodología seguida, el manejo del problema hasta su fin.

Objetivos. - Para la resolución de este caso, se fijó un objetivo terminal y varios objetivos inmediatos.

Objetivo terminal. - Investigación y tratamiento de la lesión, íntimamente relacionados.

Objetivos inmediatos:

- a). - Evitar que continuara el dolor en la zona retromolar.
- b). - Evitar alguna infección en la región amigdalina.
- c). - Resolver al paciente los problemas provocados al masticar producidos por el aumento de volumen de la región involucrada.

METODOLOGIA

- I. - Planteamiento del problema.
- II. - Revisión bibliográfica.
- III. - Formulación de la hipótesis o diagnóstico de presunción.
- IV. - Obtención de datos complementarios.
- V. - Definición del plan de tratamiento.
- VI. - Eliminación quirúrgica de la lesión.
- VII. - Descripción de la lesión.
- VIII. - Discusión de la hipótesis.
- IX. - Conclusiones y recomendaciones.

I. - Planteamiento del problema. - El problema se planteó con la asistencia al consultorio de un paciente, para la solución de su dolor así como la inflamación del opérculo.

A continuación se exponen los datos clínicos obtenidos:

Paciente femenino de 27 años de edad sin antecedentes heredo-familiares, personales no patológicos y patológicos importantes para el padecimiento actual.

Padecimiento actual. - Al interrogatorio, refirió haberlo iniciado en mayo de 1981, cuando notó malestar por el traumatismo al masticar.

Exploración física. - Una vez de tomar signos vitales y encontrar los normales se observaron los siguientes datos:

A la inspección se observó inflamación localizada en la zona retromolar y opérculo del tercer molar inferior izquierdo (38) limitándose hacia la cara distal del segundo molar (37). El tejido se observó de color rojizo con dolor a la palpación y dolor al abrir y cerrar la boca, mal aliento y sabor desagradable.

II. - Revisión bibliográfica. - Dado que la lesión se presentó desde mayo del 81, la revisión bibliográfica de este caso se dirigió a una pericoronitis.

Por otra parte, por los datos obtenidos en la exploración física se descartó que la lesión se tratara de algún absceso o algún quiste gingival. Encontrando que las características clínicas de este paciente podrían identificarse de forma más cercana con la pericoronitis crónica, de la que se presenta a continuación.

PERICORONITIS

La pericoronitis es un estado inflamatorio -- condicionado de la encía y otros tejidos de soporte tisular, que rodean la corona de un diente completa o incompletamente erupcionado; es más común hallar la alrededor de los terceros molares, inferiores, o en el segundo molar inferior.

Etiología. - La placa dentobacteriana, descomposición de restos alimenticios en la hendidura gingival, y la irritación mecánica debido a las fuerzas oclusales, son los factores etiológicos responsables de la pericoronitis. Ese espacio que existe entre el opérculo y la superficie dentaria es un medio ideal para la acumulación de la placa bacteriana y restos alimenticios.

Los detritus y la acumulación bacteriana, - causan inflamación y tumefacción en los tejidos que los rodean, cuando eso sucede el opérculo empieza a ser traumatizado mecánicamente por el diente antagonista cuya erupción es excesiva, durante el -- cierre bucal ésto agrava la infección.

Patogenesis. - La pericoronitis, por lo co- - mún aparece alrededor de los dientes que presentan la mucosa bucal débilmente sobre la superficie oclu- sal de un diente en proceso de erupción.

Este tejido conocido como opérculo favorece la formación de bolsas gingivales profundas que acumulan placa bacteriana y restos alimenticios en forma rápida, esto último, inicia la inflamación gingi-

val que provoca la tumefacción de los tejidos blandos sobre la superficie oclusal de los dientes. Si existe el antagonista traumatiza mecánicamente el tejido inflamado.

Características clínicas. - Las características clínicas dependen del estado agudo o crónico de la pericoronitis.

Las manifestaciones clínicas en la pericoronitis aguda son:

1. - Extensión de un colgajo de tejido gingival (llamado operculo) por encima de la cara oclusal de un molar erupcionado parcial o totalmente.
2. - Hinchazón o enrojecimiento del opérculo.
3. - Incremento del crecimiento alrededor del diente y hemorragia.
4. - Ulceración y traumatismo de la cara del opérculo.
5. - Dolor y sensibilidad alrededor del área del opérculo.
6. - Exudado purulento en la zona, causado por el proceso infeccioso.
7. - Movimiento mandibular limitado (trismus).
8. - Mal aliento.
9. - Sabor desagradable.

10. - Posible dolor referido al oído y garganta.

11. - Afección inflamatoria de los nódulos linfáticos (linfadenopatía)

La signo-sintomatología de la pericoronitis crónica es:

1. - Fiebre.

2. - Malestar general.

3. - Posibles complicaciones tóxicas sistémicas.

4. - Las lesiones pueden desarrollarse y formar un absceso periodontal, una infección en el espacio subsecuente, y angina de Ludwing, caracterizada por inflamación del área orofaríngea y patología del nódulo linfático regional.

Signos radiográficos. - En un estado menos avanzado, sólo se encontrará complicación de tejidos, por lo tanto, no habrá hallazgos radiográficos.

Si la enfermedad no es tratada o si se presentan complicaciones, la infección puede avanzar hasta las capas más profundas del periodonto y los tejidos bucales. En estos casos, suele observarse una radiolucidez difusa, rodeando la cara oclusal del diente. Una posible secuela de la pericoronitis, es el absceso periodontal, y que puede llegar a observarse radiográficamente.

Histopatología. - El cuadro histológico de estos tejidos se presentará como células inflamatorias

de la serie aguda, linfocitos, eosinófilos y polimorfonucleares, vasos sanguíneos congestionados y acumulación de fluidos tisulares. La condición inflamatoria, puede avanzar hacia los tejidos blandos vecinos, hueso alveolar subyacente, tejidos periamigdalinos y a los nódulos linfáticos cervicales. Si no es tratada podrían generarse complicaciones serias tales como la angina de Ludwing, celulitis y absceso periamigdalino.

Complicaciones nutricionales. - Los factores-etiológicos de la pericoronitis, son de naturaleza local por lo tanto no hay complicaciones nutricionales responsables como agentes causantes, una dieta suave y blanda es lo más altamente recomendable, para evitar irritación durante el tiempo de recuperación.

Pronóstico. - Si la pericoronitis es tratada en sus estadios iniciales, los tejidos volverán a su estado de salud, el pronóstico a largo plazo para la mantención de la salud periodontal alrededor de los dientes que han tenido pericoronitis, depende de una eliminación efectiva del opérculo y de establecer un medio ambiente dentogingival que va a conducir un control de la placa bacteriana efectivo.

La posición del diente y las limitaciones anatómicas (vestíbulo profundo), a menudo impide una intervención quirúrgica exitosa, si no es tratada la pericoronitis puede ocurrir una destrucción progresiva marcada alrededor de los tejidos, y serían complicaciones sistémicas.

Plan de tratamiento. - El tratamiento de la -

pericoronitis depende del estadio de la enfermedad y de los síntomas presentes.

