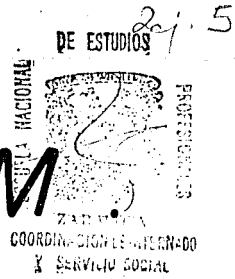


U . N . A . M .



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA

PROYECTO DE LA INVESTIGACION

*BOLSAS PARODONTALES SUPRAOSEAS E INFRAOSEAS*

**ODONTOLOGIA**

ALUMNO : JOSE SALVADOR NUÑEZ ALVARADO

ASESORES : DR. J. JESUS REGALADO AYALA

DRA. SILVIA HERNANDEZ ZAVALA

No. CUENTA : 7630165 - 8

PLAZA : 87070

PROMOCION : I-VIII-87 . AL 31-I-88 .

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

PROLOGO .....	1
INTRODUCCION .....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
OBJETIVOS .....	4
JUSTIFICACION .....	5
VARIABLES E HIPOTESIS .....	6
DEFINICION DE CONCEPTOS .....	7
MARCO TEORICO	
PERIODONTO .....	9
CLASIFICACION DE BOLSAS PARADONTALES .....	10
HISTOPATOLOGIA DE LA BOLSA SUPRAOSEA .....	12
MECANISMO DE DESCALCIFICACION Y REMINERALIZACION DEL CEMENTO .....	14
CAMBIOS PULPARES ASOCIADOS A LAS BOLSAS PERIODONTALES .....	15
DIFERENCIA ENTRE BOLSA SUPRA E INFRAOSEA .....	16
TECNICA DE RASPADO Y CURETAJE .....	17
TRATAMIENTO DE BOLSAS PERIODONTALES .....	20
PARADONTITIS .....	23
PATOGENIA .....	25
DATOS MICROSCOPICOS .....	27
PRONOSTICO .....	29
TERAPEUTICA .....	31
METODOS E INSTRUMENTOS	
RESULTADOS .....	32
GRAFICAS .....	38
ANALISIS DE RESULTADOS .....	43
CONCLUSIONES .....	45
PROPUESTA Y/O RECOMENDACIONES .....	47

INFORME DEL SERVICIO SOCIAL .....	48
BIBLIOGRAFIA .....	50

## P R O L O G O

Como egresada de la ENEP - ZARAGOZA de la carrera de Cirujano Dentista puede decir que el sistema modular en la enseñanza profesional que imparte esta escuela me ha brindado conocimientos y practica en mi formación como profesionista, lo cual estoy satisfecha de haber tenido la oportunidad de llevar a cabo toda mi carrera profesional. Y tener orgullo de ser un elemento formado por la ENEP - ZARAGOZA.

En el transcurso de mis estudios me he dado cuenta que se han creado nuevos lineamientos y metas, ya que cada generación que termina se encuentra mejor preparada; da gusto ver que no termina nunca esta evolución que servirá para mis compañeros y de provecho para la comunidad que está en nuestras manos día a día.

En cuanto a mi persona, quisiera tener palabras precisas para dar gracias a mis profesores, y en especial a los de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En cuanto a mi trabajo de investigación, con el gran apoyo y orientación del Dr. Jesus J. Regalado Ayala y a la Dra. Silvia Hernández Zavala, agradezco su tiempo y paciencia prestados.

A mis padres, esposa e hija dedico con todo cariño, mi esfuerzo, que no terminará sino con mi titulación, y posteriormente con mi superación personal.

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

La investigación realizada se basa principalmente en determinar el porcentaje de bolsas paradentales supra e infraóseas que se presentan en la comunidad que asiste a tratamiento a la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas.

Las bolsas paradentales son la alteración que se han presentado con mayor frecuencia en la edad adulta como consecuencia de los malos hábitos de higiene, dietas blandas, maloclusiones, agentes físicos etc.

La bolsa paradental es la profundización patológica del surco gingival, que trae como consecuencia la destrucción del hueso alveolar, inflamación del ligamento periodontal, inflamación de tejidos blandos, además como consecuencia movilidad dentaria y por último las pérdidas dentarias.

Los principales instrumentos para detectar las bolsas paradentales son principalmente las radiografías y las sondas paradentales.

En las radiografías podemos observar el tipo de destrucción ósea que se presenta y así calificar de qué bolsa se trata.

Esta investigación está encaminada a detectar que bolsa paradental es más frecuente en una muestra de 117 pacientes de 30 a 60 años de edad de ambos sexos. Determinaremos en qué sexo es más frecuente y qué dientes son los más afectados por las bolsas paradentales para un mejor diagnóstico y tratamiento.

**PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA**

Qué porcentaje de pacientes que acuden a atención en la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas, presenta bolsas paracentales supraóseas e infraóseas. En adultos de 30 - 60 años de edad de ambos sexos, en el periodo de agosto de 1987 a enero de 1988.

**OBJETIVOS****OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el porcentaje de la población afectada por bolsas paradentales supraésea e infraésea en pacientes de 30 - 60 años de edad de ambos sexos que acuden a atención a la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1.- Determinar el estado de salud en que se encuentra la comunidad.
- 2.- Determinar qué dientes son más afectados y con mayor frecuencia por bolsas paradentales.
- 3.- Analizar si se cumplen con todos los tratamientos de la población afectada por enfermedad paradental.
- 4.- Analizar si existen recursos para brindar atención a la problemática de enfermedad paradental; de la comunidad que acuden a tratamientos odontológicos a la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas.
- 5.- Detectar qué tipo de bolsa paradental es más frecuente si supraésea e infraésea.



## J U S T I F I C A C I O N

El propósito de esta investigación es determinar datos y resultados que sirvan a la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas. Ya que se ignoran datos con respecto a la población que acude a esta clínica con problemas de bolsas paradentales supra e infraósea en pacientes adultos de ambos sexos de 30 - 60 años de edad.

- Determinaremos el porcentaje total de la población afectada por este problema, en una muestra seleccionada.
- Analizaremos en cuántos de los casos detectados se realiza el tratamiento.
- Al conocer estos resultados sabremos si la clínica está en posibilidades de solucionar la demanda de los pacientes que acuden con estos problemas, y si ésta cuenta con los recursos necesarios para atenderlos.

## VARIABLES

**ELEMENTOS:** Adultos con presencia de belsas parodontales supra e infraéscas.

**EDAD:** DE 30 a 60 años.

**SEXO:** Masculino y Femenino.

## HIPOTESIS

En pacientes adultos femeninas de 40 años de edad es mayor el indice de belsas parodontales infraéscas.

## DEFINICION DE CONCEPTOS

- 1.- Absceso: Es un proceso inflamatorio que determina una masa purulenta sin salida al exterior.
- 2.- Antiséptico: Es una sustancia que destruye casi todos los germenos.
- 3.- Aposición: Efecto de pener consecutivamente.
- 4.- Atrofia: Falta de desarrollo de cualquier órgano.
- 5.- Azadas: Instrumento para cavar consiente en una pala cuadrangular de hierre unida a un astil.
- 6.- Bifurcación: Acción de dividirse en dos ramales, brazos e puntas una cosa.
- 7.- Cálculos: Concreción anormal que se forma de iones de calcio, fésero etc., formando una piedra.
- 8.- Diastema: Es el espacio anormal que existe entre un diente y otro.
- 9.- Disfuncional: Es la acción de no ejercer su función.
- 10.- Estrusión: Elemento que sale de su plano anormal.
- 11.- Férula: Aparato rígido colocado que se utiliza para todo el arco.
- 12.- Gingivectomia: Es una operación de dos tiempos que consiste en la eliminación de la encía enferma, raspaje y alisado de la superficie radicular.
- 13.- Infiltrado: Acte de introducir un líquido lentamente entre los poros de un sólido.
- 14.- Infraósea: Significa que esta ubicada por debajo del hueso.
- 15.- Inserción: Acción de introducir una cosa en otra e adherirse a una superficie.
- 16.- Migración: Acción de pasar de un lado a otro.
- 17.- Necrosis: Mortificación de un tejido especialmente el óseo, des - trucción íntima de un tejido.

18.- **Pierrea:** Flujo de pus especialmente en las onfias que causa el mal aliente.

19.- **Resorción:** Acción de resorber de sí una persona un líquido salido de sí misma.

20.- **Radielucida:** Material que permite la entrada de luz.

21.- **Senda:** Instrumento que sirve para medir la profundidad.

22.- **Supraésca:** Significa ubicación por arriba del hueso.

- Sepena Ramón, "Diccionario Ilustrado de la Lengua Española", p. 85, 96, 216, 342, 520, 627.

- Resentein Emilie y Col, "Diccionario de Especialidades Farmaceuticas, p. 10, 11, 12.

- Rieduere Miñen, Enciclopedia la Medicina y Salud, rev. de indices análiticos no. 122,126, 128, 130.

M A R C O T E O R I C O  
P E R I O D E N T E

El periodonto es el tejido de protección y de sostén del diente y se compone de :

- Ligamento periodontal
- Encía
- Cemento
- Mucosa alveolar

El periodonto está sujeto a variaciones morfológicas y funcionales.

