

879522

16
2 y'



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y SU TRATAMIENTO

TESIS CON
FALLA Y ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
GUADALUPE YAÑEZ MUÑOZ



CHIHUAHUA, CHIH.

1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN -----	5
CAPÍTULO I	
TEJIDOS DEL PERIODONCIO-----	7
CAPÍTULO II	
ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL-----	21
CAPÍTULO III	
ENFERMEDAD GINGIVAL-----	32
CAPÍTULO IV	
ENFERMEDAD PARODONTAL-----	62
CAPÍTULO V	
TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD PARODONTAL-----	120
CAPÍTULO VI	
INSTRUMENTAL PERIODONTAL-----	146
CAPÍTULO VII	
CIRUGÍA PERIODONTAL-----	157
CAPÍTULO VIII	
FASE DE MANTENIMIENTO-----	203
CONCLUSIONES-----	210
BIBLIOGRAFÍA-----	211

I N T R O D U C C I Ó N

LA ODONTOLOGÍA EXISTE COMO PROFESIÓN PARA SALVAR LA DENTADURA NATURAL. SI SU PAPEL PRINCIPAL FUERA LA "EXTRACCIÓN" ANTES QUE LA CONSERVACIÓN DE LOS DIENTES, LA ODONTOLOGÍA SERÍA -- SOLAMENTE UNA RAMA DE LA CIRUGÍA GENERAL.

SIN EMBARGO, LA NATURALEZA PRETENDIÓ QUE LOS DIENTES DURARAN TODA LA VIDA, Y CON LOS DEBIDOS CUIDADOS PERSONALES Y PROFESIONALES DESDE LA TEMPRANA INFANCIA, NO EXISTIRÍAN PROBLEMAS PERIODONTALES.

LA CAVIDAD BUCAL ES VISIBLE Y TIENE GRAN IMPORTANCIA ESTÉTICA PARA CADA PERSONA Y MÁS SIGNIFICATIVAMENTE SE LE EMPLEA PARA EXPRESAR EMOCIONES.

LAMENTABLEMENTE MUCHOS PACIENTES DESCUIDAN SU SALUD BUCAL-- HASTA QUE EL PRONÓSTICO DE SU DENTADURA CASI NO DEJA ESPERANZAS. ENTONCES ESPERAN QUE SE LES RESTAURE UNA SALUD BUCAL IDEAL, SIN MOLESTIAS, SIN INCONVENIENTES, NI PÉRDIDAS DE TEJIDOS Y/O DISMINUCIÓN DE LA FUNCIÓN.

LOS ADULTOS PIERDEN MÁS DIENTES POR ENFERMEDAD PERIODONTAL QUE POR CARIES DENTAL, PERO NO ES LA COMBINACIÓN DE AMBAS AFECTACIONES LA QUE CAUSA MAYOR PÉRDIDA DE DIENTES, SINO ES DEBIDO -- TAMBIÉN A DIAGNÓSTICOS Y PLANES DE TRATAMIENTO INCORRECTOS.

CASI TODOS LOS PROBLEMAS Y TRATAMIENTOS DENTARIOS EJERCEN ALGÚN EFECTO SOBRE EL PERIODONCIO Y RESULTA ESENCIAL PARA LA -- ATENCIÓN DEL PACIENTE LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA CIENCIA DE - LA BIOLOGÍA BUCAL.

EL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA EXIGE LA BÚSQUEDA DE LO --- PRÁCTICO EN LAS CIENCIAS BIOLÓGICA, FÍSICA Y QUÍMICA. PERO EL PROFESIONAL DEBE TENER PRESENTE TAMBIÉN EL FACTOR HUMANO. EL- PACIENTE ES UNA PERSONA, NO SIMPLEMENTE UN CASO.

HOY HAY UN RESURGIMIENTO DEL INTERÉS POR LA ODONTOLOGÍA -- PREVENTIVA. HA SIDO REDESCUBIERTO EL VALOR DE UNA BUENA HIGIE NE BUCAL COTIDIANA, JUNTO CON MÉTODOS MEJORADOS DE INSTRUCCIÓN- AL PACIENTE.