- 1.- Primera cita.- Obtención de la historia clínica del paciente.
- 2.- Delimitar la extensión de la afección y establecer el diagnóstico.
- 3.- Limpiar suave y ligeramente el espacio formado por el opérculo y la corona del diente.
 - a).- Puede ser necesaria la anestesia tópica, dependiendo de la molestia del paciente.
 - b).- La zona debe ser lavada con una solución antiséptica.
 - c).- El curetaje extensivo deberá realizarse en la primera sesión.
- 4.- Después de la limpieza, la zona se lava con agua tibia.
- 5.- Si se necesita establecer un drenado puede realizarse una incisión o colocarse una gasa yodoformada debajo del opérculo.
- 6.- La terapia con antibiótico por vía oral o parenteral es recomendable si hay involucración tóxica sistémica.
- 7.- Se debe de instruir al paciente acerca de los cuidados y técnica que debe realizar en su casa, tales como enjuagues de agua tibia con sal.

Segunda cita. - (24 a 48 hrs. después de la primera cita).

1. - Se realiza nuevamente la limpieza suave de la zona afectada.
2. - Se debrida suavemente.
3. - Se lava con agua tibia.
4. - El uso de enjuagues con agua tibia es reforzado.

Tercera cita. - (24 a 48 hrs. después de la segunda cita).

1. - Después que la infección a disminuído se debe decidir acerca de la extracción dentaria o no.
2. - Si el diente no es extraído, a menudo es necesaria la cirugía periodontal para remover el opérculo y crear un medio dentogingival compatible con un efectivo control de placa bacteriana.

Plan de tratamiento de urgencia. - Si hay trismus, se recomienda un relajante muscular, prescripción de antibióticos y la irrigación de agua tibia en la zona retromolar, con frecuencia hay que proceder a la extracción del diente antagonista si éste es el causante del trauma en la zona retromolar (tercer molar).

Educación del paciente. - La causa y el mecanismo del desarrollo de esta afección es explicada al paciente, el cual es instruido para:

1. - Tomar cantidades abundantes de líquidos.

2. - Apegarse a la farmacoterapia prescrita.
3. - Enjuagues con agua y sal en cantidades de una cucharada de sal en un vaso de agua tibia.
4. - Realizar una técnica adecuada de cepillado.

Medidas preventivas. - El control de la placa dentobacteriana adecuado alrededor de los dientes erupcionados y la remoción temprana del opérculo persistente son las más importantes medidas preventivas, la extracción temprana de un diente incluido es también una ayuda de medida preventiva.

ABSCESO GINGIVAL

Definición. - Es una lesión purulenta dolorosa circunscrita y localizada en el margen gingival o papila interdientaria.

Características clínicas. - Se presenta como un agrandamiento circunscrito del tejido gingival, como respuesta a la irritación causada por materiales extraños, en sus comienzos el absceso gingival se manifiesta como una hinchazón roja, con superficie lisa y brillante, el absceso aparecerá en sí como una zona de tumefacción.

Si la lesión avanza hacia el fondo de la encía, se produce un rompimiento espontáneo de los tejidos epiteliales, apareciendo ya como una zona punteada que libera exudado purulento hacia la superficie a través de un tracto fistuloso. Aunque al principio el surco gingival queda intacto, el absceso se extiende a la profundidad del tejido conectivo, ataca al hueso alveolar y se comunica con el surco.

Etiología. - El agrandamiento gingival inflamatorio agudo de cuerpos extraños, cerdas de cepillo dental, espículas dentarias, impactación de alimentos introducidos por la fuerza de oclusión, ejemplo de ello tenemos la cáscara de manzana, y malos hábitos como el uso del palillo.

Signos radiográficos. - El absceso gingival no presenta signos radiográficos cuando este absceso generalmente está limitado a la encía marginal o papila interdientaria. Excepto, cuando la lesión in-

volucra en casos avanzados tejidos óseos, se observan pequeños hallazgos radiográficos.

Histopatología. - Es un foco purulento en el tejido conectivo rodeado de infiltrado difuso, de leucocitos polimorfonucleares, tejido edematizado e injurgitación vascular, el epitelio presenta grados variables de edema intercelular y extracelular, e invasión de leucocitos.

Pronóstico. - Debido a la extensión de la afección, y estableciendo un diagnóstico temprano, con ayuda de un estudio clínico y radiográfico, se elabora un buen tratamiento, por lo que el pronóstico es altamente favorable.

Tratamiento. - Bajo anestesia tópica, se incide la zona fluctuante con un bisturi Bard-Parker número 12 ó 15, se ensancha suavemente la insición para facilitar el drenado, se limpia la zona con agua tibia y se cubre con un apósito de gasa. Una vez que cese la hemorragia se despide al paciente hasta el día siguiente y se le indica que se enjuague cada dos horas, con agua tibia con sal, que evite alimentos irritantes y que tome algún analgésico en caso de dolor prescrito previamente.

Al día siguiente la lesión suele estar disminuida de tamaño y sin síntomas. Se aplica anestesia tópica y se raspa y curetea la zona. Al realizar esta función se corrige la malformación del hueso causada por la lesión, en caso de que esta lesión haya involucrado tejido óseo como ocurre en su estado avanzado. Realizado ésto se prescriben analgésicos, y antibióticos, dieta blanda, tomar líqui-

quidos, evitar grasas e irritantes, realizar enjuagues con una solución antiséptica, o con agua tibia con sal.



Fig. 1. - Pericoronitis de un tercer molar inferior izquierdo parcialmente erupcionado. El tejido sobre la superficie oclusal se denomina opérculo. Es traumatizado por el molar antagonista.

QUISTE GINGIVAL

Definición.- El quiste gingival es una cavidad recubierta con epitelio que contiene un material líquido o semisólido, que se localiza en la encía libre o adherida. Puede considerarse el quiste gingival como un quiste de desarrollo. Estos quistes gingivales observados en niños se les conoce también con el nombre de "perlas de Epstein" o nódulos de Bohn.

Características clínicas.- Los quistes gingivales microscópicamente son comunes y raras veces alcanzan un tamaño importante, que al expandirse puede causar la erosión de la superficie del hueso alveolar. El quiste gingival si es observado en clínica, se observará como un agrandamiento localizado de color azul grisáceo; es de forma nodular y da la apariencia de un mucocele, rara vez éste absceso es mayor de 1 cm. de diámetro, de superficie lisa en forma de cúpula redonda, y también podemos encontrar el tejido de color normal.

Como todo quiste suele ser duro y no doloroso a la palpación y puede afectar tanto a encía adherida como a la marginal, y se localiza con mayor frecuencia sobre la superficie lingual en la zona de caninos y premolares inferiores; esta lesión afecta por igual a ambos sexos, especialmente en la sexta década de la vida.

Signos radiográficos.- Aunque los quistes -- aparecen en los tejidos blandos, en un 50% de los casos, la tabla cortical es erosionada desde el lado del perióstio, y las radiografías muestran una zona radiolúcida circunscrita en la zona de los premola-

res y el canino.

Está a menudo es confundida con el agujero mentoniano, un quiste periodontal lateral o un quiste radicular lateral. Sin embargo los dientes de la zona son vitales, lo cual permite establecer un diagnóstico correcto.