El surco gingival es la hendidura semicircular alrededor del diente limitada por superficie dentaria del epitelio que tapiza el margen libre de la encía. Es una depresión en forma de V y sólo permite la entrada de una sonda roma delgada. La profundidad promedio del surco gingival ha sido registrada 1.8 mm con variación de 0 a 6 mm. (1)

La mayoría de las enfermedades periodontales son inflamatorias, como lo prueba el infiltrado celular denso en el corión gingival subyacente a la bolsa, y el exudado, que contiene leucocitos polimorfonucleares y componentes séricos inflamatorios que salen de la bolsa.

En una bolsa periodontal se observa la profundización patológica del surco gingival, es una de las características importantes de la enfermedad periodontal.

El avance progresivo de la bolsa conduce a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte, aflojamiento de los dientes y en casos severos exfoliación de los dientes. (2)

(1) Dr. Glikman Irving; Periodontología Clínica, pág 94

(2) Dr. G. Irving, ob, cit., pág, 95

## CLASIFICACION DE LAS BOLSAS PERIODONTALES

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

### 1.- Balsa Gingival (Relativa)

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

### 2.- Balsa Periodontal (Absoluta)

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

A) Supraósea (supracrestal), en la cual el fondo del hueso es coronal al hueso alveolar subyacente.

B) Infraósea (intraósea, subcristal e intraalveolar), en el cual el fondo de la bolsa es apical a nivel del hueso alveolar adyacente. En este tipo de bolsa la pared lateral de la misma está entre la superficie dentaria y el hueso alveolar. (3)

Las bolsas de diferentes profundidades y tipos pueden coexistir en diferentes superficies de un mismo diente o superficies vecinas de un mismo espacio interdentario.

La clasificación por número de caras afectadas es la siguiente:

I) Simple.- Una cara del diente

II) Compuesta.- Dos caras del diente ó más

La base de las bolsas está en comunicación directa con el margen gingival en cada una de las caras afectadas o superficies del diente.

(3) G. Irving, ob., cit, pág, 136

III) Compleja. Hay una bolsa espiralada que nace en una superficie dentaria y da vueltas alrededor del diente y afecta a una cara adicional ó más. La única comunicación con el margen gingival es la cara donde nace la bolsa. Para evitar pasar por alto bolsas compuestas ó complejas, hay que sondar todas las bolsas en sentido vertical y lateral. (4)

#### SIGNOS Y SINTOMAS

El único método seguro de localizar bolsas periodontales y determinar su extensión es el sondar cuidadoso del margen gingival en cada cara del diente.

Los signos clínicos que a continuación se describen, indican la presencia de bolsas periodontales:

- 1.- Encía marginal rojo-azulada agrandada, con un borde enrollado separado de la superficie dentaria.
- 2.- Una zona vertical azul-rojiza desde el margen gingival hasta la encía insertada y a veces hasta la mucosa alveolar.
- 3.- Una ruptura de la continuidad vestibulo-lingual de la encía interdientaria.
- 4.- Encía brillante hinchada y con cambios de color asociada a la superficie radicular expuesta.
- 5.- Sangrado gingival.
- 6.- Exudado purulento en el margen gingival o su aparición al hacer presión digital sobre la superficie lateral del margen gingival.
- 7.- Movilidad, extrusión y migración de los dientes.
- 8.- La aparición de diastemas donde no los había. (5)

(4) *Ibidem*, pág.137

(5) *Ibidem*, pág.138

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

Dolor localizado e sensación de presión después de comer, que disminuye gradualmente; sabor desagradable en las áreas localizadas; Una tendencia a succionar material de los espacios interdentarios; dolor irradiado en la profundidad del hueso que empeora los días de lluvia; una sensación requera e sensación de picazón en las encías que a veces se describen como carcomidas; la necesidad de introducir un instrumento pun- tiagudo en las encías como alivio por el sangrado que sigue; queja de que los alimentos se atascan entre los dientes; preferencia por comer del otro lado; sensibilidad al frío y al calor; dolor dentario en ausencia de caries. (6)

#### HISTOPATOLOGÍA DE UNA BOLSA SUPRASESA

Una vez formada la bolsa periodontal hay una lesión inflamada crónica complicada por los cambios proliferativos y degenerativos. Presencia de las siguientes características microscópicas:

##### PARED BLANDA

El tejido conectivo está edematoso y densamente infiltrado con plasmocitos, linfocitos y leucocitos plimerfenocleares dispersos. Los vasos sanguíneos aumentan en cantidad, están dilatados. El tejido conectivo presenta diversos grados de degeneración. Además, hay focos necróticos úni- cos o múltiples. Además de los cambios exudativos y degenerativos, el tejido conectivo presenta proliferación, fibroblastos y fibras colágenas.

En condiciones normales no existen bacterias en el tejido conjun- tivo; cuando las bacterias entran en el tejido conjuntivo se crea una barrera formada por la rápida migración de los leucocitos, efectuándose bloqueos por la trombosis y desarrollo de la red de fibrina de la zona.

(6) *Ibidem*, pág. 139



En los casos de las bolsas sumamente profundas, en el tejido conjuntivo del tipo intraalveolar, el absceso puede desarrollarse en los tejidos profundos de septo y formar un absceso paradental o lateral. Este se debe muchas veces a la falta de drenaje de una bolsa profunda o tortuosa o en bifurcación.

La infiltración linfocítica y plasmática es la característica predominante en la paradentitis de las zonas profundas lejos de las superficies de la bolsa. (7)

Probablemente la fusión de estos elementos celulares en la reacción inflamatoria de defensa, en la producción de anticuerpos y toxinas. Las células plasmáticas suelen observarse en grandes masas densas de la encía, dando la impresión de un tumor de plasmocitos. La presencia de estos elementos en la paradentitis prolongada revela quizá un esfuerzo del organismo para neutralizar los efectos tóxicos de las bacterias y los productos de la necrosis tisular. (7)

#### PROGRESO DE LA INFLAMACION

El proceso inflamatorio prolongado rara vez permanece superficial, pues tiene tendencia a profundizarse siguiendo el curso de los vasos sanguíneos; El progreso del proceso inflamatorio en las estructuras más profundas, es el dato más característico de la paradentitis.

La adherencia epitelial de la base de la bolsa varía de longitud en ancho y en el estado de las células epiteliales. Las variaciones oscilan entre una banda angosta y larga y un cúmulo corto y ancho de células.

Las células pueden estar bien formadas en buen estado o presentar una leve degeneración.

Los cambios degenerativos más intensos en la bolsa paradental se producen en la pared lateral. (8)

(7) Dr. Urban y Cel; Periodencia, pág. 314

(8) Dr. Urban y Cel; Periodencia, pág. 315

El epitelio de la pared lateral presenta daños degenerativos destacados. Los Bretos epiteliales e cordones entrelazados de células epiteliales proyectan desde la pared lateral hacia el tejido conectivo adyacente inflamado y con frecuencia más apicalmente que la adherencia epitelial.

Estas proyecciones epiteliales, así como el resto del epitelio lateral, están densamente infiltrados por leucocitos y edemas de tejido conectivo inflamado. Las células sufren degeneración vacuolar y se rompen para formar vesículas. La degeneración y necrosis progresiva del epitelio conduce a la ulceración de la pared lateral, exposición del tejido conectivo subyacente intensamente inflamado y supuración. En algunos casos la inflamación aguda se superpone a los cambios crónicos.

El epitelio de la cresta de la bolsa periodontal por lo general está intacto y engrosado, con los Bretos epiteliales prominentes. Cuando la inflamación aguda se produce sobre la superficie de la bolsa periodontal, la cresta de la encía degenera y se necrosa. (9)

#### MECANISMO DE DESCALCIFICACIÓN Y REMINERALIZACIÓN DEL CEMENTO

A medida que la bolsa se profundiza, el cemento se descalcifica y en algunos casos se produce remoción de la matriz colágena y la pérdida del cemento. Estas alteraciones son concomitantes con la destrucción de las fibras del ligamento periodontal que se produce al paso de la bolsa que avanza.

Al quedar expuestos a la cavidad bucal, puede haber un intercambio de componentes orgánicos e inorgánicos en la interfase cemento salival, produciendo una superficie hipermineralizada de cemento.

(9) Urban y C. ob. cit., pág. 316

La zona hipercalcificada de cemento es detectable mediante el microscopio electrónico, pero la prueba de la microdureza indica que el cemento es normal.

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

La permeabilidad de la pared cementaria de la bolsa está alterada, aumentando el contenido de calcio y magnesio, y el fósforo aumenta e disminuye. Aparecen gránulos patológicos en el cemento y la dentina y puede haber desintegración del cemento en la unión amelocementaria. (10)

#### CAMBIOS PULPARES ASOCIADOS A BOLSAS PERIODONTALES

La propagación de la infección de las bolsas periodontales pueden producir cambios patológicos en la pulpa. Tales cambios originan síntomas dolorosos e afectan adversamente a la respuesta de la pulpa e procedimientos de restauración. La lesión de la pulpa en la enfermedad periodontal se produce por el feramen apical e los canales laterales de la raíz una vez que se ha fundido desde la bolsa a través del ligamento periodontal, atrofia e hipertrofia de la capa odontoblastica, produciendo además una serie de cambios pulpares como hiperemia, infiltración leucocitaria, calcificación intersticial y fibrosis.

