

29 11-73



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ENEP ZARAGOZA
ODONTOLOGIA

ABSCESO PERIODONTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTAN

Ma. del Carmen Escobar Valdez
José Gerardo Díaz García



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

PAGS.

PROTOCOLO.....	
Introducción.....	1
Fundamentación.....	2
Planteamiento del problema.....	3
Objetivos.....	3
Hipótesis.....	4
Material y método.....	4
Cronograma.....	4
ABSCESO PERIODONTAL.	
Introducción.....	7
Anatomía de la estructura de soporte dentario.....	8
Clasificación y definición del absceso periodontal....	18
Características clínicas.....	19
Aspecto radiográfico.....	21
Etiología del absceso periodontal.....	22
Absorción ósea.....	28
Morfología de la lesión ósea.....	29
Osteomielitis.....	30
Diagnóstico del absceso periodontal.....	32

Diagnóstico diferencial entre el absceso periodontal, absceso gingival y absceso periapical.....	33
Absceso periodontal y movilidad dentaria.....	35
Absceso periodontal como factor importante en la pérdida dentaria.....	36
Tratamiento e instrumentación del absceso periodontal.....	37
Casos clínicos.....	44
Medidas preventivas.....	45
Discusión.....	49
Conclusiones.....	50
Propuestas.....	53
Bibliografía.....	55

I N T R O D U C C I O N

La enfermedad periodontal es la causa principal - de la pérdida dentaria en adultos, por procesos que se - vienen presentando desde la juventud.

Escogimos este tema por considerarlo uno de los - más importantes dentro de la práctica odontológica moder- na. Pues bien, si la enfermedad periodontal se puede diag- nósticar desde su etapa inicial, no muchas veces se puede tratar con éxito en sus etapas finales o crónicas, siem- pre siendo un proceso lento pero progresivo, de ahí nace- la importancia para que el odontólogo sepa diagnosticar, - pronósticar cualquier problema desde sus inicios en la - forma más adecuada y con ello ayudar a los pacientes para prevenir afecciones crónicas que como ya mencionamos son- lentas y progresivas.

FUNDAMENTACION

En la actualidad las enfermedades periodontales son con las que más se enfrenta el odontólogo después de la caries dental a lo largo de su ejercicio profesional. Dentro de los principales problemas que causan la enfermedad periodontal podemos citar los siguientes:

Placa dento-bacteriana, métodos de higiene mal utilizados, caries dental, prótesis fijas y removibles mal ajustadas, orotodoncia incorrecta, enfermedades sistémicas y una deficiente orientación higiénica del paciente. A lo largo de estudios clínicos realizados en pacientes, contados fueron los que no presentaron alteraciones periodontales en estadíos agudos, esto sin mencionar los altos índices de problemas ya crónicos.

Los pacientes ignoran el problema que pueden ocasionarse, desde una gingivitis hasta lo que sería un Absceso Periodontal, que en este caso va de lo mínimo hasta lo máximo, dándole mayor importancia algunas veces a lo máximo, haciendo a un lado la sintomatología inicial, -- siendo que es prácticamente el momento oportuno para utilizar las medidas preventivas adecuadas.

El cirujano dentista sabe la magnitud del problema y por su cuenta corre el concientizar al paciente sobre los problemas que se ocasionan al no utilizar las técnicas de cepillado y de los medios auxiliares de prevención de la enfermedad periodontal.

PLANTEAMIENTOS DEL PROBLEMA

El absceso periodontal en un estado crónico puede llegar a destruir hueso y ligamento periodontal, llegando a producir movilidad dentaria y posteriormente en un estado avanzado la pérdida dentaria, por lo consiguiente se tratará de dar las características principales y su tratamiento.

OBJETIVOS

Los objetivos a seguir en la investigación son los siguientes:

- a).- Se mencionarán las características histológicas del aparato de sostén dentario.
- b).- Se describirá microscópicamente el absceso periodontal en la estructura de soporte dentario.
- c).- Se identificarán los factores etiológicos causales del trauma periodontal.
- d).- Se mencionarán las medidas preventivas adecuadas para limitar las enfermedades periodontales y el absceso periodontal.
- e).- Se explicarán el o los tratamientos adecuados para el absceso periodontal.

HIPOTESIS

Las deficiencias higiénicas, el medio ambiente - donde se desenvuelve, las enfermedades de origen sistémico, problemas iatrogénicos y traumatismos periodontales - suelen ser las causas principales del absceso periodontal.

MATERIAL Y METODO

El material empleado para la realización de esta tesis consta de libros de texto y citas bibliográficas -- proporcionados por el CENIDS.

Con los libros de texto que se cuenta son cuatro- libros de la editorial Interamericana, dos de la edito - rial Salvat y uno de la editorial Labor.

Se obtuvieron once citas bibliográficas en el -- CENIDS con información de los últimos tres años (1978- - 1980).

El método que se seguirá será de investigación y- recopilación de datos en libros de texto.

CRONOGRAMA

El tiempo que se cita para la elaboración de la - tesis es de cinco meses a partir de la fecha de acepta - ción del tema el tiempo distribuido es el siguiente:

Tiempo estimado para la revisión de datos propor-

cionados por el CENIDs será de tres meses.

Para la obtención de datos en la bibliografía de libros es de cinco semanas.

Para efectuar la redacción de datos y llevar a cabo la mecanografía de estos se ocuparán cuatro semanas.

A B S C E S O P E R I O D O N T A L

INTRODUCCION.

La enfermedad periodontal se deberá considerar entre las más frecuentes, presentando una mayor inclinación para la edad madura sin distinción de sexo y edad y con menor frecuencia en pacientes infantiles.

Las estructuras de soporte serán las que se encuentren directamente afectadas y que, llegando a un período más avanzado provocará la pérdida del órgano dentario. Es por eso que se deberá considerar a la enfermedad periodontal como uno de los factores etiológicos de la pérdida dentaria más importante.

Cuando el paciente no ha solicitado a el odontólogo el tratamiento de la enfermedad periodontal entonces será cuando deberá considerarse como uno de los factores más importantes de la extracción dentaria; pero si dicho paciente se encontrara en tratamiento y el paciente siguiera las recomendaciones del Cirujano Dentista en forma correcta, dicho factor etiológico quedaría relegado en forma considerable.

La edad infantil deberá ser considerada por el odontólogo como una etapa muy importante para la prevención de las enfermedades periodontales futuras. Esta será una de las razones más importantes, para que intensifique en forma relevante las medidas preventivas, como por ejemplo promoción de la salud.

ANATOMIA DE LA ESTRUCTURA DE SOPORTE
DENTARIO.

LIGAMENTO PERIODONTAL.

El ligamento periodontal es una estructura de tejido conectivo denso el cual se encuentra dispuesto regularmente uniendo a la raíz del diente con el hueso alveolar propiamente dicho.

El ligamento periodontal tiene elementos de importancia como son las fibras de colágena que siguen un recorrido ondulado. En los extremos de las fibras principales que se insertan en el cemento y hueso se llamarán fibras de Sharpey.

El ligamento periodontal tendrá una anchura que irá de 0.10 mm. a 0.38 mm. en sentido cervico-apical y será más angosto en la región media de la raíz.

Encontraremos que la mayoría de las fibras colágenas que formarán los grupos principales, se localizarán fijas al cemento a excepción de las que se insertan a la encía y el cemento de los dientes adyacentes. Las fibras principales se clasificarán de acuerdo a su función y posición de la siguiente forma:

1.- Grupo de la cresta alveolar. Se encuentran insertadas firmemente en el cemento cervical y se extienden oblicuamente por debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar ayudando a resistir los movimientos laterales del diente.