Características histológicas. - Este quiste gingival presenta una cavidad quística tapizada de epitelio escamoso estratificado.

Las células suelen ser delgadas y planas, y a veces puede haber queratina, en la pared quística se localizan pequeños quistes tapizados por epitelio columnar y escamoso.

Tratamiento. - La extirpación del quiste gingival, empleando el principio del tratamiento conservador de los quistes maxilares, generalmente es continuado por una buena reconstrucción ósea sin recurrencia. Sin embargo, son necesarias ciertas precauciones, y la más importante es la resección de las porciones de encía adherida a la pared del quiste (en donde quizá se desarrolló el quiste, y donde es más posible que se presenten las recurrencias).

Cualquier germen dentario que esté adherido al quiste, también debe ser extirpado.

La secuencia del control postoperatorio debe incluir supervisión de la reconstrucción del hueso y el germen dentario que todavía no se haya desarrollado (aún en ausencia de una imagen de quiste) hasta la adolescencia. Sin embargo en la edad adulta

ta hay muy poco riesgo de que se desarrollen nuevos quistes gingivales.

III. - Formulación de la hipótesis o diagnóstico de presunción.

Tomando como marco teórico lo expuesto, en el inciso anterior, y correlacionándolo con los datos clínicos de la lesión, se considero que se trataba de una pericoronitis, dando como hipótesis alternativas:

- La lesión es provocada por la infección del opérculo debido a la acumulación de residuos alimenticios en descomposición y placa bacteriana.

- La lesión es provocada por el traumatismo del tercer molar antagonista (28).

IV. - Obtención de datos complementarios. - Se indicaron estudios radiográficos periapicales y oclusales observando que el tercer molar no erupcionó totalmente debido a la falta de espacio mandibular.

V. - Definición del plan de tratamiento:

Con la idea de satisfacer los objetivos inmediatos y establecer el tratamiento definitivo al paciente se programó la eliminación quirúrgica de la lesión.

La obtención de los estudios radiográficos permitió investigar más objetivamente sobre el tipo de patología que se trataba.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

I. - Instrumental básico:

1. - Espejo.
2. - Explorador.
3. - Cucharilla.
4. - Pinzas para curación.

II. - Instrumental para anestesiar:

- A). - Jeringa.
- B). - Aguja larga No. 27.

III. - Los destinados a extraer al diente:

1. - Fórceps No. 222
2. - Elevadores restos No. 3-304.
3. - Elevadores de bandera Nos. 27-28 (derecho e izquierdo).

IV. - Los auxiliares que a su vez se dividen en:

A) Los empleados para extraer el hueso que cubre a la pieza dentaria.

1. - Alveolotomo o pinza gubia.
2. - Fresas quirúrgicas.
3. - Lima para hueso.

B) Los relacionados a los tejidos blandos:

1. - Abrebocas.
2. - Pinzas Hemostáticas.
3. - Tijeras gingivales.
4. - Mango para bisturí Bar-Parker No. 3 ó 4.
5. - Hoja No. 12 ó 15.
6. - Periostotomo (legra).
7. - Retractor yugular.
8. - Pinzas de disección.
9. - Cucharillas o curetas quirúrgicas.

10. - Aguja redonda en semicírculo de punta cónica de 1,5 cm.

11. - Seda quirúrgica negra 000.

VI. - Eliminación quirúrgica de la lesión:

Sin encontrar datos de la historia clínica -- que contraindicaran la intervención quirúrgica se -- procedió a ésta.

El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo con las normas de asepsia y antisepsia necesarias por lo que se le pidió al paciente que realizara -- enjuagues con una solución antiséptica que fue en -- este caso Amosan (polvo), que es valioso auxiliar -- como enjuague bucal, posteriormente se limpió sua ve y ligeramente el espacio formado por el opérculo y la corona del diente, se eligió el tipo de aguja y tipo de anestésico para proceder a anestesiar, siendo aguja larga desechable No. 27 y anestésico -- citanes (octapresin), ya que la combinación de propiedades del agente anestésico y del vasoconstrictor hacen que esta solución sea eminentemente adecuada y a la vez tenga un máximo de seguridad en la práctica de la Odontología. Entonces se procedió al momento de administrar el anestésico, empleando la -- técnica regional, para anestesiar la tercera rama -- del trigémino y puntos locales (4) de reforzamiento alrededor de la lesión, siendo utilizado dos cartuchos de anestésico.

Pasando un tiempo de 1 a 8' la zona se encontró perfectamente anestesiada al interrogatorio -- del paciente y a la palpación de la zona.

Entonces se procedió al momento de la incisión, la cual se realizó con mango y hoja de bisturí Bard-Parker No. 12 ó 15 haciendo la incisión en sentido horizontal ubicándola en la porción media -- de la zona retromolar con festoneado del segundo -- molar, con ayuda de una legra se fue desprendien-- do el colgajo siguiendo el festoneado de la incisión descubriendo la corona anatómica del tercer molar, con una fresa quirúrgica de alta velocidad se elimi-- nó la porción del hueso que dificultaba la extrac-- ción del diente, esto se realizó irrigando la zona -- con suero fisiológico para evitar el sobrecalentam-- miento del hueso, para realizar lo anterior nos -- auxiliamos de un abrebocas y un retractor yugular. Los tejidos gingivales se retrajeron con las pinzas de disección. Posteriormente empleamos un elevador recto No. 3 y 304 y dos elevadores de bandera No. 27-28 derecho e izquierdo. Para luxar el ter-- cer molar, con el forceps No. 222 se tomó el mo-- lar por su parte más inferior 1/3 cervical y con -- movimientos hacia lingual y vestibular y con una -- fuerza no muy excesiva se extrae la pieza.

Con un alveolotomo y una lima para hueso -- se realiza la osteoplastia, y con la ayuda de una -- cucharilla de lucas se extraen los restos de hueso, y tejido que pudiera haber quedado dentro del aveo-- lo y se lava con suero fisiológico con las tijeras -- gingivales se recorta el tejido gingival sobrante, -- se lava nuevamente la zona, se provoca el coágulo en el alveolo y se deposita suavemente el colgajo -- a su posición. El tipo de sutura utilizado fue de -- punto aislado por sus características el hilo de se-- da negra 000 fue utilizado para suturar con aguja -- redonda en semicírculo de punta cónica de 1,5 cm.,

por su color se distingue para poder retirarlo fácilmente y brinda un amplio margen de seguridad por su resistencia en los nudos de sutura, no irrita la mucosa, y a la fecha se desconocen reacciones secundarias. Se colocó un apósito quirúrgico sobre la herida, para protegerla de la contaminación directa de la saliva y de la dieta del paciente, además va a funcionar como sedante, antiséptico, astringente y adhesivo a los tejidos blandos, el apósito fue odontopaq. Se le dan indicaciones al paciente sobre dieta higiene bucal, dosificación de antibióticos y analgésicos, y sobre algunos factores que alteran la lesión como el de practicar ejercicios bruscos.