NADIE NEGARÍA LA EFICACIA DE LA FLUORACIÓN, UNA DIETA RES- TRINGIDA, EL ASESORAMIENTO EN NUTRICIÓN Y UNA HIGIENE BUCAL ME- JORADA.

PERO NO SE PUEDEN SALVAR DIENTES SIN LA COOPERACIÓN DEL PA CIENTE Y LAMENTABLEMENTE, NO SIEMPRE SE LOGRA. DE MODO QUE EL PROFESIONAL DEBE ENCARAR SU PROFESIÓN CON CRITERIO REALISTA Y - COMPRENDER QUE SU PAPEL PRINCIPAL ES PROVEER EL TRATAMIENTO RE- QUERIDO PARA LAS NECESIDADES INMEDIATAS DE SALUD DEL PACIENTE.

CAPÍTULO I

TEJIDOS DEL PERIODONCIO.

PERIODONCIO: ES EL TEJIDO DE PROTECCIÓN Y SOSTÉN DEL DIENTE SE COMPONE DE:

- 1.- ENCÍA.
- 2.- LIGAMENTO PERIODONTAL.
- 3.- CEMENTO.
- 4.- HUESO ALVEOLAR.

ENCÍA:

ES LA PARTE DE LA MUCOSA BUCAL QUE CUBRE LAS APÓFISIS ALVEOLARES DE LOS MAXILARES Y RODEA EL CUELLO DE LOS DIENTES, SE DIVI DE EN:

- 1.- ENCÍA MARGINAL.- (O LIBRE) ES EL BORDE DE LA ENCÍA QUE RODEA LOS DIENTES.
- 2.- ENCÍA INSERTADA.- SE CONTINÚA CON LA MARGINAL, ES FIRME Y ESTRECHAMENTE UNIDA AL CEMENTO Y HUESO ALVEOLAR, SE COMPONE DE: EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO.
- 3.- ENCÍA INTERDENTAL.- ES EL ESPACIO INTERPROXIMAL SITUADO APICALMENTE AL ÁREA DE CONTACTO DENTAL, CON TEJIDO CO--

NECTIVO DENSAMENTE COLÁGENO, DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO QUERATINIZADO MICROSCOPICAMENTE.

MARGINAL:

TEJIDO CONECTIVO CUBIERTO DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO.

A) FIBRAS GINGIVALES.- (FUNCIÓN).

- 1.- MANTENER LA ENCÍA MARGINAL FIRMEAMENTE ADOSADA AL DIENTE.
- 2.- SOPORTAR LAS FUERZAS DE LA MASTICACIÓN.
- 3.- UNIR LA MARGINAL LIBRE CON EL CEMENTO DE LA RAÍZ Y LA ENCÍA INSERTADA ADYACENTE.

B) GINGIVODENTAL:- SON EN FORMA DE ABANICO.

C) CIRCULAR.- RODEAN AL DIENTE EN FORMA DE ANILLO.

D) TRANSEPTAL.- FORMAN HACES HORIZONTALES Y VAN DE UN DIENTE A OTRO.

FLÚIDO GINGIVAL. (FUNCIONES).

- 1.- ELIMINA EL MATERIAL DEL SURCO GINGIVAL.
- 2.- CONTIENE PROTEÍNAS PLASMÁTICAS QUE MEJORAN LA ADHERENCIA EPITELIAL DEL DIENTE.

3.- POSEE PROPIEDADES ANTIMICROBIANAS.

4.- EJERCE ACTIVIDAD DE ANTICUERPOS DE DEFENSA DE LA ENCÍA.

VASCULARIZACIÓN.- LINFÁTICOS - NEUROS.

HAY TRES FUENTES DE VASCULARIZACIÓN:

1.- ARTERIOLAS SUPRAPERIÓSTICAS.

2.- VASOS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

3.- ARTERIOLAS QUE EMERGEN DE LA CRESTA DEL TABI--
QUE INTERDENTAL.

