

318322

24
26



Universidad Latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**PARODONCIA Y SU RELACION CON
OTRAS AREAS ODONTOLOGICAS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

TATIANA MARIA RUBIO MAGAÑA

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA LE CRIGEN

1988.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION.

CAPITULO I. PARODONTO NORMAL.

- A) ENCIA.
- B) HUESO.
- C) CEMENTO.
- D) LIGAMENTO PARODONTAL.

CAPITULO II. PARODONCIA - ENDODONCIA.

CAPITULO III. PARODONCIA - PROTESIS.

CAPITULO IV. PARODONCIA - EXODONCIA.

CAPITULO V. PARODONCIA - ODONTOPEDIATRIA.

CAPITULO VI. PARODONCIA - ORTODONCIA.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

EL OBJETIVO PRINCIPAL DE ESTA TESIS, ES EXPONER LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA PARODONCIA, EN RELACION CON EL TRABAJO DIARIO DEL PROFESIONISTA EN GENERAL, ASI COMO DE LOS ESTUDIANTES DE LICENCIATURA, TOMANDO EN CUENTA QUE SU CONOCIMIENTO Y EL CUIDADO QUE DEBE DARSE AL PARODONTO, SEA ESCENCIAL PARA EL EXITO FINAL DE NUESTRO TRATAMIENTO.

ES UNA RECOPIACION BIBLIOGRAFICA, LLEVADA DE UNA MANERA SENCILLA Y CONVENIENTE PARA EL MEJOR TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA CAVIDAD ORAL, TRATANDO LOS COMPONENTES DEL PARODONTO CLINICAMENTE SANOS, ASI COMO SU FUNCION; LA RELACION DE LA PARODONCIA CON LA ENDODONCIA EN CASOS CLINICOS EN LOS CUALES SE REQUIERE COMO TRATAMIENTO LA HEMISECCION O AMPUTACION RADICULAR; ASI MISMO SE TRATA, LA INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL EN LA PULPA, Y VISCEVERSA.

EN CUANTO A LA RELACION DE PARODONCIA Y PROTESIS, SE TRATAN LOS ASPECTOS MAS IMPORTANTES A CONSIDERAR POR EL PROTESISTA DURANTE LOS CUIDADOS PARODONTALES, PRESENTANDOSE VARIOS ESTUDIOS, TANTO DE PROTESIS FIJA, REMOVIBLE Y POSTODONCIA. POR LO QUE SE REFIERE A EXODONCIA PARODONCIA, SE PRESENTAN ESTUDIOS RECIENTES Y CUIDADOS DURANTE EL TRATAMIENTO.

EN EL CAPITULO DE PARODONCIA ODONTOPEDIATRIA, SE CONSIDERAN LOS CUIDADOS QUE DEBEN OBSERVARSE DESDE LA NINEZ, PARA EVITAR PROBLEMAS PARODONTALES POSTERIORES Y SE PRESENTAN ESTUDIOS ESTADISTICOS EN CUANTO A CARIES, HIGIENE ORAL, ETC. POR ULTIMO, EN EL CAPITULO EN EL CUAL SE RELACIONAN PARODONCIA Y ORTODONCIA, SE TRATAN LOS PROBLEMAS PARODONTALES OCASIONADOS POR EL ORTODONCISTA, ASI COMO LOS CUIDADOS QUE ESTE DEBE LLEVAR PARA EVITAR DAÑO IRREVERSIBLE, PRESENTANDO INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS RECIENTES.

CAPITULO I

PARODONTO NORMAL.

DEFINICION. _ ES UNA UNIDAD BIOFUNCIONAL, COMPUESTA POR CUATRO TEJIDOS:

ENCIA, LIGAMENTO PARODONTAL, CEMENTO Y HUESO.

FUNCIONES:

- 1) INSERCION DEL DIENTE A SU ALVEDO OSEO.
- 2) RESISTENCIA A LAS FUERZAS GENERADAS POR LA MASTICACION, HABLA Y DEGLUCION.
- 3) MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA SUPERFICIE DE LA MUCOSA MASTICATORIA DE LA CAVIDAD BUCAL.
- 4) COMPENSAR LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON EL DESGASTE Y ENVEJECIMIENTO POR MEDIO DE LA REMODELACION CONTINUA Y DE LA REGENERACION.
- 5) DEFENSA CONTRA LAS INFLUENCIAS NOCIVAS DEL AMBIENTE EXTERNO.

ENCIA.

LA CAVIDAD BUCAL SE ENCUENTRA CUBIERTA POR UNA MEMBRANA MUCOSA, QUE ES UNA CONTINUACION DE LA PIEL DE LOS LABIOS Y DE LA MUCOSA DEL PALADAR BLANDO Y FARINGE.

ESTA MUCOSA BUCAL, CONSTA DE TRES COMPONENTES:

- 1) LA MUCOSA MASTICATORIA, QUE CUBRE AL PALADAR DURO Y AL HUESO ALVEOLAR.
- 2) MUCOSA ESPECIALIZADA, QUE CUBRE EL DORSO DE LA LENGUA Y
- 3) MUCOSA DE REVESTIMIENTO, QUE COMPRENDE EL RESTO DE LA MEMBRANA MUCOSA BUCAL.

LA ENCIA, SE DEFINE COMO LA PORCION DE LA MUCOSA MASTICATORIA, QUE RECUBRE LAS APOFISIS ALVEOLARES Y RODEA LA PORCION CERVICAL DE LOS DIENTES.

LA ENCIA SE DIVIDE EN DOS PARTES;

7

- 1) ENCIA LIBRE Y
- 2) ENCIA INSERTADA.

LA PRIMERA, ES DE COLOR ROSADO CORAL, Y POGEE UNA SUPERFICIE MATE DE CONSISTENCIA FIRME, INCLUYENDO MUCOSA GINGIVAL VESTIBULAR, LINGUAL Y PALATINA, ASI COMO LAS PAPILAS INTERDENTALES. POR LA SUPERFICIE VESTIBULAR Y LINGUAL, ESTA ENCIA, DE CONTORNO FESTONEADO, SE EXTIENDE DESDE EL MARGEN GINGIVAL EN SENTIDO APICAL, HACIA EL SURCO GINGIVAL LIBRE, QUE ESTA A NIVEL DEL LIMITE CEMENTO ADAMANTINO, AMBOS EN ESTRECHO CONTACTO. SU COLORACION DEPENDERA DEL GRUPO ETNICO. LA ENCIA INTERDENTAL, ESTA DETERMINADA POR LAS RELACIONES DE CONTACTO ENTRE LOS DIENTES, EL ANCHO DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS PROXIMALES Y EL LIMITE CEMENTO ADAMANTINO. EN LOS SEGMENTOS ANTERIORES, TIENE FORMA PIRAMIDAL, MIENTRAS QUE EN LOS POSTERIORES, ES ROMA EN SENTIDO BUCOLINGUAL. A CAUSA DE LAS PAPILAS INTERDENTALES, EL MARGEN GINGIVAL LIBRE, SIGUE UN FESTONEADO MAS O MENOS PRONUNCIADO POR TODA LA DENTADURA.

2) ENCIA INSERTADA.- DELIMITADA POR EL SURCO GINGIVAL LIBRE, Y SE EXTIENDE EN SENTIDO APICAL HACIA EL LIMITE MUCO GINGIVAL, DONDE SE CONTINUA CON LA MUCOSA ALVEOLAR.

ESTA ENCIA, ES DE COLOR ROSA CORAL, DE TEXTURA FIRME Y PRESENTA UN PUNTEADO FINO QUE DA ASPECTO DE CASCARA DE NARANJA. SE ENCUENTRA INSERTADA AL HUESO Y CEMENTO SUBYACENTES POR MEDIO DE FIBRAS DE TEJIDO CONECTIVO. LA MUCOSA ALVEOLAR, ESTA UBICADA HACIA APICAL DE LA UNION MUCOGINGIVAL Y VINCULADA DE MANERA LAXA, A LOS TEJIDOS QUE RECUBRE Y PRESENTA UNA COLORACION ROJA MAS OSCURA.

EL EPITELIO BUCAL.

LA ENCIA LIBRE Y ADHERIDA, SE ENCUENTRAN CUBIERTAS POR UN EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO QUERATINIZADO, QUE SE ENCUENTRA SEPARADO DEL TEJIDO CONECTIVO, POR UNA LAMINA BASAL FORMADA A SU VEZ, POR LAS CAPAS BASAL, ESPINOSA, GRANULAR Y CORNIFICADA, DE DONDE SE DIFERENCIAN LAS CELULAS PRODUCTORAS DE QUERATINA.

ADEMAS, DE LAS CELULAS PRODUCTORAS DE QUERATINA (90%), EL EPITELIO BUCAL CONTIENE LOS SIGUIENTES TRES TIPOS DE CELULAS:

- 1) MELANCITOS.
- 2) CELULAS DE LANGERHANS Y
- 3) CELULAS INESPECIFICAS.

1) EL MELANOCITO, ES UNA CELULA DE PIGMENTO, EN FORMA DE ESTRELLA QUE CONTIENE GRANULOS LLAMADOS PREMELANOSOMAS Y MELANOSOMAS, QUE TIENDEN A ACUMULARSE EN LAS PORCIONES TERMINALES DE LOS PROCESOS CITOPASMATICOS. ESTAS CELULAS, NO SE INSERTAN CON CELULAS ADYACENTES O LAMINA BASAL, Y ESTAN LIBRES DE FILAMENTOS CITOPASMATICOS Y FIBRILLAS. LA MELANINA, SE TRANSFIERE A LOS QUERATOCITOS Y CELULAS, DENTRO DE TEJIDO CONECTIVO, POR FAGOCITOSIS.

2) LAS CELULAS DE LANGERHANS, DESEMPEÑAN UN PAPEL EN EL MECANISMO DE DEFENSA, REACCIONANDO CON ANTIGENOS EN PROCESO DE PENETRACION, INICIANDO UNA RESPUESTA INMUNOLOGICA PRECOZ INHIBIDORA O PREVENTIVA.

LA CAPA BASAL DEL EPITELIO BUCAL, ESTA COMPUESTA POR CELULAS CUBOIDALES O COLUMNARES CORTAS, QUE HACEN CONTACTO CON LA LAMINA BASAL Y SUS MEMBRANAS PLASMATICAS, FORMAN MICROVELLOBIDADES AMPLIAS Y ONDULADAS QUE SIGUEN LOS CONTORNOS DE LA LAMINA BASAL A LA QUE ESTAN ADHERIDAS POR MEDIO DE HEMIDESMOSOMAS, QUE SON ESTRUCTURAS FORMADAS POR ZONAS MAS GRUESAS, DENSAS ELECTRONICAS COMPUESTAS POR HOJAS EXTERNAS DE LAS MEMBRANAS CELULARES, HOJAS INTERNAS MAS GRUESAS DE LAS MEMBRANAS CELULARES Y PLACAS DE ADHESION QUE REPRESENTAN EL MATERIAL GRANULOSO Y FIBRILAR DEL CITOPLASMA., EN LA CAPA BASAL, QUE SE RENUEVA EL EPITELIO, Y DE AHI, SE LE DENOMINA STRATUM GERMINATIVUM.

EL QUERATOCITO, ES UNA CELULA QUE DEBE ATRAVESAR EL EPITELIO Y QUERATINIZARSE. POSEE UN NUCLEO REDONDO U OVALADO, CON NUCLEOLOS PROMINENTES. LAS MITOCONDRIAS SE ENCUENTRAN EN ZONA PERINUCLEAR EN LA PORCION BASAL. SE OBSERVAN LAMELAS DE RETICULO ENDOPLASMATICO, AUNQUE LOS RIBOSOMAS SE ENCUENTRAN LIBRES. LOS FILAMENTOS CITOPLASMATICOS, SON UNA CARACTERISTICA PROMINENTE Y SE AGRUPAN EN FIBRILLAS, ATRAVESANDO EL CITOPLASMA E INSERTANDOSE EN DONDE SE JUNTAN DOS DESMOSOMAS, LAS CELULAS DE LA CAPA BASAL, TIENEN DOS FUNCIONES:

A) AUTORREPLICA, SIRVIENDO COMO FUENTE PARA LA RENOVACION DEL TEJIDO Y,

BI SECRETAN Y PRODUCEN LOS MATERIALES QUE COMPONEN A LA LAMINA BASAL.

LA CAPA ESPINOSA, ESTA COMPUESTA POR UNAS 10 A 20 CAPAS DE CELULAS POLIEDRICAS, CON PROLONGACIONES CITOPLASMATICAS CORTAS, QUE ASEMEJAN ESPINAS.

ESTAN UNIDAS ENTRE SI, POR NUMEROSOS DESMOSOMAS (DOS HEMIDESMOSOMAS ENFRENTADOS, SEPARADOS ENTRE SI POR UNA ZONA DE MATERIAL GRANULOSO DENSO ELECTRONICO), UBICADOS ENTRE LAS PROLONGACIONES CITOPLASMATICAS DE LAS CELULAS ADYACENTES.

LA CAPA GRANULAR: COMPUESTA POR CELULAS APLANADAS EN DIRECCION PARALELA A LA SUPERFICIE DE LOS TEJIDOS; SON DE NUCLEO ALARGADO Y SE ENCUENTRAN CUERPOS DE QUERATOHALINA, ADEMAS DE NUMEROSOS GRANULOS DE REVESTIMIENTO QUE CONTIENEN ENZIMAS Y UNA SUSTANCIA CEMENTANTE. LOS DESMOSOMAS, SON MAS NOTABLES, EL ESPACIO INTERCELULAR ES MAS REDUCIDO.

SE DA UNA TRANSICION ABRUPTA DE LAS CELULAS DE LA CAPA GRANULAR A LA CORNEA. ESTO INDICA LA QUERATINIZACION DEL CITOPLASMA DEL QUERATOCITO, Y SU CONVERSION ES UNA ESTRUCTURA ACELULAR LIMITADA POR UNA MEMBRANA.

CAPA CORNEA .- CONTIENE CELULAS, CUYO CITOPLASMA ESTA PLENO DE QUERATINA Y HA DESAPARECIDO TODO EL APARATO DE SINTESIS INCLUYENDO MITOCONDRIAS, RETICULO ENDOPLASMICO, APARATO DE GOLGI Y NUCLEO; TAL VEZ, POR DESGRADACION ENZIMATICA. EN LOS EPITELIOS PARAQUERATINIZADOS, (CONTIENEN

RESTOS DE NUCLEOS), A LA QUERATINIZACION, SE LE CONSIDERA UN PROCESO DE DIFERENCIACION CONTINUA, DESDE LA CAPA BASAL, YA NO PUEDE DIVIDIRSE, PERO CONSERVA SU CAPACIDAD DE PRODUCCION PROTEINICA. EN LA CAPA GRANULAR, COMO MENCIONAMOS ANTERIORMENTE, QUEDA PRIVADO DE SU APARATO DE PRODUCCION, DE ENERGIA Y PROTEINA, Y SE CONVIERTE EN UNA CELULA PLENA DE QUERATINA QUE SE DESCAMA DESDE LA CAPA CORNEA DE LA SUPERFICIE TISULAR.

EPITELIO DE UNION.

ES EL TEJIDO QUE SE ENCUENTRA UNIDO AL DIENTE POR UN LADO, Y POR EL OTRO, AL TEJIDO CONECTIVO. FORMA LA BASE DEL SURCO GINGIVAL Y ES UN SISTEMA BIOLOGICO UNICO. SU GROSOR VARIA DESDE 15 A 18 CELULAS EN LA BASE DEL SURCO GINGIVAL, HASTA SOLO 1 O 2 CELULAS A NIVEL DE LA UNION ADAMANTINA. LAS CELULAS EN LA CAPA BASAL, SE DESPLAZAN OBLICUAMENTE, HACIA LA SUPERFICIE DEL DIENTE Y LLEGAN A LA BASE DEL SURCO GINGIVAL, DONDE SON DESCAMADAS. ESTAS CELULAS EN LA CAPA BASAL, SON CUBOIDALES APLANADAS Y CONTIENEN UN POCO MAS DE RETICULO ENDOPLASMICO Y MENOS FILAMENTOS CITOPLASMATICOS. AL DEJAR LA CAPA BASAL, SE VUELVEN APLANADAS EN EXTREMO Y LOS NUCLEOS SE ALARGAN EN DIRECCION PARALELA AL EJE MAYOR DE LA SUPERFICIE DENTARIA, Y NO SUFREN MODIFICACIONES DE IMPORTANCIA.

LAS CELULAS DE LA CAPA SUPRABASAL, PRESENTAN FORMACIONES DE MICROVELLOSIDADES E INTERDIGITACIONES COMPLICADAS, CUBIERTAS POR UNA CAPA DE POLISACARIDOS. CONTIENEN FILAMENTOS CITOPLASMATICOS AUNQUE MAS LAMELAS DE RETICULO ENDOPLASMATICO Y ROSETAS DE RIBOSOMAS. EL COMPLEJO DE GOLGI ESTA BIEN DESARROLLADO.

LAS CELULAS DEL EPITELIO DE UNION, CERCA DE LA BASE DEL SURCO, PARECEN POSEER CAPACIDAD DE FAGOCITOSIS, PUEDEN OBSERVARSE LEUCOCITOS, AUN EN ENCIAS CLINICAMENTE SANAS, QUE PENETRAN DESDE LOS VASOS DEL TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE. EXISTEN TAMBIEN LINFOCITOS, JUNTO CON CELULAS QUE PRESENTAN CARACTERISTICAS DE MACROFAGOS.

TEJIDO CONECTIVO.

ES EL TEJIDO PREDOMINANTE DE LA ENCIA Y EL LIGAMENTO PARODONTAL, SUS COMPONENTES PRINCIPALES SON:
 FIBRAS COLAGENAS EN UN 60%
 FIBROBLASTOS EN UN 5%
 VASOS, NERVIOS Y MATRIZ EN UN 35%.

LAS DIFERENTES CELULAS PRESENTES SON:

- A) FIBROBLASTOS.
- B) MASTOCITOS.
- C) MACROFAGOS.
- D) GRANULOCITOS NEUTROFILOS
- E) LINFOCITOS Y
- F) PLASMOCITOS.

A) EL FIBROBLASTO, ES LA CELULA PREDOMINANTE, SE DEDICA A LA PRODUCCION DE FIBRAS E INTERVIENE EN LA SINTESIS DE MATRIZ DE TEJIDO. ES FUSIFORME O EN FORMA DE HUGO, SU CITOPLASMA, CONTIENE UN RETICULO ENDOPLASMATICO GRANULOSO BIEN FORMADO, CON RIBOSOMAS. EL APARATO DE GOLGI, DE TAMAÑO CONSIDERABLE, Y EL CITOPLASMA CONTIENE TONOFILAMENTOS FINOS Y GRAN NUMERO DE VESICULAS.

B) ES EL QUE PRODUCE SUSTANCIAS VASOACTIVAS QUE AFECTAN LA FUNCION DEL SISTEMA MICROVASCULAR Y CONTROLAN EL FLUJO SANGUINEO A TRAVES DEL TEJIDO. TIENE CANTIDAD DE VESICULAS QUE CONTIENEN ENZIMAS PROTEOLITICAS, HISTAMINA Y HEPARINA. APARATO DE GOLGI BIEN DESARROLLADO, ESCASAS EN RETICULO ENDOPLASMATICO. Y GRAN CANTIDAD DE PROLONGACIONES CITOPLASMATICAS.

C) MACROFAGO, CELULA QUE TIENE FUNCIONES FAGOCITICAS Y SINTETICAS EN TEJIDO. CONTIENEN UN NUCLEO CON INVAGINACIONES Y CONDENSACIONES DE CROMATINA, UN APARATO DE GOLGI BIEN DESARROLLADO, Y VESICULAS CITOPLASMATICAS Y RIBOSOMAS LIBRES. TAMBIEN SE ENCUENTRA RETICULO ENDOPLASMATICO ELEMENTAL, Y RESTOS DE MATERIAL FAGOCITADO. PARTICIPA ACTIVAMENTE EN LA DEFENSA CONTRA SUSTANCIAS EXTRANAS O IRRITANTES.

D) GRANULOCITOS NEUTROFILOS. SON AQUELLOS QUE CONTIENEN UN NUCLEO LOBULADO, Y UN CITOPLASMA CON LISOSOMAS.

E) LINFOCITOS. CELULAS QUE CONTIENEN UN NUCLEO OVAL, UN CITOPLASMA CON RIBOSOMAS LIBRES Y MITOCONDRIAS. EL SISTEMA RETICULOENDOPLASMATICO, CONTIENE LISOSOMAS LIBRES Y RIBOSOMAS FIJOS. MITOCONDRIAS, Y EL APARATO DE GOLGI BIEN DESARROLLADO.

FIBRAS._ SON PRODUCTO DE LOS FIBROBLASTOS, Y SE DIVIDEN EN:

- A) COLAGENAS.
- B) RETICULARES.
- C) ELASTICAS Y,
- D) ELASTICAS.

A) LAS FIBRAS COLAGENAS, SON PREDOMINANTES EN EL TEJIDO CONECTIVO GINGIVAL, Y COMPRENDEN LOS COMPONENTES ESCENCIALES DEL PARODONTO.

B) FIBRAS RETICULARES. SON ABUNDANTES EN TEJIDO ADYACENTE A LA MEMBRANA BASAL, Y TAMBIEN EN TEJIDO CONECTIVO LAXO QUE RODEA A LOS GRANDES VASOS SANGUINEOS.

C) OXITALANICAS. SE ENCUENTRAN EN TODAS LAS ESTRUCTURAS DEL TEJIDO CONECTIVO, Y ESTAN COMPUESTAS POR FIBRILLAS FINAS.

D) FIBRAS ELASTICAS. ESTAS, SOLO SE ENCUENTRAN EN TEJIDO CONECTIVO DE LA ENCIA Y DEL LIGAMENTO PARODONTAL, ASOCIADAS A LOS VASOS SANGUINEOS, Y EN LA MUCOSA ALVEOLAR SON ABUNDANTES,

DE ACUERDO CON SU INSERCIÓN Y SU CURSO, EN LOS TEJIDOS, SE DIVIDEN ASI:

A) CIRCULARES._ SON LAS QUE SE DIRIGEN POR LA ENCIA LIBRE RODEANDO AL DIENTE.

B) DENTO GINGIVALES._ SE PROYECTAN DESDE EL CEMENTO, EN FORMA DE ABANICO, HACIA EL TEJIDO GINGIVAL LIBRE POR LAS SUPERFICIES VESTIBULAR, LINGUAL Y PROXIMAL.

C) DENTO PERIODISTICAS._ SE DIRIGEN DESDE EL CEMENTO, HACIA APICAL, POR LA CRESTA OSEA VESTIBULAR Y LINGUAL, TERMINANDO EN LA ENCIA INSERTADA.

D) TRANSTABICALES._ ATRAVIESAN EL TABIQUE INTERDENTAL, Y SE INSERTAN EN EL CEMENTO DE LOS DIENTES ADYACENTES.