VII. - Descripción de la lesión:

Se observó que la falta de espacio provocado por la rama ascendente de la mandíbula aproximadamente 2 mm. de tejido óseo fueron los que impidieron la erupción total del órgano dentario. El traumatismo provocado por la pieza antagonista y la acumulación de la placa bacteriana fueron los causantes de la lesión.

VIII. - Discusión de la hipótesis:

Dada la descripción macroscópica y los datos obtenidos radiográficamente, fue posible precisar que se trataba de una pericoronitis.

IX. - Conclusiones y recomendaciones:

El uso de la metodología seguida sirvió como guía de investigación y tratamiento. La investigación se llevó a cabo a lo largo de todo el proceso

so. Desde la obtención de datos clínicos y radiográficos, orientado a la búsqueda de más datos que permitieran conocer la realidad de la lesión.

Para fines prácticos relacionados con el tratamiento, el diagnóstico obtenido fue suficiente para dar resuelto el caso con la eliminación quirúrgica del opérculo y el tercer molar (38), ya que ésta se considera como tratamiento definitivo para este tipo de pericoronitis.

Fig. 2. - Absceso periodontal sobre la --
superficie vestibular del segundo
premolar inferior derecho.

QUISTE PERIODONTAL APICAL

Introducción. - Siguiendo la metodología científica aplicada a la práctica clínica con el fin de obtener resultados de este caso clínico que se llevó a cabo en la práctica privada.

El caso se refiere a un paciente que presentaba el primer molar inferior izquierdo (36) cariado el cual requería de tratamiento endodóntico por lo que se le hizo un estudio radiográfico encontrando que aproximadamente un milímetro por debajo de la raíz de los premolares del mismo lado se observó una zona radiolúcida para cuya solución se planteó tanto la investigación y tratamiento del caso.

Se describe el objetivo fijado con el estudio la metodología seguida, el manejo del paciente - hasta su alta, las conclusiones y recomendaciones.

Objetivos. - Para la resolución de este caso clínico, se fijó un objetivo terminal y varios objetivos inmediatos.

Objetivo terminal:

Investigación y tratamiento de la lesión, íntimamente relacionados.

Objetivos inmediatos:

- a) Evitar cualquier infección hacia los demas dientes.
- b) Resolver al paciente los problemas de su primer molar.

c) Evitar que continuara la resorción ósea de la --
mandíbula.

METODOLOGIA

1. - Planteamiento del problema.
2. - Revisión bibliográfica.
3. - Formulación de la hipótesis o diagnóstico de presunción.
4. - Obtención de datos complementarios.
5. - Definición del plan de tratamiento.
6. - Eliminación quirúrgica de la lesión.
7. - Análisis de la lesión.
8. - Discusión de la hipótesis.
9. - Conclusiones y recomendaciones.

1. - Planteamiento del problema:

El problema se planteó con la asistencia al consultorio de un paciente, para la solución del primer molar inferior izquierdo (36).

A continuación se exponen los datos clínicos obtenidos.

Paciente masculino de 15 años de edad sin antecedentes heredo-familiares personales no patológicos importantes para el padecimiento actual.

Padecimiento actual. - Al interrogatorio, refirió haberlo iniciado desde enero del 80 cuando empezó a observar la caries del primer molar hasta que se le manifestó el dolor en mayo del 81. Al tomar las radiografías se observó la zona radiolúcida.

Exploración física. - Después de encontrar constantes vitales normales, se observaron los siguientes datos:

A la inspección se observó la mucosa normal así como los carrillos, el primer molar destruido por caries abarcando las caras lingual, distal y mesial. A la palpación los tejidos blandos tenían su consistencia normal, el primer molar sin movilidad y sin dolor a la percusión.

2. - Revisión bibliográfica:- Dado que la lesión se encontró casualmente a la inspección radiográfica del primer molar se desconoce la fecha de aparición de la zona radiolúcida de los premolares.

ABSCESO PERIODONTAL

DEFINICION. - Al absceso periodontal se le conoce también con el nombre de absceso lateral o parietal, de acuerdo a su localización de pus en la encía. Es un área purulenta de inflamación que -- puede ser aguda o crónica.

ETIOLOGIA. - Existen factores que influyen a la formación del absceso periodontal dentro de és tos factores, tenemos la implantación de fragmentos alimenticios, el uso inadecuado de la seda y cepillo dental, dentríficos, palillos dentales, la irrigación con agua de los dispositivos dentales, prótesis parcial, masticar chicle, pueden resultar en reacciones traumáticas, alérgicas o tóxicas en personas -- susceptibles.

Los abscesos periodontales están asociados a las bolsas periodontales, aunque aquellos se producen en ausencia de enfermedad periodontal. Un absceso periodontal se desarrolla cuando el orificio de la bolsa comienza a bloquearse parcial o totalmente. La apertura comienza a bloquearse por cál culos, la placa y restos alimenticios, lo que hace imposible el drenado y por supuesto, los productos de inflamación no pueden drenar. La placa bacteriana está dentro de la bolsa y son los productos bacterianos los que causan la irritación y la inflamación.

El pus, producto inflamatorio, no puede dre nar de la bolsa debido al bloqueo, entonces se gene ra un absceso.

PATOGENESIS. - En el absceso periodontal, - la infección suele comenzar en la superficie del intersticio gingival y se extiende hacia la superficie radicular llegando hasta ápice. Siendo evidente la reabsorción osteoclástica del hueso alveolar que rodea al diente.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Estado agudo:

1. - La gíngiva circundante esta agrandada roja, edematosa sensible, dolorosa y con una suave superficie brillante.
2. - Hay aumento en la movilidad dentaria.
3. - El diente es sensible a la percusión.
4. - Puede haber exudado purulento que puede provenir de la apertura de la bolsa.
5. - Efectos sistémicos comprenden malestar y nódulos linfáticos regionales tumefactos (linfadenopatía), - la cara y los labios pueden ser tumefactos.
6. - Los abscesos pueden aparecer como una elevación circular (tumefacción de la gíngiva).
7. - Se presenta un dolor sordo, lacerante irradiado.
8. - Puede haber linfadenopatía cervical.
9. - La bolsa periodontal se comunica con el absceso este puede ser detectado con una sonda periodon

tal.

Estado crónico. - Son usualmente abscesos - crónicos asintomáticos, si bien ellos frecuentemente avanzan dentro de un estadio peligroso. Si los abscesos están complicados en tejido tisular periapical, sus características clínicas pueden presentarse simultáneamente.

SIGNOS RADIOGRAFICOS. - Un absceso periodontal, aparece por lo común como una zona radiolúcida lateral en la superficie radicular. Sin embargo debido a su localización anatómica, algunas veces no se observan cambios radiográficos; en los estadios de un absceso periodontal, no se nota radiográficamente una extensiva pérdida ósea.

Las radiografías no pueden usarse como único método de diagnóstico para los abscesos periodontales, debido a las varias ubicaciones y estados de desarrollo del absceso.

HISTOPATOLOGIA. - Un absceso periodontal aparece como una acumulación de tejido conectivo fibroso; si es agudo las células predominantes serán los leucocitos polimorfonucleares, y en el estado crónico las principales células inflamatorias, serán los linfocitos.