Las alteraciones pulpares están correlacionadas con la intensidad de la lesión periodontal, pero no en todos los casos. (11)

(10) *Ibidem*, pág. 317

(11) *Ibidem*, pág. 318

DIFERENCIAS ENTRE BOLSAS INFRAÓSEA Y SUPRAÓSEA

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

BOLSA SUPRAÓSEA

- 1.- El fondo de la bolsa es coronario a nivel del hueso alveolar.
- 2.- El patrón de destrucción del hueso subyacente es horizontal.
- 3.- En la zona interproximal las fibras transeptales se disponen horizontalmente en el espacio entre la base de la bolsa y el hueso alveolar.
- 4.- En la superficie vestibular y lingual, las fibras del ligamento periodental debajo de la bolsa siguen su curso normal horizontal - oblicuo entre el diente y el hueso

BOLSA INFRAÓSEA

- 1.- El fondo de la bolsa es apical a la cresta del hueso alveolar.
- 2.- El patrón de destrucción es angular verticalmente e irregular.
- 3.- En la zona interproximal las fibras transeptales son oblicuas.
- 4.- En la superficie vestibular y lingual, las fibras del ligamento periodental siguen el patrón angular del hueso adyacente. (12)

(12) Dr. Luis Legarreta; Importancia del diagnóstico diferencial entre las periodontopatías. pág 280

## TECNICA DE RASPADE Y CURETAJE

La técnica de raspado y curetaje es el procedimiento básico más comúnmente empleado para la eliminación de las bolsas periodontales y el tratamiento de enfermedad gingival.

En el raspado se eliminan cálculos, placa, pigmentaciones y otros depósitos; además de alisado de la raíz y la eliminación de la sustancia dentaria necrótica.

El curetaje, consiste en la remoción del tejido degenerado y necrótico que tapiza la pared gingival de la bolsa periodontal que no se retrae cesa que el espacio entre la encía separada y el diente, a consecuencia del desplazamiento de la inserción gingival en dirección apical haciendo que aparezca aparentemente la encía en su lugar e que se agranda, quedando una banda de encía enferma apoyada contra el diente. (13)

### INDICACIONES

1.- Eliminación de la bolsa supraeúsea, en la que la profundidad de la bolsa es tal que los cálculos que están sobre la raíz se pueden eliminar y examinar mediante la separación de la pared de la bolsa, con aire tibio e alguna sonda. Para un buen éxito en el raspado y curetaje la pared de la bolsa debe ser edematosa para que se contraiga hasta la profundidad del surco normal, de lo contrario, si la pared de la bolsa es firme y fibrosa, es preciso realizar el tratamiento quirúrgico para eliminar la bolsa, porque la pared no se contraerá lo suficiente después del raspado y curetaje. (14)

(13) Dr. Glickman Irving; Periodontología Clínica, pág. 403

(14) Dr. G. Irving, *ib*, cit., pág. 404

2.- También está indicada en la mayoría de las gingivitis.

3.- En las bolsas infraóseas.

#### CONTRAINDICACIONES

1.- Agrandamiento gingival.

2.- Infección gingival viral.

3.- Infección gingival bacteriana.

4.- Abscesos paradental en su etapa aguda.

5.- Capuchones pericoronarios.

#### TECNICA DE RASPADO

Se hará la remoción completa de los cálculos subgingivales, revisando cuidadosamente todas las caras verticales del diente; los cálculos retenidos impiden la curación total. Una vez eliminados completamente los cálculos, pueden haber zonas en las que la raíz se sienta algo blanda hasta que se llegue a sustancias firmes.

En el raspado (así como en el curetaje) se realizarán movimientos de tracción, excepto en la superficie proximal de dientes anteriores juntos. En el movimiento de tracción, el instrumento toma el borde apical del cálculo y lo desprende con movimientos firmes hacia la corona. La remoción de cálculos se desprende en su totalidad comenzando por debajo del borde; no se va adelgazando hasta alcanzar la superficie dentaria.

El raspado se limita a una pequeña zona del diente a los lados de la unión amelocementaria, donde se localizan los cálculos y otros depósitos. (15)

(15) Dr. G. Irving; *ob. cit.*, pág. 405

## TECNICA DE CURETAJE

El curetaje acelera la cicatrización mediante la reducción de las tareas de las enzimas orgánicas y fagocitos, cuya función es eliminar los residuos tisulares durante la cicatrización. Además de eliminar el revestimiento epitelial de la bolsa paradental, el curetaje suprime una barrera a la inserción del ligamento paradental en la superficie radicular. (16)

Mencionaremos paso a paso la técnica de eliminación de bolsa supragingival mediante el raspado y el curetaje.

- 1.- Aislar y anestesiar la zona: El campo se aísla con rollos de algodón y se pincela con un antiséptico suave. Se usa la anestesia, por infiltración regional, o según sean las necesidades.
- 2.- Eliminación de cálculos supragingivales: Eliminense los cálculos y residuos visibles con raspadores superficiales.
- 3.- Eliminación de cálculos subgingivales: Se introduce un raspador raspador profundo hasta el fondo de la bolsa, inmediatamente debajo del borde inferior del cálculo que se desprende.
- 4.- Alisar la superficie dentaria: Se usan azadas para asegurar la eliminación de depósitos profundos de cemento necrótico y el alisamiento de las superficies radiculares, el alisado final se obtiene con curetas.
- 5.- Curetaje de la pared blanda: El curetaje se emplea para eliminar el revestimiento interno afectado de la pared de la bolsa, incluyendo la adherencia epitelial, el epitelio de la cresta gingival proliferada a lo largo de la pared cureteada para unirsele, e impedirá toda posibilidad de la reinsertión del tejido conectivo a la superficie radicular.
- 6.- Pulido de la superficie dentaria: Las superficies radiculares y superficies coronarias adyacentes se pulen con tazas pulidoras de gemas, con zircón y una pasta de piedra pómez fina con agua. (17)

(16) *Ibidem*, pág. 405

(17) *Ibidem*, págs. 406, 407.

TRATAMIENTO DE LAS BOLSAS  
PERIODONTALES

Es motivo de preocupación para el profesional consciente que pretende estimar el valor de los numerosos métodos y procedimientos recomendados por los dedicados a esta rama de la periodencia, que indudablemente han demostrado poseer cierto grado de eficacia cuando son aplicados correctamente en el caso indicado.

El estomatólogo consciente es el que está en las mejores condiciones para seleccionar el método de tratamiento más eficiente de acuerdo con el caso particular. (18)

Hay en realidad algo que no debemos olvidar y es, que las paradontopatías son enfermedades primariamente de naturaleza disfuncional, en que actúan numerosos factores, debiendo abarcar el tratamiento los tres aspectos siguientes:

- a) Eliminar la causa
- b) Curar la lesión
- c) Restablecer la función y resistencia de los tejidos.

De todo esto se desprende la necesidad de un diagnóstico correcto, un buen pronóstico y un plan de tratamiento.

Al considerar en este tema el tratamiento de bolsas periodontales es preciso tener un criterio entre lo normal y lo anormal y hasta qué límite de avance de la enfermedad resulta exitosa una terapia conservadora e, si es preciso, una técnica quirúrgica.

Creemos oportuno, antes de seguir este tema del tratamiento, hacer un recordatorio de nuestro concepto entre un surco e hendidura normal y cuándo es un surco anormal e patológico. (19)

(18) S. Charles Miller "Tratado de Periodencia", pág. 180

(19) S.C. Miller, *ob. cit.*, pág. 181



La bolsa periodental no es más que un surco gingival patológicamente profundizado por la enfermedad.

Las bolsas periodontales son un signo clínico corriente, no es la enfermedad en sí, si no la alteración de la encía y la destrucción de hueso propias de la misma.

Hay recursos clínicos como el sondaje, la coloración de la encía, la textura, movilidad, que evidencian la presencia de las bolsas.

Es importante a su vez determinar si es una bolsa supraalveolar e intraalveolar localizada o generalizada.

La radiografía es también un recurso diagnóstico para determinar la profundidad y la localización de las bolsas.

El proceso inflamatorio de la bolsa es casi siempre de naturaleza crónica en que hay alteraciones circulatorias, exudación, cambios tisulares regresivos con fenómenos reparatorios que hacen extender el margen gingival en sentido coronario, contribuyendo así a aumentar la profundidad de la misma. Los fenómenos reparativos constituyen un factor importante en el proceso inflamatorio crónico de la bolsa, las células, fibras y vasos de reciente formación alteran con la infiltración leucocitaria para formar el tejido de granulación, al que tanta importancia se da en el tratamiento. (20)

La bolsa periodental es una alteración que se mantiene por la presencia de un irritante local y de ahí la necesidad de eliminar todos los irritantes locales.

Todo tratamiento va encaminado a eliminar la infección, pero aquí pretendemos algo más, que eliminar la profundidad por retracción de la encía y por la reinsertión de las fibras periodontales al diente (21)

(20) S. C. Miller, *ib.*, cit., pág. 182

(21) *Ibidem*, pág. 183

Las técnicas empleadas pueden ser:

- I.- Raspado y curetaje subgingival.
- II.- Cauterización por los agentes químicos.
- III.- Métodos quirúrgicos.
- IV.- Electrocirugía
- V.- Métodos de fisioterapia

Hay ocasiones en que las bolsas son tan profundas y han provocado una destrucción ósea tal que se aconseja extraer el diente.