MATRIZ._ ES PRODUCTO DE LOS FIBROBLASTOS, MASTOCITOS Y

SANGRE. ES EL MEDIO EN EL QUE ESTAN INCULUIDAS LAS CELULAS DEL TEJIDO CONECTIVO Y ESCENCIAL PARA SU FUNCIONAMIENTO, COMO EL TRANSPORTE DE ELECTROLITOS, NUTRIENTES Y METABOLITOS. CONSTITUIDA PRINCIPALMENTE, POR MACROMOLECULAS POLISACARIDOS PROTEINICAS, QUE EJERCEN UNA RESISTENCIA A LA DEFORMACION, SIRVIENDO COMO REGULADORAS DE LA CONSISTENCIA DEL TEJIDO CONECTIVO Y SU RESILENCIA.

LIGAMENTO PARODONTAL.

ES UNA PORCION DE TEJIDO CONECTIVO BLANDO, QUE SE ENCUENTRA RODEANDO LAS RAICES DE LOS DIENTES, Y VINCULA AL CEMENTO RADICULAR CON EL HUESO ALVEOLAR. RADIOGRAFICAMENTE, SE OBSERVA COMO UN ESPACIO RADIOLUCIDO ENTRE LAS RAICES DE LOS DIENTES, Y EL HUESO ALVEOLAR. SE CONTINUA CON EL TEJIDO CONECTIVO SUPRA ALVEOLAR, COMUNICANDOSE CON EL ESPACIO MEDULAR DEL HUESO ALVEOLAR. TIENE UN ANCHO DE 0.25MM. Y SU PRESENCIA ES ESCENCIAL PARA LA MOVILIDAD DE LOS DIENTES.

EL LIGAMENTO SE FORMA A PARTIR DEL TEJIDO CONECTIVO LAXO QUE RODEA AL GERME DENTARIO, POR MEDIO DE FIBRAS PRINCIPALES QUE EN UN INICIO SE IDENTIFICAN LAS QUE ESTAN EN LA PORCION MAS MARGINAL DEL HUESO ALVEOLAR; POSTERIORMENTE, SE VEN HACES DE FIBRAS, UBICADOS MAS HACIA APICAL Y CONSTITUIDOS POR FIBRAS COLAGENAS ORIENTADAS QUE SE MODIFICAN DURANTE LA FASE DE ERUPCION DEL DIENTE, Y AL PONERSE ESTE EN CONTACTO DE OCLUSION, SE ASOCIAN ESTOS HACES EN GRUPOS COLAGENOS DENTOALVEOLARES BIEN ORIENTADOS Y SE DENOMINAN: FIBRAS HORIZONTALES, OBLICUAS Y APICALES DE ACUERDO A SU UBICACION., ES DECIR, PRIMERO, SE DESCUBREN FIBRILLAS PEQUEÑAS, QUE BROTAN DEL CEMENTO RADICULAR, PROYECTANDOSE

HACIA EL ESPACIO DEL LIGAMENTO, MAS TARDE, AUMENTA SU GROSOR Y CANTIDAD, E IRRADIAN HACIA EL TEJIDO CONECTIVO LAXO EN LA PORCION MEDIA DEL AREA DEL LIGAMENTO, QUE POSE FIBRILLAS COLAGENAS ORIENTADAS ALEATORIAMENTE, LAS QUE SE ORIGINAN EN EL CEMENTO, SIGUEN SIENDO CORTAS, Y LAS QUE PENETRAN EN EL HUESO SON MAS LARGAS Y SUS PORCIONES TERMINALES POSEEN PROLONGACIONES DACTILARES. POSTERIORMENTE, LAS FIBRAS ORIGINADAS EN EL CEMENTO, AUMENTAN DE LONGITUD Y GROSOR Y SE FUSIONAN EN EL ESPACIO DEL LIGAMENTO PARODONTAL CON LAS ORIGINADAS EN EL HUESO ALVEOLAR, CUANDO EL DIENTE ENTRA EN OCLUSION, LAS FIBRAS SE ORGANIZAN EN HACES Y CORREN EN CONTINUIDAD ENTRE EL HUESO Y EL CEMENTO.

EL LIGAMENTO PARODONTAL, CONTIENE CELULAS LLAMADAS RESTOS DE MALASBEZ, FORMANDO UNA RED CONTINUA DE CELULAS EPITELIALES QUE RODEAN AL DIENTE Y SE DESCONOCE SU FUNCION.

CEMENTO RADICULAR.

ES UN TEJIDO ESPECIALIZADO MINERALIZADO, QUE RECUBRE PORCIONES DE LA COPONA Y LAS SUPERFICIES RADICULARES. DIFIERE DEL TEJIDO OSEO EN QUE NO POSEE VASOS SANGUINEOS NI LINFATICOS, NO TIENE INERVACION, Y NO EXPERIMENTA REABSORCION NI REMODELADO FISIOLÓGICOS; AUNQUE, SE CARACTERIZA POR UN DEPOSITO CONTINUO DURANTE TODA LA VIDA.

SUS FUNCIONES PRINCIPALES SON: CONTRIBUIR AL PROCESO DE REPARACION TRAS LESIONES A LA SUPERFICIE RADICULAR, Y BRINDAR INSERCIÓN A LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL. EXISTEN DOS TIPOS DE CEMENTO:

1.- PRIMARIO O ACELULAR, QUE SE FORMA AL MISMO TIEMPO QUE LA DENTINA RADICULAR EN PRESENCIA DE LA VAINA EPITELIAL DE HERTWIG, CUYAS CELULAS EPITELIALES MIGRAN JUNTO AL GERMEN DENTARIO, HACIA EL TEJIDO CONECTIVO LAXO. FIBROBLASTOS DE ESTE TEJIDO, SE DIFERENCIAN EN CEMENTOBLASTOS, Y PERMANECEN SOBRE LA SUPERFICIE LATERAL DEL CEMENTOIDE, Y SE CALCIFICAN PARA FORMAR CEMENTO. UNA PARTE IMPORTANTE DE ESTE CEMENTO, ESTA CONSTITUIDA POR HACES DE FIBRAS DE SHARPEY MINERALIZADAS, QUE SON UNA CONTINUACION DE LAS FIBRAS COLAGENAS DEL TEJIDO CONECTIVO SUPRA ALVEOLAR Y DEL LIGAMENTO, FORMANDO EL LLAMADO SISTEMA FIBROSO EXTRINSECO DEL CEMENTO. Y EL SISTEMA FIBROSO INTRINSECO, ES PRODUCTO DE LOS CEMENTOBLASTOS Y ESTA COMPUESTO POR FIBRAS ORIENTADAS PARALELAS AL EJE LONGITUDINAL DE LA RAIZ.

2.- CEMENTO SECUNDARIO O CELULAR. ESTE SE FORMA DESPUES DE LA ERUPCION DENTARIA Y SEGUN LAS EXIGENCIAS FUNCIONALES; ESTE CEMENTO, SE DEPOSITA SOBRE EL PRIMARIO Y POR LO GENERAL, SE LOCALIZA EN LA PORCION INTRA ALVEOLAR DE LA RAIZ. ESTA FORMADO GRACIAS AL CEMENTOBLASTO Y LAS CELULAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL CEMENTO, SE LLAMAN CEMENTOCITOS, LOS CUALES RESIDEN EN LAGUNAS, Y ESTAN UNIDOS POR PROCESOS CITOPLASMATICOS QUE PASAN POR CANALICULOS Y SE UNEN A SU VEZ CON EL CEMENTOBLASTO DE LA SUPERFICIE POR PROLONGACIONES CITOPLASMATICAS Y PERMITEN EL TRANSPORTE DE NUTRIENTES CONTRIBUYENDO ASI, AL MANTENIMIENTO DE LA VITALIDAD DEL CEMENTO.

LA MINERALIZACION, SE PRODUCE POR DEPOSITO DE CRISTALES DE HIDROXIAPATITA.

ESTE CEMENTO ESTA DENSAMENTE APETADO CON EL SISTEMA FIBROSO INTRISECO Y EXTRINSECO (SHARPEY) QUE CORREN PERPENDICULARES AL LIMITE CEMENTODENTINARIO.

ES MAS ESPESO EN LA PORCION APICAL DE LA RAIZ QUE EN LA CERVICAL.

HUESO ALVEOLAR.

ESTRUCTURA QUE JUNTO CON EL CEMENTO RADICULAR, Y LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL, CONSTITUYE EL TEJIDO DE SOSTEN DE LOS DIENTES Y DISTRIBUYE Y RESUELVE LAS FUERZAS GENERADAS EN LA MISMA MASTICACION Y CONTACTOS OCLUSALES.

DEPOSICION. LA ETAPA INICIAL EN LA FORMACION DEL HUESO ALVEOLAR, ES DEBIDA A LA DEPOSICION DE SALES DE CALCIO EN LA MATRIZ DE TEJIDO CONECTIVO CERCA DEL FOLICULO DENTARIO, DANDO POR RESULTADO ZONAS DE HUESO INMADURO, SEPARADAS POR UNA MATRIZ DE TEJIDO CONECTIVO NO CALCIFICADA. ESTAS ZONAS, SE AGRANDAN HASTA FUSIONARSE Y REMODELARSE EXTENSAMENTE.

LA DEPOSICION Y LA RESORCION, SUCEDEN SIMULTANEAMENTE. LA SUPERFICIE EXTERNA DEL HUESO ESTA CUBIERTA POR UNA CAPA DE MATRIZ OSEA NO CALCIFICADA DENOMINADA OSTEODIDE, Y ESTA CUBIERTA POR CONDENSACION DE FIBRAS COLAGENAS Y CELULAS, FORMANDO EL PERIOSTIO. LAS CAVIDADES DENTRO DE LA MASA OSEA, ESTAN CUBIERTAS POR ENDOSTIO. LAS DOS CAPAS, TIENEN OSTEOLASTOS QUE DEPOSITAN MATRIZ OSEA INDUCIENDO A LA CALCIFICACION Y TAMBIEN CONTIENE OSTEOLASTOS QUE PARTICIPAN EN LA RESORCION, ADEMAS DE CELULAS PROGENITORAS. ASI, EL HUESO ALVEOLAR CRECE POR APOSICION Y REMODELACION, EVOLUCIONANDO HASTA SU MADUREZ.

AL CONTINUAR EL CRECIMIENTO, LAS CELULAS DEL PERIOSTIO SE INCRUSTAN EN LA MATRIZ CALCIFICADA Y SE CONVIERTEN EN OSTEOCITOS QUE RESIDEN EN CAVIDADES LLAMADAS LAGUNAS Y PRODUCEN PROLONGACIONES LLAMADAS CANALICULOS QUE SE ORIENTAN EN DIRECCION AL APORTE SANGUINEO.

ADEMAS DE COMUNICARSE ENTRE SI POR MEDIO DE PROLONGACIONES CITOPLASMATICAS.

LOS VASOS SANGUINEOS, SE RODEAN DE LAMELAS CONCENTRICAS DENOMINADAS OSTEONES, Y ESTOS VASOS, CORREN POR CONDUCTOS EN LOS OSTEONES LLAMADOS CONDUCTOS HAVERSIANOS, QUE SE CONECTAN A SU VEZ ENTRE SI, ANASTOMOSANDOSE Y CORREN POR LOS CONDUCTOS DE VOLKMAN.

EL CRECIMIENTO CONTINUO POR APOSICION, DA COMO RESULTADO UNA CAPA OSEA DENSA SUPERFICIAL, LLAMADA CORTICAL, MIENTRAS QUE LA RESORCION INTERNA Y LA REMODELACION, DAN LUGAR A LAS TRABECULAS OSEAS CLASICAS DEL HUESO ESPONJOSO, Y SU TAMAÑO VARIA DE UN INDIVIDUO A OTRO Y DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRAN. ESTAS TRABECULAS, SE ENCUENTRAN UNIDAS ENTRE SI Y CON LAS PLACAS CORTICALES Y LAS PAREDES DE LOS ALVEOLOS. EL ALVEOLO DENTARIO, ESTA RECUBIERTO POR HUESO MINERALIZADO QUE RECIBE EL NOMBRE DE HUESO FASCICULADO Y TIENE UN RITMO ELEVADO DE RECAMBIO.

REMODELACION. _ LAS SUPERFICIES QUE EXPERIMENTAN REMODELACION, EXHIBEN CARACTERISTICAS ANATOMO HISTOLOGICAS DEFINIDAS. LAS ZONAS DE RESORCION, PRESENTAN SUPERFICIES ASPERAS Y DISPAREJAS CON NUMEROSAS CAVIDADES HISTOLOGICAS, PARECEN DESTRUIDAS Y CUBIERTAS CON OSTEOBLASTOS. LA SUPERFICIES EN LAS QUE SE REALIZA LA DEPOSICION, PRESENTAN CAPAS DE HUESO DENSO QUE NO CONTIENEN ESPACIOS MEDULARES NI

OSTEONES, Y CON EL TIEMPO PUEDEN PRESENTAR REMODELACION Y HACERSE IDENTICAS AL HUESO ALVEOLAR ORIGINAL.

LA RESORCION OSEA SE OBSERVA GENERALMENTE, EN EL LADO DE LA PRESION Y LA DEPOSICION, EN EL LADO DE LA TENSION DE LA RAIZ DENTARIA EN MOVIMIENTO.

EL HUESO EN EL MAXILAR SUPERIOR, RODEANDO LAS SUPERFICIES RADICULARES, ES MAS GRUESO EN PALATINO QUE EN LA ZONA VESTIBULAR.

EN LA MANDIBULA, EL HUESO COMPACTO QUE TAPIZA LAS PAREDES ALVEOLARES, SUELE CONTINUARSE CON LA COMPACTA POR LINGUAL Y VESTIBULAR, VARIANDO EN ESPESOR. EN LAS REGIONES INCISIVA Y PREMOLAR, POR VESTIBULAR ES MAS DELGADA QUE POR LINGUAL, Y EN LA ZONA MOLAR, ES MAS GRUESA POR VESTIBULAR QUE POR LINGUAL.

IRRIGACION E INERVACION DEL PARODONTO.

LA ENCIA, RECIBE SU APORTE SANGUINEO, DE LOS VASOS SUPRAPERIOSTICOS, QUE SON RAMAS TERMINALES DE LA ARTERIA SUBLINGUAL, LA ARTERIA MENTONIANA, LA BUCAL, FACIAL, PALATINA MAYOR, INFRAORBITARIA Y ALVEOLAR SUPERIOR.

LA ARTERIA DENTARIA (QUE ES RAMA DE LA MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR) EMITE A SU VEZ, A LA ARTERIA INTRATABICAL ANTES DE QUE ENTRE EN EL ALVEOLO DENTARIO. LAS RAMAS TERMINALES DE LA ARTERIA INTRATABICAL, PENETRAN EN LA LAMINA DURA, POR CONDUCTOS EN EL ALVEOLO. SE ANASTOMOSAN A NIVEL DEL LIGAMENTO PARODONTAL JUNTO CON LOS ORIGINADOS EN LA PORCION APICAL DEL LIGAMENTO QUE ESTAN FORMADAS TAMBIEN POR LA ARTERIA DENTARIA.

LA INERVACION, ESTA DADA POR COMPONENTES NERVIOSOS QUE PERTENECEN AL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO. LOS QUE REGISTRAN EL DOLOR, TACTO Y PRESION, TIENEN SU CENTRO TROFICO EN EL GANGLIO SEMILUNAR, Y LOS PROPIOCEPTORES, EN EL NUCLEO MESENFALICO, Y LLEGAN AL PARODONTO POR EL NERVIPO TRIGEMINO Y SUS RAMAS TERMINALES.

EN EL MAXILAR SUPERIOR, EN ZONA DE INCISIVOS, CANINOS Y PREMOLARES, LA ENCIA, ESTA INERVADA POR RAMAS LABIALES SUPERIORES DEL NERVIPO INFRADORBITARIO, Y EN ZONA MOLAR, POR RAMAS DEL DENTARIO POSTERIOR. (POR VESTIBULAR).

LA ENCIA POR PALATINO, INERVADA POR EL NERVIPO PALATINO ANTERIOR, Y EN ZONA DE INCISIVOS, POR EL NERVIPO ESFENOPALATINO.

EN LA MANDIBULA, LA ENCIA, POR LINGUAL ESTA INERVADA POR EL NERVIPO SUBLINGUAL, QUE ES RAMA TERMINAL DEL NERVIPO LINGUAL, LA ENCIA VESTIBULAR EN ZONA DE INCISIVOS Y CANINOS, POR EL NERVIPO MENTONIANO Y EN ZONA DE MOLARES, POR EL NERVIPO BUCCINADOR.

SISTEMA LINFATICO.

EN LA REGION INCISIVA DE LA MANDIBULA, LA ENCIA VESTIBULAR Y LINGUAL, DRENAN HACIA LOS GANGLIOS SUBMENTONIANOS.

LA ENCIA PALATINA, HACIA LOS GANGLIOS CERVICALES PROFUNDOS. LA ENCIA VESTIBULAR EN EL MAXILAR, Y LA VESTIBULAR Y LINGUAL DE PREMOLARES Y MOLARES INFERIORES, HACIA LOS GANGLIOS SUBMANDIBULARES.

LOS TERCEROS MOLARES, HACIA EL GANGLIO YUGULODIGASTRICO, Y LOS INCISIVOS INFERIORES HACIA LOS SUBMENTONIANOS.

CAPITULO II

PARODONCIA ENDODONCIA.

LAS DISCIPLINAS DE ENDODONCIA Y PARODONCIA SE FUSIONAN, EN AQUELLOS CASOS DE MOLARES CON BIFURCACION O TRIFURCACION COMPROMETIDOS CON PARODONTITIS, Y CUYO TRATAMIENTO REQUIERE UNA HEMISECCION O AMPUTACION RADICULAR.

DESDE HACE 100 AÑOS O MAS, SE HAN HECHO INTENTOS PARA SALVAR LAS PARTES DE UN DIENTE, PERO EL INCREMENTO DE EXITO EN TERAPIA ENDODONTICA Y EL INCREMENTO EN LA SOFISTICACION DE TRATAMIENTOS PARODONTALES, NOS AYUDAN PARA SALVAR MOLARES CON PROBLEMAS DE FURCA, QUE DE OTRO MODO, SE HUBIERAN PERDIDO. AUN CUANDO ALGUNOS METODOS TERAPEUTICOS HAN FALLADO COMO, AJUSTE OCLUSAL, CIRUGIA CON COLGAJO, RECONTORNEADO OSEO Y MATERIAL OSEO SINTETICO O NATURAL, EN DONDE SE INDICARA, NO ES NECESARIO PERDER UN MOLAR CON PROBLEMAS FURCALES. CUANDO EL ODONTOLOGO HAYA TERMINADO Y LA RETENCION DE PARTE DEL DIENTE, EXTIENDE LA VIDA DE LA CORONA, O SOSTIENE UNA DENTADURA PARCIAL, EL PACIENTE SEGURAMENTE, RECHAZARA LA EXTRACCION PREFIENDO UNA HEMISECCION O AMPUTACION RADICULAR.

LA PATOLOGIA PULPAR RELATIVA DE LA FURCACION, ES DE GRAN IMPORTANCIA, YA QUE PUEDEN EXTENDERSE CONDUCTOS ACCESORIOS HACIA LA ZONA DE LA FURCACION, PROPORCIONANDO A ESTA ZONA, ACCESO A LOS PRODUCTOS DE NECROSIS PULPAR, DANDO COMO RESULTADO, LA RESORCION DEL HUESO INTERRADICULAR.

LA NECROSIS PULPAR QUE DA COMO RESULTADO LA PARODONTITIS PERIAPICAL, TAMBIEN PUEDE PROGRESAR PARA ESTABLECER UNA COMUNICACION CON LA CAVIDAD BUCAL, EXTENDIENDOSE EN DIRECCION CORONARIA A LO LARGO DEL LIGAMENTO PARODONTAL Y HACIA AFUERA POR EL SURCO GINGIVAL A

TRAVES DE UNA BOLSA PROFUNDA COINCIDENTE CON LA PARODONTITIS. DE ESTA FORMA, LAS FURCACIONES DE DIENTES MULTIRRADICULARES CON PATOLOGIA PULPAR, LIBRES DE SINTOMAS AGUDOS, SON VULNERABLES A LA DESTRUCCION DEL PARODONTO EN LA ZONA FURCAL.

LA CONFLUENCIA DE LESION PERIAPICAL Y PARODONTAL MARGINAL, ES UN RESULTADO COMUN.

LA EXPERIENCIA CLINICA, DEMUESTRA QUE EL TIEMPO DE LA RESOLUCION DE LESION PARODONTAL DESPUES DEL TRATAMIENTO ENDODONTICO, SE ENCUENTRA INVERSAMENTE RELACIONADO CON LA DURACION DE LA COBTIBUCION PULPAR A LA AFECCION INFLAMATORIA.

LA TERAPEUTICA PARODONTAL CON EXITO, SE BASA EN LA ELIMINACION INICIAL Y CONTROL POSTERIOR DE LOS FACTORES ETIOLOGICOS RECURRENTES. SI LA NATURALEZA Y EXTENSION DE UN DEFECTO PERSISTENTE, CREADO POR INFLAMACION NO ELIMINADA, ES NECESARIO QUE EL DENTISTA PARTICIPE CON MAS FRECUENCIA EN LA ELIMINACION DE LOS FACTORES LOCALES MEDIANTE AISLAMIENTO Y CURETAJE RADICULAR. TAMBIEN ES IMPORTANTE, QUE SE ELIMINEN TODOS LOS FACTORES ETIOLOGICOS PULPARES. SI UN PACIENTE SOMETIDO A TERAPEUTICA INICIAL, DEMUESTRA PROGRESO DE INVASION DE UNA FURCACION CON O SIN FORMACION DE ABSCESOS PARODONTALES, ES NECESARIO EXTENDER LA TERAPEUTICA ACTIVA, PARA INCLUIR LA ALTERACION DE LA LESION PARODONTAL PARA HACERLA MAS ACCESIBLE A LOS ESFUERZOS DEL PACIENTE.

PARA INICIAR EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL, EN TORNTO A UN DIENTE MULTIRRADICULAR, DEBE HACERSE UN SONDEO CLINICO Y UN ANALISIS RADIOGRAFICO. PARA EL EXAMEN CLINICO, SE UTILIZARAN SONDAS PARODONTALES, EXPLORADORES O CURETAS Y PARA EL EXAMEN RADIOGRAFICO, SE

SUGIERE INCLUIR RADIOGRAFIAS TOMADAS CON LA TECNICA DENTODALVEOLAR DE PLANOS PARALELOS, Y ALETA MORDIBLE, TOMANDO EN CUENTA QUE PUEDE HABER BIFURCACIONES EN DIENTES QUE NORMALMENTE TIENEN UNA SOLA RAIZ, ADEMAS DE VALORAR VARIACIONES MORFOLOGICAS COMO FUSIONES, PERLAS DE ESMALTE Y CONDUCTOS PULPARES ACCESORIOS QUE SE COMUNICAN CON LAS AREAS FURCALES.