2.- Grupo horizontal. Se extiende horizontalmente hacia el eje mayor del diente y se distribuyen sobre el -

tercio superior de la raíz al hueso alveolar. Estas fibras contrarrestarán el movimiento lateral del diente.

3.- Grupo oblicuo. Estas fibras se encuentran en el tercio apical de la raíz y se extienden hasta el borde alveolar diagonalmente con respecto al hueso. Estas fibras tendrán como función contrarrestar las fuerzas masticatorias, suspendiendo al diente en el alvéolo.

4.- Grupo transeptal. Se encuentra en forma de abanico extendiéndose interproximalmente sobre la cresta alveolar y se insertan de un diente al diente contínuo. Estas fibras ayudarán a soportar los movimientos laterales de la masticación.

5.- Grupo apical. Se distribuirán desde el tercio apical y en forma de abanico se dirigen al hueso de la base de la cripta. Nunca se presentarán en dientes en período de formación. Estas fibras ayudan a mantener al diente estable en el alvéolo.

6.- Grupo interradicular. Se encuentra entre las raíces de los dientes multirradiculares, sobre el tabique interradicular de la bifurcación ayudando a contrarrestar movimientos laterales.

La localización de estas fibras es variable en un 99% y su morfología podrá ser plana, ovalada, redonda o irregular. (13,11)

CEMENTO.

El cemento es un tejido conectivo especializado - mezenquimatoso y calcificado que cubre la capa externa de la raíz anatómica del diente.

El cemento formará la parte externa de la raíz - en el cual se encontrará que el cemento de la bifurcación puede ser el más grueso y que el cemento de la bifurcación llegará a ser aún más delgado y que en la unión del esmalte y cemento puede tener un grosor de menos de 70 microtones.

En el cemento encontraremos que existen dos tipos de fibras colágenas; las fibras de Sharpey que serán la - porción incluida de las fibras principales del ligamento periodontal que están formadas de fibroblastos; y un segundo tipo de fibras, que pueden llegar a ser formadas - por los cementoblastos. Los haces de fibras colágenas del ligamento penetrarán en el cemento y hueso, y sus partes - incluidas se llamarán fibras de Sharpey.(11).

También de acuerdo a su localización encontraremos al llamado cemento intermedio pudiéndolo llamar zona - mal definida de la unión amelocementaria, la cual tendrá grandes cantidades de restos celulares de la Vaina de Hertwing incluidos en la sustancia calcificada. No se considerará que sea dentina ya que no existen prolongaciones - odontoblásticas y que separen a células de tejido conectivo.

Este cemento intermedio no se encontrará en todos los dientes y cuando se llega a presentar se localiza en-

los dos tercios apicales de la raíz.

Las fibras de colágena funcionarán mejor en el - sostén del diente cuando se extiende más o menos perpendicularmente desde la superficie del diente.

Encontraremos que en la unión amelocementaria se - presentarán tres tipos de relación de cemento, dependiendo de la posición del cemento en dicha unión, también de - dependerá de la posición del cemento y de casos en los - que se llegue a presentar la dentina expuesta:

1o. Será el cemento que cubra entre el 60 y 65% - de los casos.

2o. En un 30 % donde habrá unión borde con borde.

3o. Y en un 5 y 10 % de los casos no se pondrán - en contacto. (11)

En algunos casos se llegará a presentar cemento - aberrante en el área cervical del diente y en figuras de - oclusión, en este tipo de cemento hay dos localizaciones - para el cemento y son el cemento de la corona y el liga - mento periodontal donde se llamará cementículo. Las fibrillas de tejido conjuntivo, se incluirán en el agrietamiento del esmalte y se depositará en el cemento localizado - en la corona.

En la región del cuello las excresencias de cemento tienen forma de púa y que se llamarán vestigios de ce - mento llenando las fisuras de cemento. (14)

PROCESO ALVEOLAR.

El proceso alveolar es la extensión ósea que formará y sostendrá los dientes en ambos maxilares. En el proceso alveolar se distinguirán dos tipos de hueso:

a).- Hueso compacto, denominado hueso alveolar propiamente dicho, también se le llamará placa cribiforme por presentar perforaciones, dichos orificios recibirán el nombre de orificios de Volkman permitiendo el paso de nervios, vasos sanguíneos y linfáticos del ligamento periodontal.

El hueso alveolar propiamente dicho es la lámina delgada de hueso rodeando las raíces e insertándose en ellas en ligamento periodontal.(11)

b).- El hueso de soporte rodeará la cortical ósea alveolar componiéndose de placas corticales vestibulares y linguales o bien palatinas. Los procesos alveolares y el hueso esponjoso se localizan entre las paredes corticales y el hueso alveolar propiamente dicho.

En condiciones normales el contorno del esmalte determinará la forma de la cresta alveolar, también el grosor de la placa dependerá de la posición del arco en que se encuentre, en la placa cortical y la posición de las arcadas; la placa cortical en la región molar será más gruesa; en premolares la cortical ósea será menos gruesa que en la región molar; en la región incisal la cortical estará hecha de una capa angosta de hueso compacto. Generalmente las corticales serán más gruesas en

el maxilar inferior.

En forma redondeada será como se encuentre la -
cresta alveolar. En el tabique interdentario la forma es-
tará dada por la disposición de las uniones amelocementa-
rias de los dientes. Dicho tabique se encontrará formado-
por hueso esponjoso y la placa cribiforme; este tabique -
se localizará entre las corticales vestibulares y lingua-
les. En adultos jóvenes la distancia promedio entre la -
cresta alveolar y la unión amelocementaria en la región -
anterior será de 0.96 mm y 1.22 mm; y en edad avanzada de
1.88 mm. a 2.81 mm. (13)

ENCIA.

Es la parte de la mucosa oral que se encuentra íntimamente unida a los dientes y a los procesos alveolares en una forma rígida.

La encía se clasificará en tres tipos, basándose en la posición y forma en que se encuentre.

Encía marginal o Libre.

Será la única que no se encuentra insertada y que rodeará al diente, formando un surco al que se le dará el nombre de surco gingival libre que se localizará entre encía y diente.

Encía insertada.

Es la que sigue de la encía marginal encontrándose fuertemente adosada. Es muy reconocible por una línea que se conocerá como unión muco-gingival, esta línea se encontrará en la región vestibular, lingual y palatina, presentando una manifestación más clara en la región vestibular, siguiendo la región lingual y muy raras veces en el paladar.

La encía insertada del sector vestibular en las diferentes zonas de la boca siempre será más fácil de localizar. En los dientes anteriores siempre se encontrará la anchura más amplia que puede ir de 4 mm a más. En la región premolar se encontrará que su anchura será menor. Y por último en la región molar la anchura mayor será de-

un milímetro, hasta no llegar a localizarse.

Encía papilar o interdental.

La encía papilar o interdental es la que ocupa el espacio interdental que quedará libre por debajo del punto de contacto de los dientes, esta constará de dos papilas y por debajo del área de contacto se encontrará una ligera depresión que se le dará el nombre de col.

La encía papilar presentará forma piramidal en los dientes anteriores y una forma de cuña en la región molar. Para el odontólogo la papila interdental jugará un papel muy importante pues en ella se manifestarán los primeros signos de la enfermedad periodontal.