COMPLICACIONES NUTRICIONALES. - No existen factores etiológicos nutricionales asociados a los abscesos. Pueden ser más susceptibles a la formación de abscesos los pacientes con diabetes mellitus ya que tienen disminución de defensa a las infecciones.

PRONOSTICO. - Para restablecer un diente que ha tenido un absceso periodontal, el pronóstico depende de la cantidad y tipo de pérdida ósea, la posición de los dientes y abscesos y de la movilidad del diente.

El pronóstico para la regeneración ósea que sigue a la infección aguda es mucho mayor que la regeneración ósea de una lesión crónica.

TRATAMIENTO. - El tratamiento de esta lesión periodontal depende del diagnóstico apropiado, ya que los abscesos periodontales pueden ser mal diagnosticados y confundirse con principios de absceso periapical y por consecuencia mal tratados. El diagnóstico propio depende de descubrimientos clínicos, radiográficos y pruebas pulpares.

El tratamiento del absceso periodontal agudo, en la primera cita una vez realizada la historia clínica y establecido el diagnóstico se lleva a cabo de la siguiente forma:

El primer paso en el tratamiento es la reducción del absceso y de la inflamación aguda, debe establecerse el drenaje. Este se realiza aislando el absceso con trozos de gasa, se seca y se pinta con una solución antiséptica, seguido de anestesia tópica, después de esperar de 2 a 3 minutos para que actúe la anestesia, se palpa suavemente el absceso para localizar la zona más fluctuante.

Con una hoja de bisturí Bard-Parker No. 12 ó No. 15. Se hace una incisión vertical a través de la parte fluctuante de la lesión que se extienda -

desde el pliegue muco-gingival hasta el margen gingival. Si la hinchazón está en la parte de la superficie lingual, la incisión se comienza inmediatamente a picar la hinchazón y se extiende hasta el margen gingival.

Es preciso que la hoja penetre hasta el tejido para asegurarse que se alcanzaron las zonas - - profundas purulentas, después de la primera salida de pus y sangre, se irriga con agua tibia y se amplía suavemente la insición para facilitar el drenaje.

Si el diente está extruído hay que desgastar lo levemente para evitar el contacto con sus antagonistas, una vez que se realizó el drenado, se seca la zona y se pinta con un antiséptico. El paciente sin complicaciones orgánicas deberá hacer enjuagues cada hora con una solución de una cucharadita de sal en un vaso de agua de 180 ml.

Manteniendo el agua intrabucalmente en la región afectada. Posteriormente se le debe someter a antibióterapia sistémica y analgésicos.

Segunda cita, (24 a 48 Hrs. después de la primera cita).

Si se observa disminución de los síntomas agudos, se procede a tratarlo como un absceso crónico, el cual se realiza de la siguiente manera:

Se aísla la zona con gasa estéril de 5 x 5 cms. se seca y se pinta con un antiséptico tanto -- en la zona vestibular y lingual y se anestesia por --

infiltración. Se procede a la eliminación de la bolsa se determina la localización del foco purulento - del absceso sondeando la zona, ésto se realiza por el margen gingival o por una fístula que está presente, puesto que ofrece mejor accesibilidad y visibilidad.

Una vez determinada la vía de acceso, se eliminarán los cálculos superficiales y se hacen dos incisiones verticales desde el margen gingival hasta el pliegue mucovestibular, determinando la zona de operación. Si es necesario utilizar la vía de acceso lingual la incisión se realiza desde el margen gingival hasta el nivel de los ápices dentarios, incidiendo alrededor del cuello del diente sobre la superficie lingual con hoja No. 12 Bard-Parker no cortando el tejido interproximal sobre la superficie palatina o lingual.

Un colgajo demasiado corto o angosto pondría en peligro el éxito del tratamiento. Si el absceso ha afectado los tejidos periodontales que rodean al ápice radicular, serán útiles la endodoncia, así como el tratamiento periodontal para permitir la cicatrización.

EDUCACION AL PACIENTE. - La causa y el mecanismo del desarrollo de esta condición se le aclara al paciente, y la instrucción siguiente.

1. - Tomar cantidad abundante de líquidos.
2. - Tomar antibióticos por vía sistemática si han sido prescritos.
3. - Enjuagues con agua tibia cada dos horas si es-

tá indicado.

4. - Se le indicará al paciente que evite ejercicios, si es necesario que guarde reposo en cama.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

A pacientes con deficiencias nutricionales y enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus - deberán ser observados periódicamente. A los pacientes con bolsas periodontales potenciales, se observarán de cerca en ese sitio se llevará un buen control de placa bacteriana ya que teniendo un buen control de ésta, se ayuda a disminuir el trauma oclusal.

Esto se logrará con un cepillado adecuado y un buen tipo de cepillo dental ya que una técnica - deficiente puede producir abración del cuello dental, irritación gingival y retracción de la encía a todo - ésto el uso excesivamente vigoroso de la seda dental puede producir irritación y ulceración o defectos de la encía y el uso de dentríficos pueden producir también abrasión del esmalte y causar reacciones alérgicas en personas susceptibles.



Fig. 3. - Absceso periapical que proviene de la infección del tejido pulpar del diente central superior izquierdo.

ABSCESO PERIAPICAL

Definición. - Es un proceso supurativo crónico de la zona periapical dental.

Etiología. - El diente afectado puede mostrar una necrosis pulpar por una restauración, o puede estar intacto. Generalmente, el absceso periapical tiene su origen por una infección pulpar que se prolonga hasta el ligamento periodontal, pero también aparece por un traumatismo que es el que origina la necrosis pulpar. Así se origina por irritación de tejidos periapicales por la manipulación mecánica o por la aplicación de sustancias químicas durante procedimientos endodónticos.

Este absceso puede originarse directamente como una periodontitis apical aguda a continuación de una pulpitis aguda, pero es más frecuente que se forme en una zona de infección crónica como el granuloma periapical.

Características clínicas. - El absceso periapical agudo presenta las características de una inflamación aguda del periodonto a nivel apical el paciente puede quejarse de ligero dolor, este puede ser difuso y mal localizado, a otros dientes del mismo lado de la boca. La tumefacción que se presenta, es generalmente ligera y está localizada alrededor de la zona del absceso, la mucosa de la zona hinchada puede presentar un color azulado cuando el absceso periapical esta localizado a la región periapical inmediata, es raro que se presenten manifestaciones generales intensas aunque si puede haber linfadenitis regional y fiebre, la tume-

facción gingival o facial leve a grave y dolor leve a severo, y extrema sensibilidad a la palpación y a la percusión, y movilidad dentaria.

Otra característica clínica que observamos en el absceso periapical que nos sirve para elaborar el diagnóstico es cuando se observa que el diente ha perdido su vitalidad. Aunque se han reportado casos que no todos los dientes que presentan una patología periapical tienen falta de vitalidad, ya que puede permanecer algo de tejido viable, especialmente en los dientes multiradiculares.