LA VITALIDAD DEL DIENTE AFECTADO DEBERA SER VERIFICADA PARA DISTINGUIR ENTRE UNA LESION POR PLACA BACTERIANA, Y UNA LESION DE ORIGEN PULPAR EN EL AREA FURCAL.

ESTAS LESIONES FURCALES, PUEDEN SER CLASIFICADAS EN TRES, Y DEPENDEN DE LA EXTENSION DE LA DESTRUCCION EN SENTIDO HORIZONTAL, DENTRO DEL AREA INTERRADICULAR.

GRADO I. (INICIAL), DENOTA PERDIDA HORIZONTAL DE TEJIDO PARODONTAL QUE NO EXCEDA UN TERCIO DEL ANCHO DEL DIENTE, CON UNA LESION EN LOS TEJIDOS BLANDOS O UNA BOLSA PARODONTAL QUE SE EXTIENDA HASTA LA REGION FURCAL, ES UNA LESION MARGINAL, Y NO PRESENTA LESION INTRAOSEA.

GRADO II. (PARCIAL), PRESENTA PERDIDA HORIZONTAL Y VERTICAL DE TEJIDO DE SOSTEN QUE EXCEDA UN TERCIO DEL ANCHO DEL DIENTE, PERO SIN INCLUIR EL ANCHO TOTAL DEL AREA FURCAL. PRESENTA FORMACION DE BOLSAS PROFUNDAS Y DIVERSOS GRADOS DE DESTRUCCION OSEA, EXTENDIENDOSE HASTA LA REGION FURCAL, PUEDE PRESENTARSE EN UNO O VARIOS DIENTES.

GRADO III. (TOTAL), PRESENTA DESTRUCCION HORIZONTAL DE LADO A LADO DE LOS TEJIDOS PARODONTALES EN EL AREA FURCAL. LA INVASION SE EXTIENDE DESDE BUCAL A LINGUAL O DISTAL Y MESIAL, O PUEDEN PRESENTARSE DOS O MAS FURCACIONES ABIERTAS Y COMUNICADAS ENTRE SI.

TRATAMIENTO DE INVASIONES FURCALES.

GRADO I. REDUCIR LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA PARODONTAL, MEDIANTE ALISAMIENTO DE LAS RAICES Y CURETAJE, ADEMAS DE LA INSTRUCCION E HIGIENE BUCAL Y UNA ADECUADA TECNICA DE CEPILLADO.

LA ODONTOPLASTIA, ES UTIL DONDE EL MARGEN GINGIVAL PENETRA HACIA LA INVAGINACION QUE CONDUCE A LA FURCACION. LA PAPILA QUE SE PROYECTA, SE TRAUMATIZA.

LA REDUCCION DE LA SUPERFICIE QUE HACE POSIBLE LA PAPILA DE LA FURCACION A AMBOS LADOS DE LA SUPERFICIE CORONARIA ADYACENTE A LA INVAGINACION, RESULTA UN TRATAMIENTO EFECTIVO.

GRADO II. EL TRATAMIENTO DEFINITIVO EN ESTA CLASE DE LESION, EXIGE LA ELIMINACION DE BOLSAS PARODONTALES POR MEDIO DE CIRUGIA, REALIZANDO UN COLGAJO; LA ELIMINACION DE IRREGULARIDADES EN LA SUPERFICIE RADICULAR, Y EL REMODELADO OSED, ADEMAS, DE UN CONTROL DE CARIES, VITALIDAD PULPAR Y ASEO BUCAL ADECUADO. EN OCASIONES, SE REALIZA LA AMPUTACION RADICULAR CUANDO EL PACIENTE ES INCAPAZ DE MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE BUCAL.

GRADO III. EL TRATAMIENTO EN ESTOS CASOS, GENERALMENTE ABARCA LA AMPUTACION, HEMISECCION, EXTRACCION, CURETAJE DEFINITIVO, TRATAMIENTO ENDODONTICO Y MANTENIMIENTO SIN AMPUTACION, DEPENDIENDO DE LA EXTENSION DE LA INVASION DE LA FURCA.

INDICACIONES PARA LA AMPUTACION RADICULAR Y LA HEMISECCION.

I... PERDIDA OSEA VERTICAL SEVERA QUE INVOLUCRE SOLAMENTE UNA RAIZ EN UN MOLAR INFERIOR O UNA O DOS DE LAS RAICES BUCALES O LA PALATINA EN UN MOLAR SUPERIOR, EXISTIENDO SUFICIENTE HUESO ALREDEDOR DE LAS QUE SERAN CONSERVADAS.

- 2._ RAICES EXPUESTAS, DEMASIADO CERCANAS ENTRE SI COMO RESULTADO DE LA RESORCION OSEA INTERPROXIMAL.
- 3._ FURCAS EXPUESTAS POR CARIES O RESORCION OSEA HASTA EL GRADO QUE LA CIRUGIA Y RESTAURACION, IMPIDIERAN EL MANTENIMIENTO ADECUADO.
- 4._ PILARES O SOPORTES DENTRO DE UNA PROTESIS FIJA, O FERULA CON UN PRONOSTICO NEGATIVO DEBIDO A ENFERMEDAD PARODONTAL.
- 5._ DIENTES MULTIRRADICULARES CON FRACTURAS INDIVIDUALES, RAICES DESVITALIZADAS QUE NO PUEDEN SER TRATADAS POR METODOS ENDODONTICOS DEBIDO A LA PRESENCIA DE CONDUCTOS LATERALES, CALCIFICACION PARCIAL, DILATACION, CALCULOS PULPARES, PERFORACIONES O INSTRUMENTOS FRACTURADOS.

CONTRAINDICACIONES.

- 1._ INADECUADO SOPORTE OSEO DE LAS RAICES QUE SERAN RETENIDAS NO OBSTANTE LA FERULIZACION.
- 2._ FUSION DE RAICES EN DIRECCION APICAL A LA ZONA INVADIDA.
- 3._ CONDUCTOS RADICULARES INOPERABLES EN RAICES REMANENTES.
- 4._ MALA SALUD, PROBLEMAS ENDODONTICOS O MOTIVOS MEDICOS.

POR REGLA, ES RECOMENDABLE QUE SE REALICE EL TRATAMIENTO ENDODONTICO DE LAS RAICES POR CONSERVAR, DESPUES DE LA HEMISECCION O AMPUTACION ANTES DE LA CIRUGIA, PARA ELIMINAR LA POSIBILIDAD DE ENCONTRAR CONDUCTOS INOPERABLES O LATERALES QUE NO PUEDAN SER OPERADOS.

HAY QUE EVITAR EL RIESGO DE CONTAMINACION MICROBIANA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES. SI LA ETIOLOGIA DE LA INVASION DE LA FURCACION, AFECTA A UNA PULPA DESVITALIZADA, ES CONVENIENTE

TERMINAR EL TRATAMIENTO ENDODONTICO EN TODAS LAS RAICES, YA QUE LA CICATRIZACION DE UNA LESION PERIAPICAL PUEDE CONDUCIR AL REESTABLECIMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS PARODONTALES Y NO SER NECESARIA LA AMPUTACION RADICULAR.

LA TECNICA QUIRURGICA, SE OBTIENE REALIZANDO COLGAJOS MUCOPERIOSTICOS BUCAL Y LINGUAL, EXTENDIENDOSE HASTA AFECTAR TODO EL SEGMENTO O CUADRANTE.

EL TEJIDO INFLAMADO CRONICO Y/O FIBROSO, DEBERA SER RASPADO DE ZONAS INTERPROXIMALES Y FURCACION PARA COMPLETAR LA EXPOSICION DE LOS CONTORNOS OSEOS, EN ESE MOMENTO, SE CONFIRMARA LA ELECCION DE RAICES QUE DEBERAN CONSERVARSE. SI SE TIENE QUE RETENER LA PORCION CORONARIA DEL DIENTE, LA ELIMINACION DEL HUESO POR LA SUPERFICIE LINGUAL O BUCAL SOBRE LA PAIZ AMPUTADA, FACILITARA SU ELIMINACION.

LAS RAICES DE LOS MOLARES INFERIORES Y LAS VESTIBULARES DE LOS SUPERIORES, SE EXTRAEN DESDE LA SUPERFICIE VESTIBULAR, Y PRESENTAN MENOS PROBLEMAS QUE LA PALATINA, ESTA SI SE AMPUTA EN SEGMENTOS MAS PEQUEÑOS, SE FACILITARA SU ELIMINACION.

LA AMPUTACION O HEMISECCION, DEBEN LLEVARSE A CABO CON UNA FRESA DE FISURA LARGA O UNA PIEDRA DE DIAMANTE, ES CONVENIENTE QUE EL CORTE SEA LO MAS CERCANO POSIBLE A LA FURCA YA QUE EL REMANENTE DE ESTA, PROPICIA LA RETENCION DE PLACA BACTERIANA. DEBE IRRIGARSE CON SUEFO DURANTE EL CORTE PARA MEJORAR LA VISIBILIDAD. LA ZONA DE LA FURCA, DEBERA RASPARSE, ELIMINANDO TEJIDOS BLANDOS Y SARRO.

EL HUESO ES MODELADO PARA ELIMINAR CONTORNOS QUE PUEDAN IMPEDIR LA CICATRIZACION GINGIVAL. LOS COLGAJOS SON COLOCADOS NUEVAMENTE EN SU POSICION O EN DIRECCION MAS APICAL, PARA ASEGURAR LA ELIMINACION DE BOLSAS, Y SE SUJETAN MEDIANTE SUTURAS CONTINUAS O INTERRUMPIDAS DE SUSPENSION.

SE APLICA UN APOSITO QUIRURGICO, Y POSTERIORMENTE, SE REALIZARA UN DESGASTE SELECTIVO PARA EVITAR UN TRAUMA OCLUSAL.

EL EXITO DE UN TRATAMIENTO, EXIGE QUE TODAS LAS SUPERFICIES DENTARIAS SE LIMPIEN APROPIADAMENTE DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRATAMIENTO Y QUE, A PARTIR DE ELLO, LOS PACIENTES SEAN ENROLADOS EN UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON SUPERVISION PROFESIONAL, INCLUIDAS MEDIDAS QUE IMPIDAN LA REPETICION DE LA ENFERMEDAD.

EN AÑOS RECIENTES, LAS TECNICAS QUE UTILIZAN ACIDOS PARA LA DESMINERALIZACION DE LAS SUPERFICIES RADICULARES CON LESION PARODONTAL PARA PROMOVER LA REGENERACION DE LOS TEJIDOS PARODONTALES PERDIDOS EN LAS AREAS FURCALES, CONSISTEN, DESPUES DE LA ELIMINACION MECANICA DEL CEMENTO RADICULAR, DE LAS PARTES AFECTADAS POR PARODONTITIS, EN LA APLICACION DE ACIDO CITRICO DE PH 1 EN LA DENTINA DENUDDA DURANTE TRES SEGUNDOS, HASTA 1980, HA FALLADO POR LO QUE SE REQUIERE DE UNA INVESTIGACION PROFUNDA CONTINUA, ANTES DE INTRODUCIR EL METODO EN LA PRACTICA CLINICA.

EN 1984, SE PUBLICO UN ARTICULO, SOBRE UN ESTUDIO RELACIONADO CON LA UNION DE CELULAS Y FIBRAS EN DENTINA DESMINERALIZADA DE SUPERFICIES RADICULARES AFECTADAS CON PARODONTITIS.

ESTE ESTUDIO DETERMINO LA FIJACION DE TEJIDO CONECTIVO Y EPITELIAL, COMO RESPUESTA EN MUESTRAS DENTINARIAS, OBTENIDAS DE RAICES HUMANAS AFECTADAS CON PARODONTITIS, DESPUES DE UNA DESMINERALIZACION SUPERFICIAL.

MUESTRAS RECTANGULARES DE DENTINA CON SUPERFICIES OPUESTAS DE DENTINA RADICULAR Y PULPAR, FUERON PREPARADAS DESDE LO MAS PROFUNDO DE LA SUPERFICIE RADICULAR, CUBIERTAS POR

CALCULOS. LA MITAD DE LAS MUESTRAS FUERON TRATADAS CON ACIDO CITRICO PH 1, DURANTE 3 MINUTOS, MIENTRAS QUE LAS REMANENTES, SIRVIERON COMO CONTROLES SIN TRATAR. LAS MUESTRAS FUERON IMPLANTADAS VERTICALMENTE AEN HERIDAS INCISIONALES EN LA SUPERFICIE DORSAL DE RATAS, CON UNA TERMINACION DEL IMPLANTE PROTRUYENDO A TRAVES DE LA PIEL. CUATRO ESPECIMENES EN CADA GRUPO, ESTUVIERON DISPONIBLES, 1,3,5, Y 10 DIAS, DESPUES DE LA IMPLANTACION. LOS ANALISIS HISTOLOGICOS E HISTOMETRICOS, INCLUYERON CONTEJ DE CELULAS ADHERENTES, LA EVALUACION DE LA UNION DE FIBRAS DENSAS DE TEJIDO CONECTIVO, Y EL DIAMETRO Y DISTRIBUCION DE LA MIGRACION EPITELIAL. EL ANALISIS DENTRO DE CADA GRUPO, COMPARANDO SUPERFICIES RADICULARES Y PULPARES, NO MOSTRARON NINGUNA DIFEPENCIA EN LOS PARAMETROS: LAS COMPARACIONES ENTRE GRUPOS CONTROLADOS Y EXPERIMENTALES, MOSTRARON QUE LAS SUPERFICIES DESMINERALIZADAS PPRESENTARON UNA MAYOR UNION CELULAR, OCURRIO, UNION DE FIBRAS Y LA UNION EPITELIAL, FUE INHIBIDA HACIA ABAJO. LA SUPERFICIE DE DENTINA DESMINERALIZADA DE RAICES PARODONTICAMENTE AFECTADAS, PREDISPUSIERON LA UNION DE TEJIDO CONECTIVO.

OTRO ARTICULO PUBLICADO EN FEBRERO DE 1986, POR LAS REVISTAS DE PATOLOGIA ORAL, CIRUGIA Y MEDICINA ORAL, NOS HABLA DE LA EVALUACION HISTOLOGICA DE UN DEFECTO PERIAPICAL EN UN HUMANO, DESPUES DE LA APLICACION DE FOSFATO TRICALCICO.

ESTE CASO, DESCRIBE EL EFECTO DE LA IMPLANTACION DE FOSFATO TRICALCICO EN EL TRATAMIENTO DE UN ABSCESO PERIAPICAL CRONICO. LOS MATERIALES CERAMICOS, SON BIOCOMPATIBLES Y SON USADOS COMUNMENTE PARA RESTAURAR PERDIDA OSEA ALVEOLAR, RESULTANTE DE UNA ENFERMEDAD

PARODONTAL, INFECCIONES ENDODONTICAS O RESORCION ALVEOLAR RESIDUAL, OCASIONADA POR UNA PROTESIS. SIN EMBARGO, EL USO DE DICHO MATERIAL EN ESTE CASO, LLEVO UNA PERSISTENTE INFECCION Y DESTRUCCION OSEA ADICIONAL. POR LO CUAL, EL USO DE UN IMPLANTE DE MATERIAL CERAMICO PARA ACELERAR LA REPARACION OSEA PERIAPICAL NO ES RECOMENDABLE EN AREAS DONDE ESTE PRESENTE UNA INFECCION BACTERIANA CRONICA.

**INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ENDODONTICO
SOBRE EL PARODONTO.**

ESTA INFLUENCIA, RESULTA CUANDO LA OBTURACION PADICULAR ES DEFECTUOSA. LOS PRODUCTOS INFECCIOSOS, SE FILTRAN A TRAVES DE LOS CONDUCTOS APICALES O ACCESORIOS, HACIA EL PARODONTO. ADEMAS, DE QUE LAS LESIONES PARODONTALES PUEDEN SER CAUSADAS POR PRODUCTOS INFECCIOSOS LIBERADOS A CAUSA DE UNA PERFORACION POR PREPARACION DE CONDUCTOS PARA LA INSERCIÓN DE PERNOES O LA INSTRUMENTACION. ESTAS PUEDEN PRODUCIRSE A TRAVES DE LAS PAREDES LATERALES DE LA RAIZ O DEL PISO PULPAR EN LOS DIENTES MULTIRRADICULARES EN DONDE SE GENERA UNA REACCION INFLAMATORIA.

TAMBIEN PUEDEN GENERARSE LESIONES INFLAMATORIAS PARODONTALES COMO RESULTADO DE UNA IRRITACION MECANICA, QUIMICA, INICIADA EN CONJUNCION CON LA PREPARACION DEL CONDUCTO RADICULAR EN LA TERAPEUTICA ENDODONTICA, AL IGUAL QUE LAS DROGAS ANTISEPTICAS UTILIZADAS PARA LA DESINFECCION RADICULAR Y LA DESVITALIZACION PULPAR. COMO POR EJEMPLO, EL FORMALDEHIDO, PUEDE OCASIONAR UNA NECROSIS SEVERA DEL LIGAMENTO Y DEL HUESO ALVEOLAR, YA QUE PUEDE FILTRARSE HACIA LOS TEJIDOS PARODONTALES POR LOS BORDES DE LAS RESTAURACIONES TEMPORALES, O POR LOS CONDUCTOS ACCESORIOS.

SE HA SUGERIDO, EL USO DE HIDROXIDO DE CALCIO, PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERFORACIONES YA QUE PROMUEVE LA CURACION EN LA PULPA CON FORMACION DE TEJIDO ADYACENTE DURO. EL 1982. BEAVERS Y COLABORADORES, DEMOSTRARON QUE LA CURACION DE LAS PERFORACIONES HACIA EL PARODONTO, TAMBIEN SE PUEDEN PRODUCIR TRAS EL SELLADO CON UN COMPUESTO DE HIDROXIDO DE CALCIO DE FRAGUADO DURO, LA CURACION SE CARACTERIZO POR EL CIERRE DE LA PERFORACION POR UNA CAPA DE TEJIDO CONECTIVO NO INFLAMADO, FORMADA EN LA ADYACENCIA DEL MEDICAMENTO. SI LA PERFORACION SE ENCUENTRA EN LA PORCION CERVICAL RADICULAR, SE INTENTA LA OBTURACION CON AMALGAMA POR ELEVACION DE COLGAJO.

INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL SOBRE EL ESTADO DE LA PULPA.

LA ENFERMEDAD PARODONTAL CON PLACA BACTERIANA, RARA VEZ PRODUCE ALTERACIONES PATOLOGICAS SIGNIFICATIVAS EN LA PULPA, AUNQUE LAS SUSTANCIAS Y PRODUCTOS MICROBIANOS LIBERADOS POR EL PROCESO INFLAMATORIO EN EL PARODONTO, PUEDEN LOGRAR ACCESO A LA PULPA A TRAVES DE LOS CONDUCTOS ACCESORIOS EXPUESTOS, AGUJEROS APICALES Y FURCALES Y POR LOS TUBULOS DENTINARIOS, DE IGUAL MANERA, A LA EXTENSION DE PRODUCTOS INFECCIOSOS EN SENTIDO OPUESTO DESDE LA PULPA NECROTICA AL TEJIDO PARODONTAL. EN DIENTES CON DESTRUCCION MODERADA DEL APARATO DE INSERCIÓN, LA PULPA SUELE ESTAR VIVA Y EN FUNCIONAMIENTO APROPIADO. LA VITALIDAD PULPAR NO SE SUELE PERDER HASTA QUE LA LESION PARODONTAL Y LA PLACA MICROBIANA, HAYAN LLEGADO AL AGUJERO APICAL.

EL RECONOCIMIENTO DE LA VITALIDAD PULPAR, ES IMPORTANTE PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y PARA LA SELECCION DE LAS MEDIDAS PRIMARIAS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES INFLAMATORIAS EN EL PARODONTO MARGINAL Y APICAL. LAS RESTAURACIONES PROFUNDAS, TRAUMATISMOS DENTARIOS, TRATAMIENTOS ENDODONTICOS, Y LA PROTECCION PULPAR PREVIA, SON FACTORES POR CONSIDERAR AL ESTABLECER LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO ENDODONTICO CON PARTE DE UNA TERAPEUTICA PARODONTAL GLOBAL.

CAPITULO III

PARODONCIA _ PROTESIS.

LA INTERRELACION ENTRE UNA SITUACION PARODONTAL DE UN PACIENTE Y UNA APLICACION PROTESICA, DEBE SER CONSIDERADA EN PARTICULAR, DESDE EL ASPECTO DE LA HIGIENE ORAL, CREANDO O MANTENIENDO UN STANDARD MAYOR DE HIGIENE Y ASI LA UNION OBJETIVA; CARACTERIZA LA COOPERACION ENTRE EL PARODONCISTA Y EL PROTESISTA. LAS TAREAS QUE RECAEN AL PROTESISTA DURANTE LA TERAPIA INICIAL SON :

RECAMBIO Y REMOCION DE RESTAURACIONES QUE NO CONDUCEN A UNA ADECUADA HIGIENE ORAL.

RECAMBIO DE DIENTES PROVISIONALES CON PRONOSTICO RESERVADO Y UN PLAN PROTESICO TEMPRANO EN CONJUNCION CON EL PARODONCISTA.

EN LA FASE QUIRURGICA PARODONTAL, LA CREACION DE NUEVOS ADITAMENTOS, DEBE ACOMPAÑARSE DE CORRECCIONES MORFOLOGICAS, ESTAS SON ESENCIALES PARA LA HIGIENE DE PACIENTES CON APARATOS PROTESICOS. AL MISMO TIEMPO, DEBE PEDIR AL PARODONCISTA, LAS CORRECCIONES QUE DEBE HACER Y DONDE. ESTO SE APLICA PRINCIPALMENTE A CORRECCIONES GINGIVALES EN DIENTES PILARES, Y DESPUES A CORRECCIONES DE MUCOSA, EN EL PROCESO ALVEOLAR EDENTULO.

EN LA CONCLUSION DE CUALQUIER TRATAMIENTO ODONTOLOGICO, EL PROTESISTA TENDRA TRES PROBLEMAS:

- 1) LA INDICACION DEL TRATAMIENTO.
- 2) LA DECISION ENTRE COLOCAR PROTESIS FIJA O REMOVIBLE Y
- 3) EL ASPECTO HIGIENICO QUE ES DECISIVO.