Histológicamente encontraremos que las fibras gingivales se distribuirán según sus características funcionales y estructurales. Estas fibras gingivales se encontrarán en el tejido gingival densamente formado por haces de fibras colágenas, que se dispondrán según su función en los siguientes grupos:

1.- Grupo dentogingival. Este tipo de fibra se extenderá desde el cemento apical hasta llegar a la inserción epitelial corriéndose lateralmente hasta unirse con la lámina propia de la encía.

2.- Grupo circular. Dicho grupo rodeará al diente a través del tejido conectivo de la encía libre o interdental.

3.- Grupo transeptal. Este grupo se dispondrá horizontalmente por haces extendiéndose en sentido interproximal entre los dientes vecinos. Están situadas entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta alveolar. (11, 13)

CLASIFICACION Y DEFINICION DEL ABSCESO PERIODONTAL.

El absceso periodontal es una inflamación localizada y purulenta que puede ser ocasionada cuando se pierde la solución de continuidad por bacterias piógenas, cuando la bolsa periodontal se cierra total o parcialmente, evitando que el pus salga dañando principalmente el aparato de sostén dentario. El absceso periodontal se deriva de una enfermedad inflamatoria marginal, sin que con esto tengan que estar dañadas las estructuras dentarias.-(11)

Al absceso periodontal también se le encontrará también por los nombres de parietal o lateral. El absceso periodontal se diagnosticará de acuerdo a su localización en la raíz del diente. Se encontrará normalmente en posición lateral a la raíz del diente, o bien en la pared blanda de una bolsa periodontal, siendo su clasificación la siguiente:

a).- Absceso periodontal agudo. Siempre se presentará como una elevación ovoíde sobre la encía en la zona lateral de la raíz del diente. Este tipo de absceso tendrá su formación más rápida que el absceso periodontal crónico, desencadenando siempre destrucción ósea y tejidos blandos; todo esto provocará una inflamación aguda en contraste con la inflamación crónica.

b).- Absceso periodontal crónico. Será una acumulación de pus en una bolsa lateral de la raíz del diente y que será formada lentamente. Carecerá de un drenaje adecuado provocando a largo tiempo una distensión en el ligamento periodontal.(13,15)

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL ABSCESO PERIODONTAL.

El absceso crónico o bien el agudo presentarán generalmente la misma sintomatología, a excepción de su formación ya que el absceso crónico llevará más tiempo para su formación y el absceso agudo su formación será más rápida y más dolorosa que el absceso crónico, por lo tanto, el crónico tendrá mayor destrucción y pronóstico poco favorable. (11)

Encontraremos que el absceso agudo periodontal, - siempre presentará dolor irradiado sobre la zona afectada con punzaciones y con dolor a la percusión en forma horizontal. Debido a la severidad de la afección del absceso siempre se verá afectado el hueso alveolar y el ligamento periodontal provocando movilidad dentaria.

Lateralmente a la raíz siempre encontraremos sobre la encía una elevación cianótica ovoíde y con superficie brillante. El paciente experimentará desde un dolor leve hasta un dolor intenso sordo o continuo, agudo y penetrante.

El absceso periodontal crónico generalmente será asintomático y se puede encontrar como una prominencia rosada y esférica de tejido de granulación con localización lateral a la raíz del diente afectado sobre la mucosa gingival. También se presentará dolor a la percusión pero en menos intensidad, el paciente tendrá el deseo de morder y frotar el diente. Un rasgo que siempre se encontrará en un absceso periodontal crónico será la elevación del dieno

te por encima del plano oclusal, o bien el diente se encuentra extruído. (17)

Generalmente al expulsarse el exudado purulento de la bolsa periodontal que rodea al diente y con la acumulación de gases en la bolsa, se aumentará la presión interna llegando a la formación de una fístula o canal. En pacientes diabéticos se pueden llegar a presentar abscesos periodontales múltiples, pues en la diabetes se alterará la respuesta de los tejidos periodontales a los irritantes locales y las fuerzas oclusales, acelerará la pérdida de hueso en las periodontopatías y la cicatrización del ligamento después del tratamiento. (13)

ASPECTO RADIOGRAFICO.

El estudio radiográfico será de vital importancia para el diagnóstico del absceso periodontal, pues de él dependerá en gran parte un buen resultado del tratamiento.

El absceso periodontal se identificará como una zona radiolúcida y circunscrita siempre en el sector lateral a la raíz del diente afectado. En algunos casos la lesión del absceso periodontal agudo se identificará por una destrucción ósea difusa, o muchas veces también se observará una gran zona radiolúcida, gran destrucción ósea y en ocasiones asociado, con problemas pulpares.

En casos de osteomielitis se observará en ocasiones una gran zona radiolúcida muy difusa y en los dientes el espacio periodontal agrandado. Existirán ocasiones en las que la osteomielitis no presente rasgos radiográficos.
(13,14)

ETIOLOGIA DEL ABSCESO PERIODONTAL.

Dentro de la etiología de la enfermedad periodontal encontraremos que existen tres tipos de factores que son:

- a).- Factores locales o extrínsecos.
- b).- Factores generales, intrínsecos o sistémicos.
- c).- Factores iatrogénicos.

Como los factores locales suelen ser los que más actúan dentro de la formación del absceso periodontal, se rán los que se describirán con más detalles. Los factores generales tendrán un papel de mínima importancia. Los factores iatrogénicos, serán aquellos que se presenten en dientes con bordes sobranes, traumatismos y contactos interdetales anormales. Los factores locales que a continuación se enlistan, son los más importantes en la formación de las bolsas periodontales y posteriormente de abscesos periodontales:

- 1.- Placa dentaria.
- 2.- Película adquirida.
- 3.- Residuos alimenticios.
- 4.- Cálculos.
- 5.- Pigmentaciones.

Dentro de los factores iatrogénicos tenemos únicamente que el trauma de la oclusión y restauraciones mal colocadas son los que podrían producir daño sobre el parodonto.

Los factores locales serán aquellos que se encuentran involucrados con la masticación, la fonación y la deglución. La enfermedad periodontal tendrá las mismas causas a excepción del trauma de la oclusión pues este se considera un irritante sobre el ligamento y no agente causal de la inflamación gingival. Otros factores etiológicos de menor interés serán la impacción de alimentos y hábitos.

Los depósitos dentarios de materia alba suelen ser blandos y duros produciendo química y mecánicamente una irritación sobre los tejidos de sostén, proporcionando el medio para la formación de bacterias. (16)

Placa dentaria y Película adquirida.

La Placa dentaria es una matriz proteínica formada de un depósito blando que se localiza generalmente en el tercio gingival de los dientes y que se encontrará formada por varios tipos de bacterias. Se localizarán fácilmente en grietas, en rugosidades y en restauraciones mal colocadas.

Una característica principal de esta placa es que se localizará en la cara vestibular de los molares superiores y en las caras linguales de los dientes ante

riores inferiores y con referencia en las zonas interproximales. La placa tendrá una formación más rápida por las noches durante el sueño que es cuando se ingieren menos alimentos. La placa no se encuentra formada de los alimentos, sino que estos formarán la matriz proteínica y principalmente cuando estos alimentos sean blandos. Esta placa no será fácil de detectar a simple vista y a manera que va aumentando se torna más visible tomando un gris amarillento hasta un color amarillo.

La película adquirida es una capa acelular que se encuentra formada previamente de una capa incolora, traslúcida difundida sobre la corona del diente y en cantidades mayores sobre la encía. La película adquirida tendrá un promedio de formación de uno a dos días.