Signos radiográficos. - Se observan en el absceso periapical agudo, pocos signos radiográficos, como el engrosamiento del ligamento periodontal, así podemos observar una pérdida de la difusión de la lámina dura. El absceso crónico casi siempre presenta una zona evidente de resorción alrededor del ápice de la raíz. Alrededor del ápice de la raíz y que aproximadamente debe perderse un tercio de calcio óseo para que pueda observarse o apreciarse en la radiografía. Ocasionada por el tiempo que puede ser (semanas, o años) que la infección ha estado presente en el tejido óseo, y cuanto mas tiempo tenga esta lesión más obscuro (radiolúcido) aparecerá en la radiografía.

El contorno de la cavidad ósea es en general algo circunscrito aunque bastante irregular a diferencia del quiste no infectado. En algunos casos puede haber signos de un margen esclerótico con el hueso, éstas son algunas, de las características radiográficas principales conocidas hasta la fecha.

Diagnóstico diferencial entre absceso periodontal y un absceso periapical. Para diferenciar al absceso apical del absceso periodontal lateral se hace por pruebas de vitalidad. Los signos y síntomas en un diente vital indica un absceso periodontal lateral. Sin embargo, el absceso periodontal lateral llega a producir la desvitalización de los dientes en casos graves se extiende hasta la región del ápice y producir una necrosis pulpar, así se deberá observar también, si la corona del diente involucrado está intacta o presenta caries avanzada, o bien una restauración extensa o profunda.

Así también en el absceso periapical, el diente afectado puede ser vital ya que puede permanecer algo de tejido viable especialmente en una sección de un diente multirradicular.

Radiográficamente se puede diferenciar una lesión periodontal a una periapical cuando observamos, el área radiolúcida en el sector lateral de la raíz indica la presencia de un absceso periodontal, mientras que la rarefacción apical significa absceso periapical.

Es posible que exista simultáneamente un absceso periapical con un absceso periodontal, sería difícil diferenciar que afección se produce primero, cuando ésto se presenta se le denomina lesión combinada.

Pronóstico. - El tratamiento de esta lesión si no es realizado mediante un diagnóstico adecuado y oportuno, puede llevar a complicaciones graves por extensión de la infección. Como son osteomielitis

tis, celulitis, bacteremia y formación de un trayecto fistuloso y su abertura en piel o mucosa bucal; también ha sido comunicada la trombosis del seno cavernoso.

Tratamiento.- El tratamiento inicial del absceso periapical consiste en el drenaje de la lesión, que puede realizarse a través de la cámara pulpar o desde la zona periapical cuando los síntomas decrecen, se lleva a cabo el tratamiento de los conductos radiculares. En algunos casos, la extracción constituye la única posibilidad.

Cuando está indicado intervenir en presencia de alguna infección aguda, el paciente debe protegerse con dosis de antibióticos suficientes. Si el absceso se localiza o apunta por debajo o por encima del perióstio del paladar o región lingual de la mandíbula, el sitio de la insición debe escogerse tomando en cuenta los vasos y nervios de esta zona. Si la presencia de estos órganos anatómicos constituye un peligro se cortará con bisturí únicamente los tejidos superficiales; después se hace disección roma con pinzas hemostáticas hasta el absceso y llegar al hueso con las pinzas cerradas, la punta se introduce por la incisión en la cavidad del absceso, se abre la pinza y se agranda la insición para introducir material de drenado de tamaño adecuado.

Las insiciones estrechas para permitir el drenado no son ideales y no permiten el drenado adecuado. La insición en general, debe permitir la introducción del dedo índice enguantado, hasta la zona del hueso donde se produjo el absceso periapical, las extracciones múltiples o la cirugía extensa

debe posponerse hasta la remisión de los síntomas agudos.

La causa y el mecanismo del desarrollo de esta lesión se explicará al paciente, y se le indicará tomar antibióticos y analgésicos si se prescriben, - se le indicará al paciente que evite ejercicios y tomar alimentos irritantes y grasos, si es necesario que guarde reposo.

QUISTE PERIODONTAL APICAL

Definición. - Es un saco cerrado revestido de epitelio que se forma en la membrana periodontal y su estructura adyacente, por lo común localizada en el ápice de un diente, aunque a veces localizada en la superficie lateral de la raíz.

Etiología. - El epitelio de este quiste periodontal deriva, probablemente de restos de la vaina de Herwing o la lámina dental y resulta estimulado por un proceso inflamatorio o por los mismos factores que originan la inflamación. El quiste periapical o radicular suele estar precedido por un granuloma dental en el ápice de un diente sin pulpa.

Características clínicas. - Un quiste cuando se forma en el ápice de la raíz se le conoce como quiste radicular, cuando este se forma a lo largo de la pared lateral se llama quiste lateral, todos los quistes son de origen inflamatorio, a estos que se manifiestan en una zona desdentada se les conoce como quistes residuales estos quistes residuales se deben a la remoción de un diente.

Los quistes periodontales pueden variar de tamaño desde un milímetro o menos hasta varios milímetros de diámetro, en estudios que se han realizado se ha comprobado que son más frecuentes en el maxilar inferior y más frecuente en la región anterior que en la zona posterior. Generalmente no presentan signos o síntomas clínicos cuando el quiste se localiza en la zona vestibular de la raíz, puede haber una pequeña masa perceptible, y la mucosa subyacente es normal, si el diente no presenta ninguna otra alteración el diente puede ser vital.

Cuando este quiste se llega a infectar llega a semejar a un absceso periodontal lateral. Cuando se presenta dolor este puede ser causado por la presión del quiste sobre un nervio y así mismo puede haber parestesia, y la presencia de inflamación y la sensibilidad a la presión es un síntoma de quiste y no de tumor, debido a que los quistes se infectan secundariamente.

Signos radiográficos. - El examen radiográfico muestra la localización y extensión del quiste periodontal en el hueso y en los dientes, las sombras superpuestas pueden causar confusión cuando aparecen estar atacados varios dientes, en la región del quiste periodontal, cuando la lesión es apical es idéntico en gran parte de los casos al del granuloma apical. Los quistes del maxilar superior son difíciles de ver en la radiografía debido a que se sobreponen las sombras de los senos paranasales.

Cuando la lesión se localiza interproximalmente, aparece un costado de la raíz como un área radiolúcida bordeada por una línea radiopaca, que -

no puede ser diferenciada del aspecto radiográfico de un absceso periodontal. Muchos de los quistes inflamatorios sufren infección crónica y forman fístulas a través de la pared alveolar hacia el mucoperiostio suprayacente en algunos casos el agrandamiento del quiste es tal que todo el hueso suprayacente y la pared quística se adhiere al mucoperiostio.

El diagnóstico nunca se puede hacer positivamente con los datos radiográficos ya que muchas enfermedades neoplásicas y metabólicas aparecen en la radiografía como quiste.

Histopatología.- Los quistes periodontales están comunmente revestidos de epitelio escamoso estratificado con una cápsula de tejido conectivo condensado por lo general contienen un líquido estéril pero en ocasiones pueden resultar infectados, en cuyo caso pueden incluir pus, líquido supurulento, líquido hemopurulento desechos semisólidos y hasta material sólido.

La presencia de células inflamatorias crónicas en la cápsula de tejido conectivo es común. En raras ocasiones el epitelio es columnar derivado de la invasión de los senos o de la cavidad nasal o posiblemente como consecuencia de metamorfosis del epitelio escamoso.