EL DRENAJE LINFÁTICO DE LA ENCÍA COMIENZA EN LOS LINFÁTI--
COS DE LAS PAPILAS DE TEJIDO CONECTIVO, AVANZA HACIA LA RED CO-
LECTORA EXTERNA AL PERIOSTIO DE LA APÓFOSIS ALVEOLAR Y DESPUÉS-
A LOS NÓDULOS LINFÁTICOS REGIONALES.

LA INERVACIÓN GINGIVAL.- DERIVA DE FIBRAS QUE NACEN EN NER
VIOS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y DE LOS NERVIOS: LABIAL, BUCAL-
Y PALATINO.

COLOR:

LA ENCÍA INSERTADA Y MARGINAL TIENEN UN COLOR ROSADO CORAL
Y ES PRODUCIDO POR EL APORTE SANGUÍNEO, EL ESPESOR Y EL GRADO -
DE QUERATINIZACIÓN DEL EPITELIO Y LA PRESENCIA DE CÉLULAS QUE -

CONTIENEN PIGMENTOS.

LA MUCOSA ALVEOLAR ES ROJA, LISA Y BRILLANTE Y NO PUNTEADA.

TAMAÑO:

CORRESPONDE A LA SUMA DEL VOLUMEN DE LOS ELEMENTOS CELULARES E INTERCELULARES Y SU VASCULARIZACIÓN.

CONTORNO:

VARÍA CONSIDERABLEMENTE Y DEPENDE DE LOS DIENTES Y SU ALINEACIÓN EN EL SURCO, DE LA LOCALIZACIÓN Y TAMAÑO DEL ÁREA DE -- CONTACTO PROXIMAL.

CONSISTENCIA:

LA ENCÍA ES FIRME Y RESILENTE Y CON EXCEPCIÓN DEL MARGEN LIBRE MOVIBLE ESTÁ UNIDA AL HUESO SUBYACENTE. LAS FIBRAS GINGIVALES CONTRIBUYEN A LA FIRMEZA DEL MARGEN GINGIVAL.

TEXTURA SUPERFICIAL:

LA ENCÍA PRESENTA UNA SUPERFICIE LOBULADA COMO CASCARA DE NARANJA Y SE DICE QUE ES PUNTEADA. LA ENCÍA INSERTADA ES PUNTEADA, LA MARGINAL NO LO ES.

QUERATINIZACIÓN:

DE LA MUCOSA BUCAL VARÍA EN DIFERENTES ZONAS EN EL SIGUIENTE ORDEN:

- 1.- PALADAR (MÁS QUERATINIZADO).
- 2.- ENCÍA, LENGUA, CARRILLOS.

ESTA QUERATINIZACIÓN AUMENTA CUANDO SE ESTIMULA LA ENCÍA - MEDIANTE EL CEPILLADO DENTAL.

RECESIÓN GINGIVAL:

LA EXPOSICIÓN DE LA RAÍZ POR LA MIGRACIÓN APICAL DE LA ENCÍA SE DENOMINA: RECESIÓN GINGIVAL O ATRÓFICA. CUANDO LA EXPOSICIÓN RADICULAR SE CONSIDERA NORMAL CON LA EDAD SE CONOCE; COMO RECESIÓN FISIOLÓGICA; SI LA EXPOSICIÓN ES EXCESIVA SE LLAMA: RECESIÓN PATOLÓGICA.

LIGAMENTO PERIODONTAL.

ES LA ESTRUCTURA DE TEJIDO CONECTIVO QUE RODEA LA RAÍZ Y - LA UNE AL HUESO. ES UNA CONTINUACIÓN DE TEJIDO CONECTIVO DE LA ENCÍA. LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SON LAS FIBRAS PRINCIPALES, QUE SON COLÁGENAS DISPUESTAS EN HACES Y SIGUEN UN RECORRIDO ONDULADO Y SE DISTRIBUYEN EN:

1.- GRUPO TRANSCEPTAL.- SE EXTIENDEN INTERPROXIMALMENTE -
SOBRE LA CRESTA ALVEOLAR Y SE INCLUYEN EN EL CEMENTO-
DE DIENTES VECINOS.