En lo que se refiere al raspado casi es una forma que se utiliza en todos los casos.

Hay que tener siempre presente la necesidad de eliminar todo el sarro supra y subgingival, raspar el cemento necrosado producto de la lesión, eliminar todo el tejido de granulación y mantener un coágulo aséptico. (22)

Todos los métodos tienen el objeto de eliminar todo el sarro de las bolsas, recordando que no son más que el producto de las paradontopatas y no constituyen por sí mismas la enfermedad. Si se desea que los resultados obtenidos sean perdurables sea cual fuera el método seleccionado, no puede olvidarse de restaurar la función y eliminar todos los factores causales, tomando las medidas que sean necesarias para la restauración y conservación de la salud.

Este tema es apasionante y sería muy extenso el considerar todas y cada una de las causas, métodos y maneras en forma detallada, sólo hay la intención de refrescar algunos detalles que hay veces son útiles pero la extraordinaria importancia para la aplicación de una terapia correcta. (23)

(22) Dra. Bruna Suárez, "Tratamiento de Bolsas Paradontales", pág. 129

(23) Dra. B. Suárez, *ib.*, *cit.*, pág. 130

## P A R A D E N T I T I S

**Paradentitis:** Es la respuesta inflamatoria de los tejidos del parodonto a los irritantes locales e factores generales con cambios tróficos inflamatorios y destructivos de los elementos histológicos del parodonto.

Conjuntamente con la gingivitis, la paradentitis es la entidad patológica más común que encontramos en nuestros pacientes; existen en la paradentitis, migración apical de la inserción epitelial, con toda la secuela de la inflamación de la pared lateral de la encía, destrucción del hueso con resorción que radiográficamente es apreciable.

La diferencia entre paradentitis y gingivitis es cuantitativa y en algunos casos de gingivitis que se ha extendido a una paradentitis que se inicia.

La paradentitis es el tipo de padecimiento del parodonto, cuyos síntomas coinciden con la descripción de la pierreza alveolar. Este padecimiento ataca a veces a unos cuantos dientes vecinos, pero de ordinario todos los dientes están afectados por la enfermedad. Estas posibilidades son las que dan lugar a distinguir dos tipos de paradentitis que son:

- a) La forma localizada, debida a la pérdida de contacto de las piezas, e en presencia de prótesis mal ajustadas que preparan el terreno a la infección.
- b) La forma generalizada, una de cuyas manifestaciones es el engrosamiento del margen gingival, en el cual pierde su adherencia al cuello dental. Las encías sangran fácilmente e están inflamadas; al presionar sobre el tejido ésoo se atrofia en su cresta, en dirección perpendicular a la longitud del diente.

(24)

La característica principal de la paradentitis marginal, es la pérdida de la cresta alveolar, lo que pone en peligro la estabilidad del diente. Debido al desarrollo de la inflamación gingival, la cresta alveolar puede ser atacada ocasionando así la resorción.

Lo dicho anteriormente es importante para comprender la localización del proceso destructivo; las alteraciones tempranas se producen en la cresta interdental adyacente al sitio del riego sanguíneo interdental y de los vasos linfáticos, y pronto se forma un defecto a manera de cráter. El resultado se observa en el examen radiográfico y consiste en la pérdida de la lámina dura en la región de la cresta.

La superficie del periostio de la apéxis alveolar bucelingual muestra signos de resorción. La resorción también se localiza en la pérdida del periostio de la apéxis alveolar interdental y no es rara la situación en la que solamente esa pérdida lingual o bucal del tabique interdental permanezca sana, mientras que las otras zonas están resorbidas enteramente. (25)

En la pérdida bucal o lingual, los procesos de resorción no pueden apreciarse radiográficamente. El diente está sobrepuesto a esta parte de la apéxis pero en la zona interdental, la cresta del séptum puede ser más radiolúcida que la pérdida subyacente; así los cambios radiográficos de la paradentitis marginal, consisten en la resorción a manera de cepa de la cresta cuando la lesión es avanzada. Lo anterior determina que la corona clínica se haga más grande que la raíz clínica.

La destrucción del hueso también puede presentarse en forma vertical adyacente al diente. Esta es la lesión con la característica de la bolsa infraésea; la profundidad de la bolsa no puede determinarse por un estudio radiológico, ya que depende exclusivamente de tejidos blandos. Otros signos importantes de la paradentitis marginal es la movilidad dentaria. (26)

(25) L. Legarreta. "Paradentitis"; pág. 214

(26) ídem

Al acentuarse la enfermedad del diente, éste se hace menos firme, sufriendo pérdida de estabilidad y pérdida de contacto y migración son más frecuentes cuando los síntomas están relacionados con las lesiones del aparato de inserción.

La profundidad de las bolsas varía según la migración hacia apical de la inserción epitelial, y de la separación y reacción del margen gingival. Los abscesos paradentales son frecuentes cuando existe pérdida de drenaje de la bolsa, cuando el exudado no puede salir a la cavidad bucal. (27)

#### PATOGENIA

Cuando el proceso inflamatorio de la encía se extiende a los tejidos profundos de soporte, y aparte de ese soporte ha sido destruido, se puede hacer diagnóstico de paradentitis. Uno de los datos característicos de la paradentitis es la bolsa paradental. La profundidad de la bolsa es la membrana paradental, es acompañada de resorción de la cresta alveolar.

El diagnóstico clínico de la paradentitis se basa en la inflamación gingival. Es la formación de bolsas y su exudado purulento en la resorción alveolar; otro signo importante, aunque tardío, es la movilidad. Generalmente la enfermedad es indolora.

La bolsa paradental, con su exudado purulento y la resorción de la cresta alveolar, son las características clínicas más importantes de esta enfermedad.

Las bolsas pueden encontrarse localizadas en el lado mesial o distal de los dientes, pero muchas veces se localizan rodeando totalmente a los dientes. (28)

(27) L. Legarreta, *ob. cit.*, pág. 215

(28) L. Legarreta, *ob. cit.*, pág. 216

Existen gran cantidad de cálculos supragingivales localizados generalmente sobre las coronas de los dientes afectados; también existen cálculos adheridos a la raíz, donde alcanzan una consistencia de mayor dureza y aspecto cristalino. Cuando en este padecimiento se encuentran resorciones óseas de tipo vertical, se debe a una de estas condiciones:

- 1.- La paradentitis está asociada con alguna enfermedad orgánica.
- 2.- Efectos de la maloclusión o algún otro factor local. No hay migración dental, pero sí atrofia lenta del tejido óseo desde el margen alveolar; uno de los primeros síntomas es la movilidad de las piezas. (29)

#### SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas y signos de la enfermedad denominada paradentitis, son semejantes a los que se estudiaron en la gingivitis.

Además de la destrucción de la cresta ósea y el cambio consiguiente en la localización del margen gingival, dichos signos pueden estar modificados. La bolsa puede ser más profunda, con su base localizada en la superficie del cemento de la raíz. Por regla general las bases de esta bolsa se localizan por encima de la cresta alveolar, denominándoseles bolsas supraóseas, pero también puede encontrarse debajo; en tal caso se eliminarán llamadas infraóseas. Las bases en los molares y en los primeros premolares superiores pueden estar localizadas en la superficie de las regiones intrarradiculares y se les denomina zonas de bifurcación. También se encuentran cráteres interdenciales.

La bolsa paradental tiene un lado de la superficie del diente con su cuerpo expuesto por depósito de sarro; el otro lado está cerrado por la encía con diferentes grados de inflamación. Del cemento coronal, al fondo de la bolsa, un tejido necrótico, sin vitalidad; los depósitos constan de una matriz orgánica impregnada de sales inorgánicas. (30)

(29) *Ibidem*, pág. 216

(30) *Ibidem*, pág. 217

La matriz orgánica está formada por mucina, bacterias, células epiteliales descamadas y leucocitos que han emigrado del tejido conjuntivo inflamado hasta la bolsa que contiene suero y otros elementos sanguíneos en diferentes períodos de descomposición.

La porción de tejido blando de la bolsa está cubierta por epitelio escamoso estratificado. La superficie externa del epitelio gingival se caracteriza por poseer una superficie queratinizada que termina brusca - mente en el margen gingival libre de la encía. El epitelio de la bolsa no está queratinizado y muchas veces es degado y ulcerado.

Frecuentemente las papilas del tejido conjuntivo son largas y se extienden casi hasta la superficie de invasión de leucocitos, pero pueden dejar los vasos sanguíneos cubiertos solamente por exudado coagula - do. (31)

#### DATOS MICROSCÓPICOS

El trastorno principal se observa en la cresta alveolar; su causa es la extensión de la inflamación hacia espacios medulares del alvéolo.