SI EXISTEN SITUACIONES DE TERMINACION LIBRE AMENAZANTES, DEBE DARSE PREFERENCIA AL TRABAJO DE PROTESIS FIJA. ESTO PUEDE IMPLEMENTARSE CON:

UNA PROTESIS FIJA DE PUENTE VOLADO, PROTESIS SOSTENIDAS EN CADA TERMINACION POR UN MOVIMIENTO DISTAL DE PREMOLARES; Y PROTESIS SOSTENIDAS A CADA TERMINACION POR LA HEMISECCION DE UN MOLAR PARODONTICAMENTE DAÑADO. CON RESPECTO A CORONAS Y PROTESIS, LOS PROSPECTOS DE HIGIENE, SON DETERMINADOS POR LO SIGUIENTE:

POSICION DEL MARGEN CORONAL, CONTORNO DE LA CORONA EN EL AREA MARGINAL, Y EL CONTORNO O SUBSUPERFICIE DEL PONTICO. LOS RESULTADOS OPTIMOS DE HIGIENE ORAL, SE DEBEN A UNA COORDINACION ENTRE PROTESISTAS Y PARODONCISTAS. EL PRONOSTICO EN LA FASE DE MANTENIMIENTO ES DE CONSIDERABLE EXITO.

A CONTINUACION SE MENCIONAN LOS CUIDADOS QUE DEBEN OBSERVARSE DURANTE CUALQUIER TRATAMIENTO PROTESICO, TANTO EN PACIENTES COMPROMETIDOS PARODONTALMENTE, Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN ESA SITUACION.

SE RECOMIENDA EL USO DE DIQUE DE HULE, YA QUE PROTEJE LOS TEJIDOS GINGIVALES ADYACENTES, PROPORCIONANDO PROTECCION CONTRA LA ABRASION GINGIVAL Y MANTIENE A LA ZONA, LIBRE DE CONTAMINACION, AYUDANDO A ASEGURAR RESTAURACIONES BIEN COLOCADAS.

OTRA VENTAJA, ES QUE RETRAE LIGERAMENTE EL MARGEN GINGIVAL DE LA ENCIA, Y ESTO AYUDA EN LA PREPARACION DEL MARGEN SUBGINGIVAL, TOMA DE IMPRESION, Y ELIMINACION DE EXCESO DE CEMENTO Y PLACA MICROBIANA.

PREPARACION DE CAVIDADES Y CORONAS.

DEBE PROCEDERSE CON CUIDADO PARA NO LESIONAR LOS TEJIDOS GINGIVALES. LAS ABRASIONES LEVES CICATRIZAN CON RAPIDEZ, AUNQUE DEBEN EVITARSE EN ZONAS DONDE LA ENCIA INSERTADA ES MINIMA.

SI LOS MARGENES DEBEN SER SUBGINGIVALES, DEBE CUIDAR LA ENCIA Y SU INSERCIÓN, EMPLEANDO EL DIGUE DE MULE, ELECTROCIRUGIA, HILO RETRACTOR, O CUALQUIER INSTRUMENTO DELGADO Y ROMO.

EN LA ACTUALIDAD, EXISTE UNA GUARDA GINGIVAL QUE SIRVE PARA LA PREPARACION SUBGINGIVAL, Y CONSISTE DE UNA PIEZA DE SUJECION QUE VA A LA PIEZA DE MANO Y SOPORTA UN VASTAGO DE ACERO INOXIDABLE QUE TERMINA EN UNA ESFERA. ESTA GUARDA PERMITE UNA PREPARACION ATRAUMATICA.

OTRA OBSERVACION, ES QUE SI A LAS PREPARACIONES DE DIENTES PARA CORONAS SE LES DAN ANGULOS DE CONVERGENCIA MENORES, LA RESISTENCIA DE LA PELICULA DE CEMENTO SERA SUFICIENTE PARA IMPEDIR LA RETENCION DE FUERZAS QUE ACTUEN EN DIRECCION OPUESTA A LA DE LA VIA DE INSERCIÓN DE LA PROTESIS. SIEMPRE Y CUANDO LAS PREPARACIONES TENGAN ALTURA Y DIMENSIONES CORRECTAS.

PREPARACION DE MARGENES GINGIVALES
DE LA RESTAURACION,

LA LOCALIZACION DEL MARGEN DE UNA RESTAURACION, DEPENDE DE LOS SIGUIENTES FACTORES:

- 1) ESTETICA,
- 2) NECESIDAD DE RETENCION ADICIONAL PARA LA RESTAURACION,
- 3) HIGIENE BUCAL,
- 4) SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES Y
- 5) CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS DE LA ENCIA MARGINAL Y / O RECESION GINGIVAL.

ESTO DEBERA CONSIDERARSE ANTES DE DECIDIR CUAL SERA LA MEJOR PROFUNDIDAD MARGINAL. SI EL SURCO PUEDE MANTENERSE LIBRE DE IRRITANTES MEDIANTE UNA ADAPTACION PRECISA DEL MARGEN, SUPERFICES LISAS Y CONTORNO ADECUADO, LA TERMINACION SUBGINGIVAL, ES FACTIBLE Y DESEADA, SIN SER DEMAGIADO SUBGINGIVAL COMO PARA IMPOSIBILITAR LA TOMA DE IMPRESION O TERMINAR LA RESTAURACION. LOS MARGENES DEBERAN TERMINAR A 0.5 O 1MM. POR DEBAJO DE LA RESTAURACION , Y LAS SUPRAGINGIVALES A 2 O 3 MM. DE ESTA.

EN 1986, SE REALIZO UNA INVESTIGACION, CON EL PROPOSITO DE SABER, SI LA PREPARACION SUBMARGINAL ES COMPATIBLE CON LA SALUD PARODONTAL.

LOS DATOS CLINICOS INDICARON UNA PEQUEÑA INFLAMACION DE LOS TEJIDOS EN DIENTES PREPARADOS HASTA EL MARGEN GINGIVAL, MIENTRAS QUE LOS DIENTES CON UNA TERMINACION SUPRAGINGIVAL DEMOSTRARON MENOR O NINGUNA INFLAMACION. EN GENERAL, LA

FORMACION DE LA PLACA SUBGINGIVAL FUE SIMILAR A LA FLORA ENCONTRADA REGULARMENTE EN CONDICIONES SALUDABLES. ESTO RESULTO EN PACIENTES CON UNA ADECUADA HIGIENE ORAL.

EN ESE MISMO AÑO, SE REALIZO UN ESTUDIO CLINICO, PARA EVALUAR LA CONDICION DEL PARODONTO EN DIENTES CON RESTAURACIONES SUBMARGINALES, ASOCIADOS A ZONAS ESTRECHAS O ANCHAS DE ENCIA QUERATINIZADA.

58 DIENTES EN 24 INDIVIDUOS FUERON SELECCIONADOS Y DIVIDIDOS EN DOS GRUPOS DE ACUERDO A LA ANCHURA GINGIVAL. EL GRUPO 1, CONSISTIO DE 30 DIENTES CON MAS DE 2.0 MM DE ANCHO Y EL GRUPO 2, EN 28 DIENTES CON MENOS DE 2.0 MM. CADA GRUPO FUE SUBDIVIDIDO EN SUBGRUPO A , DIENTES CON COBERTURA TOTAL, CON RESTAURACION SUBGINGIVAL DE AL MENOS 2 AÑOS, Y SUBGRUPO B, DIENTES SIN NINGUNA PPREPARACION SUBGINGIVAL. ESTE ESTUDIO INCLUYO, LA DETERMINACION DE PLACA, INDICES GINGIVALES, FLUIDO GINGIVAL, PROFUNDIDAD, TENDENCIA AL SANGRADO Y NIVEL OSEO. SIN LAS CONDICIONES HIGIENICAS, LOS RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES:

1._ DIENTES CON RESTAURACIONES SUBGINGIVALES Y ZONAS ESTRECHAS DE ENCIA QUERATINIZADA, MOSTRARON ESTADISTICAMENTE INDICES GINGIVALES SUPERIORES A LOS DIENTES CON RESTAURACIONES SUBGINGIVALES CON ZONAS PROFUNDAS DE ENCIA QUERATINIZADA.

2._ DIENTES SIN RESTAURACION SUBGINGIVAL, NO MOSTRARON NINGUNA DIFERENCIA ENTRE ZONAS ESTRECHAS O ANCHAS DE ENCIA QUERATINIZADA.

IMPRESIONES.

DEBE TENERSE CUIDADO EN LA TOMA DE IMPRESIONES SOBRE TODO AL RETRAER LA ENCIA, SIENDO CUAL FUERE EL METODO A UTILIZAR. ASIMISMO, DEBE VIGILARSE EL MANEJO DE LOS MATERIALES DENTALES, OBSERVANDO UN ESTRICTO SEGUIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE, YA QUE SE HAN ENCONTRADO RECIENTEMENTE, RESTOS DE SILICON EN CADA 8 DE 125 PACIENTES. EN 3 DE ELLOS, FUE DESCUBIERTO EN UNA EXPLORACION SISTEMATICA CON UNA CURETA FINA. EN LOS 8 CASOS, LA IMPRESION FUE DEFECTUOSA Y EL TRATAMIENTO INADECUADO.

DIENTES PROVISIONALES.

SE DEBE TOMAR EN CUENTA, QUE EL PROVISIONAL, TIENE UN PAPEL MUY IMPORTANTE EN LA REHABILITACION DENTARIA, YA QUE SI NO CUMPLEN LOS REQUISITOS DE FUNCION, CONTORNO Y TAMAÑO, ESTE AFECTARA AL PARODONTO, Y EN OCASIONES HABRA QUE MODIFICAR LA PROTESIS DEFINITIVA.

ALGUNOS EJEMPLOS DE ESTO SON LOS SIGUIENTES:

1) CORONAS PROVISIONALES SOBRE EXTENDIDAS, QUE PUEDEN ALTERAR A LA ENCIA INTERDENTARIA VESTIBULAR Y LINGUAL PERMANENTEMENTE, PROVOCANDO UNA HIPERPLASIA O UNA RECESION GINGIVAL.

2) COPONAS PROVISIONALES CORTAS.- PUEDEN PROVOCAR UNA HIPERSENSIBILIDAD Y CONTRIBUIR A LA ACUMULACION DE PLACA Y POR LO TANTO PRESENCIA DE CARIES.

3) MALAS RELACIONES DE CONTACTO INTERPROXIMALES.- CONTRIBUYEN A LA RETENCION E INCLUSION DE ALIMENTOS Y DESPLAZAMIENTO DE DIENTES ADYACENTES.

EL AJUSTE MARGINAL, DEBE SER TAN PRECISO COMO SEA POSIBLE.

COLOCACION Y TERMINADO DE LA RESTAURACION.

LOS PELIGROS QUE DEBEN EVITARSE, SON DISCREPANCIAS MARGINALES ENTRE LA PPREPARACION Y LA RESTAURACION, TALES COMO DEFICIENCIAS O EXCEDENTES Y ASPEREZA SUPERFICIAL.

UNA ZONA DE CEMENTO INTERMEDIO, PROVOCARA IRRITACION FISICA Y QUIMICA, POR LO TANTO, LA FALTA DE ELIMINACION DE ESTE, PROVOCARA CUMULO DE PLACA MICROBIANA QUE A FUTURO OCASIONARA TRASTORNOS MAS SERIOS.

UNA VEZ TERMINADAS LAS RESTAURACIONES, DEBERA CHECAPSE LA ZONA INTERPROXIMAL CON HILO DENTAL. LA ADAPTACION DEL MARGEN SUBGINGIVAL, DEBERA REVISARSE ELIMINANDO CUALQUIER MATERIAL DE OBTURACION EXCESIVO CON INSTRUMENTOS ADECUADOS Y, POR ULTIMO NO SE DEBE CEMENTAR LA RESTAURACION, HASTA OBTENER MARGENES Y RELACIONES INTERPROXIMALES Y AJUSTE ADECUADO.

ELECCION EN LA COLOCACION DE LA PROTESIS.

TOMANDO EN CUENTA QUE CONOCEMOS YA LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE PROTESIS FIJA Y REMOVIBLE, SE PRESUME QUE ES PREFERIBLE CONSTRUIR PROTESIS PARCIALES FIJAS. SIN EMBARGO, EN TERMINOS ECONOMICOS, ESTO NO SIEMPRE ES FACTIBLE. LOS PACIENTES CON PROTESIS REMOVIBLE, DEBERAN RECIBIR UNA ADECUADA INSTRUCCION DE LA BUENA HIGIENE BUCAL, PARA EVITAR LA DESTRUCCION PARODONTAL. ADEMAS, LAS PROTESIS REMOVIBLES, DEBEN ESTAR APOYADAS POR DIENTES NATURALES SIEMPRE Y CUANDO ESTOS SE ENCUENTREN EN ESTADO ADECUADO, Y CON RESPECTO A SU AMBIENTE PARODONTAL, EN CASO DE NO SER ASI, DEBEPAN SER FERULIZADOS A OTROS DIENTES POR MEDIO DE CORONAS SOLDADAS, PERO SI ESTO NO ES POSIBLE, SE DEPENDERA DE

SOPORTE TISULAR Y DENTARIO PROCURANDO QUE NO OCASIONEN TRAUMATISMO OCLUSAL. LOS PACIENTES CON PROTESIS REMOVIBLES, DEBEN SER EXAMINADOS PERIODICAMENTE PARA VALORAR LOS CAMBIOS MORFOLOGICOS.

LOS RETENEDORES DIRECTOS MAL DISEÑADOS, EJERCEN EFECTOS NOCIVOS SOBRE DIENTES PILARES POR MEDIO DE TENSION CONTINUA QUE PROVOCA TRAUMATISMO OCLUSAL. LA PROTESIS SIN RETENEDOR DIRECTO QUE SE APOYE EN LOS TEJIDOS, PUEDE OCASIONAR INFLAMACION Y SI NO SE OBSERVA UNA ADECUADA HIGIENE, HABRA ACUMULACION DE PLACA BACTERIANA CON AUMENTO SUBSECUENTE DE INFLAMACION Y POR ENDE PARODONTITIS.

SI EL DAGO ES LEVE, SE REALIZARA UN CURETAJE Y LA INSTRUCCION DE HIGIENE, SI ES MAS SEVERA, SE CORREGIRAN CON UNA PROTESIS FIJA.

A CONTINUACION MENCIONAREMOS ESTUDIOS RECIENTES DE LA INFLUENCIA DE PROTESIS FIJA Y REMOVIBLE, EN EL PARODONTO ASI COMO SU TRATAMIENTO.

EN 1987, UN GRUPO DE ESPECIALISTAS RELIZARON UN ESTUDIO ACERCA DE LAS CONDICIONES PARODONTALES EN UNA POBLACION ADULTA DE 30 AÑOS DE EDAD O MAS, CON PROTESIS REMOVIBLES PARCIALES Y TOTALES.

FUEPON ESTUDIADOS EN UN PATRON REPRESENTATIVO DE 8000 INDIVIDUOS DE LOS CUALES EL 90% FUERON SOMETIDOS AL ESTUDIO. EL NUMERO DE INDIVIDUOS CON DENTADURAS REMOVIBLES FUE DE 1468. INDIVIDUOS CON PROTESIS REMOVIBLES PRESENTARON SIGNIFICATIVAMENTE MAS BOLSAS PROFUNDAS QUE AQUELLOS SIN PROTESIS. LAS CONDICIONES PARODONTALES DE SUJETOS CON DENTADURA COMPLETA, EN LA OTRA ARCADEA, FUE MUCHO MEJOR QUE EN LOS OTROS INDIVIDUOS. ESO FUE REAL EN HOMBRES Y MUJERES.

LOS RESULTADOS INDICARON LA IMPORTANCIA DE PROFILAXIS Y MANTENIMIENTO EN PERSONAS CON PROTESIS REMOVIBLES.

EN ESE MISMO AÑO, EL DR. BERGMAN, RELIZO UN ESTUDIO EN VARIOS CASOS DE PROTESIS REMOVIBLE, GRAN ATENCION SE PRESTO A LAS REACCIONES DEL TEJIDO PARODONTAL. ALGUNOS ESTUDIOS RECIENTES, REPORTAN EXTENSO TRASTORNO PARODONTAL AUN DESPUES DE UN CORTO TIEMPO DESPUES DE LA COLOCACION DE LA PROTESIS. OTROS ESTUDIOS, REPORTAN MODERADO O PRACTICAMENTE NINGUN DAÑO PARODONTAL. EN ARTICULOS DE CAUSAS DE DESAJUSTE PARODONTAL RELACIONADO CON PROTESIS REMOVIBLE, LOS TRES FACTORES PRINCIPALES QUE SE DISCUTIERON FUERON:

- 1._ PLACA BACTERIANA E HIGIENE ORAL.
- 2._ COBERTURA DEL MARGEN GINGIVAL POR PARTES DE LA PROTESIS.
- 3._ FUERZAS OCLUSALES TRANSMITIDAS POR LA PROTESIS A LOS DIENTES REMANENTES Y SUS TEJIDOS PARODONTALES. ESTUDIOS LONGITUDINALES HAN MOSTRADO QUE SI ES POSIBLE PROVEER A PACIENTES CON PROTESIS REMOVIBLES DE UN MANTENIMIENTO ADECUADO DE PLACA BACTERIANA; SI ESTO ES ESTABLECIDO, Y LA PROTESIS ES ADECUADAMENTE INDICADA Y PERIODICAMENTE CHECADA, LAS FUERZAS OCLUSALES TRANSMITIDAS A LOS DEMAS DIENTES DE SOPORTE, NO PARECEN INDUCIR UN DESAJUSTE PARODONTAL. SIN EMBARGO, LA DOCUMENTACION CIENTIFICA ACERCA DE LOS EFECTOS DE PROTESIS REMOVIBLES EN PACIENTES CON PARODONTO EXTREMADAMENTE REDUCIDO, ES ESCASO.

EL DR. MASSAD, REALIZO UNA TECNICA PARA DISEÑAR Y HACER UNA DENTADURA MANDIBULAR, PARA PACIENTES CON REBORDES ALVEOLARES RESIDUALES CON REABSORCION SEVERA Y COMPROMETIDOS. LA BASE DE LA DENTADURA ES ESTABILIZADA POR UNA TECNICA DE IMPRESION MUCOSTATICA; UN DISEÑO MIOSTATICO DE LA BASE DE LA DENTADURA, EL PESO DE UN METAL MOLDEADO, Y UNA OCLUSION NO

INTERCEPTIVA CON DIENTES POSTERIORES CENTIMATICOS O MONOPLANOS, EL METAL PEGADO DE LA BASE DE LA DENTADURA ES COMPATIBLE CON EL TEJIDO POR MEDIO DE UNA DENTADURA SUAVE ESTABLECIDA A UN METAL MOLDEADO ESPECIALMENTE ALIGERADO, DESPUES DE UN PERIODO DE DOS AÑOS, ESTA TECNICA HA SIDO UN EXITO EN 22 PACIENTES EDENTULOS, UNA ALTERNATIVA EN PROTESIS.

EN JUNIO DE 1987, EL DR. BLOCK, REALIZO UNA PERSPECTIVA DEL LUGAR INDISCRIMINADO DE LOS MARGENES DENTARIOS EN RESTAURACIONES EN EL SURCO GINGIVAL PARA RESTAURACIONES, CON UN PROPOSITO ESTETICO O PROTECTOR DEL DETERIORO, DICHIENDO QUE NO PUEDE CONSIDERARSE BUENA PRACTICA, EL EPITELIO DE UNION Y LAS FIBRAS SUPRACRESTALES JUNTAS, HAN SIDO LLAMADOS LA ANCHURA BIOLOGICA, LA CUAL SE CONSIDERA QUE MIDE 2 MM. UN TERMINO MAS ADECUADO, UNO QUE EXPRESA LA FUNCION Y DIVERSIDAD DE LOS COMPONENTES TISULARES, ES EL COMPLEJO SUBCREVICULAR UNIDO: LA ESTRUCTURA ANATOMICA MAS CERTERA PARA TOMAR MEDIDAS PARA EL LUGAR DEL MARGEN, ES EL MARGEN GINGIVAL LIBRE SAND.

ES CLINICAMENTE VISIBLE, DISTINTO A LA ANCHURA BIOLOGICA, Y PUEDE RECAMBIAR EL MAS MODERNO PROGRESO DE ELECCION PARA COLOCAR LOS MARGENES DENTARIOS. LA PROLONGACION CORONARIA POR CIRUGIA, SERA NECESARIA CUANDO LA RESTAURACION TERMINE POR DEBAJO DE LA CRESTA ALVEOLAR.

ESE MISMO AÑO, SE REALIZO OTRO ESTUDIO COMPARANDO LOS EFECTOS GINGIVALES CON ADITAMENTOS DE BROCHE OCLUSALES Y GINGIVALES EN PROSTODONCIA. EL EFECTO EN LA ENCIA FUE AGESORADA CON MEDICIONES DE ACUMULACION DE PLACA, TEMPERATURA CREVICULAR Y DISTRIBUCION MICROBIANA EN PACIENTES Y ESTUDIANTES QUE USABAN ESTOS ADITAMENTOS. LOS SISTEMAS DE HIGIENE ORAL,

FUERON USADOS PARA DEMOSTRAR CAMBIOS. SE CONCLUYO QUE EL ADITAMENTO DE BROCHE GINGIVAL, ES POTENCIALMENTE DAGINGO.

EL DR. MILLER, PROPUSO UNA TECNICA QUIRURGICA PARA AUMENTO DE PROCESO, USANDO UN INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL. 10 PACIENTES QUE TENIAN DEFICIENCIAS EN PROCESO DE TIPO B MODEPADA Y TIPO C, FUERON TRATADOS. 6, UTILIZABAN PROTESIS FIJA, MIENTRAS 4 FUERON RESTAURADOS DESPUES. LA TECNICA SIMPLIFICADA, USA SOLO UNA INCISION VERTICAL CON LA CREACION DE UN TUNEL, ENTRE EL HUESO Y EL TEJIDO BLANDO. EL INJERTO FUE TOMADO DEL PALADAR, INSERTADO EN ESTE TUNEL, PARA EL AUMENTO DE PROCESO. ESTA TECNICA, PERMITE EL MANEJO DEL PPOCESO RESIDUAL DEFECTUOSO BAJO RESTAURACIONES EXISTENTES.

EN 1986, SE ESTUDIO LA INFLUENCIA DE INTERFERENCIAS OCLUSALES EN EL PARODONTO, EN PACIENTES TRATADOS CON PROTESIS FIJA.

SANGRADO GINGIVAL, BOLSAS PROFUNDAS Y MOVILIDAD DENTARIA FUERON REGISTRADOS, Y UN ANALISIS OCLUSAL FUE REALIZADO EN 147 INDIVIDUOS TRATADOS CON PROTESIS FIJA QUE FUERON COLOCADAS HACE 4 AÑOS. EL PORCENTAJE DE SANGRADO GINGIVAL FUE MAYOR EN DIENTES CON INTERFERENCIA QUE SIN ELLAS. UN LEVE INCREMENTO EN LA PROFUNDIDAD DE BOLSAS FUE ENCONTRADO EN CONECCION CON LAS INTERFERENCIAS, SINEMBARGO, LA DIFERENCIA FUE SIGNIFICATIVA ESTADISTICAMENTE, SOLO EN EL GRUPO SIN TRATAMIENTO PREPROTESICO.

NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS DE MOVILIDAD ENTRE DIENTES CON O SIN INTERFERENCIAS, POSIBLEMENTE POR LA INFLUENCIA DE FERULIZACION DE LAS PROTESIS PARCIALES FIJAS SOBRE LA MOVILIDAD DENTARIA.