2.- GRUPO DE CRESTA ALVEOLAR.- SE EXTIENDEN OBLICUAMENTE-
DESDE EL CEMENTO POR DEBAJO DEL EPITELIO DE UNIÓN HAS
TA LA CRESTA ALVEOLAR.

FUNCIÓN:

A) EQUILIBRAR EL EMPUJE CORONARIO DE LAS FIBRAS MÁS -
APÍCALES.

B) MANTENER EL DIENTE DENTRO DEL ALVÉOLO.

C) RESISTIR LOS MOVIMIENTOS LATERALES.

3.- GRUPO HORIZONTAL.- SE EXTIENDEN PERPENDICULARMENTE AL
EJE MAYOR DEL DIENTE; DESDE EL CEMENTO HACIA EL HUESO
ALVEOLAR.

4.- GRUPO OBLICUO.- SE EXTIENDEN DESDE EL CEMENTO EN DI--
RECCIÓN CORONARIA EN SENTIDO OBLICUO RESPECTO AL HUE-
SO.

FUNCIÓN.

A) SOPORTAN LAS FUERZAS MASTICATORIAS Y LAS TRANSFOR-
MAN EN TENSIÓN SOBRE EL HUESO ALVEOLAR.

- 5.- GRUPO APICAL.- ES DESDE EL CEMENTO HACIA EL HUESO, EN EL FONDO DEL ALVÉOLO.

FIBRAS ACCESORIAS:

- 1.- FIBRAS COLÁGENAS.- CONTIENEN VASOS SANGUÍNEOS, LINFÁTICOS Y NERVIOS.
- 2.- FIBRAS ELÁSTICAS.
- 3.- FIBRAS OXITALANICAS.- ALREDEDOR DE LOS VASOS.

ELEMENTOS CELULARES:

SON LOS FIBROBLASTOS, CÉLULAS ENDOTELIALES, CEMENTOBLASTOS OSTEÓBLASTOS, OSTEÓCLASTOS, MACRÓFAGOS DE LOS TEJIDOS Y RESTOS EPITELIALES DE MALAZEES.

VASCULARIZACIÓN:

PROVIENE DE LAS ARTERIAS ALVEOLARES SUPERIORES E INFERIORES Y LLEGA AL LIGAMENTO PERIODONTAL DESDE 3 ORIGENES:

- 1.- VASOS APICALES.- PENETRAN EN EL ÁPICE Y SE EXTIENDEN HACIA LA ENCÍA.
- 2.- VASOS QUE PENETRAN DESDE EL HUESO ALVEOLAR.- SE CONECTAN EN UN PLEXO RETICULAR.

3.- VASOS ANASTOMOSADOS DE LA ENCÍA.- PROVIENE DE VASOS PROFUNDOS.

LINFÁTICOS.

PASAN A TRAVÉS DEL HUESO ALVEOLAR HACIA EL CONDUCTO DENTAL INFERIOR EN LA MANDÍBULA O EL CONDUCTO INFRAORBITARIO EN EL MAXILAR SUPERIOR; Y AL GRUPO SUBMAXILAR DE GANGLIOS LINFÁTICOS.

INERVACIÓN:

POR FIBRAS NERVIOSAS SENSORIALES CAPACES DE TRANSMITIR-SENSACIONES TÁCTILES, DE PRESIÓN Y DOLOR POR LAS VÍAS TRIGÉMINAS. LOS HACES NERVIOSOS PASAN AL LIGAMENTO PERIODONTAL-DESDE EL ÁREA PERIAPICAL Y A TRAVÉS DE CONDUCTOS DESDE EL -- HUESO ALVEOLAR.

FUNCIONES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

1.- FUNCIÓN FÍSICA.

- A) TRANSMISIÓN DE FUERZAS OCLUSALES AL HUESO.
- B) INSERCIÓN DEL DIENTE AL HUESO.
- C) MANTENIMIENTO DE LOS TEJIDOS GINGIVALES.

- D) RESISTENCIA AL IMPACTO DE LAS FUERZAS OCLUSALES.
- E) PROVISIÓN DE "UNA ENVOLTURA DE TEJIDO BLANDO" PA
RA PROTEGER VASOS Y NERVIOS.