Se han propuesto muchas teorías para explicar el mecanismo de la resorción ósea en el proceso inflamatorio; sin embargo, se tiene que advertir que no sólo ocurre resorción, sino formación de hueso como un esfuerzo para la reparación. Por lo tanto puede observarse resorción osteo - clástica en una zona, mientras se verifica aposición del hueso nuevo en una región adyacente o en el otro lado de la trabécula. El proceso de resorción ósea es lento a pesar de la inflamación. Esta cronicidad se aplica por la reparación del tejido blando y del hueso, además el proceso inflamatorio de poca intensidad que se observa en la enfermedad paradental. (32)

(31) idem

(32) Ibídem, pág. 218

Si la inflamación pudiera limitarse a la encía, el hueso no sería atacado. Sin embargo, la paradentitis marginal es de naturaleza inflamatoria y es la reacción natural, irritante, la causa que determina las alteraciones de la encía con la pérdida consiguiente del hueso por la persistente del irritante. Microscópicamente, la extensión de la inflamación crónica es de la encía hasta el alvéolo. En una lesión paradental destructiva crónica no se observa infiltración de la médula por células del tejido conjuntivo en la proliferación de nuevos capilares.

Las regiones del hueso, en las que se efectúa resorción, muestran márgenes irregulares denominados lagunas de Howship, en las que puede o no haber osteoclastes. La destrucción ósea es un proceso marginal. Empieza primero el excavado de las piezas que originan un cráter y luego se reabsorbe lateralmente de manera que se pierde toda la cresta.

Se sabe que los vasos sanguíneos de las encías y de la membrana paradental se originan en las arterias alveolares y penetran hacia el séptum interdental, interradiocular, como se observa frecuentemente en las radiografías de la región de incisivos y se extiende hasta la encía; también envían ramas al ligamento paradental. (33)

En la cresta alveolar los vasos llegan hasta la lámina dura. Cuando existe un proceso inflamatorio, como en la paradentitis, también las ténicas siguen el curso de estos vasos. Este hecho explica el aspecto radiográfico y revela el proceso inflamatorio y biológico y muestra el resultado de la destrucción ósea después que este proceso ha estado activo.

**FACTORES ETIOLÓGICOS:** Los principales factores etiológicos de la paradentitis son locales e irritantes. La paradentitis puede agravarse o complicarse por la enfermedad general, trastornos endocrinos y diferencias nutricionales u otros factores.

**FACTORES EXTRÍNECOS:** La irritación local es un factor etiológico primario en la paradentitis. La irritación debida a depósitos con sus in-

(33) *Ibidem*, pág 219



visibles gérmenes es un factor fundamental en la profundización de las bolsas y de la reacción inflamatoria que la acompaña: sin embargo, estos factores locales no explican adecuadamente el desarrollo de algunas formas de paradentitis.

**FACTORES INTRINSECOS:** Sin duda, los factores generales juegan importante papel en el desarrollo, forma y gravedad de algunos casos de esta enfermedad pero no se puede afirmar que una enfermedad general deficiente nutricional tenga resultado una paradentitis. (34)

#### PRONOSTICO

Es importante el pronóstico de la paradentitis y otras enfermedades paradentales crónicas destructivas. Al hacer el pronóstico de toda la zona afectada por la enfermedad paradental, se deben considerar los siguientes factores:

- a) Actividad del paciente. Solamente los pacientes interesados en conservar sus dientes permiten un pronóstico favorable, y deben estar dispuestos a llevar a cabo la higiene que se les recomienda.
- b) Estado del hueso alveolar. A mayor cantidad de hueso alveolar presente, mejor es el pronóstico. La densidad del hueso alveolar es un factor engañoso del pronóstico, pues en gran parte depende de la densidad de las radiografías.
- c) Profundidad media de la bolsa. Es obvio que el pronóstico es menos favorable cuando existe una mayor profundidad, extensión y tortuosidad de la bolsa.
- d) Relación de las bolsas con la unión mucogingival. Cuando las bolsas se extienden más allá de la encía insertada hasta la mucosa alveolar, se plantean problemas terapéuticos especiales, y por lo tanto, el pronóstico debe ser reservado.

(34) *Ibidem*, pág. 220

- e) **Carácter del tejido.** Las diferentes características del tejido como la inflamación, edema, hiperemia, fibrosis y necrosis, tienen influencia en el pronóstico y tratamiento.
- f) **Edad del paciente.** El pronóstico es más favorable en pacientes de mayor edad con lesiones paradentales similares a una más joven.
- g) **Número y distribución de los pacientes remanentes.** Debe de existir un número suficiente de dientes para una función y distribución adecuada.
- h) **Morfeología dental.** Los pacientes con raíces largas y fuertes, aquellas con raíces cilíndricas a manera de hueso, tienen más posibilidad de conservar sus dientes en su sitio que los que tienen raíces cortas y cónicas. Los pacientes con hipercementosis tienen generalmente buen pronóstico.
- i) **Salud y estado general del paciente.** El pronóstico es reservado en los pacientes con alguna enfermedad general de posible importancia etiológica en la lesión paradental. (35)

#### PRONOSTICO DE CADA DIENTE

- a) **Movilidad:** A mayor movilidad del diente es menos favorable el pronóstico. Ha de tener presente que el aspecto radiográfico y la movilidad no siempre concuerdan. Los dientes pueden tener un grado mínimo de movilidad. Los dientes con movilidad más moderada, e los que pudieran ser deprimidos en su alvéolo e volteados sobre su eje, tienen por regla general un pronóstico malo.

En los casos en los que hay una movilidad, el pronóstico es bueno si se puede corregir o mejorar cualquier traumatismo paradental y aplicar una férula.

- b) **Cantidad de hueso.**
- c) **Resorción alveolar vertical.** En los casos con formación de bultos

(35) *Ibidem*, pág. 221

interradiculares profundas y verticales, la cirugía ósea puede ser el único tratamiento, pero se debe medir cuidadosamente los beneficios de esta operación y comparar con el daño que se hace a los dientes adyacentes que conservan buena estructura alveolar.

d) Los dientes con lesión de la bifurcación tienen pronóstico reservado. Sin embargo, cuando las raíces están firmes y largas y la bifurcación expuesta es accesible a los cuidados caseros, algunos de estos dientes pueden ser salvados durante mucho tiempo.

e) Al hacer el pronóstico de cada diente en la enfermedad paradental se debe intentar un balance en todos los factores. (36)

#### TERAPEUTICA

Es obvio que las bolsas paradentales deben ser suprimidas. En un terreno favorable a la actividad bacteriana además de almacenar restos alimenticios y dentritus. En ella se ocultan espículas de depósito calcificadas que son fuente de irritación, es el foco de donde parte el proceso inflamatorio.

#### OBJETIVO DE LA TERAPEUTICA

La terapéutica de las afecciones paradentales inflamatorias coinciden básicamente en la eliminación de los factores locales de irritación de las bolsas y de la conservación de un estado de higiene gracias a cuidados caseros adecuados.

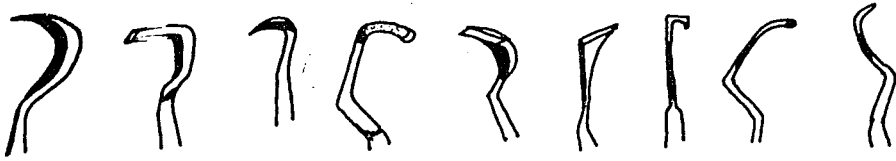
Debemos reconocer y hacer notar al paciente que ningún tratamiento paradental es definitivo.

Las bolsas tienen que ser eliminadas; la eliminación puede efectuarse de varias maneras según su extensión y la relación con el resto del diente. (37)

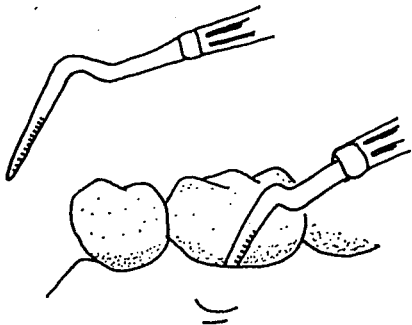
(36) Ibidem pág. 222

(37) Ibidem, pág. 223

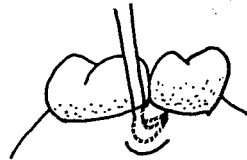
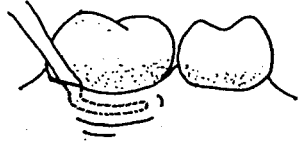
## INSTRUMENTAL NECESARIO PARA EL RASPADO Y CURETAJE



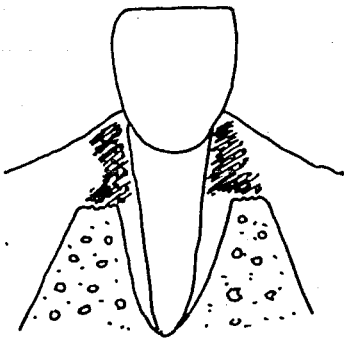
## EXPLORACION DE BOLSAS PARODONTALES



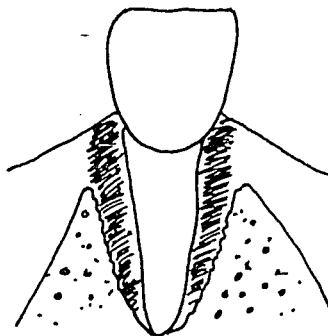
SONDA PERIODONTAL



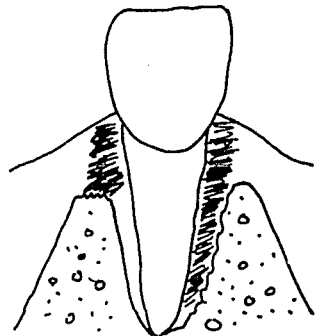
## REPRESENTACION DE TIPOS Y FORMA DE DESTRUCCION OSEA POR BOLSAS PARODONTALES



BOLSA SUPRAOSEA



BOLSA INFRAOSEA



AMBAS BOLSAS

## M E T O D O S   E   I N S T R U M E N T O S

### INDICADORES

- Melsas parodontales supra e infraéscas que presenta la comunidad adulta que asiste a la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas.