LOS DRES. LAURELL U LUNDGREN, REALIZARON UNA INVESTIGACION, PARA ANALIZAR HASTA QUE MAGNITUD SE EXTIENDEN LAS FUERZAS DE MORDIDA Y MASTICACION EN DENTADURAS ARREGLADAS CON ARCO CRUZADO UNILATERAL POSTERIOR Y DOS UNIDADES DE PUENTE VOLADO, Y COMO SE CORRELACIONAN AL AREA DEL TEJIDO PARODONTAL QUE SOSTIENE A LOS PILARES. 12 INDIVIDUOS, CUYAS DENTICIONES FUERON TRATADAS PARODONTALMENTE Y RESTAURADOS PROTESICAMENTE, PARTICIPARON EN EL ESTUDIO. LAS FUERZAS DE MASTICACION, FUERON MEDIDAS SIMULTANEAMENTE EN VARIAS PARTES, ASI COMO SOBRE LA DENTADURA ENTERA, FUERON CORRELACIONADAS A LAS AREAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL DE LOS DIENTES PILARES QUE SOPORTABAN LA PROTESIS. UNA FUERTE CORRELACION POSITIVA ($R = 0.38$ ($P < 0.01$), FUE ENCONTRADA ENTRE EL AREA TOTAL REMANENTE DEL LIGAMENTO Y EL SIGNIFICADO TOTAL DE FUERZAS DE LA MASTICACION. UNA CORRELACION POSITIVA ($R = 0.57$ ($P = 0.05$) FUE TAMBIEN ENCONTRADA ENTRE EL AREA REMANENTE DEL LIGAMENTO DE LA TERMINACION POSTERIOR DEL PILAR Y LA FUERZA DE MASTICACION LOCAL EN ESA REGION. NO HUBO CORRELACION POSITIVA ENTRE LA SUMA DEL SOPORTE DEL TEJIDO PARODONTAL Y LA MAGNITUD DE LAS FUERZAS DESARROLLADAS DURANTE LA MORDIDA CON FUERZA MAXIMA EN OCLUSION HABITUAL TOTAL O LOCALMENTE, A PESAR DE ESO, HUBO UNA TENDENCIA DE FUERZA ($R = 0.54$ ($P < 0.6$ MAS GRANDE QUE P MAYOR DE 0.5). HACIA EL DECAIMIENTO TOTAL DE FUERZA MASTICATORIA CON DESCENSO DE AREA TOTAL REMANENTE DEL LIGAMENTO, UNA RELACION POSITIVA DE ($R = 0.74$; P MENOR DE 0.01), FUE ENCONTRADO EN LA TERMINACION DEL PILAR Y LAS FUERZAS LOCALES EN ESA REGION DURANTE LA MAXIMA FUERZA DE MASTICACION SOBRE UN AREA LIMITADA.

EN JULIO DE ESE AÑO, VARIOS DOCTORES, REALIZARON UN ESTUDIO EN 10 PACIENTES PARCIALMENTE EDENTULOS QUE UTILIZARON

PROTESIS FIJA SOPORTADA POR LA COMBINACION DE DIENTES Y SOPORTES DE TITANIUM COMO PILARES. LA CONDICION DE LOS TEJIDOS SUAVES, FUE EXAMINADA. PRUEBAS DE PLACA BACTERIANA SUPRA Y SUB GINGIVAL FUERON TOMADAS DE DIENTES Y PILARES. ESTAS FUERON ANALIZADAS POR CONTEO BACTERIANO. LA DISTRIBUCION RELATIVA DE TIPOS MORFOLOGICOS BACTERIALES Y LA MICROFLORA CULTIVADA. DE CADA PACIENTE, LAS BIOPSIAS FUERON OBTENIDAS DE UN DIENTE Y UN PILAR, Y LAS PRUEBAS FUERON ANALIZADAS POR LA PRESENCIA Y EXTENSION DE INFILTRACION DE CELULAS INFLAMATORIAS; EL EXAMEN MICROBIOLOGICO, MOSTRO QUE LA DISTRIBUCION DE BACTERIAS EN LA PLACA SUPRA Y SUBGINGIVAL TANTO EN LOS DIENTES Y SOPORTES, FUE SIMILAR, BASTONES NO MOVILES DOMINARON LA MICROFLORA, ASI COMO LAS ESPIROQUETAS NO FUERON DETECTADAS AUN EN PORCIONES BAJAS. DEL ANALISIS HISTOLOGICO, SE ENCONTRO QUE LA MAYORIA DE LAS BIOPSIAS CONTENIAN UN MINIMO DE CELULAS INFLAMATORIAS.

EN EL PASADO, LOS DENTISTAS NO CREIAN, QUE FUERA POSIBLE RECONSTRUIR DEFORMIDADES DE PROCESO, Y AVANCA A SOLUCIONES PROTESICAS PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS DE RECONSTRUCCION DE TEJIDO, FUNCION, Y ESTETICOS. NUEVOS CONCEPTOS Y PROCEDIMIENTOS, NOS PERMITEN EXTENDER EL RANGO DE TERAPIA Y ESPERANZA PARA NUESTROS PACIENTES. ES VERDAD QUE LOS PROTESISTAS, SON MAS SENSIBLES A LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES EMOCIONALES DE PACIENTES CON DEFORMIDADES DE PROCESOS MANDIBULARES. ESOS PACIENTES PRESENTAN DEPRESIONES PROFUNDAS, Y APARTADOS DE LA SOCIEDAD NORMAL.

UN TRATAMIENTO EXITOSO NO SOLO RESTAURA SU DEFORMIDAD Y DENTICION, AYUDA A BORRAR EL TRAUMA EMOCIONAL DE ESTOS PACIENTES ASI COMO SU AUTOAPRECIACION Y DIGNIDAD.

CAPITULO IV

PARODONCIA _ EXODONCIA.

ESTAS DOS RAMAS DE LA ODONTOLOGIA, SE INTERPELACIONAN INTIMAMENTE, DEBIDO A QUE UNA ENFERMEDAD PARODONTAL SEVERA, PUEDE LLEVARNOS A UNA O VARIAS EXTRACCIONES, ASI MISMO,UNA EXTRACCION REALIZADA SIN PRECAUCION, INICIA UNA ENFERMEDAD PARODONTAL, O AGRAVA LA SITUACION PATOLOGICA EXISTENTE EN LA PROXIMIDAD DEL SITIO DE LA EXTRACCION.

ES DE SUMA IMPORTANCIA, ESTUDIAR ADECUADAMENTE EL CASO A TRATAR, ASI COMO LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION; DE IGUAL MANERA, 'ES IMPORTANTE VALORAR EL MOTIVO DE ESTA. EN ESTUDIOS RECIENTES, SE EVALUARON LOS MOTIVOS PARA LA REALIZACION DE LAS EXTRACCIONES Y SE OBSERVO QUE CON MAYOR FRECUENCIA, ES DEBIDO A CARIES, SEGUIDA POR ENFERMEDAD PARODONTAL Y POSTERIORMENTE DEBIDO A UN TRATAMIENTO ORTODONTICO. EN PERSONAS MENORES DE 50 AÑOS,EL MOTIVO PRINCIPAL DEL TRATAMIENTO DE EXODONCIA, FUE DEBIDO A LA PRESENCIA DE CARIES DENTAL Y EN PERSONAS MAYORES A ESTA EDAD, LA RAZON FUE ENFERMEDAD PARODONTAL.

LAS EXTRACCIONES POR MOTIVOS ORTODONTICOS, FUERON MAS PROMINENTES DE LOS 6 A 12 AÑOS Y 13 A 20. LOS PROBLEMAS DE ERUPCION CONTRIBUYEN MAS FRECUENTEMENTE DE LOS 13 A LOS 20 Y DE LOS 21 A 31 AÑOS DE EDAD.

LAS EXTRACCIONES REALIZADAS POR TRAUMA FUERON MAS FRECUENTES A LOS 6 AÑOS DE EDAD.

LOS DIENTES QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE EXTRAEN DEBIDO A CARIES Y ENFERMEDAD PARODONTAL SON LOS MOLARES, SIGUIENDO LOS PREMOLARES Y LOS ANTERIORES, POSTERIORMENTE DEBIDO A RAZONES PROTESICAS Y POR ULTIMO, POR TRATAMIENTO ORTODONTICO Y LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES.

ESTUDIOS RECIENTES CONFIRMAN EL DATO DE QUE LA PRINCIPAL PAZON DEL TRATAMIENTO DE EXODONCIA TANTO EN LA CIUDAD COMO EN EL CAMPO A CUALQUIER EDAD, ES LA CARIES DENTAL Y NO LA ENFERMEDAD PARODONTAL. ASI MISMO, ES IMPORTANTE TAMBIEN RECORDAR LAS CONTRAINDICACIONES LOCALES Y GENERALES, Y SIEMPRE TRATAR A CADA PACIENTE INDIVIDUALMENTE DE ACUERDO AL CASO Y NO GENERALIZAR LOS TRATAMIENTOS YA QUE CADA ORGANISMO, REACCIONA DE DISTINTO MODO. POR EJEMPLO: SI TENEMOS UN CASO DE HEMOFILIA, NO PODEMOS INCLUIR INFUSIONES DE GRANDES DOSIS DE FACTOR VIII DE COAGULACION E INFUSIONES DE COMPLEJO CONCENTRADO DE PROTROMBINA DEBIDO A QUE NO TODOS TIENEN EL MISMO NIVEL DE INHIBIDORES DE ESTE FACTOR Y OCASIONARIAMOS UNA SEVERA COMPLICACION.

ES IMPORTANTE TAMBIEN VALORAR LA TECNICA QUIRURGICA A SEGUIR YA QUE PUEDE AFECTARSE AL PARODONTO EN FORMA ADVERSA.

ES PREFERIBLE NO RECURRIR A LA CREACION DE COLGAJOS SI NO ES NECESARIO, AUNQUE NO ES RARO QUE EN OCASIONES SE REQUIERAN EN CASOS COMO EXPONER HUESO DE SOPORTE ALVEOLAR CON OBJETO DE REDUCIRLO Y SIMPLIFICAR LA EXTRACCION, O CORREGIR ABERRACIONES MORFOLOGICAS O PATOLOGICAS DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS, A LA VEZ QUE SE REALIZA LA EXTRACCION.

SI LA BANDA DE ENCIA INSERTADA PRESENTA ANCHURA Y GROSOR ADECUADOS, DEBERA SER CONSERVADA Y COLOCADA EN SU SITIO ORIGINAL Y ESTABILIZADA MEDIANTE SUTURAS REALIZADAS CON CUIDADO, EVITANDO DEMASIADA FIRMEZA PROVOCANDO QUE ESTA QUEDE DEMASIADO OCLUSAL Y FORME PSEUDOBOLSAS Y POR LO TANTO UNA ENCIA AFUNCIONAL.

CUANDO LA ZONA ORIGINAL DE ENCIA INSERTADA EN LA PROXIMIDAD DEL SITIO DE LA EXTRACCION ES MINIMA O INEXISTENTE, LOS

COLGAJOS DEBERAN DESPLAZARSE HACIA APICAL, PERMITIENDO LA EXPOSICION DE HUESO ALVEOLAR; ASI, EL TEJIDO DE GRANULACION EN ESTA ZONA, DARA LUGAR A LA FORMACION DE UNA ZONA MAS AMPLIA QUE MEJORARA EL MEDIO DE LOS DIENTES ADYACENTES COMO EL DEL REBORDE DESDENTADO.

SI UTILIZAMOS LA TECNICA DE BIGEL INTERNO CUANDO NO SEA NECESARIO CONSERVAR TODA LA BANDA DE ENCIA, SE OBTENDRA UN COLGAJO ADELGAZADO, QUE MEJORARA LOS TEJIDOS BLANDOS QUE RODEAN EL SITIO DE LA EXTRACCION.

IGUALMENTE, SE USARA ESTA TECNICA EN CASOS DE AFECION PARODONTAL, YA QUE PERMITE EL CURETAJE QUIRURGICO DE CUALQUIER TEJIDO BLANDO INTERPROXIMAL, EXPONIENDO EL HUESO ALVEOLAR PARA LA CORRECCION DE CUALQUIER ABERRACION MORFO O PATOLOGICA, DURANTE LA EXTRACCION.

LA EXTRACCION DE UN DIENTE INCLUIDO, DEBERA ACOMPAÑARSE POR EL TRATAMIENTO DE LA LESION PARODONTAL, SI ES QUE ESTA EXISTE, INCLUYENDO LA DESBRIDACION DE TEJIDOS BLANDOS, CORRECCION DE CUALQUIER DEFECTO OSEO Y DESPLAZAMIENTO, ESTABILIZACION CUIDADOSA DE TEJIDOS BLANDOS MEDIANTE EL SUTURADO CON PRECAUCION.

EN VARIOS CASOS , AUN TENIENDO TODAS LAS PRECAUCIONES, DESPUES DE 2 AÑOS DE REALIZAR LA EXTRACCION, SE HAN OBSERVADO CLINICA Y RADIOGRAFICAMENTE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS PARODONTALES:

MAYOR AUMENTO DE PLACA BACTERIANA, PRESENCIA DE GINGIVITIS Y BOLSAS PARODONTALES, EN LA SUPERFICIE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR MAS QUE EN CUALQUIER OTRA PARTE. EL NIVEL OSEO DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, FUE REGISTRADO RADIOGRAFICAMENTE CON UNA SONDA COMO INDICADOR. VARIOS CASOS EXHIBIERON UNA PROFUNDIDAD MENOR DE 7 MM. Y OTROS, DEFECTOS DE MAS DE 4 MM. LO CUAL

INDICA, QUE SI LLEGA A AFECTARSE EL PARODONTO, DESPUES DE UNA EXTRACCION DE TERCER MOLAR.

SIN EMBARGO, EN JULIO DE 1987, SE REALIZO UN ESTUDIO CLINICO RADIOGRAFICO DE DIENTES ADYACENTES A UNA EXTRACCION, CON PREVIA FASE HIGIENICA, Y SE OBSERVO DESPUES DE 2 A 4 MESES Y DE 6 A 9, UNA DISMINUCION EN LA PROFUNDIDAD DE LAS BOLSAS PARODONTALES DE 0.5 A 1.5 MM. EN BOLSAS MAS O MENOS SUPERFICIALES, DE 1 A 3 MM. ESTA DISMINUCION, FUE MENOS PRONUNCIADA QUE EN BOLSAS PROFUNDAS O MODERADAS Y MAYOR EN LA UNION DEL SURCO GINGIVAL. EL NIVEL OSEO ALVEOLAR OBSERVADO RADIOGRAFICAMENTE, NO MOSTRO ALTERACION POR LA EXTRACCION.

EL GRADO DE RECUPERACION OSEA ES AFECTADA PRINCIPALMENTE POR LA EDAD Y, EN MENOR GRADO, POR LA PRESENCIA DE INFLAMACION GINGIVAL QUERATINIZADA. (1988).

LAS TECNICAS DE HIGIENE DE LOS PACIENTES NO FUERON MODIFICADAS DURANTE LOS NUEVE MESES DE OBSERVACION. NI LA PRESENCIA DE PLACA E INDICES GINGIVALES, MOSTRARON PROBLEMAS RELEVANTES.

HAY UNA DUDA QUE HASTA LA FECHA NOS INTERESA. EXTRAER O NO EL TERCER MOLAR.

EN 1984, SE REALIZO UNA ENCUESTA A CUATRO GRUPOS : CIRUJANOS, PARODONCISTAS, DENTISTAS GENERALES Y ORTODONCISTAS, PARA EVALUAR LA NECESIDAD DE REMOVER EL TERCER MOLAR. EN TRES CASOS COMO SE ESPERO, EL CIRUJANO RECOMENDO LA EXTRACCION EN UN MAYOR GRADO QUE LOS OTROS GRUPOS. SE ENCONTRO UNA DIRECTA RELACION JERARQUICA ENTRE EL GRADO DE ORIENTACION QUIRURGICA Y LA PROBABILIDAD DE VER LA NECESIDAD DE UNA EXTRACCION.

UNA CONSIDERACION DE LOS PRINCIPIOS Y REQUERIMIENTOS BASICOS DE LA BUENA CIRUGIA, INTEGRADO CON CONSIDERACION CUIDADOSA DEL PLAN DE TRATAMIENTO E INDICADORES DEL PRONOSTICO, PARA LA REMOCION DENTARIA, COMPLEMENTA UNA EVALUACION TOTAL DEL PACIENTE, SU PATOSIS Y SU HABILIDAD PARA TOLERAR Y RESPONDER AL TRATAMIENTO.

PRINCIPIOS GUIADOS, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS CUIDADOSOS Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS CONTINUOS, FORMAN LA TRIADA DE LA BUENA PRACTICA.

EL MAL USO DE FORCEPS O ELEVADORES DURANTE LA LUXACION, ELEVACION Y EXTRACCION, PUEDE PROVOCAR LESIONES AL HUESO POR PRESION EXCESIVA. POR ESTO, DEBERAN UTILIZARSE, DE TAL MODO QUE NO SE AFLOJEN LOS DIENTES ADYACENTES O FRACTURAR EL HUESO RADICULAR.

EN CUANTO A LOS EFECTOS DE EXTRACCION DEBIDA A TRATAMIENTO ORTODONTICO, EN 1983, SE REALIZO UN ESTUDIO EN 96 PACIENTES A QUIENES SE LES EXTRAJERON LOS CUATRO PRIMEROS PREMOLARES. SE ESTABLECIERON TRES GRUPOS:

EL PRIMERO, PRESENTABA EXTENSO APILAMIENTO EN DENTICION PERMANENTE, TRATADO CON EXTRACCIONES Y COLOCACION DE ADITAMENTOS ORTODONTICOS, EL SEGUNDO, TRATADO CON EXTRACCIONES SERIADAS Y COLOCACION DE ADITAMENTOS Y POR ULTIMO, TRATADO SOLAMENTE CON EXTRACCIONES.

FUERON REGISTRADAS LAS MEDIDAS DENTARIAS Y HUESO ALVEOLAR RADIOGRAFICAMENTE Y LAS AREAS DE BOLSAS PARODONTALES, CON TRAZOS DIRECTOS EN LAS RADIOGRAFIAS.

LA COMPARACION ENTRE GRUPOS, REVELO MEDIDAS REDUCIDAS DE INCISIVOS Y MOLARES INFERIORES EN LOS GRUPOS TRATADOS ORTODONTICAMENTE. LA INCIDENCIA DE ABSORCION RADICULAR FUE SIMILAR EN AMBOS GRUPOS. LA REDUCCION DE HUESO ALVEOLAR FUE

NOTABLE EN LOS SITIOS DE EXTRACCION DE LOS DOS GRUPOS TRATADOS ORTODONTICAMENTE, PERO NO EN EL GRUPO EN QUE SOLO SE REALIZARON EXTRACCIONES.

EN OTRO ESTUDIO REALIZADO EN 1985, IGUALMENTE SE ANALIZO EL ESTADO PARODONTAL DE DIENTES MOVIDOS ORTODONTICAMENTE A SITIOS DE EXTRACCION PREVIA EN MAXILAR, COMPARADOS CON LA OTRA ARCADEA, CON RESPECTO A PLACA BACTERIANA, INFLAMACION VISUAL, SANGRADO DESPUES DEL SONDEO, PROFUNDIDAD DE SURCO, RECESION GINGIVAL, PERDIDA DE LA UNION DE TEJIDO CONECTIVO, ALTURA OSEA RADIOGRAFICA Y RESORCION RADICULAR. NO HUBO DIFERENCIA EN LOS PARAMETROS CLINICOS, EXCEPTO LA PRESENCIA DE MENOR INFLAMACION VISUAL. RADIOGRAFICAMENTE, NO HUBO DIFERENCIA EN LOS NIVELES OSEOS, MEDIDOS DESDE LA UNION CEMENTO ADAMANTINA, SE CONCLUYO, QUE EL MOVIMIENTO ORTODONTICO DENTARIO A SITIOS DE EXTRACCION PREVIA, FUE SIN EFECTO PERJUDICIAL SOBRE EL ESTADO PARODONTAL ADYACENTE.

ASI MISMO, SE HA INDICADO UNA GRAN INCIDENCIA DE INVAGINACIONES GINGIVALES DURANTE EL CIERRE ORTODONTICO DEL ESPACIO DONDE SE REALIZO LA EXTRACCION, SIENDO ESTAS MAS FRECUENTES, COMPLEJAS Y SEVERAS EN EL ARCO MANDIBULAR. SE PENSO, QUE SE RESOLVERIA CON EL TIEMPO, PERO MUCHAS PERSISTEN AOSOS DESPUES DE QUE LA RETENCION SE ELIMINO, NO HAY EVIDENCIA DE UNA ASOCIACION CON LA REAPERTURA DEL ESPACIO DE LA EXTRACCION. LA PRESENCIA Y SEVERIDAD DE INVAGINACIONES GINGIVALES, FUERON CONSTANTEMENTE RELACIONADAS A UNA REDUCCION DE LA SALUD GINGIVAL EN ESA AREA, SIN CUIDADO DE LA FASE DEL TRATAMIENTO.

PARA OBTENER EXITO EN NUESTRO TRATAMIENTO, DEBEMOS SABER MANEJAR CUALQUIER COMPLICACION QUE SE NOS PRESENTE, ASI COMO

LA ADECUADA ADMINISTRACION DE LOS FARMACOS PRE, TRANS Y POST OPERATORIAMENTE, TOMANDO EN CUENTA COMO SE MENCIONO ANTERIORMENTE, A CADA PACIENTE INDIVIDUALMENTE.

LA PRACTICA DE TRATAR HEROICAMENTE SALVAR TODOS LOS DIENTES DE LA CAVIDAD ORAL, SUELE PROVOCAR EL FRACASO Y LA FRUSTRACION. NUESTRO OBJETIVO EN LA ODONTOLOGIA, ES SALVAR DENTICIONES Y, EN OCASIONES, LA EXTRACCION SELECTIVA DE DIENTES GRAVEMENTE AFECTADOS CON EL REEMPLAZO SUBSECUENTE , ES LA FORMA MAS EFICAZ Y ECONOMICA DE LOGRAR NUESTRO PROPOSITO.

CAPITULO V

PARODONCIA - ODONTOPEDIATRIA.

COMO LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA GINGIVAL Y PARODONTAL PUEDEN COMENZAR EN LA NIÑEZ, Y EXTENDERSE A TRAVÉS DE TODA LA VIDA, ES IMPORTANTE, QUE A PARTIR DE ENTONCES SE TENGA UN CUIDADO ESPECIAL DE LA CAVIDAD ORAL.