Materia alba.

Será la causa más común, llegando a ser el irri - tante más importante de la gingivitis. Es una concentra - ción de células epiteliales, lípidos, proteínas y resi - duos alimenticios en mínima cantidad o bien nada. Prefe - rentemente se localiza en el tercio gingival de los dien - tes y en dientes en malposicion.

Residuos alimenticios.

Son restos de alimentos que quedan adheridos so - bre la mucosa o bien sobre la superficie de los dientes - en donde en raras ocasiones suelen contener bacterias, - pues estos alimentos se eliminan de una manera rápida. De

bemos de recordar que la placa dentaria no se deriva de restos alimenticios y tampoco serán el agente causal de la gingivitis.

Cálculo.

El cálculo es un depósito calcificado que se encontrará adherido sobre la superficie dentaria. El cálculo dentario se encuentra clasificado en cálculo supragingival y subgingival.

El cálculo supragingival, es el que se encuentra sobre la encía marginal, este tipo de cálculo no puede llegar a producir bolsas o alteraciones en el hueso. Este cálculo tiene un aspecto amarillento, duro, opaco y arcilloso y que es fácil de desprender por medios mecánicos. Será muy fácil de localizar en la cara lingual de los dientes anteriores inferiores y en la cara vestibular de los molares superiores y principalmente sobre el primer molar. El cálculo se puede llegar a presentar en forma masiva o bien en un solo diente.

El cálculo subgingival se encontrará por debajo de la encía marginal y será capaz de alterar el aparato de sostén dentario formando bolsas periodontales y destruyendo el hueso alveolar propiamente dicho. Tendrá un aspecto pardo oscuro o verde y adherido fuertemente a la superficie radicular. En presencia depósitos masivos la destrucción ósea será horizontal. Y en destrucción ósea más acelerada será vertical; este tipo de cálculo se irá ampliando en sentido apical y tendrá un promedio de formación de 11 a 15 días.

Pigmentaciones.

Las pigmentaciones se presentan sobre la placa dentaria y con el tiempo desaparecen. Presenta un aspecto antiestético llegando a irritar la encía. Estas pigmentaciones no persentan una bacteria específica en su formación y la encontraremos con coloraciones pardas, manchas de tabacos, negra, verduzca, anaranjada, manchas con aspecto metálico que aparecen especialmente en mineros y obreros industriales. (13)

Trauma de la oclusión.

El trauma de la oclusión quedará incluido dentro de los factores iatrogénicos. La lesión del tejido periodontal es causada por las fuerzas oclusales, considerando que el trauma es la lesión del ligamento no la fuerza oclusal.

El trauma oclusal agudo será ocasionado por algunas restauraciones protésicas o cualquier tipo de restauración fuera de oclusión ocasionando ciertos malestares en los dientes antagonistas de dichas restauraciones, malestares que desaparecen después de eliminar el agente causal. La sintomatología principal será la siguiente:

- a).- Movilidad dentaria.
- b).- Dolor a la percusión.

Si el malestar no desaparece el estado del ligamento se tornará más delicado hasta llegar a la formación del absceso periodontal o a la cronicidad del trauma y que a largo plazo provocará la pérdida del órgano dentario. (14)

ABSORCION OSEA.

La pérdida de hueso suele ser el resultado más común y casi inmediato de algún trauma periodontal crónico, pero sin llegar a constituir una prueba directamente de la existencia de bolsas periodontales.

Radiográficamente desde la región vestibular, o bien de las caras palatinas o linguales sean visibles las bolsas periodontales aunque en ocasiones podrán observarse zonas radiopacas muy poco visibles. También se alcanzará a percibir una región radiopaca definida que podría ser alguna alteración ósea en la tabla crotical. (14)

Después del tratamiento difícilmente el hueso volverá a tomar su anatomía, pues el hueso se ha perdido con la infección periodontal. Esto será el resultado de la médula agrandada por la neoformación ósea recuperando su forma normal, produciendo una apariencia vertical falsa y que es una regeneración vertical después del tratamiento de los defectos óseos provocados por la infección con una o dos paredes.

Posteriormente al tratamiento observaremos la lámina dura de la cresta radiográficamente dependiendo de la topografía y la angulación radiográfica. (13)

MORFOLOGIA DE LA LESION OSEA.

El absceso periodontal en su tratamiento dependerá exclusivamente del grado de afección crónica de la lesión, por su localización y de la forma de destrucción ósea. Las bolsas periodontales llegan a producir defectos intraóseos en zonas en donde el hueso es grueso y el defecto puede ser ancho o estrecho.

Las bolsas intraóseas son desde el punto de vista histológico, iguales que las demás bolsas, con un lado de tejido duro y que es el cemento; y por el otro lado el epitelio que viene a ser tejido blando. Pero la diferencia radica en que la bolsa intraósea se encuentra rodeada de hueso por los tres lados.

Cuando el absceso periodontal se llega a localizar en la bifurcación de los molares, la permanencia del molar se pone en peligro de perderse. Encontraremos que cuando existe el tratamiento correspondiente en abscesos agudos el hueso se reparará en forma acelerada. El éxito del tratamiento dependerá de la agudeza o cronicidad de la lesión y principalmente de su localización y de la amplitud de la afección.

OSTEOMIELITIS.

La osteomielitis se define como una inflamación-- del hueso y la médula ósea. Generalmente tendrá tendencia a extenderse desde una pequeña zona a una amplia zona. En la osteomielitis se presentará como único síntoma un dolor intenso, pero sin llegar a presentar manifestaciones radiográficas de alteraciones óseas. pudiéndose presentar dichas manifestaciones súbitamente de un día a otro muy -- significativas.

Esta alteración pone al hueso afectado en un estado muy conservador, pues la osteomielitis se presenta en forma muy severa tornando al hueso sumamente frágil y con el riesgo de producirse una fractura. En este proceso patológico encontraremos que existe gran destrucción de la irrigación sanguínea dentro del hueso provocando necrosis ósea en un área extensa o una sección localizada -- pequeña del hueso, a este proceso se le llama secuestro.-- (14) Generalmente las características clínicas de una osteomielitis producida por cualquier otra infección, son -- los mismos que serán provocados por cualquier infección -- dento-alveolar. La mayor parte de las osteomielitis serán producidas por microorganismos gram positivos y en mínima parte de gram negativos. El tratamiento de la osteomielitis será a base de antibioterapia y siempre que una osteomielitis sea tratada desde el principio de su afección se verá favorecida en la formación de hueso nuevo.

En la osteomielitis crónica siempre será necesaria la administración de algún antibiótico y la consiguiente eliminación quirúrgica de hueso afectado.

En la osteomielitis aguda únicamente se administrará antibioterapia, si que se lleve ningún tipo de eliminación quirúrgica, aquí se elimina cualquier tipo de instrumentación, poniéndose de manifiesto el peligro de una probable fractura. En la osteomielitis aguda únicamente se llevará a cabo una incisión para que el exudado purulento drene. (17)

Según las manifestaciones clínicas la osteomielitis en cualquier otra parte de cuerpo no se diferencia de las infecciones dentoalveolares. En el maxilar inferior será por predilección la zona de mayor frecuencia para la osteomielitis (principalmente en la sinfisis). El pus drenará por el rededor de los dientes afectados ocasionando una movilidad significativa y elevando a los dientes por encima del plano oclusal, el espacio periodontal se verá agrandado radiográficamente por el proceso supurativo. En ocasiones la osteomielitis rebasará los límites del ápice dental. (17)

DIAGNOSTICO DEL ABSCESO PERIODONTAL.