### METODOS

- Muestreo Selectivo, Observación Activa, Recopilación de información.

### TECNICA

- Pacientes detectados, Exploración bucal y Diagnostico.

### INSTRUMENTOS

- Cuadros de concentración de datos, Historias Clínicas, Equipos basicos, Sondas parodontales, Cuadernos.

### TECNICAS ESTADISTICAS

- Porcentajes y Representación de graficas de datos.

### DESCRIPCION DE LA TECNICA

Diariamente acude la comunidad a tratamiento dental a la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas, los pacientes que acuden por primera vez se les realiza una preconsulta de estos se eligen los que reúnen las características para la investigación se anotan en una libreta todos estos pacientes que se presentan en el período de la investigación y se sigue el curso de su tratamiento. Posteriormente se recopilan datos de las historias clínicas de pacientes que presentan problemas parodontales una vez terminado el período de recavación se procede a hacer los cuadros de concentración y tabulación manual.

## R E S U L T A D O S

1.- Paciente Femenine de 35 años de edad; Con presencia de belsas para-dentales supra e infraéscas.

Dientes afectados: del 27 al 23 y del 44 al 33 con presencia de belsas infraéscas. Tx. no se realizó.

2.- Paciente Femenine de 47 años de edad; Con presencia de belsas su - praéscas.

Dientes afectados: del 33 al 43. Tx. no se realizó

3.- Paciente Femenine de 47 años de edad; Con presencia de belsas su - praéscas.

Dientes afectados: del 42 al 31. Tx. realizado.

4.- Paciente femenine de 37 años de edad; Con presencia de belsas supraéscas e infraéscas.

Dientes afectados por belsas supraéscas: del 27 al 24 y del 17 al 14 por infraéscas del 43 al 33. Tx. no se realizó.

5.- Paciente Masculino de 30 años de edad; Con presencia de belsas supraéscas.

Dientes afectados: del 43 al 33. Tx. realizado.

6.- Paciente Masculino de 52 años de edad; Con presencia de belsas su - praéscas.

Dientes afectados: del 45 al 34. Tx. no realizado.

7.- Paciente Femenine de 37 años de edad; Con presencia de belsas su - praéscas.

Dientes afectados: del 28 al 26 y del 45 al 35. Tx. no realizado.

8.- Paciente Masculino de 49 años de edad; Con presencia de belsas in - fraéscas.

Dientes afectados: del 31 al 44. Tx. no realizado.

9.- Paciente Femenino de 49 años de edad; Con presencia de belsas supraeas.

Dientes afectados: del 43 al 33. Tx. no realizado.

10.- Paciente Femenino de 33 años de edad; Con presencia de belsas supraeas.

Dientes afectados: del 47 al 31 y del 11 al 15. Tx. realizado.

11.- Paciente Femenino de 32 años de edad; Con presencia de belsas supraeas.

Dientes afectados; del 47 al 35. Tx. no realizado.

12.- Paciente Masouline de 42 años de edad; Con presencia de belsas infraeas.

Dientes afectados: del 43 al 33. Tx. no realizado.

13.- Paciente Femenino de 31 años de edad; Con presencia de belsas supraeas.

Dientes afectados; del 48 al 38. Tx. no realizado.

14.- Paciente Femenino de 32 años de edad; Con presencia de belsas supraeas.

Dientes afectados: del 18 al 14, 24 al 28 y del 37 al 47. Tx. realizado.

15.- Paciente Femenino de 32 años de edad; Con presencia de belsas supraeas.

Dientes afectados; del 43 al 33. Tx. no realizado.

16.- Paciente Femenino de 49 años de edad; Con presencia de belsas supra e infraeas.

Dientes afectados por supraeas, del 18 al 28 e infraeas del 34 al 44. Tx. no realizado.

17.- Paciente Femenino de 40 años de edad; Con presencia de belsas supraeas.

Dientes afectados; del 43 al 33. Tx. no realizado.

18.- Paciente Femenino de 35 años de edad; Con presencia de bolsas supra-seas e infra-seas.

Dientes afectados: por supra-seas del 14 al 17 e infra-seas del 33 al 43. Tx. no realizado.

19.- Paciente Femenino de 58 años de edad; Con presencia de bolsas infra-seas.

Dientes afectados: del 33 al 43. Tx. no realizado.

20.- Paciente Femenino de 33 años de edad; Con presencia de bolsas supra-seas.

Dientes afectados: del 47 al 33. Tx. realizado.

21.- Paciente Masculino de 52 años de edad; Con presencia de bolsas supra e infra-seas.

Dientes afectados por supra-seas del 15 al 12 e infra-seas del 42 al 34. Tx. realizado.

22.- Paciente Femenino de 35 años de edad; Con presencia de bolsas infra-seas.

Dientes afectados: del 35 al 45. Tx. no realizado.

23.- Paciente Femenino de 40 años de edad; Con presencia de bolsas supra-seas.

Dientes afectados: del 34 al 44. Tx. realizado.

24.- Paciente Masculino de 46 años de edad; Con presencia de bolsas supra-seas.

Dientes afectados: del 43 al 34. Tx. no realizado.

25.- Paciente Femenino de 40 años de edad; Con presencia de bolsas supra-seas.

Dientes afectados: 32 y 31. Tx. no realizado.

26.- Paciente Femenino de 42 años de edad; Con presencia de bolsas infra-seas.

Dientes afectados: del 35 al 46. Tx. realizado



27.- Paciente Femenino de 38 años de edad; Con presencia de belsas supra -  
 práseas.

Dientes afectados: del 46 al 38 - 17, 18, 15 al 28.

28.- Paciente Femenino de 53 años de edad; con presencia de belsas su -  
 pra e infraéseas.

Dientes afectados: per supraéseas el 26 e infraésea del 33 al 43. Tx.  
 realizado.

29.- Paciente Masculino de 34 años de edad; Con presencia de belsas su -  
 pra e infraéseas.

Dientes afectados: per supraéseas del 17 al 24 el 46 al 36 per infraéseas  
 del 45 al 34. Tx. realizado.

30.- Paciente Femenino de 34 años de edad; Con presencia de belsas su -  
 pra e infraéseas.

Dientes afectados: per supraéseas del 18 al 26 y per infraéseas del 46 al  
 35. Tx. no realizado.

31.- Paciente Femenino de 34 años de edad; Con presencia de belsas su -  
 práseas.

Dientes afectados: del 35 al 45 16, 23 y 28. Tx. no realizado.

32.- Paciente Femenino de 34 años de edad; Con presencia de belsas su -  
 práseas.

Dientes afectados: del 35 al 43. Tx. no realizado.

33.- Paciente Femenino de 50 años de edad; Con presencia de belsas su -  
 pra e infraéseas.

Dientes afectados: per supraéseas, 44, 45, 34 y 35; per infraéseas del 33  
 al 43. Tx. no realizado.

34.- Paciente Femenino de 42 años de edad; Con presencia de belsas su -  
 pra e infraéseas.

Dientes afectados: per supraéseas, 46, 45, y 36 e infraéseas del 34 al  
 43. Tx. no realizado.

35.- Paciente Masculino de 54 años de edad; Con presencia de belsas su -  
 pra e infraéseas.

Dientes afectados: per supraéscas, 32, 33, 42 y 43 per infraéscas 47, 46, 45, 44 y del 34 al 38. Tx. no realizado.

36.- Paciente Femenine de 50 años de edad; Con presencia de bescas supraéscas.

Dientes afectados: del 14 al 24, 31 y 41. Tx. no realizado.

37.- Paciente Masculino de 51 año de edad; Con presencia de bescas supraéscas.

Dientes afectados: del 14 al 24, 31 y 41. Tx. no realizado.

38.- Paciente Femenine de 38 años de edad; Con presencia de bescas supra e infraéscas.

Dientes afectados: per supraéscas del 16 al 27 y del 46 al 36 y per infraéscas del 33 al 43. Tx. realizado.

39.- Paciente Femenine de 35 años de edad; Con presencia de bescas supraéscas.

Dientes afectados: del 13 al 18 y del 23 al 28., 38 al 48. Tx. realizado.

40.- Paciente Femenine de 43 años de edad; Con presencia de bescas infraéscas.

Dientes afectados: del 33 al 43. Tx. no realizado.

41.- Paciente Femenine de 37 años de edad; Con presencia de bescas supraéscas.