2.- FUNCIÓN FORMATIVA.

EL LIGAMENTO CUMPLE LAS FUNCIONES DE PERIOSTIO PARA EL -
CEMENTO Y EL HUESO. LAS CÉLULAS PARTICIPAN EN LA FORMACIÓN-
Y RESORCIÓN DE ESTOS TEJIDOS; Y SE PRODUCEN DURANTE LOS MOVI-
MIENTOS FISIOLÓGICOS DEL DIENTE, EN LA REPARACIÓN DE LESIONES.

3.- FUNCIONES NUTRICIONALES Y SENSORIALES.

PROVEE DE ELEMENTOS NUTRITIVOS AL CEMENTO, HUESO Y ENCÍA
MEDIANTE VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS.

LA INERVACIÓN CONFIERE SENSIBILIDAD PROPIORECEPTIVA Y --
TÁCTIL, QUE DETECTA Y LOCALIZA FUERZAS EXTRAÑAS QUE ACTÚAN SO
BRE LOS DIENTES.

CEMENTO.

ES EL TEJIDO MESENQUIMATOSO CALCIFICADO QUE FORMA LA CA-
PA EXTERIOR DE LA RAÍZ ANATÓMICA.

HAY DOS TIPOS DE CEMENTO:

- 1.- ACELULAR (PRIMARIO).
- 2.- CELULAR (SECUNDARIO) TIENE CEMENTOCITOS EN ESPACIOS-- AISLADOS QUE SE COMUNICAN ENTRE SÍ.

LOS DOS SE COMPONEN DE UNA MATRIZ INTERFIBRILAR CALCIFICADA Y FIBRILLAS COLÁGENAS. DOS SON LAS FUENTES DE LAS FIBRAS - COLÁGENAS DEL CEMENTO, FIBRAS DE SHARPEY, PORCION INCLUIDA DE LAS FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL FORMADAS POR FIBROBLASTOS Y UN SEGUNDO GRUPO DE FIBRAS PERTENECIENTES A LA MATRIZ CEMENTARIA. EL CEMENTO CELULAR Y EL ACELULAR, SE DISPONEN EN LÁMINAS SEPARADAS POR LÍNEAS DE CRECIMIENTO PARALELAS AL EJE MAYOR DEL DIENTE.

LA FORMACIÓN DEL CEMENTO COMIENZA CON LA MINERALIZACIÓN - DE LA TRAMA DE FIBRILLAS COLÁGENAS DISPUESTAS IRREGULARMENTE - DISPERSAS EN LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL INTERFIBRILAR O MATRIZ EFECTUADA POR LOS CEMENTOBLASTOS. LA MINERALIZACIÓN PROGRESIVA DE LA MATRIZ DENOMINADA PRECEMENTO O CEMENTOIDE. SU ESPESOR AUMENTA POR APOSICIÓN DE MATRIZ EFECTUADO POR LOS CEMENTOBLASTOS.

LA MINERALIZACIÓN PROGRESIVA DE LA MATRIZ COMIENZA EN LA UNIÓN DENTINO-CEMENTARIA Y AVANZA EN DIRECCIÓN A LOS CEMENTO--

BLASTOS.

HIPERCEMENTOSIS.

ENGROSAMIENTO GENERALIZADO DEL CEMENTO CON AGRANDAMIENTO-NODULAR DEL TERCIO APICAL DE LA RAÍZ O EN FORMAS DE EXCRESCENCIAS SEMEJANTES A ESPIGAS; CREADAS POR LA FUSIÓN DE CEMENTÍCULOS QUE SE ADHIEREN A LA RAÍZ.

CEMENTÍCULOS.

SON MASAS GLOBULARES DE CEMENTO DISPUESTAS EN LÁMINAS CON CÉNTRICAS QUE SE HALLAN LIBRES EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL O SE ADHIEREN A LA SUPERFICIE RADICULAR. PUEDEN ORIGINARSE EN RESTOS EPITELIALES CALCIFICADA ALREDEDOR DE PEQUEÑAS ESPÍCULAS DE CEMENTO O DE HUESO ALVEOLAR DESPLAZADAS TRAUMATICAMENTE.