LA ENFERMEDAD GINGIVAL INFLAMATORIA Y PARODONTAL, PERTENECEN A UNA FAMILIA DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRONICAS A LARGO PLAZO, PROVOCADAS EN SENTIDO EXTRINSECO ETIOLOGICO PRIMARIO, POR LOS MICROORGANISMOS QUE COLONIZAN LA SUPERFICIE DENTARIA, O SE ENCUENTRAN DENTRO DEL SURCO GINGIVAL O EN LA BOLSA PARODONTAL.

LA INSTITUCION DE MEDIDAS PARA EVITAR LA ACUMULACION DE PLACA MICROBIANA, YA SEA POR METODOS QUIMICOS COMO LA UTILIZACION DE CLORHEXEDINA FLUORADA O DE MEDIOS MECANICOS, COMO UN CEPILLADO DENTAL EFICAZ, DAN COMO RESULTADO LA RESOLUCION DE LA ENFERMEDAD Y LA RESTAURACION DE LA SALUD GINGIVAL.

ESTAS AFIRMACIONES, ESTAN PROBADAS A TRAVES DE ESTUDIOS REALIZADOS Y CORROBORADOS A TRAVES DE VARIOS AÑOS, HASTA NUESTROS DIAS.

EN CUANTO AL USO DE CLORHEXEDINA FLUORADA, SE RECOMIENDAN COLUTORIOS EN CORTOS PERIODOS A LOS ENJUAGUES DIARIOS, COMO UNA CONTRIBUCION AL MANTENIMIENTO DE LA CAVIDAD ORAL, DEBIDO A QUE SU USO POR LARGOS PERIODOS, HACE QUE EL NIVEL MICROBIANO RETORNE A SU NIVEL ORIGINAL. ASI MISMO, SE OBSERVO QUE LAS APLICACIONES TOPICAS DE FLUOR, SON EFECTIVAS EN LA PREVENCION DE CARIES DENTAL Y QUE LA OMISION DE UNA PROFILAXIS PROFESIONAL, PREVIA A UNA APLICACION TOPICA, NO AFECTA SIGNIFICATIVAMENTE EL EFECTO PREVENTIVO DE LA CARIES.

A ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS, DEBE AGREGARSE UNA ADECUADA TECNICA DE CEPILLADO DENTAL, SUPERVISADA PARA MEJORAR EL NIVEL DE SALUD BUCAL.

EN MARZO DE 1988, SE REALIZO UN ESTUDIO, DEMOSTRANDO LA IMPORTANCIA QUE TIENE UNA DEMOSTRACION CLINICA DE TECNICA DE CEPILLADO A LOS PADRES Y QUE ESTOS MISMOS, MOTIVEN A SUS HIJOS A HACERLO , O BIEN , QUE LOS PADRES PRACTIQUEN LA TECNICA EN SUS HIJOS SI ES QUE ESTOS NO PUEDEN REALIZARLO POR SI MISMOS. SE OBSERVO QUE LOS NIVELES DE PLACA BACTERIANA Y GINGIVITIS, BAJARON MAS QUE EN AQUELLOS NIÑOS A QUIENES NO SE MOTIVO, O REALIZO LA TECNICA DE CEPILLADO.

NUMEROSOS FACTORES PUEDEN AFECTAR LA DISTRIBUCION DE PLACA Y GINGIVITIS EN LA BOCA DE CUALQUIER INDIVIDUO. DE CONSIDERABLE IMPORTANCIA DEBEN SER LOS HABITOS DE HIGIENE DE CADA PERSONA, LA CUAL, SERA INFLUENCIADA POR LA COMPLACENCIA Y DESTREZA CON LOS METODOS DE LIMPIEZA DENTAL. EL PATRON DE GINGIVITIS VISTA A CORTA EDAD, PUEDE CON EL TIEMPO, REFLEJAR LA DISTRIBUCION EVENTUAL DE LA PERDIDA DE INSERCIÓN . ESTO EN PARTE, PUEDE EXPLICAR LA CONSIDERABLE VARIACION EN LA ENFERMEDAD CRONICA PARODONTAL VISTA ENTRE INDIVIDUOS Y EN DIFERENTES ZONAS DE UNA MISMA CAVIDAD BUCAL. EL CEPILLADO DENTAL Y SU FRECUENCIA, TIENEN UNA BAJA PERO SIGNIFICATIVA CORRELACION CON LA DISTRIBUCION DE PLACA Y GINGIVITIS.

INTENTOS PARA PROMOVER LA COMPLACENCIA DE LOS NIÑOS CON PRACTICAS PREVENTIVAS DE SALUD, SON MAS EXITOSAS CUANDO LAS ESTRATEGIAS PARA MOTIVAR EL COMPORTAMIENTO DE AUTO_CUIDADO, CAMBIAN LOS COMPONENTES FISICOS, COGNOSCITIVOS, Y AFECTIVOS DEL INDIVIDUO. EN 1987, UN ESTUDIO EVALUO LA EFECTIVIDAD DE USAR UN MODELO DE AUTO CUIDADO, PROMOVRIENDO

LA SALUD ORAL Y MEJORAMIENTO HIGIENICO, EN 92 ESTUDIANTES DE TERCER AÑO DE PRIMARIA EN UNA ESCUELA PUBLICA.

LA SALUD GINGIVAL Y LAS MEDIDAS DE HIGIENE ORAL FUERON OBTENIDAS 2 SEMANAS PREVIAS, Y 2 SEMANAS, 3 MESES, Y 1 AÑO DESPUES DE LAS SESIONES EDUCACIONALES.

MEJORIAS SIGNIFICANTES EN SALUD GINGIVAL SE VIERON EN 3 MESES. DURANTE UN PERIODO DE 3 MESES A UN AÑO, LOS PROFESORES REPORTARON QUE MUCHOS NIÑOS RESPONDIERON FAVORABLEMENTE AL PROGRAMA, Y UNA ACTITUD ESPECIFICA Y CAMBIOS PARA MEJORAR FUERON OBSERVADOS. POR LO CUAL, SE CONCLUYO QUE ESTOS MODELOS PREVENTIVOS ESTAN INDICADOS.

DE IGUAL MANERA, EN ESTUDIOS REALIZADOS EN NIÑOS PREESCOLARES HASTA SEGUNDO DE PRIMARIA, DE MEDIANA Y BAJA POSICION SOCIAL. SE REALIZO UN PROGRAMA DE SALUD DENTAL, CONSISTENTE EN TECNICAS DE CEPILLADO Y APLICACION TOPICA DE FLUOR, OBTENIENDO EXCELENTES RESULTADOS EN LA PREVENCIÓN DE CARIES Y UNA DISMINUCION EN LOS CASOS DE GINGIVITIS.

LA PREVALESCENCIA Y SEVERIDAD DE GINGIVITIS EN NIÑOS DE PRIMARIA, FUERON ESTUDIADOS EN 1987 EN 128 NIÑOS CON EDAD DE 4 AÑOS; SE UTILIZARON INDICES EN UNA ESCALA DE 10 DE PLACA BACTERIANA Y CALCULOS, ASI COMO ESTADO PARODONTAL Y PROFUNDIDAD DEL SURCO GINGIVAL EN DIENTES SELECCIONADOS, INCORPORANDO FACTORES DE SEXO. LOS INDICES FUERON CORRELACIONADOS. LA MAYORIA DE LOS NIÑOS TUVIERON UN MAXIMO DE PLACA DE 2, DE CALCULOS DE 0, UN MAXIMO GINGIVAL DE 1, Y UNA MAXIMA PROFUNDIDAD DE SURCO DE 2 MM.

HUBO OTRO ESTUDIO CLINICO E HISTOMETRICO, QUE RELACIONO LOS INDICES CLINICOS Y LOS PARAMETROS HISTOLOGICOS ASOCIADOS A EL TEJIDO GINGIVAL EN DIENTES DESIDUOS. EL INDICE DE PLACA, LA TURGENCIA Y COLOR GINGIVAL, PROFUNDIDAD SULCULAR,

SANGRADO EN SONDEO, CONTACTO CON DIENTE ADYACENTES Y EL GRADO DE RESOPCION RADICULAR DE 58 DIENTES DESIDUOS FUE OBTENIDO. LOS DIENTES FUERON EXTRAIDOS CON SU TEJIDO GINGIVAL CIRCUNDAENTE Y PREPARADOS PARA EXAMINACION HISTOLOGICA.

EL AREA EPITELIAL Y TEJIDO CONECTIVO CON Y SIN CELULAS INFLAMATORIAS FUERON MEDIDAS, ASI COMO EL ESPACIO EPITELIAL DESDE EL MARGEN GINGIVAL INCLUYENDO EL EPITELIO DE UNION. CUANDO ESTAS MEDIDAS FUERON AGRUPADAS DE ACUERDO A LOS INDICES CLINICOS, DIENTES SIN MOVILIDAD TIENEN MENOR EPITELIO QUE AQUELLOS CON MOVILIDAD Y EL TEJIDO GINGIVAL CON COLOR SALUDABLE , TUVO MENOR INFILTRADO DE CELULAS INFLAMATORIAS QUE AQUELLAS DE COLOR ROJO. EL SANGRADO Y PROFUNDIDAD SONDEADA, NO ESTUVO ASOCIADA CON LOS OTROS SIGNOS CLINICOS DE INFLAMACION. EL AUMENTO DE PLACA MICROBIANA, NO SE COPPELACIONA CON LAS MEDIDAS CLINICAS DE INFLAMACION. EL INFILTRADO DE CELULAS INFLAMATORIAS, ESTUVO PRESENTE IRRESPECTIVAMENTE AUNQUE EL TEJIDO GINGIVAL ESTUVIERA O NO CLINICAMENTE NORMAL, Y LA INFLAMACION, NO SE CORRELACIONO CON EL AUMENTO DE PLACA.

ESTUDIOS PREVIOS, HAN DEMOSTRADO QUE LA TENDENCIA PARA DESARROLLAR GINGIVITIS, DIFIEPE ENTRE NINGOS PREESCOLARES CON DENTICION PRIMARIA Y ADULTOS. UNA DIFERENCIA SIMILAR, FUE NOTADA ENTRE PERROS JOVENES CON DIENTES DESIDUOS Y PERROS ADULTOS CON DIENTES PERMANENTES. LOS PERROS JOVENES, MOSTRAPON CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS CON MAYOR INTERFERENCIA EN LA PERMEABILIDAD DEL EPITELIO DE UNION, ASI MISMO, PROTEGIENDO EL TEJIDO SUBYACENTE DE IPRITACION BACTERIANA. UN METODO INDIRECTO PARA PROBAR LAS DIFERENCIAS ESTRUCTUPALES DE LA IMPORTANCIA CLINICA, EXISTENTE EN

HUMANOS ENTRE EL TEJIDO GINGIVAL EN DIENTES DECIDUOS Y EN DIENTES PERMANENTES, ES ESTUDIAR LA REACCION GINGIVAL, EN UN INCREMENTO CONTROLADO DE PLACA BACTERIANA EN NIÑOS CON DENTICION MIXTA.

ESTE REPORTE, PRESENTA UNA COMPARACION INDIVIDUAL DE LA REACCION GINGIVAL EN DIENTES TEMPORALES CON DIENTES PERMANENTES. 30 NIÑOS, DE 7 A 9 AÑOS DE EDAD, FORMARON PARTE EN EL ESTUDIO. LA DISTRIBUCION GINGIVAL, NO DIFIRIO SIGNIFICATIVAMENTE ENTRE CADA DENTICION, PERO UN MAYOR PORCENTAJE DE PLACA FUE ENCONTRADO EN DIENTES PERMANENTES. EN LA COMPARACION BASADA EN AREAS DE IRRITACION POR PLACA, UNA TENDENCIA A MAS GINGIVITIS FUE ENCONTRADA EN LA DENTICION PRIMARIA. LOS RESULTADOS MOSTRAPON QUE LAS DIFERENCIAS ESTRUCTURALES, ENTRE EL TEJIDO GINGIVAL DE DIENTES DESIDUOS Y PERMANENTES, NO TIENE IMPACTO EN LA REACCION DE LA GINGIVITIS.

LOS MOLARES DEL MAXILAR SUPERIOR Y LOS PRIMEROS MOLARES DESIDUOS, Y LAS SUPERFICIES PROXIMALES, MUESTRAN MAYOR PERDIDA DE INSERCCION QUE LOS MOLARES MANDIBULARES, Y LOS SEGUNDOS MOLARES, Y LAS SUPERFICIES BUCAL Y LINGUAL. ESTE PATRON DE PERDIDA DE INSERCCION, ES SIMILAR A LA VISTA EN MOLARES PERMANENTES. EN LAS SUPERFICIES PROXIMALES CON CARIES, HAY MAYOR PERDIDA DE INSERCCION QUE EN LAS SUPERFICIES PROXIMALES SANAS.

LA PROFUNDIDAD DE LA UNION GINGIVAL, NO MUESTRA UN INCREMENTO DE LA DENTICION TEMPORAL A LA PERMANENTE. SIN EMBARGO, LA PROFUNDIDAD EN EL CASO DE DIENTES RECIENTE ERUPCIONADOS, ES MUCHO MAS ESTRECHA QUE EN LOS DIENTES TEMPORALES. LA ZONA MAS ANCHA DE LA UNION GINGIVAL SE ENCUENTRA EN LOS INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES. DECRECE

SOBRE LOS CANINOS, PRIMER PREMOLAR Y PRIMEROS MOLARES DESIDUOS. SE INCREMENTA SOBRE LOS SEGUNDOS PREMOLARES Y SEGUNDOS MOLARES DESIDUOS Y PRIMEROS MOLARES PERMANENTES. ESTAS VARIACIONES SON APROXIMADAMENTE IGUAL EN EL MAXILAR Y LA MANDIBULA AUNQUE ES MAYOR LA ANCHURA DE LA INSERCIÓN EN LA MANDIBULA.

LA TENDENCIA A INCREMENTAR LA ANCHURA PARA LA INGERCIÓN GINGIVAL EN LA DENTICIÓN PERMANENTE, CON LA EDAD, ES DEBIDO A LA DISMINUCIÓN CONCOMITANTE DE LA PROFUNDIDAD SULCULAR.

EN 1984, SE REALIZO UN ESTUDIO BACTERIOLOGICO, QUE DETERMINO POSIBLES DIFERENCIAS EN LAS FLOPAS PARODONTALES ENTRE ADULTOS, JOVENES Y NIÑOS. LA INCIDENCIA DE SITIOS QUE DEGARROLLAN GINGIVITIS EN NIÑOS, ES UN TERCIO MENOR, QUE LA INCIDENCIA OBSERVADA EN ADULTOS. LA COMPOSICIÓN DE LA FLORA, EN NIÑOS, ES ESTADISTICAMENTE DIFERENTE DE LOS ADULTOS. LOS NIÑOS TUVIERON TRES GRUPOS EN GRANDES PROPORCIONES DE LEPTOTRICHIA, 2.5 MAS PROPORCIONES DE COPROCYTOPAGO, 2.3 DE SELENOMONA, 2 PROPORCIONES DE ESPECIES BACTERIANAS Y 1.5 DE ESPECIES BACTEROIDES.

LOS ADULTOS TIENEN MAYORES PROPORCIONES DE FUOBACTERIUM, EUBACTERIUM, Y LACTOBACILO. FUSOBACTERIUM NUCLEATUM, ACTINOMYCES, SELENOMONAS Y TREPONEMA SOCRANSKII, FUERON ESPECIES PREDOMINANTES, QUE CORRELACIONARON CON EL INCREMENTO DE INDICE GINGIVAL TANTO EN NIÑOS COMO EN ADULTOS.

EN 1988, UN ESTUDIO LONGITUDINAL FUE REALIZADO PARA EXAMINAR LOS CAMBIOS EN LA PROFUNDIDAD SULCULAR, QUERATINIZACION E INSERCIÓN GINGIVAL DURANTE EL PERIODO DE DENTICIÓN MIXTA.

34 NIÑOS DE 7 A 9 AÑOS DE EDAD, FUERON EXAMINADOS DOS VECES CON UN INTERVALO DE 5 AÑOS. LA PROFUNDIDAD SULCULAR Y LA ANCHURA QUERATINIZADA, FUERON EXAMINADAS EN LA SUPERFICIE BUCAL DE LOS INCISIVOS, Y DE LAS CUSPIDES DERECHAS E IZQUIERDAS EN LA ZONA POSTERIOR. LA ANCHURA DE LA INSERCIÓN GINGIVAL, FUE OBTENIDA, SUSTRAYENDO LA PROFUNDIDAD SONDEADA DE LA ANCHURA DEL TEJIDO GINGIVAL QUERATINIZADO. CUANDO SE COMPARO A LOS DIENTES PRIMARIOS PREDECESORES, LOS DIENTES PERMANENTES TIENEN UNA PROFUNDIDAD SONDEADA MAYOR, UNA ESTRECHA INSERCIÓN GINGIVAL Y EN LOS DIENTES DEL MAXILAR, UN TEJIDO GINGIVAL MAS QUERATINIZADO.

CUANDO UN DIENTE PERMANENTE FUE PRESENTADO A LAS DOS PRUEBAS, HUBO UN INCREMENTO SIGNIFICANTE EN ANCHURA DE LA INSERCIÓN GINGIVAL, CON UN CORRESPONDIENTE DECREMENTO EN LA PROFUNDIDAD SULCULAR, Y UN INICIO EN EL INCREMENTO DE LA ANCHURA DEL TEJIDO GINGIVAL QUERATINIZADO. LOS DESCUBRIMIENTOS PREVIOS Y ACTUALES, INDICARON QUE DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DESPUES DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES, UN INCREMENTO EN LA ANCHURA DE LA UNIÓN GINGIVAL TOMA LUGAR, SIN LA MIGRACIÓN GINGIVAL MARGINAL CONSIDERANDO, EN ETAPAS POSTERIORES, QUE ESTA MIGRACIÓN CORONAL TIENE LUGAR CONCOMITANTE A LA ERUPCIÓN DENTARIA.

CAPITULO VI

PARODONCIA _ ORTODONCIA.

EN UN TRATAMIENTO ORTODONTICO, LOS DIENTES SON DESPLAZADOS HACIA UNA NUEVA POSICION Y RELACION, Y LOS TEJIDOS BLANDOS Y HUESO SUBYACENTE SON ALTERADOS PARA ACOMODARSE A LOS CAMBIOS ESTETICOS Y FUNCIONALES. ES NECESARIO ADVERTIR AL PACIENTE QUE UN TRATAMIENTO ORTODONTICO QUE DEJA ALGUN TRASTORNO FUNCIONAL, FRACASARA CON EL TIEMPO.

EL TRATAMIENTO ORTODONTICO PUEDE CAUSAR LESIONES A LOS DIENTES Y AL PARODONTO, PERO EN LA MAYORIA DE ESTAS INSTANCIAS, EL DAÑO ES REVERSIBLE Y SE PRODUCE REGENERACION O REPARACION DE LAS ESTRUCTURAS DENTARIAS Y LOS TEJIDOS PARODONTALES. EN ALGUNOS CASOS, LAS ALTERACIONES PODRIAN SALIRSE DE CONTROL Y CAUSAR UN DAÑO IRREPARABLE.

PARA EVITAR ESTE DAÑO, SE REQUIERE DE UN CONOCIMIENTO BASICO APROPIADO DE LOS PRINCIPIOS BIOMECANICOS, ASI COMO DE LAS REACCIONES TISULARES EN EL TATAMIENTO ORTODONTICO. LA RADIOGRAFIA OBTENIDA A INTERVALOS REGULARES, REVELARA LOS EFECTOS IATROGENICOS EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO ORTODONTICO.

REABSORCION RADICULAR.

ES DIFICIL EVITAR LA REABSORCION, DURANTE EL MOVIMIENTO ORTODONTICO. GENERALMENTE, ESTA SE PRESENTA EN EL LIMITE DE LA ZONA HIALINIZADA, DENTRO DE LOS TERCIOS MARGINAL Y MEDIO DE LA RAIZ, Y SU REPARACION ES RAPIDA, MEDIANTE APOSGICION DE CEMENTO CELULAR. SIN EMBARGO, LA RESORCION RADICULAR APICAL, ES UNA LESION IRREVERSIBLE, CON EL RESULTADO DE UN ACORTAMIENTO PERMANENTE DE LA RAIZ, ESTABLECIENDOSE UNA RELACION DESFAVORABLE EN LA PROPORCION CORONA _ RAIZ. ESTO ES ALARMANTE EN DENTICIONES CON PERDIDA OSEA MARGINAL.

ESTUDIOS CLINICOS DEMOSTRARON QUE LAS REABSORCIONES RADICULARES SE PRODUCEN SOBRE TODO EN LOS INCISIVOS Y QUE SU RIESGO AUMENTA, EN SITUACIONES DONDE SE EMPLEAN FUERZAS ORTODONTICAS GRANDES, SE REALIZAN MOVIMIENTOS GLOBALES CONTINUOS PROLONGADOS Y SE EFECTUAN MOVIMIENTOS INTRUSIVOS.

PERDIDA DE HUESO ALVEOLAR.

SE HA AFIRMADO QUE EL TRATAMIENTO ORTODONTICO PUEDE TENER EFECTOS ADVERSOS SOBRE LOS TEJIDOS GINGIVALES Y PARODONTALES, QUE PUEDEN ACELERAR O PROMOVER LA DESTRUCCION DEL TEJIDO PARODONTAL MAS ADELANTE EN LA VIDA.

SE REALIZO UNA INVESTIGACION, EXAMINANDO LA RELACION DE LA RECIDIVA POST TRATAMIENTO ORTODONTICO EN EL SOPORTE OSEO DE LA CRESTA ALVEOLAR Y RESORCION RADICULAR. 36 PERSONAS, QUE CONCLUYERON LA FASE DE RETENCION ORTODONTICA DESDE HACIA 10 AÑOS, FUERON DIVIDIDOS EN DOS GRUPOS, BASADOS EN EL INCREMENTO DE RECIDIVA DE APIGAMIENTO DE LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES. 18 SUJETOS (GRUPO RECIDIVANTE), EXHIBIERON 2 MM. O MAS DE APIGAMIENTO ANTERIOR RECIDIVANTE Y 18 SUJETOS (GRUPO NO RECIDIVANTE) NO EXHIBIERON APIGAMIENTO.