El odontólogo siempre que tenga que diagnósti - car el tipo de absceso del que se trate, deberá de contar con métodos de diagnóstico necesarios para llegar al diag - nóstico del absceso periodontal. Los datos que se citarán posteriormente nos ayudarán al diagnóstico.

Uno de los síngos más significativos para el diag - nóstico del absceso será la continuidad de las papilas in - terdentarias, que generalmente se encontrarán disminuidas en estos casos, además encontraremos que el diente respon - derá a pruebas de vitalidad, no será doloroso a la percus - sión vertical, no habrá modificación de la sensibilidad - a los cambios térmicos y su dolor será localizado. Presen - tará movilidad dentaria que será variable según el grado - de afección y dolor acentuado en los movimientos mastica - torios. El paciente experimentará desde un dolor leve has - ta un dolor intenso sordo o continuo, agudo y penetrante.

Radiográficamente la lesión se identificará como - una zona circunscrita y radiolúcida, donde se podrá obser - var destrucción ósea difusa. (16)

Existirá ocasiones en el que el absceso periodon - tal no se localizará sobre la zona dañada por la bolsa, - como por ejemplo; una bolsa interproximal en un molar pre - sentará su manifestación en la zona de la bifurcacion. Se - rá muy común que los abscesos periodontales tenga reper - cusiones en el ápice provocando abscesos periapicales. La - severidad de los abscesos periodontales llegará a ser tal que muchas ocasiones destruirán tejidos blandos llegando - a producir fístulas por donde drenará posteriormente el - exudado purulento. (13)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE ABSCESO PERIODONTAL - GINGIVAL-PERIAPICAL.

En la actualidad la mayoría de los odontólogos se enfrenta a casos de abscesos y en la gran parte de los estudios se atreven a diagnosticar sin contar con los recursos necesarios para llegar al diagnóstico deseado, es por eso que tratamos de dejar clara la sintomatología que diferencia al absceso periodontal de un periapical y de un gingival, así como sus aspectos radiográficos.

Si bien sabemos la sintomatología de los tres abscesos suele ser muy similar, ya que se presentan casi sobre la misma zona y con signos muy similares radiográficamente; cuando se presenta una zona radiolúcida en el sector lateral de la raíz se tratará de un absceso periodontal; pero cuando la zona radiolúcida se localice en una zona más apical se referirá a un absceso periapical y por último en el absceso gingival este absceso se presentará con más confusión, pero su diagnóstico se basará exclusivamente en su historial clínico y a que será originado por un traumatismo dentro de la encía o bien como respuesta a una inflamación aguda sobre la encía marginal.(11)

Existirán casos en los que el absceso periodontal se extenderá hacia la zona apical, provocando así el traumatismo a la pulpa dental, diagnosticando así un absceso-periapical y a la vez periodontal, este tipo de alteración también puede presentarse a la inversa (periapical - periodontal).

El absceso periapical tendrá su origen a partir -

de una lesión provocada por caries y que ha tenido comunicación pulpar o de cualquier otra patología. Mientras que la pérdida de solución de continuidad, pérdida de hueso alveolar y traumatismos locales dará origen al absceso periodontal. (14)

Cuando se presente una fístula que tendrá su drenaje en posición lateral a la raíz afectada nos referirá un caso de absceso periapical, el cual tendrá su drenaje en una zona más apical del diente afectado. Cuando ninguno de estos indicios nos refiere lo anterior se pensará en un absceso gingival, que dando siempre sobre la encía marginal en zonas que fueron sanas anteriormente. (12)

Las razones señaladas anteriormente deberán tomarse en consideración para obtener el diagnóstico acertado y el éxito del futuro tratamiento.

ABSCESO PERIODONTAL Y MOVILIDAD DENTARIA

Se considera que existe un grado de movilidad normal en la cual el odontólogo, se deberá basar para saber si esta movilidad es ocasionada por una patología significativa.

La movilidad fisiológica tendrá una variación muy regular de una persona a otra. La movilidad anormal será aquella que presente un movimiento más acentuado que la movilidad fisiológica.

En la pérdida del hueso alveolar y la destrucción del ligamento periodontal, es el resultado de una enfermedad periodontal no tratada con el debido tiempo, provocando así movilidad dentaria. Esto también traerá como consecuencia la supra-erupción dentaria llegando a alterar la oclusión normal y trastornando los movimientos normales de la masticación, pues la interferencia oclusal ocasionará fuertes dolores sobre la zona afectada. (14)

EL ABSCESO PERIODONTAL COMO FACTOR IMPORTANTE DE LA PERDIDA DENTARIA.

Cuando el absceso periodontal se torna en un grado demasiado avanzado y delicado, afectando una o más caras de la raíz y se encuentra que el hueso está destruido por debajo del tercio apical de la raíz, estará indicada la extracción dentaria.

De no ser extraído este diente se puede llegar a producir una migración patológica o sobre erupción dentaria ocasionando dolor en dicho diente, en este momento presentará movilidad dentaria y sensibilidad considerables.

Cuando se realiza un estudio radiográfico se obtendrán siempre bases y será más fácil determinar si el diente tiene que extraerse o tratarse para su permanencia en la boca del paciente efectuando el tratamiento indicado. (13, 14)

TRATAMIENTO E INSTRUMENTACION DEL ABSCESO PERIODONTAL.

El plan de tratamiento es muy importante para el resultado favorable del mismo. Es por eso que en el tratamiento siempre el odontólogo hará lo posible para que el diente permanezca en la boca del paciente.

En el tratamiento del absceso periodontal deberá haber un enfoque principal a la alimentación de los depósitos dentarios calcificados y tejidos afectados por el cálculo, que se encuentra dañando al aparato de sostén dentario. El éxito del tratamiento dependerá principalmente de un estudio radiográfico y clínico de la zona afectada, además de la localización y extensión de la lesión ósea y la eliminación total de los depósitos calcificados que se encuentran adheridos al cemento dentario y así favorecer la nueva formación del ligamento periodontal y lograr su inserción en el cemento, hueso y adherencia epitelial.

En el absceso agudo se tendrá que hacer una premedicación de un antibiótico, lo que no se hace en el absceso crónico los pasos siguientes para el tratamiento serán los mismos.

El objetivo principal del tratamiento del absceso es el de limitar la destrucción ósea y la pérdida dentaria y así obtener las condiciones favorables para los dientes del paciente a tratar. (14)

Tratamiento.

Es de suma importancia saber que el raspado o legrado es el procedimiento que se encarga de eliminar los depósitos calcificados o cálculos. La eliminación correcta del cálculo y el empleo correcto del instrumental nos dará como resultado el éxito del tratamiento. El tratamiento es el siguiente:

1o. Se deberá de administrar al paciente algún antibiótico para reducir la infección, el malestar general y la fiebre en caso de que se presente. Se provocará un drenaje para el exudado purulento sea expulsado.

2o. Se realizará un estudio radiográfico de la zona afectada para saber el grado de destrucción del ligamento y del hueso. En caso de que se tuviera que extraer el diente, el estudio servirá como auxiliar para no tener problemas durante la extracción.

En su segunda cita se procederá a los preparativos del campo operatorio.