CEMENTOMAS.

SON MASAS DE CEMENTO Y SE SITUAN GENERALMENTE AL DIENTE - AL QUE SE UNEN O NO. SE LES CONSIDERA COMO NEOPLASIAS ODONTOGÉNICAS O MALFORMACIONES DE DESARROLLO.

HUESO ALVEOLAR.

LA APÓFOSIS ALVEOLAR ES EL HUESO QUE FORMA Y SOSTIENE LOS ALVÉOLOS DENTALES. SE COMPONE DE: LA PARED INTERNA DE LOS AL

VÉOLOS, DE HUESO DELGADO, COMPACTO DENOMINADO: HUESO ALVEO--
LAR Y EL HUESO ALVEOLAR DE SOSTEN. (TRÁBECULAS DE HUESO --
COMPACTO).

CÉLULAS Y MATRIZ INTERCELULAR.

EL HUESO ALVEOLAR SE FORMA DURANTE EL CRECIMIENTO FETAL--
POR OSIFICACIÓN INTRAMEMBRANOSA Y SE COMPONE DE UNA MATRIZ CAL-
CIFICADA CON OSTEOCITOS ENCERRADOS DENTRO DE ESPACIOS DENOMINA-
DOS LAGUNAS.

LOS OSTEOCITOS EXTIENDEN PROLONGACIONES DENTRO DE CANALÍ-
CULOS Y FORMAN UN SISTEMA ANASTOMOSADO DENTRO DE LA MATRIZ IN-
TERCELULAR DEL HUESO, QUE LLEVA POR VÍA SANGUÍNEA OXÍGENO Y --
ALIMENTOS A LOS OSTEOCITOS Y ELIMINA LOS PRODUCTOS METABÓLICOS
DE DESECHO.

EL CRECIMIENTO ÓSEO SE HACE POR APOSICIÓN DE UNA MATRIZ -
ORGÁNICA DEPOSITADA POR OSTEOBLASTOS. LA MATRIZ ÓSEA DEPOSI-
TADA POR LOS OSTEOBLASTOS NO ESTÁ MINERALIZADA Y SE LE DENOMI-
NA: PREHUESO U OSTEOIDE.

ANTES DE MINERALIZARSE EL COLÁGENO DE LA MATRIZ ÓSEA QUE-
DA RECUBIERTO DE GLUCOPROTEÍNA.

LOS OSTEOBLASTOS SON CÉLULAS GRANDES, MULTINUCLEARES Y SE
-- OBSERVAN EN LA SUPERFICIE DEL HUESO DENTRO DE DEPRESIONES ----

ÓSEAS EROSIONADAS DENOMINADAS: LAGUNAS DE HAWSHIP Y SU PRINCIPAL FUNCIÓN ES LA RESORCIÓN ÓSEA.

PARED DEL ALVÉOLO.

LAS FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL QUE ANCLAN AL DIENTE EN EL ALVÉOLO ESTÁN INCLUIDAS DENTRO DEL HUESO ALVEOLAR DENOMINADAS: FIBRAS DE SHARPEY.

LA PARED DEL ALVÉOLO ESTÁ FORMADA POR HUESO. LÁMINA Y SE ORGANIZA EN SISTEMAS HAVERSIANOS Y "HUESO FASCICULADO" -- (HUESO QUE LIMITA EL LIGAMENTO).

LA PORCIÓN ESPONJOSA DEL HUESO ALVEOLAR TIENE TRÁBECULAS QUE ENCIERRAN ESPACIOS MEDULARES IRREGULARES, TAPIZADOS CON UNA CAPA DE CÉLULAS ENDÓSTICAS APLANADAS Y DELGADAS. LA MATRIZ DE LAS TRÁBECULAS DEL ESPONJOSO CONSISTE EN LÁMINAS DE ORDENAMIENTO IRREGULAR, SEPARADAS POR LÍNEAS DE APOSICIÓN Y RESORCIÓN QUE INDICAN LA ACTIVIDAD ÓSEA ANTERIOR Y SISTEMAS HAVERSIANOS.