Tratamiento.- Cualquiera que sea la clasificación del quiste, existen métodos aceptados de tratamiento a) Enucleación total del quiste. B) Marsupialización, mediante la cual la cavidad quística es convertida en parte de la cavidad bucal, según -

la técnica de parch. El tratamiento a seguir en el quiste periodontal lateral, tiene que ser enucleado - por cirugía, en lo posible sin extraer el diente afec - tado. Si ésto no fuera posible habrá que sacrificar - lo, es de importancia establecer un diagnóstico apropi - ado debido a la semejanza de este quiste con - - otras lesiones más graves como un ameloblastoma - incipiente.

El tratamiento del quiste periodontal apical, consiste en preservar el diente si éste es útil, o - extraerlo si no, por lo tanto abrir la cámara pul - - par y eliminar la mayor parte del contenido de los conductos para obtener el drenado. Si el drenado - por esta vía es inadecuado, puede ser necesario - realizar una incisión para el drenado, es recomenda - ble reforzar en esta fase con administración de an - tibióticos sistémicos, cuando ha cedido la exaserva - ción se lleva a cabo el tratamiento de conductos ra - diculares, seguido de raspado del área periapical, - si se produce curación rápidamente después de la - terapéutica endodóntica sola, el raspado periapical, será innecesario, sin embargo si no puede volver a examinarse radiográficamente en un periodonto de - 3 a 6 meses es más sensato realizar el raspado -- periapical en el momento en que se obture el con - ducto radicular, para asegurarse de haber eliminado todo el tejido quístico, también es indicado realizar la apicectomía.

El diagnóstico de los quistes depende de las radiografías y de las pruebas de vitalidad ya que a veces el diente es vital y la radiolucidez periapical es de otro tipo y el hecho de que la raíz del diente este dentro del quiste aparente no es explicación de extracción. Hay dos consideraciones primarias -

para la extracción de los quistes periapicales.

1.- Cualquier resto del quiste debe ser removido, ya que puede formar un medio propicio para la formación del quiste.

2.- Debe evitarse el daño a las raíces adyacentes.

Si se extrae el diente, el quiste periapical pequeño generalmente puede ser enucleado a través del alveolo. Se introduce una cureta pequeña con su borde afilado contra el hueso y la superficie convexa contra la membrana del quiste.

Por cuidadosa disección el quiste puede ser separado del hueso y quitarse en su totalidad. Si la enucleación del quiste no se logra completamente, la pared del quiste debe ser raspada cuidadosamente para quitar todos los restos del mismo.

Para quistes de mayor tamaño consiste en levantar un colgajo mucoperióstico similar al de la apicectomía removiendo el hueso con fresa, cincel, u osteotomos y enucleando el quiste con las curetas; la remoción del quiste se hace con la parte convexa de la cureta, de esta forma se elimina el quiste de ésta pared sin romperla, y por lo tanto se elimina la posibilidad de dejar células epiteliales que puedan reproducirlo. Después de que se ha quitado el quiste se coloca el colgajo mucoperióstico, se sutura y se ejerce presión sobre la zona durante 10 minutos, el procedimiento aplicado al tratamiento efectuado es tener un control radiográfico el cual se practicará en series de 3 y 6 meses de intervalo, además de que solamente debe tomarse dos a tres películas para tener un buen margen de segu

ridad satisfactorio esto es obviamente, por el límite de exposición de un paciente a los rayos X para un diagnóstico de seguridad.

III. - Formulación de la hipótesis o diagnóstico de presunción: Tomando como marco teórico lo expuesto en el inciso anterior, y correlacionándolo con los datos clínicos de la lesión, consideramos que se trata de una tumoración benigna de tipo quístico, dando como hipótesis alternas:

-La lesión es un absceso apical originado por caries del primer molar inferior derecho.

-La lesión es un quiste periodontal apical originado por traumatismo.

-La lesión es un absceso periodontal originado por caries del primer molar inferior derecho.

IV. - Obtención de datos complementarios:

Se procedió hacer estudios radiográficos periapicales y oclusales, observando reabsorción ósea a un milímetro de las raíces de los premolares y una zona radiolúcida bien definida.

Se envió el tejido para análisis histopatológicos, encontrando cuadro negativo al absceso periapical y al absceso periodontal.

V. - Definición del plan de tratamiento:

Con la idea de satisfacer nuestros objetivos inmediatos y establecer un tratamiento definitivo

para el paciente, se programó la eliminación quirúrgica de la lesión y la extracción del primer molar ya que el tratamiento endodóntico estaba contraindicado por la anatomía de las raíces.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

- I. - Instrumental básico:
 - 1. - Espejo.
 - 2. - Explorador.
 - 3. - Cucharilla.
 - 4. - Pinzas para curación.Para anestesiar:
 - A). - Jeringa.
 - B). - Aguja larga No. 27.

- II. - Los empleados para extraer el hueso que cubre a la lesión:
 - 1. - Alveolotomo o pinzas gubia.
 - 2. - Fresas quirúrgicas.
 - 3. - Lima para hueso.

- III. - Los relacionados a los tejidos blandos:
 - 1. - Abrebocas.
 - 2. - Pinzas hemostáticas.
 - 3. - Tijeras gingivales.
 - 4. - Mango para bisturí Bar-Parker # 3 ó 4.
 - 5. - Hoja # 12 y ó 15
 - 6. - Periostotomo (legra).
 - 7. - Retractor yugular.
 - 8. - Pinzas de disección.
 - 9. - Cucharilla o curetas quirúrgicas.
 - 10. - Aguja redonda en semicírculo de punta cónica de 1,5 cm.
 - 11. - Seda quirúrgica negra acordonada 000.

VI. - Eliminación quirúrgica de la lesión:

Sin encontrar datos de la historia clínica - - que contraindicaran la intervención quirúrgica, se - procedió a esta.

El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo con las normas de asepsia y antisepsia necesarias.

El primer paso fue la anestesia de la zona - bloqueando la rama inferior del trigemino. Primeramente se realizó la extracción de la pieza dentaria afectada (36), con elevadores y forceps. Posteriormente se practicó la incisión tipo Newman desde el canino hasta el segundo molar inferior derecho. - A continuación se levantó el colgajo mucoperiostico quitando la pared ósea con fresas quirúrgicas procediéndose después a la enucleación de la masa quistica perfectamente para evitar recidivas.

Después de la regularización de los bordes - óseos. La herida quirúrgica de los tejidos blandos es reparada colocando puntos alternos, utilizando la seda como material de sutura No. 000. Enseguida - se le dieron indicaciones al paciente sobre dieta, - higiene bucal y analgésicos.

La evolución post-operatoria fue satisfactoria.

VII. - ANALISIS DE LA LESION:

Se observó un quiste de forma oval, la cápsula presentaba un color blanquecino grisáceo.

Descripción microscópica:

El estudio de la pieza muestra una pared -- tapizada de tejido escamoso estratificado formado - de leucocitos, plasmocitos con algunos leucocitos - polimorfonucleares.

VIII. - Discusión de la hipótesis:

Dada la descripción microscópica del quiste y el estudio radiográfico, fue suficiente precisar - que se trataba de un quiste apical de origen epite-- lial.