FUERON OBTENIDAS SERIES RADIOGRAFICAS DENTO ALVEOLARES, DE ALETA MORDIBLE, DE TODA LA CAVIDAD ORAL, ASI COMO LATERALES DE CRANE0, PARA COMPARARLAS CON AQUELLAS OBTENIDAS ANTES DEL TRATAMIENTO Y DURANTE EL TIEMPO DE RETENCION. FUERON EXAMINADAS PARA DETERMINAR TRES PARAMETROS : RESORCION RADICULAR, NIVELES OSEOS DE LA CRESTA ALVEOLAR, Y CAMBIOS EN LA POSICION Y ANGULACION DE LOS INCISIVOS SUPERIORES. LOS SUJETOS EN EL GRUPO DE RECIDIVA, HAN ESTADDO EN LARGOS PERIODOS DE TRATAMIENTO Y EXHIBIERON PREVALENCIA EN LA RESORCION RADICULAR; TAMBIEN MOSTRARON MAYORES DISTANCIAS, SIGNIFICATIVAMENTE EN LOS NIVELES OSEOS

DE LAS CRESTAS ALVEOLARES, INDICANDO MAYOR PERDIDA DE SOPORTE OSEO QUE LA OBSERVADA EN EL GRUPO NO RECIDIVANTE. LOS DESCUBRIMIENTOS DE ESTA INVESTIGACION, SUGIERE QUE DEBE HABER UNA RELACION ENTRE LA RECIDIVA ORTODONTICA Y LOS PARAMETROS DE INCREMENTO EN LA RESORCION RADIULAR Y DECREMENTO EN LOS NIVELES OSEOS DE LA CRESTA ALVEOLAR. LA PERDIDA DE SOPORTE OSEO PARODONTAL, FUE EXAMINADO EN 24 PACIENTES ORTODONTICAMENTE TRATADOS POR MIGRACION DENTARIA PATOLOGICA EN UNA ARCADEA, (MANDIBULA).

PREVIO A LA REALINACION DENTARIA ANTERIOR, LOS PACIENTES RECIBIERON TRATAMIENTO PARODONTAL. NO SE APLICO TERAPIA ACTIVA, HASTA QUE SE ELIMINO LA INFLAMACION Y LOS PACIENTES DEMOSTRARON UN NIVEL ELEVADO DE HIGIENE ORAL. UN ALAMBRE DE 0.020 PULGADAS, FUE COLOCADO EN CADA DIENTE ADYACENTE, REALINEADO PARA RETENCION. LOS NIVELES OSEOS MARGINALES EN LOS DIENTES ANTERIORES, EN LAS MANDIBULAS TRATADAS Y NO TRATADAS, FUE MEDIDO EN PORCENTAJE DE ALTURA OSEA MAXIMA EN RADIOGRAFIAS DENTO ALVEOLARES, TOMADAS ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO. LA REINCIDENCIA, FUE EVALUADA DE LOS MODELOS DE ESTUDIO. EL PROMEDIO DE LA PERDIDA OSEA PARODONTAL DESDE EL PERIODO ANTERIOR AL POSTERIOR DEL TRATAMIENTO ORTODONTICO, FUE: (SD 4.03 , P MENOR DE 0.001) Y 2.69% (SD 3.66, P MENOR DE 0.001), DE DIENTES TRATADOS Y NO TRATADOS RESPECTIVAMENTE. LA MAYORIA DE LOS SITIOS O LUGARES, MOSTRARON Poca O NINGUNA PERDIDA. LA PERDIDA MAXIMA (35%) FUE OBSERVADA EN UN SOLO LUGAR. NO SE ENCONTRO ASOCIACION ENTRE LA PERDIDA OSEA INICIAL Y DURANTE EL TRATAMIENTO.

ESPACIOS ADYACENTES AL RETENEDOR, SE ABRIERON DE 0.1 A 1.8 MM. EN 7 PACIENTES. RECIDIVA EN EL SEGMENTO RETENIDIO, FUE ASOCIADO CON FALLAS DEL RETENEDOR. DE LOS 19 PACIENTES QUE

ESTUVIERON EN RETENCION POR MAS DE 4 MESES, SE REGISTRARON 10 FALLAS EN 9 PACIENTES. EL GRADO DE FALLA, FUE PERDIDA DE 1 O 2 DIENTES ENTRE EL ALAMBRE Y LA RESINA.

EN ESTUDIOS PREVIOS, (1984) , SE CONCLUYO, QUE EL TRATAMIENTO ORTODONTICO DURANTE LA ADOLESCENCIA NO TUVO EFECTO A LARGO PLAZO SOBRE LOS NIVELES OSEOS SE LA CRESTA ALVEOLAR.

EN 1987, SE LLEVO A CABO UNA INVESTIGACION PARA EVALUAR LA INCIDENCIA Y DISTRIBUCION DE LA PROXIMIDAD RADICULAR , DESPUES DEL TRATAMIENTO ORTODONTICO, Y PARA PROBAR LA HIPOTESIS DE QUE LAS AREAS INTERPROXIMALES CON HUESO INTERDENTAL DELGADO, PROVEE MENOS RESISTENCIA EN CONTRA DE LA PERDIDA DE SALUD PARODONTAL MARGINAL, QUE EN AREAS CON ANCHURA OSEA NORMAL INTERRADICULAR.

SOLO FUERON EXAMINADOS PACIENTES ADULTOS, 16 AÑOS DESPUES DE UN TRATAMIENTO ORTODONTICO ACTIVO. LA DISTANCIA ENTRE LAS RAICES, FUE MEDIDA DIRECTAMENTE SOBRE RADIOGRAFIAS DENTO ALVEOLARES. LA SALUD GINGIVAL, EL NIVEL DE LA UNION DE TEJIDO CONECTIVO, Y LOS REGISTROS CLINICOS DE NIVELES OSEOS, EN SITIOS CON HUESO INTERDENTAL DELGADO, Y VECINDAD O SITIOS CONTRALATERALES CON ANCHURA OSEA NORMAL ENTRE LAS RAICES, FUE COMPARADA.

CERCA DE 400 PACIENTES ESTUDIADOS, 25 TUVIERON AREAS UNI O BILATERALES CON PROXIMIDAD RADICULAR. ESTA PROXIMIDAD FUE DIAGNOSTICADA ENTRE INCISIVOS LATERALES Y CENTRALES SUPERIORES, EN 18 PACIENTES; ENTRE CENTRALES Y LATERALES INFERIORES EN 2 PACIENTES, Y ENTRE LATERAL Y CANINO SUPERIOR, PRIMER Y SEGUNDO PREMOLAR SUPERIORES , CANINO Y PPIMER PPEMOLAR INFERIORES, PRIMER Y SEGUNDO PPEMOLAR INFERIORES; O, PRIMER Y SEGUNDO MOLAR MANDIBULAR EN UN SOLO PACIENTE.

NO HUBIERON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ESTADISTICAMENTE EN INFLAMACION, NIVEL DE UNION, Y NIVEL OSEO, FUERON OBSERVADOS ENTRE LA PROXIMIDAD RADICULAR EN SITIOS CONTROLADOS. LOS RESULTADOS INDICARON QUE LOS DIENTES ANTERIORES NO ESTAN PREDISPUUESTOS A UNA ENFERMEDAD PARODONTAL MAS RAPIDA CUANDO LAS RAICES ESTAN MUY PROXIMAS. TAMBIEN SITIOS DE MOLARES FUERON INCLUIDOS PARA MARCAR CONCLUSIONES RELATIVAS A DICHAS AREAS.

EN 1988, SE REALIZO OTRO ESTUDIO, EVALUANDO EL ESTADO CLINICO PARODONTAL EN PERSONAS, LAS CUALES HABIAN COMPLETADO SU TRATAMIENTO ORTODONTICO HACIA 10 AÑOS, Y COMPARADO CON AQUELLOS ADULTOS CON MALOCLUSIONES NO TRATADAS.

SE TOMARON EN CUENTA LA PLACA BACTERIANA, INFLAMACION VISUAL, SANGRADO DESPUES DE SONDEO, PROFUNDIDAD DE SURCO, RECESION GINGIVAL Y PERDIDA DEL TEJIDO CONECTIVO.

LOS RESULTADOS NO MOSTRARON DIFERENCIAS EN GRUPOS DE VARIABLES PARODONTALES Y SE CONCLUYO QUE EL TRATAMIENTO DURANTE LA ADOLESCENCIA NO TUVO EFECTOS DISCERNIBLES EN LA SALUD PARODONTAL.

ALGUNOS ESTUDIOS CLINICOS, INFORMARON QUE EN NIÑOS Y ADULTOS JOVENES, EL TRATAMIENTO ORTODONTICO PUEDE, DE HECHO AGRAVAR UNA LESION GINGIVAL PREEXISTENTE INDUCIDA POR PLACA MICROBIANA Y CAUSAR ALGUNA PERDIDA DE HUESO ALVEOLAR E INGRESION PARODONTAL. ESTUDIOS RECIENTES DE SEGUIMIENTO, SUBRAYAN LA IMPORTANCIA DEL USO DE FUERZAS ORTODONTICAS LIGERAS Y DE UNA CORRECTA HIGIENE BUCAL PERSONAL DURANTE EL TRATAMIENTO, E INFORMARON QUE LA PERDIDA OSEA MARGINAL ERA MINIMA O NO SIGNIFICATIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES TRATADOS ORTODONTICAMENTE. EN COMPARACION CON PERSONAS

NUNCA TRATADAS , SE OBSERVO DIFERENCIA ALGUNA EN EL PREVALECIMIENTO GENERAL DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

EL EFECTO DE PROFILAXIS PROFESIONAL EN EL PARODONTO, FUE ESTUDIADO EN 14 ADOLESCENTES. UNA APLICACION TOTAL DE BANDAS FUE UTILIZADA EN ELLOS. SE EXAMINARON LA PLACA MICROBIANA, INDICE GINGIVAL, MIGRACION GINGIVAL Y ANCHURA DE LA UNION GINGIVAL; UNA PROFILAXIS PROFESIONAL CON COPA DE HULE FUE UTILIZADA CON REFUERZO DE INSTRUCCION DE HIGIENE ORAL. LAS MEDIDAS FUERON RECOPIADAS EN LA VISITA INICIAL, 6 MESES DESPUES Y 10 MESES DESPUES OTRA VEZ. ESTOS REGISTROS FUERON COMPLEMENTADOS CON LOS DEPOSITOS DE PLACA E INFLAMACION GINGIVAL EN CADA UNA DE LAS 11 VISITAS.

SE LLEGO A 4 CONCLUSIONES:

- 1.- LA PRESENCIA DE UN ADITAMENTO ORTODONTICO, NO DA COMO RESULTADO UN INCREMENTO EN LA ACUMULACION DE PLACA O INFLAMACION GINGIVAL.
- 2.- LA INSTRUCCION DE HIGIENE ORAL, FUE SIGNIFICATIVAMENTE EFECTIVA PARA LA REDUCCION DEL AUMENTO VISIBLE DE PLACA O INFLAMACION GINGIVAL.
- 3.- UNA PROFILAXIS MENSUAL CON COPA DE HULE, TUVO UN EFECTO POSITIVO EN LA REDUCCION DEL ENSANCHAMIENTO GINGIVAL, HABITUALMENTE ASOCIADO CON UN ADITAMENTO ORTODONTICO FIJO.
- 4.- LA ANCHURA DE LA UNION GINGIVAL, NO MOSTRO CAMBIO SIGNIFICATIVO EN EL CURSO DE ESTE ESTUDIO.

OTRO ESTUDIO FUE REALIZADO PARA DETERMINAR LA EXTENSION BACTERIAL EXPERIMENTADA POR PACIENTES CON TRATAMIENTO ORTODONTICO FIJO, DURANTE PERIODOS DE HIGIENE ORAL RUTINARIA, CEPILLADO DENTARIO. 16 PACIENTES FUERON ESTUDIADOS, 11 LOS CUALES PRACTICAPON UNA ADECUADA HIGIENE

ORAL, Y 5 QUE DEMOSTRARON UNA MALA HIGIENE. FUE RETIRADA SANGRE DESDE LA VENA CUBITAL MEDIANA ANTES, Y 15 MINUTOS DESPUES DEL CEPILLADO.

PARTES PROPORCIONALES DE SANGRE, FUERON AGREGADAS EN BOTELLAS SEPARADAS E INCUBADAS A 37 GRADOS C. POR UN PERIODO MAYOR A 5 DIAS. ESTA SANGRE, FUE UTILIZADA PARA DETERMINAR EL ESTADO DE INMUNIDAD DE DICHSO SUJETOS. FUE RECOGIDA UNA BACTERIA ANAEROBIA DE 9 DE LOS 16 PACIENTES; BACTERIAS AEROBICAS NO SE ENCONTRARON. UN CULTIVO SANGUINEO NEGATIVO ANTES DEL CEPILLADO Y UNO POSITIVO DESPUES, ERA LO ESPERADO, PERO NO OCURRIO ASI. ALGUNOS SUJETOS MOSTRARON BACTEREMIA , ANTES DEL CEPILLADO Y UN CULTIVO NEGATIVO DESPUES DE ESTE. OTROS MOSTRARON BACTEREMIA ANTES Y DESPUES. LOS RESULTADOS INESPERADOS , PUEDEN ATRIBUIRSE A LA ALIMENTACION DEL PACIENTE, O QUE SE CEPILLARON ANTES DE LA PRUEBA.

EL ESTUDIO MOSTRO LA CAPACIDAD DE UNA BACTERIA ANAEROBIA ESPECIFICA, PARA MANTENERSE EN EL TORRENTE SANGUINEO POR UN PERIODO DE 15 MINUTOS. TAMBIEN SE DEMOSTRO, LA PPESENCIA DE UNA BACTERIA EN EL TORRENTE SANGUINEO, ANTES DE QUE LA PRUEBA COMENZARA.

MEDIANTE UN ANALISIS RECIENTE, SE CONCLUYO QUE EL EFECTO EN CUANTO A ACUMULACION DE PLACA BACTERIANA, SARRO Y DESARROLLO DE CARIES, EN EL USO DE ADITAMENTOS RETENEDORES CEMENTADOS CON RESINA, HECHOS CON UN ALAMBRE PLANO Y OTROS CON ESPIRAL, SE DEMOSTRO, QUE NO EXISTEN DIFERENCIAS EN NINGUNA VARIABLE Y EL SANGRADO GINGIVAL ES MENOS FRECUENTE DURANTE LA RETENCION QUE EN EL TIEMPO DE RETIRARLOS. ESTE ESTUDIO FUE CORROBORADO CON OTRO MAS QUE DEMOSTRO QUE AUNQUE SE ADHIERA PLACA MICROBIANA Y CALCULOS AL RETENEDOR

DESPUES DE UN PERIODO LARGO DE USO, NO CAUSA DAÑO APARENTE A LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS ADYACENTES.

EN UN CASO REPORTADO EN 1984, DE LA PRESENCIA DE UNA LIGADURA RETENIDA DESPUES DE 15 AÑOS DE HABER TERMINADO EL TRATAMIENTO ORTODONTICO, LA CUAL SE ENCONTRABA EN LA CRESTA OSEA DEL INCISIVO LATERAL SUPERIOR DERECHO.

FUE EXPUESTA POR UN COLGAJO WIDMAN MODIFICADO, Y REMOVIDA SIN CONSECUENCIA ADVERSAS EN CUANTO A ESTETICA O TEJIDO DE SOPORTE. FUE INTERESANTE SABER, QUE NO CAUSO DAÑO EN EL SOPORTE PARODONTAL, ESPECIALMENTE DESDE QUE LA COLOCACION DE LIGADURA SE USO EXPERIMENTALMENTE PARA AYUDAR A CONTROLAR PROBLEMAS PARODONTALES.

VARIOS FACTORES INTRODUCIDOS DURANTE EL TRATAMIENTO, AFECTAN EL ESTADO DE SALUD EN CUANTO A LA INFLAMACION. ASI COMO, LA COLOCACION DE APARATOS PARA SEPARAR LOS DIENTES, QUE ADEMAS DE CAUSAR INFLAMACION, PREDISPONE AL MOVIMIENTO DENTARIO HACIA POSICIONES SUSCEPTIBLES A LA INTERFERENCIA CUSPIDEA. LA COLOCACION DE BANDAS EN ZONAS GINGIVALES, ALTERAN EL MEDIO AMBIENTE DENTRO DEL SURCO. LOS MATERIALES COLOCADOS DENTRO DEL SURCO, NO PROVOCAN IRRITACION POR SI MISMOS, SALVO QUE PROPORCIONEN UN MEDIO PARA LA ACUMULACION DE PLACA. DEBERAN HACERSE ALTERACIONES EN LOS METODOS DE LIMPIEZA ORAL EN CASA, PARA EVITAR UN TRAUMATISMO EN TEJIDOS BLANDOS, YA QUE LA HIGIENE BUCAL ES IMPEDIDA POR LA CANTIDAD DE APARATOS EXISTENTES Y EL USO CONVENCIONAL DE HILO DENTAL, ES EVITADO POR LOS ARCOS DE ALAMBRE.

DURANTE EL TPATAMIENTO ORTODONTICO, SE INTRODUCEN NUEVOS CONTACTOS PREMATUROS, QUE SI NO SON CONTROLADOS, PUEDEN PROVOCAR DAÑOS IRREVERSIBLES, COMO UNA ACTIVIDAD PARAFUNCIONAL ,ES DECIR, QUE NO POSEEN MECANISMOS DE

AUTOPROTECCION Y PUEDEN PROVOCAR DESTRUCCION DE LOS TEJIDOS, ESPECIALMENTE DURANTE EL SUEÑO.

EN CUANTO AL TRATAMIENTO ORTODONTICO EN PACIENTES PARODONTALMENTE COMPROMETIDOS, DEBEN USARSE FUERZAS LIGERAS DE TIPO CONTINUO INTERRUPTO, MANTENIDAS DENTRO DE LIMITES BIOLOGICOS, SE PROGRAMAN VISITAS DE SUPERVISION FRECUENTES PARA EL EXAMEN RADIOGRAFICO Y LA EVALUACION CLINICA DEL ESTADO PARODONTAL.

EL APARATO ORTODONTICO DEBE ESTAR BIEN DISEÑADO, PROVEER UN ANCLAJE ESTABLE PARA EVITAR IRRITACION TISULAR CON BANDAS, ALAMBRES, ANSAS, ESPIRALES Y ELASTICOS UTILIZADOS EN APARATOS FIJOS Y GANCHOS Y RESORTES EN REMOVIBLES.

EN CADA VISITA DE REACTIVACION, SE VERIFICARAN TODAS LAS BANDAS. EL EXCESO DE MATERIAL DE FUSION, CERCA DEL MARGEN GINGIVAL, PROMUEVE LA ACUMULACION DE PLACA Y CAUSARA INFLAMACION GINGIVAL. Y LA PERDIDA DE ESTE MATERIAL, CONDUCE A LA INFILTRACION Y RIESGO DE DESMINERALIZACION DE LAS SUPERFICIES VESTIBULARES.

EL PACIENTE, DEBERA MANEJAR BIEN EL USO DE ELASTICOS, PARA QUE ESTOS NO SE DESPLACEN HACIA EL SURCO GINGIVAL, Y CAUSEN UNA REACCION INFLAMATORIA CON PERDIDA DE INSERCIÓN Y HUESO. POR LO TANTO, ES IMPORTANTE SONDEAR LAS BOLSAS DE LOS DIENTES DE ANCLAJE Y MOVERLOS ORTODONTICAMENTE EN CADA VISITA, PARA DESCUBRIR MATERIAL EXTRAÑO Y SE RECOMIENDAN AJUSTES OCLUSALES EN SITUACIONES APROPIADAS DURANTE LA FASE DE LA TERAPEUTICA ORTODONTICA.

SE DEBE ELEGIR UN APARATO ORTODONTICO ADECUADO, SELECCIONAR DIENTES DE ANCLAJE APROPIADOS; SE USARAN FUERZAS

LIGERAS INTERRUPTIDAS, EN CADA VISITA DE SEGUIMIENTO, SE EFECTUARA UNA EVALUACION CLINICA Y RADIOGRAFICA; SE AJUSTARA LA OCLUSION, SI ESTUVIESE INDICADO Y SE VERIFICARA LA TECNICA DE HIGIENE BUCAL.

DESPUES DEL TRATAMIENTO ORTODONTICO, EL AJUSTE FINAL DE LA OCLUSION, ASEGURARA LA BUENA ESTABILIDAD FUNCIONAL. SI FUERA NECESARIO, LA ELIMINACION QUIRURGICA DE BOLSAS PARODONTALES.

SE DEBERAN LLEVAR A CABO CONTROLES POSTOPERATORIOS, PARA PODER EVALUAR DE MANERA OBJETIVA, LOS EFECTOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO.

UNA BUENA GUIA PARA INTEGRAR EL AJUSTE OCLUSAL POST TRATAMIENTO, MEDIANTE EL DESGASTE SELECTIVO, ES EL SIGUIENTE SEGUN HEIMLICH:

1.- REMODELADO DE LOS DIENTES ANTES DEL TRATAMIENTO. ESTO IMPLICA LA CORRECCION DE RESTAURACIONES Y EL REMODELADO DE LOS DIENTES POR MOTIVOS ESTETICOS.

2.- TRATAMIENTO ORTODONTICO, CON REMODELADO MENOR DURANTE ESTE MISMO, SI ES DESEABLE.

3.- ELIMINACION DE PUNTOS DE CONTACTO PREMATUPOS EVIDENTES DESPUES DEL ASENTAMIENTO INICIAL.

4.- DESPUES DE 9 MESES O 1 AÑO EN RETENCION, SE DAPAN AJUSTES FINOS PARA COMPENSAR CUALQUIER DESPLAZAMIENTO Y PARA COMPLETAR EL AJUSTE OCLUSAL.

A CONTINUACION, SE PRESENTAN ESTUDIOS DEL TRATAMIENTO ORTODONTICO EN PACIENTES CON PARODONTITIS JUVENIL.

LAS EVIDENCIAS INDICAN QUE PACIENTES CON PARODONTITIS JUVENIL, TIENEN UN HUESPED RECIDIVANTE, QUE AUMENTA SU SUSCEPTIBILIDAD A CIERTOS ORGANISMOS GRAM -.

LA ENFERMEDAD SE CARACTERIZA POR UNA PERDIDA OSEA PROGRESIVA, QUE NO ESTA ASOCIADA A UN FACTOR LOCAL IRRITACIONAL, O INFLAMACION GINGIVAL.

DIAGNOSTICOS RECIENTES, Y TRATAMIENTOS PARODONTALES CONSERVADORES HAN DADO BUENOS RESULTADOS. SIN EMBARGO, CASOS DE LESION AVANZADA O AQUELLOS QUE ENVUELVEN MAL OCLUSION, O TRAUMATISMO POTENCIAL OCLUSAL, PUEDEN BENEFICIARSE CON TERAPIA ORTODONTICA.

UN MANEJO EXITOSO DE UN CASO QUE ENVOLVIA PERDIDA DENTARIA MULTIPLE CON UN GRADO MODERADO DE MALOCLUSION ES PRESENTADO, CON ENFASIS EN COORDINACION CON EL PARODONCISTA, ORTODONCISTA, Y PROTESISTA. EL MOVIMIENTO ORTODONTICO DENTARIO, EN AREAS PREVIAMENTE AFECTADAS FUE EXITOSO DESPUES DE UN PERIODO DE RECUPERACION POST EXTRACCIONES. LA SUGERENCIA DE LA COMBINACION DE UN MANEJO INTERDISCIPLINARIO SE PRESENTO. UNA VEZ QUE EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD DISMINUYO, EL PPNOSTICO DE CADA DIENTE SE EVALUO, ASI COMO LAS REHABILITACIONES CON PROTESIS FIJA.