VASCULARIZACIÓN, LINFÁTICOS Y NERVIOS.

EL APORTE SANGUÍNEO PROVIENE DE VASOS QUE SE RAMIFICAN DE LAS ARTERIAS SUPERIOR O INFERIOR. ÉSTAS ARTERIOLAS SE SITUAN EN EL TABIQUE INTERDENTAL, EN EL SENO DE CONDUCTOS NU

TRICIOS JUNTO CON VENAS, NERVIOS Y LINFÁTICOS.

TABIQUE INTERDENTAL.

SE COMPONE DE HUESO ESPONJOSO LIMITADO POR LAS PAREDES ALVEOLARES DE LOS DIENTES VECINOS Y LAS TABLAS CORTICALES -- VESTIBULAR Y LINGUAL.

CAPÍTULO II

ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

1.- FACTORES INFLAMATORIOS.

PRINCIPAL FACTOR.

A) PLACA DENTOBACTERIANA.

ÉSTOS ACÚMULOS DE PLACA BACTERIANA EN PROXIMIDAD -
CON EL SURCO GINGIVAL OCASIONAN INFLAMACIÓN GINGI-
VAL CRÓNICA.

B) BACTERIAS, PRODUCTOS BACTERIANOS.

C) RESPIRACIÓN BUCAL.

2.- FACTORES LOCALES O EXTRÍNSECOS.

A) RESTAURACIONES DEFECTUOSAS.

B) CARIES.

C) IMPACTACIÓN DE ALIMENTOS.

D) PRÓTESIS PARCIALES MAL DISEÑADAS.

E) APARATOS DE ORTODONCIA.

F) MALPOSICIÓN DENTAL.

G) TABAQUISMO.

3.- FACTORES SISTÉMICOS O INTRÍNSECOS.

A) NUTRICIONALES.

DEFICIENCIAS DE VITAMINA A, COMPLEJO B,C, D.

B) HORMONALES.

PUBERTAD, EMBARAZO, DIABETES.

C) HEMATOLÓGICO.

ANEMIA, NEUTROPENIA, LEUCEMIA.

D) MEDICAMENTOS.

HIPERPLASIA POR DILANTIN.

E) HEREDITARIO.

FIBROMATOSIS GINGIVAL.

PLACA DENTAL.

MATERIAL BLANDO Y TENAZ QUE SE ENCUENTRA SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES Y TIENE UNA MASA BLANDA CONCENTRADA QUE CONSTA DE BACTERIAS UNIDAS ENTRE SÍ POR UNA SUSTANCIA INTERMICROBIANA.

A) TIPOS DE PLACA:

1.- SUPRAGINGIVAL.

2.- SUBGINGIVAL.

LA PLACA TIENDE A ACUMULARSE EN LAS ZONAS QUE NO SON --
LIMPIADAS POR LA FRICCIÓN NATURAL DE LA MUCOSA BUCAL, LENGUA
Y DE LOS ALIMENTOS. Y ES UN FACTOR PRIMORDIAL COMO CAUSA -
DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA.

B) ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA PLACA:

- 1.- MICROBIOS - LA PLACA TEMPRANA CONSTA DE COCOS Y BACILOS--
GRAMPOSITIVOS (0-2 DÍAS) DESPUÉS SE COMPLETA CON BACILOS
GRAMNEGATIVOS (3-4 DÍAS). DESPUÉS DE LA INICIACIÓN DE--
LA PLACA SE VEN ORGANISMOS FILAMENTOSOS, (6-10 DÍAS) POR
ESPIRILOS Y ESPIROQUETAS HASTA LA SEMANA DE HABERSE INI--
CIADO LA PLACA.
- 2.- ENZIMAS.- HIALURONIDASA PRODUCIDA POR LA PLACA TEMPRANA--
(3 DÍAS) ES CAPAZ DE AMPLIAR LOS ESPACIOS INTERCELULARES
E INCREMENTA LA PENETRABILIDAD DEL EPITELIO. OTRAS EN--
ZIMAS PROTEOLÍTICAS NO ESPECÍFICAS ENTRAN EN EL TEJIDO--
CONECTIVO Y ALTERAN EL COLÁGENO Y PARTICIPAN EN LA LE---
SION HEMORRÁGICA EN LA GINGIVITIS.
- 3.- TOXINAS.- VARIOS DE LOS MICROORGANISMOS FORMAN SUSTAN---
CIAS METABÓLICAS DE ACCIÓN CITÓXICA DEMOSTRADA, INCLUYEN
DO EL SULFURO DE HIDRÓGENO EXCRETADO POR ANAEROBIOS GRAM
NEGATIVOS EN LAS BOLSAS PERIODONTALES, AMONIACO Y AMINAS
TÓXICAS.