3o. Se procederá a anestésiar la zona afectada por el absceso periodontal. En el caso del maxilar superior se bloqueará por medio de la técnica supraperiostíca en el diente dañado; pero en caso de que los dientes contiguos tuvieran molestias se aplicaría el anestésico con la misma técnica. Cuando fuese en el maxilar inferior se emplearía el bloqueo del nervio dentario inferior de un lado o de ambos cuadrantes. Cuando se llegará a presentar el caso de que se encuentran afectados los dientes anteriores se emplearía el bloqueo del nervio mentoniano-

bilateralmente.

4o. Se aislará el absceso con gasa, una vez seco se llevará a cabo la antisepsia.

5o. Se procede a realizar un colgajo tipo Newman con un bisturí de Bard Parker con hoja del número 12, sobre la zona afectada, desde el margen gingival hasta la unión mucogingival y así haya más visibilidad. En caso de que haya exhumado purulento y sea expulsado se lavará con agua bidestilada o suero glucosado.

INSTRUMENTACION.

6o. Se sondeará la zona afectada de la forma siguiente. Se introducirá la sonda suavemente y con firmeza en una sola dirección; realizando el mismo procedimiento de la misma forma en las cuatro caras del diente. La sonda parodontal nos servirá para medir la profundidad de las bolsas periodontales.

- Se explorará la bolsa para detectar los depósitos calcificados indicándose la extensión y dirección, para facilitar la introducción de los instrumentos en la bolsa periodontal. Este procedimiento se realizará con un explorador.

- El siguiente paso será el de marcar la profundidad de las bolsas con una pinza marcadora, que se introducirá tomando cuenta el eje longitudinal del diente, suavemente hasta lo más profundo de la bolsa, en este momento se presionará la pinza hasta producir un punto sangran

te y que será la marca de la profundidad de la bolsa, esto se repetirá durante varias ocasiones. Esta pinza marcadora tendrá una gran similitud con las pinzas de curación, pero su única diferencia es de que una punta presentará una angulación de 90 grados.

- Se eliminará todos los depósitos visibles por encima del margen gingival, a este nivel se colocará el raspador desprendiendo el cálculo con un movimiento firme en dirección coronaria. Estos raspadores superficiales comprenden tres instrumentos con dos bordes cortantes por instrumento y se activará con una angulación de 90 grados (menor). Estos raspadores tendrán una forma de hoz con puntas redondeadas al igual que los profundos.

- Se procederá a eliminar los cálculos profundos con raspadores profundos, que serán más finos que los superficiales. Se activará de la misma forma que los anteriores. Solo que tomará el cálculo subgingival desde su parte más inferior para eliminarlo en su totalidad. Estos son un juego de dos instrumentos con dos puntos de trabajo por cada instrumento.

- Se eliminarán los restos de depósitos calcificados y cemento blando. Este instrumento consta de dos instrumentos y nos servirá también para el aislado de la raíz. Su activación será la misma que la de los raspadores. Estos instrumentos serán las azadas.

- Se continuará con la eliminación de cálculos interproximales por medio de cinceles, utilizándose generalmente en dientes anteriores y demasiado juntos. El cincel contará con dos puntas de trabajo y se activarán des-

de la superficie vestibular hacia la superficie lingual - con movimientos de empuje, pero con firmeza y así permitir el uso de otros instrumentos utilizados para el raspaje.

- Por último emplearemos las curetas para eliminar la capa interna o adherencia epitelial y restos de fibras periodontales o bien defectos óseos causados por la infección, pero también se utilizará para el alisado radical. La activación de las curetas se efectuará en dirección coronaria. La cureta se activará inicialmente en forma apical, efectuando posteriormente un giro, de manera que tome el revestimiento de la pared de la bolsa y haciendo una ligera presión sobre el tejido externo de la bolsa y retirándola en dirección coronaria.

- En raras ocasiones se alizará la raíz con limas.

- Se revisará si no se dejó recidiva del cálculo, ya revisado se sigue como paso inmediato al pulimento de la superficie radicular.

- Se lavará la zona tratada ya sea con agua bides-tilada o suero glucosado; posteriormente se unirá el colgajo al hueso para revisar si existen zonas isquémicas sobre la encía y si existen, deberá de eliminarse el agente causal.

- Por último se suturará con puntos separados y se colocará un apósito quirúrgico en caso de que se amerite, si existe una movilidad muy marcada se ferulizará el diente afectado.

7o. Recomendaciones post-operatorias. Se deberán de evitar alimentos que irriten los tejidos procurando - ingerir alimentos de consistencia blanda. Se evitarán picantes, carne de cerdo, etc., se administrarán antiinflamatorios, analgésicos en caso de dolor. Se le recomendará al paciente realice enjuagues con algún antiséptico oral por la mañana y por la noche.

Se deberá aplicar fomentos con agua caliente, alternándolos con fomentos con hielo, este procedimiento se deberá realizar durante treinta minutos tres veces al día en caso de que se presente inflamación.

8o. Se le recomendará al paciente regrese en una semana para quitar los puntos de sutura y efectuar una revisión de control.

Se deberá de recordar que en gran parte el éxito del tratamiento dependerá de la cooperación del paciente, y algo que el odontólogo no deberá de pasar por alto es - el concientizar al paciente sobre su problema. (13) FO

CASOS CLINICOS

Caso clínico # 1

Edad 36 años

Pronóstico reservado

Sexo Femenino

Datos clínicos. No reporta alteraciones sistémicas. El paciente señala un dolor sordo sobre la zona del incisivo superior derecho. Presenta una fístula que drena continuamente. Se observa una fístula junto a la base de la inserción del frenillo y sobre la unión mucogingival. Al sondeo reporta una bolsa periodontal profunda en el diente afectado. Con movilidad de 2.5 grados, con un dolor intenso a la percusión horizontal.

Aspecto radiográfico. Presenta una extensa zona de pérdida ósea pero más marcada sobre la zona mesial y vestibular del incisivo superior derecho.

Diagnóstico. ABSCESO PERIODONTAL CRONICO.

Tratamiento. En la primera cita se prescribe algún antibiótico. En la segunda cita seis días después se procede a la intervención. Se utilizará un colgajo de Newman amplio para permitir mejor visibilidad por el sector vestibular, abarcando de canino a canino. Se realizarán los pasos que se señalaron anteriormente en el tratamiento. Por último se sutura con puntos aislados, colocando posteriormente un apósito quirúrgico. Se le dará cita posterior para revisión de control. (14) FO

Caso clínico # 2

Edad 42 años

Pronóstico reservado

Sexo femenino

Datos clínicos. No reporta alteraciones sistémicas de importancia. Un mes atrás la sintomatología inicial fue un dolor sordo no constante, apareciendo posteriormente una fístula. El agrandamiento gingival y las bolsas profundas, fueron el resultado de una prótesis mal colocada en el central superior izquierdo al canino del mismo lado. Las pruebas a la percusión horizontal fue dolorosa pero menos intensa en la percusión vertical.

Aspecto radiográfico. Se observó destrucción externa de la pared alveolar mesio-vestibular. La cara distal ósea presentaba poca destrucción ósea de la pared.

Diagnóstico. ABSCESO PERIODONTAL AGUDO.

Tratamiento. Se premedicará al paciente durante la primera cita para que posteriormente en la segunda cita se lleve a cabo la intervención. Se realizó un colgajo de Newman que va desde la cara mesial del central superior izquierdo a la cara distal del canino del mismo lado, se efectuó un colgajo palatino para proporcionar mejor visibilidad. Al suturar se efectuaron puntos separados y la colocación de un apósito quirúrgico sobre la zona tratada. Se efectúa el mismo procedimiento que en el caso anterior. (14) FO

MEDIDAS PREVENTIVAS.