Dientes afectados: del 47 al 37 y del 26 a 15. Tx. no realizado.-

42.- Paciente femenine de 55 años de edad; Con presencia de bescas supra e infraéscas.

Dientes afectados: per supraéscas del 17 al 26 y per infraéscas del 45 al 34. Tx. realizado.

43.- Paciente Femenine de 38 años de edad; Con presencia de bescas supraéscas.

Dientes afectados: del 18 al 28 y del 38 al 48. Tx. realizado.

44.- Paciente Femenino de 53 años de edad. Con presencia de belsas infraóseas.

Dientes afectados: del 32 al 45. Tx. realizado.

45.- Pacientes Masouline de 55 años de edad; Con presencia de belsas infraóseas.

Dientes afectados: del 33 al 43. Tx. realizado.

**N O T A:** De la muestra seleccionada se tomaron en total 117 pacientes, de los cuales solo 45 pacientes presentaron belsas paradentales supraóseas e infraóseas.

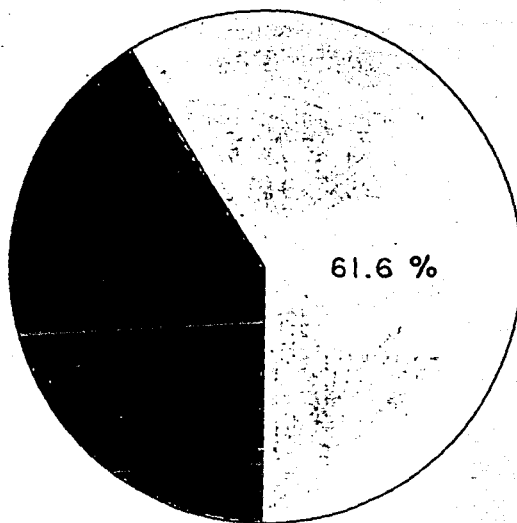
Los tratamientos no realizados se realizaran en citas posteriores, durante el tratamiento.

# GRAFICA I

GRAFICA DE PORCENTAJE DE POBLACION AFECTADOS POR BOLSAS PARODONTALES SUPRAOSEAS E INFRAOSEAS EN PACIENTES DE 30 A 60 AÑOS DE EDAD .

SELECCION DE MUESTRA EN NUMERO DE 117 PACIENTES .

117 — 100 %  
45 — 38 %  
72 — 62 %



( Gráfica de pastel )



PORCENTAJE DE POBLACION QUE PRESENTA BOLSAS PARODONTALES 45/117

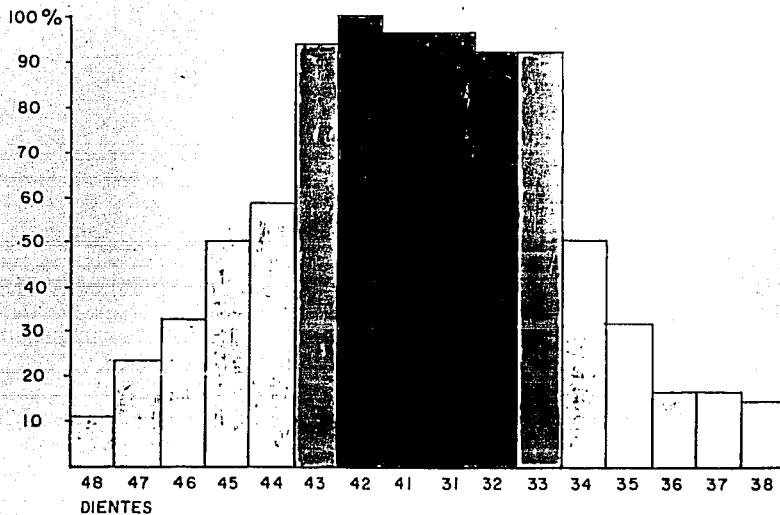


PORCENTAJE DE POBLACION QUE NO PRESENTA ESTA ALTERACION PARODONTAL 72/117

# GRAFICAS 2y3

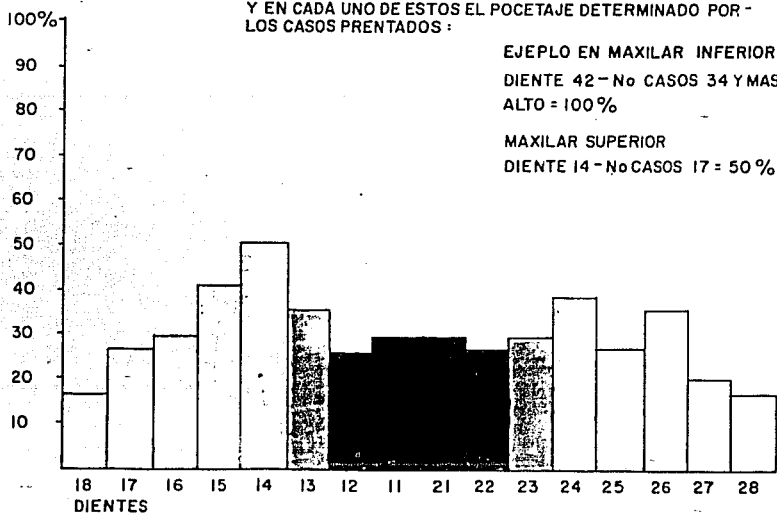
## GRAFICA DE PORCENTAJES DE DIENTES AFECTADOS POR BOLSAS PARODONTALES EN AMBOS MAXILARES .

EN 45 PACIENTES TENEMOS UN TOTAL DE 447 AFETADOS POR BOLSAS PARODONTALES



### MAXILAR INFERIOR

SE REPRESENTAN TODOS LOS DIETES DE AMBOS MAXILARES Y EN CADA UNO DE ESTOS EL POCETAJE DETERMINADO POR LOS CASOS PRENTADOS :



EJEPLO EN MAXILAR INFERIOR  
DIENTE 42 - No CASOS 34 Y MAS  
ALTO = 100%

MAXILAR SUPERIOR  
DIENTE 14 - No CASOS 17 = 50%

### MAXILAR SUPERIOR

( Graficas histograma )

# GRAFICA 4

## GRAFICA DE PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS PARODONTALES REALIZADOS Y PENDIENTES

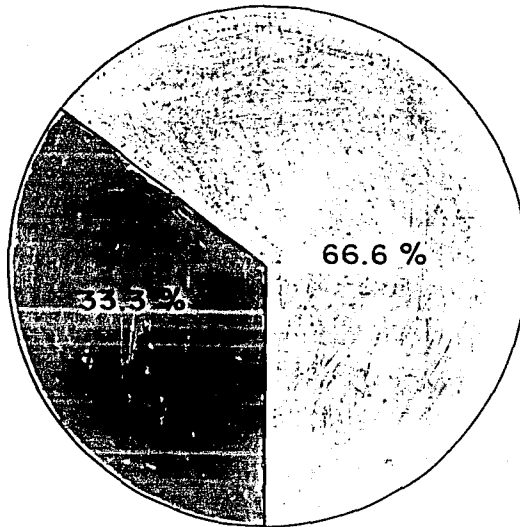
EL NUMERO DE PACIENTES CON NECESIDAD Tx. ES DE 45/117

CON 15 Tx REALIZADOS

CON 30 Tx PENDIENTES

REALIZADOS = 45 — 100 %  
15 — 33.3 %

PENDIENTES = 45 — 100 %  
A REALIZAR 30 — 66.6 %



PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS REALIZADOS



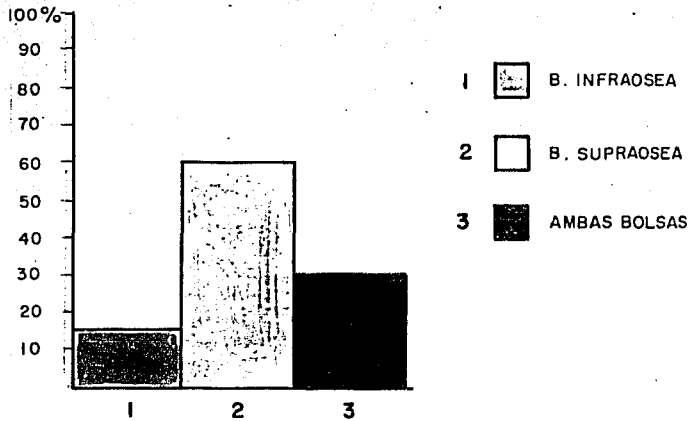
PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS PENDIENTES A REALIZAR CITAS POSTERIORES

# GRAFICAS 5 Y 6

## GRAFICA DE PORCENTAJE DE BOLSAS PARODONTALES QUE PRESENTARON LOS PACIENTES FEMENINOS.

MUESTRA 35 PACIENTES FEMENINOS . PRESENTARON : 20 - BOLSAS SUPRAOSEAS  
 5 - " INFRAOSEAS  
 10 - AMBAS BOLSAS

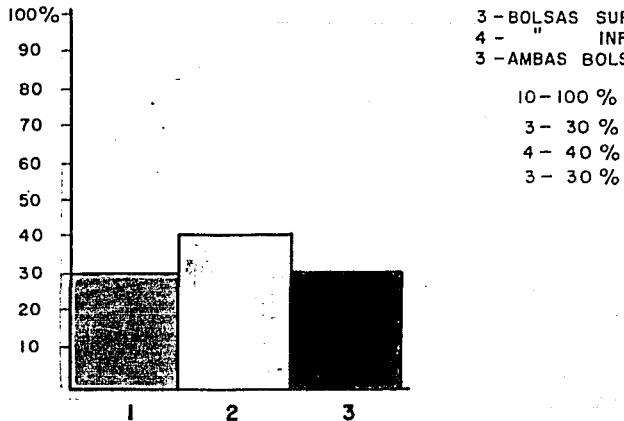
35 - 100 %  
 20 - 59 %  
 10 - 29.5 %  
 5 - 14.7 %



## GRAFICA DE PORCENTAJE DE BOLSAS PARODONTALES QUE PRESENTARON LOS PACIENTES MASCULINOS.

10 PACIENTES MASCULINOS  
 PRESENTARON :

3 - BOLSAS SUPRAOSEAS  
 4 - " INFRAOSEAS  
 3 - AMBAS BOLSAS



## ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la población que se detectó se eligió la muestra de pacientes adultos de 30 años de edad de ambos sexos, de donde tenemos un total de 117 pacientes con estas características.