IX. - Conclusiones y recomendaciones:

El uso de la metodología seguida nos sirvió como guía de investigación y tratamiento para fi- - nes prácticos relacionados con el tratamiento, el - diagnóstico obtenido fue suficiente para dar por re- suelto el caso con la eliminación quirúrgica del quiste ya que esta se considera como tratamiento definitivo para este tipo de lesiones.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos al término de esta investigación se observó con mayor frecuencia, la presencia de abscesos periodontales por caries que otras infecciones como son los quistes.

La única posibilidad de que se llegue a un diagnóstico, es que el profesional cuente con los parámetros:

- a) Conocimiento de la signosintomatología (cuadro clínico) del proceso.
- b) Material adecuado para la búsqueda de signos que apoyen el diagnóstico.
- c) Habilidad y conocimiento de los procedimientos de búsqueda de signos.

De esta manera nos lleva a ser más concisos en todo plan de tratamiento, siguiendo, la metodología científica en cualquier lesión.

CONCLUSIONES

El uso de la metodología seguida nos sirvió como guía de investigación y tratamiento.

Antes de pasar directamente a las conclusiones, debemos hacer alguna consideración de la metodología empleada, únicamente para establecer limitaciones, con respecto a este trabajo y así ubicar las conclusiones a las que hemos llegado. En primer término. Al abarcar la historia de la periodoncia pensamos que es importante hablar de ella ya que es la única manera como podemos darnos cuenta de los avances que se han logrado a través de los años y la importancia que esta ha tenido en las distintas civilizaciones del mundo desde antes de cristo.

Los casos clínicos llevados a cabo empleando el método científico nos sirvió como guía de investigación y tratamiento cada paso estuvo orientado a la búsqueda de más datos que nos permitieran acercarnos a la realidad de las lesiones.

Para fines prácticos relacionados con el tratamiento de estas infecciones el diagnóstico obtenido fue suficiente para dar por resueltos los casos con la eliminación quirúrgica, ya que ésta se considera como tratamiento definitivo.

Al mismo tiempo con la eliminación de las lesiones se lograron los objetivos planteados como inmediatos.

Para terminar, hacemos énfasis en que el uso del método científico en la práctica clínica, es el mejor auxiliar para resolver satisfactoriamente los casos que se presentan. Por otro lado, el uso rutinario de la metodología científica ayuda a adquirir el hábito de plantear lógicamente los problemas, haciendo más claro el camino por seguir para su solución.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Consideramos que es fundamental, para la corrección de este fenómeno, el reestructurar la planeación educativa y, específicamente, la programación, explicitando y ubicando en forma individual las infecciones periodontales en Odontología, como problemas a resolver ya que a nivel de estudiante no se tiene todavía la capacidad para valorar la importancia de estas infecciones sobre todo en pacientes que padecen enfermedades sistémicas como los diabéticos ya que por deficiencia de sus defensas son más susceptibles a estas infecciones, así también cuando se sospeche de la existencia de alguna tumoración ya que se puede dar el caso de que se trate de algún tumor maligno y que puede ser controlado si este se detecta a tiempo.

Dentro de la revisión curricular de la carrera de Odontología de la E.N.E.P. ZARAGOZA, la posibilidad de que este se implemente y se le de más importancia existe dentro de la integración de la patología Oral del módulo agregación y defensa del currículo del Cirujano Dentista.

BIBLIOGRAFIA

A) BASICA

1. - A. Grant Daniel B. Stern Irving
Periodoncia
Editorial Interamericana
Cuarta edición México 1975.
pp. 311-312-313-314-315-316-317-318-319.
2. - Arche W. Harry
Cirugía Bucal (tomo I)
Editorial Mundi (S.A.I.C. y F.)
Reimpresión de la 2da. Edición
Argentina 1978.
pp. 225-226.
3. - Carranza Fermin A.
Compendio de periodoncia
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Tercera Edición
Argentina 1981.
pp. 119-210
4. - Costich E-White R.
Cirugía Bucal
Editorial Interamericana
Primera edición México 1974.
pp. 188
5. - Glickman Irving
Periodontología Clínica
Editorial Interamericana
Primera edición México 1974.
pp. 1-2-3-4- 241-242

6. - Morris Alvin L.
Las especialidades Odontológicas en la práctica general.
Editorial Labor, S.A.
México 1978.
pp. 3-4-5-6-7.
7. - O Kruger
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial Interamericana
Cuarta edición, México 1978.
pp. 163-178-179-180-181-182.
8. - O' Brien C. Richard
Radiología Dental
Editorial Interamericana
Tercera edición México
México, D.F. 1979.
pp. 211, 213, 216.
9. - Pawlak A. Elizabeth
Conceptos esenciales de periodoncia.
Editorial Mundi (S.A.I.C. y F.)
Primera edición Argentina 1978.
pp. 83-84-85-86-87-88.
10. -Pawlak A. Elizabeth, R.D.H., B.S.
Essentials of periodontics.
Second edition, Copyright 1980 by the C.V.
Mosby Company.
11. -Scrahan J.D.
Atlas a color de periodontología
Editorial Year book medical publishers
Chicago EE.UU. 1978.
pp. 75, 77, 79.

12. - Shafer William G.
Tratado de patología
Editorial Interamericana.
Tercera edición México 1977.
pp. 324-326-327.

13. - Stone Stephen
Periodontología
Editorial Interamericana.
Primera edición México 1978.
pp. 91-92-93-94-95-96.

B) SECUNDARIA

REFERENCIAS DE CENIDS.

1. - Baker RD; D Onofrio ED; Corio RL; Crawford; Terry BC.
Squamous cell carcinoma arising in a lateral periodontal cyst.
Oral surg 1979 jun; 47 (6): 495-9.
2. - Burton DJ; Saffos RO.; Seheffer RB
Multiple bilateral dens in dens as factor in the etiology of multiple periapical lesions.
Oral surg 1980 jun; 49 (6); 496-9
3. - Costa RL Jr.
Incidence of caries and abscesses in archeological Eskimo skeletal samples from point hope and Kodiak Island, Alaska.
Am J phys Anthropol 1980 may; 52(4): 501-14.
4. - Delaire J; Billet J.
Conservative surgical treatment for keratocysts of basal cell naevomatosis
Rev. Stomatol chir maxillofac. 1980; 81(1); 18-28.
5. - Fantasia JE
Lateral periodontal cyst.
Oral surg 1979 sep; 48(3):237-43.
6. - Gillette WB; Van House RL
Ill efectos of improper oral hygiene procedure
J-Am dent Assoc 1980 sep; 101(3):476-80.

7. - Pellegrino SV.
Extension of dental abscess to the orbit
Jam dent 1980 jun; 100(6):873-5.
8. - Scott Mj Jr.; Scott MJ Sr.
Cutaneous Odontogenic sinus.
J Am Acad Dermatol 1980 jun; 2(6): 521
9. - Summers W.
Jaw cysts diagnosis and-treatment
Head Neck surg 1979 jan-feb; 1(3):243-58.
10. - Winstock D.
Apical disease.
Ann R coll surg engl 1980 may; 62(3): 171-9.