Para nadie solerfa ser un hecho ajeno que la actividad odontológica se inició como una labor enteramente curativa y que durante muchos años se buscaron los tratamientos y medidas preventivas para aminorar las afecciones dentarias. Pero a medida que se fue conociendo el origen maligno de las bacterias se iniciaron los primeros intentos para cambiar aquella actividad curativa en una actividad preventiva.

Esta actividad preventiva no será, ni será nunca una labor privativa de los especialistas odontólogos y mucho menos para el odontólogo general. Siendo el aspecto preventivo el objetivo más importante dentro de la salud pública; los desaciertos cometidos se vuelven más dolorosos y significativos, dado el enfoque socioeconómico que los rodea.

El Cirujano Dentista deberá darle importancia al hecho de informarle al paciente de su verdadero estado de salud bucal de tal manera que se logre concientizarlo para hacerlo sentir responsable del cuidado de su boca.

La caries y la enfermedad periodontal, serán las enfermedades mas comunes y sobre las que la prevención abarca un campo muy amplio. Estas enfermedades tendrán su origen de la Placa dentobacteriana (PDB). Es por eso que debemos darle mayor importancia a las medidas preventivas y no al tratamiento, pues limitará y las medidas preventivas impedirán el daño a los tejidos periodontales.

El cepillo dental, el hilo de seda dental, el palillo interdental, la dieta y las sustancias reveladoras serán los medios más importantes de prevención dentaria. Entonces tendremos que el uso del cepillo dentario, no significa tallar los dientes, sino que junto con una técnica de cepillado adecuado auxiliado por un dentrífico se eliminará la placa dentobacteriana o algún riesgo de caries en los dientes. El cepillo más recomendable para realizar la técnica constará de cerdas blandas y redondeadas de sus puntas, para que así se introduzcan con facilidad en las zonas interproximales y elimine la PDB.(11)

La técnica de cepillado más recomendable es el método de Bass, este método se realiza de la siguiente manera:

Se recomendará que el cepillado se realice frente a un espejo, para que el paciente vea la colocación de las cerdas del cepillo correctamente.

1.- Se colocará la cabeza del cepillo a nivel del plano oclusal con las cerdas en dirección gingival, con una angulación promedio de 45 grados. Se colocarán las cerdas dentro del surco gingival ejerciendo una ligera presión y posteriormente se vibra en sentido mesio distal con movimientos cortos. Estos movimientos se realizarán, tanto en la superficie vestibular y en las superficies palatinas y linguales de los dientes posteriores, una vez realizados estos movimientos, se colocará el cepillo en la misma posición dando un giro en sentido cervico-oclusal igualmente sobre todas las superficies de los dientes posteriores.

2.- En las caras oclusales de los dientes posteriores se colocará el cepillo con las cerdas en sentido oclusal introduciendo las cerdas en los surcos, una vez colocado el cepillo se activará con un sentido mesio-distal con movimientos cortos. El movimiento se realizará sobre la superficie de todos los molares.

3.- En los dientes anteriores sobre las caras linguales y palatinas se colocará el cepillo en sentido vertical y se activará con un golpeteo ligero y repetitivo; después sin separar el cepillo de la superficie dentaria-palatina y lingual se activará en sentido cervico oclusal. El cepillo también se podrá colocar en posición horizontal.

4.- En las caras vestibulares de los dientes anteriores se empleará el movimiento circular sobre la superficie dentaria sin separar el cepillo, estos movimientos se realizarán varias veces hasta eliminar la PDB.

Los movimientos de limpieza siempre tendrán su comienzo desde la parte distal.

La mayoría de los pacientes incurre en el error de darle la mayor al DENTIFRICO y no al cepillo dental, se le deberá de hacer saber que el cepillo es el que elimina la PDB y no la pasta dental que viene a ser un medio de prevención y dar un sabor agradable al cepillado.

Existen cepillos mecánicos, pero el uso de este no es muy recomendable, porque generalmente las vibraciones estarán fuera del control manual y que provocará un cepillado defectuoso.

Las sustancias reveladoras serán un medio vital-

para la prevención, pues pigmentarán los restos alimenticios (PDB) poniendo al descubierto los lugares en donde se acumula.

El hilo de seda dental servirá para eliminar la placa de las zonas interproximales desde el surco gingival hasta el plano oclusal, este hilo se utilizará de la siguiente forma:

Se corta más o menos unos 10 cm. de hilo, los extremos del hilo se enredarán en los dedos índices tensiéndolo, el hilo se introducirá desde el plano oclusal por la zona interproximal; se colocará el hilo desde el surco gingival dirigiéndolo hacia el plano oclusal sin se pararlo de la superficie del diente. Este movimiento se realizará en todas las zonas interproximales.

Los palillos interdientales se utilizarán para eliminar los residuos alimenticios que se escapan durante el cepillado dental. Estos palillos se pueden encontrar de caucho, de madera y plástico.

Se recomienda que después de ingerir alimentos de consistencia blanda se ingieran alimentos que presenten consistencia rígida para que así se eliminen los residuos alimenticios adheridos a la superficie dentaria.

Realizando estas medidas preventivas, el paciente se verá beneficiado al impedir la enfermedad periodontal y también la caries dental. Se recomienda al paciente que no suspenda sus visitas periódicas con su odontólogo. (13)

DISCUSION.

La odontología moderna es una cadena constituida por una serie de importantes detalles en lo que concierne a las enfermedades periodontales y la caries dental.

Lo desarrollado anteriormente es una muestra de lo que el dentista de práctica general puede hacer en el campo de la limitación del daño y lo más importante que es la prevención. La prevención siempre se deberá enfocar principalmente en los niños, pues ellos en un futuro deberán de enfrentarse a los mismos riesgos de los adultos. Dicha actividad que podrá realizar sin necesidad de contar con un equipo especial ni con conocimientos profundos. La prevención es un campo que nos compete a los dentistas, dada la cantidad de males que azotan a nuestra población y que causan tantos conflictos de tipo psicológico y de aspecto material.

Así como la educación del hombre debe de iniciarse en la etapa más tempranas de la vida, la adquisición de buenos hábitos de salud bucal también debe de partir desde la misma edad.

La Odontología preventiva ofrece para el cirujano Dentista dedicado a la práctica general en forma institucional o privada, la más prometedora solución a los problemas de salud bucal. La enorme prevalencia de la enfermedad periodontal existen muy pocas perspectivas para superar los que hasta ahora han sido programas de prevención si es que han existido, pues es de vital importancia que empiecen a surgir medidas preventivas al alcance.

C O N C L U S I O N E S

El panorama anterior es una muestra de lo que el Cirujano Dentista puede hacer en el campo de la prevención, actividad que podrá realizar sin necesidad de contar con un equipo especial ni con conocimientos profundos. La prevención de la enfermedad periodontal es un campo que nos compete a los dentistas dada la cantidad de males que azotan a nuestra población.

La Enfermedad Periodontal se ha visto desde principios de la humanidad, que es un problema paulatino pero progresivo, así como irreversible y con mayor afección en la población adulta, que sin duda alguna, es la que sufre con gran pérdida dentaria provocada por dicha enfermedad.