Del total determinado se registrarán 45 pacientes que presentarán bolsas paradentales, con este dato determinamos el porcentaje de población afectada y del número restante obtuvimos el porcentaje de población libre de esta patología.

Porcentaje de población con bolsas paradentales 38 %

Porcentaje de población libre de esta patología 62 %

Los porcentajes de la frecuencia en que se presentan las bolsas paradentales en cada uno de los dientes en el maxilar superior e inferior; Es evidente la diferencia de frecuencia ya que en el maxilar inferior es mayor la frecuencia en la que se presentan las bolsas paradentales.

Los dientes con mayor porcentaje de afección lo ocupan los dientes anteriores inferiores, ocupando el primer lugar el diente 42 con un total de 34 dientes con bolsas paradentales.

Se observa que los dientes del maxilar superior no son tan afectados como los del maxilar inferior.

La diferencia es que en el maxilar superior los dientes más afectados son los dientes posteriores.

De los 45 pacientes con necesidad de tratamiento para resolver su problema paradental, a 15 se les realizó el tratamiento paradental y el número de pacientes restantes se les realizaría en citas posteriores.



Analizando los tipos de bolsas parodontales que se presentan en el sexo femenino encontramos los siguientes resultados:

- La bolsa supraalveolar ocupa el primer lugar con 20 casos presentados, el segundo lugar lo ocupan ambas bolsas con 10 casos presentados, y el tercer lugar con 5 casos presentados lo ocupan las bolsas parodontales infraalveolares.

A continuación analizamos los tipos de bolsas parodontales que se presentan en el sexo masculino:

- La bolsa supraalveolar ocupa el primer lugar con 4 casos presentados, el segundo lugar lo ocupan ambas bolsas con 3 casos presentados y en tercer lugar con 3 casos las bolsas infraalveolares.

De acuerdo a los recursos materiales, físicos y humanos se hizo un análisis en el período de práctica del servicio social y se observa que si existen estos recursos para brindar atención a los pacientes que se presentan con este problema parodontal.

## CONCLUSIONES

Podemos concluir que el porcentaje de población afectada por bolsas paradentales es la siguiente:

De la muestra seleccionada se presenta un 38 % de porcentaje de bolsas paradentales supra e infraóseas.

No es muy alarmante el porcentaje comparado con otras enfermedades bucales como es el caso de la caries; Pero no profundizaremos en este caso en particular.

El haber obtenido un porcentaje de 38 % , es para darle importancia puesto que esto nos guía para reducir más esta enfermedad. Porque sabemos que las bolsas paradentales en estados avanzados causan problemas mayores como movilidad, infecciones y pérdidas dentarias, es de gran importancia ya que en los pacientes adultos el problema es de consideración.

Es decir el estado de salud bucal que presenta la población estudiada determinamos que se encuentra en equilibrio. En momento para solucionar y aumentar más el número de pacientes libres de esta afección paradental.

Ahora bien, los dientes que presentan mayor frecuencia de bolsas paradentales son; los dientes inferiores anteriores, mientras que en el maxilar superior son los dientes posteriores. Tenando en cuenta estos resultados sabemos ya que el maxilar inferior es más susceptible a las bolsas paradentales supra e infraóseas.

En el momento de la investigación se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a los tratamientos:

El 33 % de los tratamientos se han realizado y el 67 % restante se realizaran en citas posteriores.

Es decir en el momento de la investigación se observe, que el tiempo para este estudio es corto y se fuga información por lo tanto se requiere de mayor tiempo para llegar este punto de la investigación, para llegar al seguimiento de los casos pendientes hasta la realización de los tratamientos.

Podemos decir que la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas cuenta con los recursos necesarios para brindar atención a la problemática de esta enfermedad paradental.

El porcentaje de población afectada se resolvera facilmente, sin embargo, se sigue una serie de pasos que implican mayor número de citas, y tiempo para resolver el problema, pero al final se realizan los tratamientos.

Con respecto a los resultados de los tipos de bursas paradentales que se presentan en pacientes de ambos sexos tenemos lo siguiente:

Decimos que es importante este punto ya que se encuentra que las bursas supraóseas son las que se encuentran en mayor porcentaje en el sexo femenino, sin embargo en este sexo es donde mayormente esta presente, y de donde denotamos el resultado de la hipótesis; en la únicamente encontramos 2 casos de pacientes femeninas de 40 años de edad de los cuales presentaron bursas paradentales supraóseas por lo tanto nuestra hipótesis resulte falsa.

En lo que se refiere al sexo masculino es menor el número de pacientes, pero sin embargo existe mayor afección de bursas paradentales.

## PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

- 1.- Que la atención para los pacientes con problemas parodontales severos se les dé prioridad a los tratamientos.
- 2.- Que los alumnos fomenten las técnicas de cepillado a los pacientes.
- 3.- Que se elabere una nueva historia clínica, con el fin de mejorarla y además agregándole un parodontograma.
- 4.- Que las historias clínicas de tratamiento realizadas contengan las radiografías del paciente.

## INFORME DEL SERVICIO SOCIAL

PROCEDIMIENTOS	No. DE TRATAMIENTOS
1.- Historias clínicas	73
2.- Amalgamas	63
3.- Exedencias	42
4.- Resinas	28
5.- Recubrimientos pulpares	38
6.- Incrustaciones	2
7.- Profilaxis superficial	2
8.- Profilaxis profunda	6
9.- Drenaje de absceso	6
10.- Farmacoterapia	16
11.- Curaciones	8
12.- Curetaje de alvéolo y apósito	4
13.- Técnicas de cepillado	26
14.- Radiografías	48

TOTAL DE PACIENTES = 73

SEXO FEMENINO = 63

SEXO MASCULINO = 10

En el periodo del servicio social se participó en el concurso de " BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA; REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS ", que se impartieron en la ENEP- ZARAGOZA del 5 al 16 de octubre de 1987.

Además, se realizó el examen médico anual ( EMA ) del 13 al 30 de octubre de 1987, en las Escuelas Nacionales Preparatorias ( 2, 4, 8 y 9 ) respectivamente.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

#### CONCLUSIONES

En el periodo del servicio social me permitio cumplir con los objetivos planteados por este. Ya que ejecute y aplique los conocimientos recibidos en la formación profesional.

Al dar un enfoque de la situación de salud en que se encuentra la comunidad que acude a atención a la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas; me percate que existen problemas tales como: infecciones dentales, caries de segundo y tercer grado, y problemas paradentales. Este por descuido, ignorancia o escases de recursos económicos.

Debido a estos problemas bucodentales se realizan numerosas exodoncias. Ya que estos problemas se encuentran muy avanzados.

Existe una gran demanda de problemas bucodentales, por lo tanto hay que realizar nuevos programas de salud dental creando nuevas estrategias para dar solución a esta compleja situación.

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

- 1.- DR. Glickman Irving. Periodontología Clínica, Editorial Interamericana, Quinta Edición., México 1975.
- 2.- Dr. Rosentein Emilie y Cel. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, Editorial P.L.M.S.A, Vigésima Segunda Edición., México 1976.
- 3.- Dr. Orban y Cel. Periodencia, Editorial Interamericana, Cuarta Edición., México 1975.
- 4.- Dr. Legarreta Luis. Raspado y Curetaje, Revista ADM, Vol. XXIX, No. 5 Sep- Oct., México 1972.
- 5.- Dra. Suárez Bruna. Tratamiento de Belsas Parodontales, Revista ADM, vol. XXVI, No. 1 Enero - Febrero 1969.
- 6.- Dr. Alvárez Valls Luis. Importancia del diagnóstico Diferencial en las Parodontopatías, Vol. XXV, No. 4 Julio - Agosto 1968.
- 7.- Dr. Legarreta Luis. Parodontitis, Rev. ADM, Vol. XXVIII, No. 3 Mayo - Junio 1971.
- 8.- S. Charles Miller. Tratado de periodencia, Editorial labor., Argentina.
- 9.- Rojas Seriane Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales Textos Universitarios, Sexta Edición 1981.