LAS EVALUACIONES FUERON RECOPIADAS Y MEDIANTE UN CONTROL ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL Y EL TRATAMIENTO ORTODONTICO, SE DEMOSTRO QUE LA REHABILITACION ES POSIBLE.

LA CORRECCION DE MALOCLUSIONES EN PARODONTITIS JUVENIL, ES UN PROBLEMA QUE CONCIERNE A LOS ORTODONCISTAS, DESDE QUE MUCHOS DIENTES CON PERDIDA OSEA SEVERA, PUEDEN SER EXITOSAMENTE TRATADOS SIN EXTRACCION. EN ESTE CASO, UNA TERAPIA ORTODONTICA EDGEWISE, SE LLEVO A CABO DESPUES DE COMPLETADA LA TERAPIA PARODONTAL EN 4 PACIENTES. LA TERAPIA ORTODONTICA, INCLUYO INTRUSION EXTENSIVA DE DIENTES AFECTADOS SEVERAMENTE POR PARODONTITIS. UN ANALISIS MICROSCOPICO, DE PLACA SUBGINGIVAL, FUE USADA PARA

MONITOREAR LONGITUDINALMENTE LOS EFECTOS DE BANDAS ORTODONTICAS FIJAS EN LA FLORA SUBGINGIVAL Y TAMBIEN LA EFICACIA DE UNA TERAPIA ANTIMICROBIANA TOPICA Y SISTEMICA, AUNADA A LA SUPRESION DE UNA BACTERIA PARODONTOPATICA. EL MOVIMIENTO ORTODONTICO FUE COMPLETADO EN DIENTES PARODONTALMENTE COMPROMETIDOS, SIN UNA EVIDENCIA SIGNIFICATIVA DE DETERIORO ADICIONAL AN EL ESTADO PARODONTAL. SINEMBARGO, LOS PRIMEPOS 6 MESES DE COLOCACION DE BANDAS, TODOS LOS PACIENTES TUVIERON UN INCREMENTO EN EL NUMERO DE ESPIROQUETAS Y BASTONES MOVILES, EN LA FLORA SUBGINGIVAL.

3 DE LOS PACIENTES TAMBIEN DESARROLLARON NIVELES ALTOS DE LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES ALREDEDOR DE LOS DIENTES TRATADOS, INDICANDO INFLAMACION SUBGINGIVAL SIGNIFICANTE. MEDIDAS ANTIMICROBIANAS INTENSIVAS, INCLUYENDO APLICACIONES DE SAL INORGANICA Y TETRACICLINA SISTEMICA, FUERON DE AYUDA EN LA LIMITACION CLINICA DE LA INFLAMACION Y COLONIZACION SUBGINGIVAL POR PARODONTOPATOGENOS, DURANTE LA TERAPIA ORTODONTICA. LOS RESULTADOS DEMOSTRARON QUE UNA REPOSICION ORTODONTICA EXITOSA, PUEDE LLEVARSE A CABO CON PACIENTES TRATADOS DE PARODONTITIS JUVENIL. EN SUMA, EL MONITOREO BACTERIOLOGICO Y LA SUPRESION QUIMIOTERAPEUTICA DE PATOGENOS PARODONTALES, ES VALUABLE EN LA PREVENCIÓN DE FUTURAS ACTIVIDADES DE ENFERMEDAD PARODONTAL DESTRUCTIVA EN PACIENTES COMPROMETIDOS EN TERAPIA ORTODONTICA.

EL ORTODONCISTA SE ENCUENTRA EN UNA POSICION UNICA PARA LA COLOCACION DE LA DENTICION EN SU RELACION IDEAL. DEBEMOS PROCURAR APROVECHARNOS DE ESTA OPORTUNIDAD.

(SCHLUGER Y PAGE).

CONCLUSIONES.

EL PARODONTO, ES UNA UNIDAD BIOFUNCIONAL COMPLEJA, Y POR LO TANTO, DEBE SER RESPETADA Y PROTEGIDA, EVITANDO SU TRAUMATISMO Y ALTERACION, CON OBJETO DE NO OCASIONAR FRACASOS EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA CAVIDAD ORAL.

ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE EL CIRUJANO DENTISTA GENERAL, ASI COMO LOS ESPECIALISTAS, PRESTEN ESMERADA ATENCION EN LA TAREA DEL ADIESTRAMIENTO HACIA LOS PACIENTES, CON RESPECTO A UNA ADECUADA HIGIENE ORAL Y TECNICAS DE CEPILLADO, DEPENDIENDO DEL CASO A TPATAR.

ESTE ASPECTO, HA SIDO TRATADO A TRAVES DE DIFERENTES INVESTIGACIONES, ALREDEDOR DEL MUNDO, INCLUYENDO DIVERSAS EDADES, SEXO Y POSICION SOCIAL, DEMOSTRANDO QUE ESTO ES LA BASE DE LA SALUD BUCAL Y SU MANTENIMIENTO. SE CONCLUYE QUE SI NO SE OBSERVA UNA HIGIENE PERSONAL REGULAR CON UNA ATENCION PROFESIONAL, EL TEJIDO PARODONTAL IRA AFECTANDOSE POCO A POCO, HASTA OCASIONARSE CUALQUIER ENFERMEDAD PARODONTAL O BIEN, AGRAVAR LEGIONES YA EXISTENTES EN LA CAVIDAD ORAL TALES COMO CARIES, PULPITIS, ABSCESOS ,ETC. POR LO TANTO, TODO EL TRABAJO REALIZADO POR EL PROFESIONISTA, Y EL ASPECTO DE SALUD DEL PACIENTE, SE VERAN FRUSTRADOS.

TANTO LA FASE PREVIA, COMO EL TRATAMIENTO POR SI MISMO, SON DE SUMA IMPORTANCIA, Y DEBEN OBSERVAR UN CUIDADO EXTREMO DEL PARODONTO; SIN EMBARGO, SE HA CONCLUIDO, QUE LA FASE DE MANTENIMIENTO POST OPERATORIO, GUARDA UN LUGAR PRIMORDIAL EN EL TRATAMIENTO, YA QUE ESTE TIENE, COMO SUS OBJETIVOS PRINCIPALES, LA CONSERVACION DE LOS RESULTADOS BENEFICOS DEL

TRATAMIENTO Y EL DESCUBRIMIENTO TEMPRANO, Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES NUEVAS.

EL EXITO DE ESTA EMPRESA EN GENERAL, ES DIFICIL DE ALCANZAR, PERO LA CONSTANCIA Y TENACIDAD, SON UN ALIENTO SUFICIENTE TANTO PARA EL TERAPEUTA COMO PARA SUS PACIENTES.

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

1. ENFERMEDAD PARODONTAL
FENOMENOS BASICOS, MANEJO CLINICO E
INTERRELACIONES OCLUSALES Y RESTAURADORAS.
SAUL SCHLUGER
ROY C. PAGE
RALPH A. YUDELIS.
TERCERA EDICION _ COMPANIA EDITORIAL CONTINENTAL
1984.
2. ENDODONCIA PRACTICA.
SAMUEL LUKS
PRIMERA EDICION EN ESPAÑOL _ INTERAMERICANA.
1978.
3. PERIODONTOLOGIA CLINICA.
JAN LINDHE.
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA
1986.
4. HISTOLOGIC EVALUATION OF A HUMAN PERIAPICAL DEFECT AFTER
IMPLANTATION WITH TRICALCIUM PHOSPHATE.
BARKHORDAR R.A.; MEYER J.R.
ORAL SURG. ORAL MED. ORAL PATHOL. 1986 FEB; 61 (2):201-6
5. CELL AND FIBER ATTACHMENT TO DEMINERALIZED DENTIN FROM
PERIODONTITIS-AFFECTED ROOT SURFACES.
POLSON A.M.; LADENHEIM S.; HANES P.J.
J. PERIODONTOL. 1986 APRIL; 57 (4):235-46

6. PHOTOELASTIC STRESS ANALYSIS OF SUPPORTING ALVEOLAR BONE AS MODIFIED BY NONRIGID CONNECTORS.
MOULDING M.B.; HOLLAND G.A.; SULIK W.D.
J. PROSTHET. DENT. 1988 MAR; 59 (3):263-74
7. A GINGIVAL GUARD FOR CROWN PREPARATION.
FITZIG S; WEISS E.; HELFT M.; METZGER Z.
J. PROSTHET. DENT. 1988 FEB; 59 (2):158-60
8. PERIODONTAL DICTATES FOR ESTHETICS CERAMOMETAL CROWNS.
STEIN R.S.
J. AM. DENT. ASSOC. 1987 DEC; SPEC. NO. 63E-73E.
9. PERIODONTAL REACTIONS RELATED TO REMOVABLE PARTIAL DENTURES: A LITERATURE REVIEW.
BERGMAN B.
J. PROSTHET. DENT. 1987 OCT; 58 (4):454-8.
10. SIGNIFICANCE OF THE WIDTH OF KERATINIZED GINGIVA ON THE PERIODONTAL STATUS OF THEET WITH SUBMARGINAL RESTORATIONS.
STETLER K.J.; BISSADA N.F.
J. PERIODONTOL. 1987 OCT; 58 (10):696-700.
11. THE ROL OF THE PROSTHODONTIST IN THE TREATMENT OF THE PERIODONTAL DISEASE.
ERPENSTEIN H.
INT. DENT. J. 1986 MAR; 36 (1): 18-29.
12. PERIODONTAL CONDITIONS WITH REMOVABLE COMPLETE AN PARTIAL DENTURES IN THE ADULT POPULATION AGED 30 YEARS AND OVER.
MARKKANEN H.; LAPPALAINEN R.; HONKALA E. ET AL.
J. ORAL. REHABIL. 1987 JUL; 14 (4):355-60.

13. PERIODONTAL CONSIDERATIONS IN PREPARATION FOR FIXED AND REMOVABLE PROSTHODONTICS.

SEIBERT, J.S.; COHEN D.W.

DENT. CLIN. NORTH. AM. 1987 JUL; 31 (3): 529-55

14. EFFECT OF CLASP DESIGN ON GINGIVAL HEALTH.

BAZIRGAN M.K.; BATES J.F.

J. ORAL. REHABIL. 1987 MAY; 14 (3): 271-81

15. A METAL BASED DENTURE WITH SOFT LINER TO ACCOMMODATE THE SEVERELY RESORBED MANDIBULAR ALVEOLAR RIDGE.

MASAD J.J.

J. PROSTHET. DENT 1987 JUN; 57 (6): 707-11

16. RESTORATIVE MARGINS AND PERIODONTAL HEALTH: A NEW LOOK AT AND OLD PERSPECTIVE.

BLOCK P.L.

J. PROSTHET. DENT 1987 JUN; 57 (6): 683-9.

17. INCEDENCE OF IMPRESSION MATERIAL FOUND IN THE GINGIVAL SURCUS AFTER IMPRESSION PROCEDURE FOR FIXED PARTIAL DENTURES.

MARSHAK B.L.; CARDAGH H.S.; BEN-UR Z.

J. PROSTHET. DENT 1987 MAR; 57 (3): 306-8.

18. RIDGE AUGMENTATION UNDER EXISTING FIXED PROSTHESIS. SIMPLIFIED TECHNIQUE.

MILLER P.D. JR.

J. PERIODONTOL. 1966 DEC; 57 (12): 742-5.

19. THE CONDITION OF THE SOFT TISSUES AT TOOTH AND FIXTURE ABUDMENTS SUPPORTING FIXED BRIDGES. A MICROBIOLOGIC AND HISTOLOGIC STUDY.

LEKHOLM U. ; ERICSSON I. ; ADELL P.

J. CLIN. PERIODONTOL 1986 JUL; 13 (6):558-62.

20. INFLUENCE OF OCCLUSAL INTERFERENCES ON THE PERIODONTUM IN PATIENTS TEATED WITH FIXED PROSTHESIS.

ETTALA-YLITALO U. M. ; MARKKANEN H. ; YLI-URPO.

J. PROSTHET. DENT 1986 FEB; 55 (2):252-5.

21. THE EFFECT OF ARTIFICIAL CROWN MARGINS AT THE SINGIVAL MARGIN ON THE PERIODONTAL CONDITIONS IN A GROUP OF PERIODONTALLY SUPERVISED PATIENTS TREATED WITH FIXED BRIDGES.

MULLER HP.

J CLIN PERIODONTOL 1986 FEB; 13(2):97-102

22 PERIODONTAL LIGAMENT AREAS AND OCCLUSAL FORCES IN DENTITIONS RESTORED WITH CROSS-ARCH UNILATERAL POSTERIOR TWO-UNIT CANTILEVER BRIDGES.

LAURELL L ; LUNGGREN D

J CLIN PERIODONTOL 1986 JAN; 13(1):33-9.

23. PERIODONTAL DESTRUCTION AND LOSS OF THE REMAINING NATURAL TEETH.

LINDEN G

COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL 1988 FEB; 16(1):19-21

24. PERIODONTAL CONDITIONS OF TEETH ADJACENT TO EXTRACTION SITES.

GRASSI M ; TELLENBACH R ; LANG NP

J CLIN PERIODONTOL 1987 JUL; 14 (6):334-9

25. LONG TERM PERIODONTAL STATUS OF TEETH MOVED INTO EXTRACTION SITES.

REED BE; POLSON AM; SUBTELNY JD
AM J ORTHOD 1985 SEP;88(3):203-8

26. A SURVEY OF THE REASONS FOR DENTAL EXTRACTIONS IN FRANCE.

CAHEN PM; FRANK RM; TURLOT JC
J DENT RES 1985 AUG;64(8):1087-93

27. PERIODONTAL HEALING AFTER IMPACTED LOWER THIRD MOLAR SURGERY. A RETROSPECTIVE STUDY.

KUGELBERG CF; AHLSTROM U; ERICSON S, ET AL.
INT J ORAL SURG 1985 FEB;14(1):29-40

28. THE THIRD MOLAR QUESTION: TO EXTRACT OR NOT TO EXTRACT.

WEISS J ; YABLON P; GLATZER MJ
ASDC J DENT CHILD 1984 JUL-AUG;51(4):277-81

29. DENTAL MANAGEMENT OF THE CLASSIC HEMOPHILIAC WITH INHIBITORS.

REDDING SW; STIEGLER KE
ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 1983 AUG;56(2):145-8

30. THE EFFECT OF EXTRACTION AND ORTHODONTIC TREATMENT ON DENTAL ALVEOLAR SUPPORT.

KENNEDY DB; JOONDEPH DH; OSTENBERG SK
AM J ORTHOD 1983 SEP;84(3):183-90

31. GINGIVAL INVAGINATION IN EXTRACTION SITES OF ORTHODONTIC PATIENTS: THEIR INCIDENCE, EFFECTS ON PERIODONTAL HEALTH, AND ORTHODONTIC TREATMENT.

RIVERA CIRCUNS AL; TULLOCH JF
AM J ORTHOD 1983 JUN 83(6):469-76

32. RELATIVE IMPORTANCE OF PERIODONTAL DISEASE FOR FULL MOUTH EXTRACTIONS IN THE NETHERLANDS.

BOUMA J; SCHAUB RM; VAN DE POEL F
COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL 1987 FEB;15(1):41-5

33. ORAL SURGERY. DIAGNOSTIC, PROGNOSTIC, AND TREATMENT PLANNING CONSIDERATIONS.

CIOFFI GA; HOLDERMAN RD; SAZIMA HJ
DENT CLIN NORTH AM 1986 JUL;30(3):573-81

34. A CLINICAL AND HISTOMETRIC STUDY OF GINGIVITIS ASSOCIATED WITH THE HUMAN DECIDUOUS DENTITION.

BIMSTEIN E; LUSTMANN J; SOSKOLNE WA
J PERIODONTOL 1985 MAY;56(5):293-6

35. BACTERIOLOGY OF EXPERIMENTAL GINGIVITIS IN CHILDREN.

MOORE WE; HOLDEMAN LV; SMIBERT RM; ET AL
INFECT IMMUN 1984 OCT;46(1):1-6

36. A CLINICAL STUDY OF THE WIDTH OF THE ATTACHED GINGIVA IN THE DECIDUOUS, TRANSITIONAL AND PERMANENT DENTITIONS.

TENENBAUM H; TENENBAUM M
J CLIN PERIODONTOL 1986 APR;13(4):270-5

37. ATTACHMENT LOSS IN PRIMARY MOLARS.

KESZTHELYI G; SZABO I
J CLIN PERIODONTOL 1987 JAN;14(1):48-51

38. GINGIVAL INFLAMMATION AT DECIDUOUS AND PERMANENT TEETH. AN INTRA-INDIVIDUAL COMPARISON.

MATSSON L; GOLBERG P
J CLIN PERIODONTOL 1986 SEP;13(8):740-2

39. DENTAL CARIES AND GINGIVITIS IN SECOND GRADE SCHOOLCHILDREN IN THE HAGUE OVER THE PERIOD 1969- 1981.

TRUIN GJ; K ONIG KG; RUIKEN RM; ET AL
COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL 1985 DEC;13(6):319-22

40. REPORT ON CARIES REDUCTION EN FRENCH SCHOOLCHILDREN 3 YEARS AFTER THE INTRODUCTION OF A PREVENTIVE PROGRAM

KEREBEL LM; LE CABELLEC MT; DACULSI G; ET AL
COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL 1985 AUG;13(4):201-4

41. SALIVARY STREPTOCOCCUS MUTANS COUNT AND GINGIVITIS IN CHILDREN AFTER RINSING WITH A CHLORHEXEDINE-FLUORIDE SOLUTION WITH AND WITHOUT STRONIUUM.

SPETS=HAPPONEN S; MARKKANEN H; P OLL ANEN L; ET AL
SCAND J DENT RES 1985 AUG;93(4):329-35

42. COMPARISON OF DENTAL PROPHYLAXIS AND TOOTHBRUSHING PRIOR TO TOPICAL APF APPLICATIONS.

BIJELLA MF; BIJELLA VT; LOPES ES; ET AL
COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL 1985 AUG;13(4):208-11

43. IMPROVING CHILDREN ORAL HYGIENE THROUGH PARENTAL INVOLVEMENT.

BULLEN; C; PUBINSTEIN L; SARAVIA ME
ASDC DENT CHILD 1988 MAR-APR;55(2):125-8

44. THE DISTRIBUTION OF PLAGUE AND GINGIVITIS AND THE INFLUENCE OF TOOTHBRUSHING HAND IN A GROUP SO SOUTH WALES 11-12 YEAR-OLD CHILDREN.

ADDY M; GRIFFITHS G; DUMMER P; ET AL
J CLIN PERIODONTOL 1987 NOV;14(10):564-72

45. SELF-CARE MOTIVATION: A MODEL FOR PRIMARY PREVENTIVE ORAL HEALTH BEHAVIOR CHANGES.

MOROWITZ LG; DILLENBERG J; RATTRAY J
J SCH HEALTH 1987 MAR;57(3):114-8

46. PERIODONTAL DISEASE IN FIVE AND SIX YEAR OLD CHILDREN

SPENCER AJ; BEIGHTON D; HIGGINS TJ
J PERIODONTOL 1983 JAN;54(1):19-22

47. ORTHODONTIC THERAPY IN PATIENTS WITH JUVENILE PARODONTITIS: CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL EFFECTS.

FOLIO J; RAMS TE; KEYES PH
AM J ORTHOD 1985 MAY;87(5):421-31

48. ADJUNCTIVE ORTHODONTIC THERAPY IN THE TREATMENT OF JUVENILE PERIODONTITIS: REPORT OF A CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE.

MCLAIN JB; PROFFIT WR; DAVENPORT RH
AM J ORTHOD 1983 APR;83(4):290-8

49. LONG-TERM EFFECT OF ORTHODONTIC TREATMENT ON CRESTAL ALVEOLAR BONE LEVELS.

POLSON AM; REED DE
J PERIODONTOL 1984 JAN;55(1):28-34

50. THE EFFECT OF EXTRACTION AND ORTHODONTIC TREATMENT ON DENTOALVEOLAR SUPPORT.

KENNEDY DB; JOONDEPH DP; OSTENBERG SKI ET AL
AM J ORTHOD 1983 SEP;84(3):183-90

51. CRIES AND PERIODONTAL REACTIONS ASSOCIATED WITH LONG-TERM USE OF DIFFERENT TYPES OF BONDED LINGUAL RETAINERS.

ARTUN J

AM J ORTHOD 1984 AUG;86(2):112-9

52. RETAINED LIGATURE WIRE AND PERIODONTAL HEALTH. REPORT OF A CASE.

GOLDSTEIN AR; SCHPERO M

AM J ORTHOD 1984 OCT;86(4):315-9

53. PROFESSIONAL PROPHYLAXIS AND ITS EFFECT ON THE PERIODONTUM OF FULL-BANDED ORTHODONTIC PATIENTS.

HUBER SJ; VERNINO AR; NANDA RS

AM J ORTHOD DENTOFACIAL ORTHOP 1987 APR;91(4):321-7

54. TOOTHBRUSHING AND TRANSIENT BACTEREMIA IN PATIENTS UNDERGOING ORTHODONTIC TREATMENT.

CHUNG A; KUDLICK EM; GREGORY JE; ET AL

AM J ORTHOD DENTOFACIAL ORTHOP 1986 AUG;90(2):149-57

55. CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL EFFECTS OF FIXED ORTHODONTIC APPLIANCES

DIAMANTI-KIPIOTI A; GUSBERTI FA; LANG NP

J CLIN PERIODONTAL 1987 JUL;14(6):326-33

56. LONG-TERM PERIODONTAL STATUS AFTER ORTHODONTIC TREATMENT.

POLSON AM; SUBTENLY JD; MEITNER SW; ET AL

AM J ORTHOD DENTOFACIAL ORTHOP 1988 JAN;93(1):51-9

57. LONG-TERM EFFECT OF ROOT PROXIMITY ON PERIODONTAL HEALTH AFTER ORTHODONTIC TREATMENT.

ARTUN J; KOKICH VG; OSTENBERG SK
AM J ORTHOD DENTOFACIAL ORTHOP 1987 FEB;91(2):125-30

58. HYGIENE STATUS ASSOCIATED WITH DIFFERENT TYPES OF BONDED, ORTHODONTIC CANINE-TO-CANINE RETAINERS. A CLINICAL TRIAL.

ARTUN J; SPADAFORA AT; SHAPIRO PA; ET AL
J CLIN PERIODONTOL 1987 FEB;14(2):89-94

59. ORTHODONTIC RELAPSE, APICAL ROOT RESORPTION, AND CRESTAL ALVEOLAR BONE LEVELS.

SHARPE W; REED B; SUBTENLY JD; ET AL
AM J ORTHOD DENTOFACIAL ORTHOP 1987 MAR;91(3):252-8

60. THE EFFECT OF ORTHODONTIC TREATMENT ON PERIODONTAL BONE SUPPORT ON PATIENTS WITH ADVANCED LOSS OF MARGINAL PERIODONTUM.

ARTUN J; URBYE K.S.
AM J ORTHOD DENTOFACIAL ORTHOP 1988 FEB;93(2):143-8