Para una buena prevención resulta más práctico efectuar una programación de educación oral clara y sencilla que detalle lo siguiente:

Concientizar al paciente para adquirir un hábito como lo es el cepillado, siendo necesario explicar las dificultades que se presentarán cuando utilice la nueva técnica. Por desgracia la población infantil, generalmente suele carecer de estos cuidados y que cuando asiste por primera vez al consultorio dental ya tienen un hábito incorrecto o no se cepillan los dientes.

En la actualidad existen tres clases de cepillos dentales; blando, mediano y duro. Los más recomendables son los dos primeros. El cepillo deberá estar condiciona-

do al estado en que se encuentren los tejidos blandos; -- los cepillos tendrán que ser de puntas redondeadas. El tipo de movimiento del cepillo puede ser circular, horizontal, oblicuo o una combinación de todos ellos; las puntas de las cerdas del cepillo deberán estar actuando perpendicularmente a la cara por cepillar. Será conveniente implantar por razones obvias, un tiempo de cepillado que deberá irse aumentando paulatinamente, comenzando por un minuto hasta llegar a diez en un término de ocho días.

El hilo de seda dental deberá emplearse en zonas en las que el cepillo no tiene acceso (interproximalmente). Por lo que se refiere al palillo interdental, podemos decir que si se usa con prudencia podrá ser de gran utilidad para eliminar también la placa interproximal. La detección de la placa dentobacteriana se lleva a cabo por medio de las sustancias reveladoras llevadas directamente a la boca tiñendo el lugar donde se encuentra la placa. -- En lo que se refiere a la dieta se deberán eliminar o reducir los alimentos que contengan carbohidratos.

Si todo lo anterior se realiza lo mejor posible, -- tendremos resultados muy favorables para el paciente, ya que así no sufrirá mas de alteraciones parodontales. En -- pacientes que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas en las que los procedimientos han sido los correctos y que además el paciente cumpla con las indicaciones post-operatorias se podrá decir que el tratamiento tuvo -- éxito. Pero si el paciente que no empleo el cepillado correcto desde un principio y por consiguiente los métodos auxiliares habrá pocas posibilidades de éxito.

Un gran número de odontólogos suele abandonar los

programas preventivos como consecuencia de la desilución de ver que sus pacientes no asimilan las indicaciones prescritas. Nos duelen todos los fracasos, sobre todo cuando tratamos de llevar a cabo la prevención. Siendo el aspecto preventivo el objetivo más importante dentro de la odontología los desaciertos son más significativos dado el enfoque socioeconómico que los rodea.

PROPUESTAS.

En vista de que en la actualidad existe un gran número de alteraciones periodontales, consideramos que es muy necesario implantar un programa de salud y de control sobre un determinado grupo.

El programa que se llegará a implantar debe de ser sencillo y objetivo de manera que las personas, en una explicación clara y sencilla por parte del odontólogo o de su asistente, capten en forma debida el procedimiento que ha de seguir para adquirir un buen hábito de higiene bucal.

El odontólogo deberá de contar con recursos necesarios para facilitar el entendimiento del empleo de los métodos auxiliares de prevención y técnica de cepillado. Se emplearán rotafolios ejemplificando la técnica de cepillado; y un cepillo dental para que junto con un tipo de dento las personas practiquen la técnica indicada, tabletas o sustancias reveladoras de PDB, hilo de seda dental-palillos interdetales.

El odontólogo señalará a cada persona el tipo de cepillo dental que deberá emplear según su caso, así como de la pasta dental. Así pues, cada uno de nosotros y de acuerdo con las dimensiones y características de nuestros consultorios o clínicas dentales debemos emplear por lo menos un espacio para reunir un determinado número de personas y así efectuar la enseñanza de los métodos preventivos. Sería recomendable que este espacio contará con un lavabo y una fuente de luz.

Se recomienda que el número de personas no sea muy grande para que así el odontólogo pueda dedicarles un poco de tiempo a cada una de ellas. Esta labor puede ser auxiliada por el asistente dental. Deberán emplearse las pláticas necesarias hasta que todas las personas hayan entendido la importancia del empleo de dichos métodos.

A nivel Institucional resulta un tanto difícil llevar a cabo un programa con estas dimensiones, ya que el Cirujano Dentista se encuentra con la obligación de atender de 10 a 14 pacientes en un lapso de tres horas que son las que laboran en las instituciones, en las cuales solo se dará atención curativa y de limitación del daño sin darle importancia a lo preventivo. La prevención que se efectúa en las instituciones se enfoca principalmente a enfermedades con degeneraciones sistémicas (poliomielitis, tuberculosis, etc.).

A este nivel la odontología queda relegada en un segundo término, por la razón de que no existen programas preventivos benéficos a los pacientes ya sean niños o adultos, es por eso que nosotros consideramos a estos programas más importantes que las medidas curativas y de limitación del daño. Es por eso que resulta de gran importancia llevar a cabo un programa preventivo en todos los aspectos posibles; aún cuando se ve imposible, por lo menos, se debe de efectuar en la clase media baja, pues de ellas pertenece la mayor incidencia de esta enfermedad periodontal.

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

B I B L I O G R A F I A.
Propórcionada por el CENIDS.

- 1.- August DS.
The radicular lingual groove an over locked differen-
tial diagnosis.
Págs. 1037-9
1980.
- 2.- Costa RL.
Cutaneous odontogenic sinus.
Págs. 521-4
1980.
- 3.- Costa RL Jr.
Incidence of caries and absceses.
Págs. 501-14
1980.
- 4.- Dass S.
Apexificati3n in a nontival tooth by control of in -
fecti3n.
Págs. 880-1
1980.
- 5.- Levison.
Oculti dental infecti3n as a cause of fever of obscu-
re origin.
Págs. 463-7
1978.

- 6.- May Dr.
Metastatic peptostreptococcus intermedius endophthalmitis after dental procedure.
Págs. 662-5
1980.
- 7.- Meyer FW.
Wound Healing Following curettement of bifurcación -- absceses of human primary molars.
Págs. 870-2
1980.
- 8.- Torabijena M.
Squamous cell Carcinoma of the gingiva.
Págs. 870-2
1980.
- 9.- Towes A.
Oropharyngeal Sepsis With Endothoracic Spread.
Págs. 265-8
1980.
- 10.- Weiner M.
Simplified Technique for Sonication and Processing of dental plaque samples.
Págs. 579-83
1979.

Libros de texto. Todos los libros son de la última edición.

- 11.- Daniel A. Grant.
Periodoncia de Orban.
Ed. Interamericana.
Págs. 314-375.
- 12.- E. V. Zegarelli.
Diagnóstico en Patología Oral.
Ed. Salvat.
Págs. 107-9.
- 13.- I. Glickman.
Periodontología Clínica.
Ed. Interamericana.
Págs. 55,72,236,242, 765 y 772.
- 14.- John F. Prichard.
Enfermedad Periodontal Avanzada.
Ed. Labor.
Págs. 25, 49, 456, 464, 635 y 660.
- 15.- Provenza Vincent.
Embriología e Histología Odontológicas.
Ed. Interamericana.
Págs. 163, 200, 90 y 94.
- 16.- Robert J. Gorlin.
Patología Oral.
Ed. Salvat.
Págs. 464-465.

- 17.- William G. Shafer.
Tratado de Patología Bucal.
Ed. Interamericana.
Págs. 456, 709, 711, 741 y 742.

Revistas:

FO. Núm. 22. Vol. V. 1978. Mayo-Octubre. Absceso Periodon
tal.