ÉSTAS TOXINAS EN CONJUNTO CON LAS ENZIMAS INTERVIENEN EN LA DESTRUCCIÓN DE LA INTERFASE ENTRE TEJIDO BLANDO Y --- DIENTE.

4.- ANTÍGENOS.

A) ENDOTOXINAS.- CONSTITUIDA POR LIPOPOLISACÁRIDOS -- QUE COMPONEN PARTE DE LA PARED CELULAR DE LAS BACTERIAS GRAMNEGATIVAS.

ÉSTAS SE LIBERAN UNA VEZ QUE LAS CÉLULAS MICROBIANAS EXPERIMENTAN SU LISIS Y ENTRAN EN EL TEJIDO CONECTIVO POR DEBAJO DEL EPITELIO DEL SURCO CUANDO - LA PARED NO QUERATINIZADA DE ÉSTE SE ULCERA.

B) PEPTIDOGLUCANOS.- LAS CÉLULAS GRAMPOSITIVAS CONTIENEN COMPONENTES TÓXICOS EN SUS PAREDES CELULARES Y LAS LIBERAN PARA PRODUCIR LA LISIS.

C) PROTEÍNAS.- ÉSTAS PUEDEN DESENCADENARSE EN UNA RESPUUESTA INMUNITARIA Y DAR POR RESULTADO UNA INFLAMACIÓN.

ÉSTAS PROTEÍNAS PUEDEN SER: ENZIMAS MICROBIANAS, - PROTEÍNAS ESTRUCTURALES O COMPLEJOS PROTEÍNICOS -- CON POLISACÁRIDOS Y LÍPIDOS.

TÁRTARO O CÉLULA DENTAL.

ES UNA MASA CALCIFICADA QUE SE FORMA Y ADHIERE SOBRE --
LAS SUPERFICIES DENTARIAS Y OTROS OBJETOS SÓLIDOS QUE EXIS--
TEN EN LA BOCA (RESTAURACIONES Y PRÓTESIS). EL CÁLCULO ES--
EL RESULTADO DE LA CALCIFICACIÓN DE LA PLACA.

A) COMPOSICIÓN.

ORGÁNICO 20%.-- PROTEÍNAS, CARBOHIDRATOS, H₂O Y MICROOR--
NO VITALES.

INORGÁNICO.-- 80% FOSFATO DE Ca.

1.- CRISTALINAS.-- HIDROXIAPATITA, FOSFA--
TO OCTOCÁLCICO, BRUXI--
TA, MAGNESIO, WHITLOXKI
TA.

2.- MATERIAL AMORFO.

B) FORMACIÓN.

LA PLACA BLANDA ENDURECE POR LA PRECIPITACIÓN DE SALES--
MINERALES Y POR LO COMÚN EMPIEZA ENTRE EL 1o. Y 14o. DÍA DE--
FORMACIÓN DE LA PLACA.

LA PLACA INCIPIENTE CONTIENE UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE MATERIAL INORGÁNICO, QUE AUMENTA A MEDIDA QUE LA PLACA SE CONVIERTE EN CÁLCULO.

LA SALIVA ES LA FUENTE DE MINERALES DE LOS CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES Y ES PROBABLE QUE EL FLUIDO GINGIVAL O EL EXUDADO PROVEA LOS MINERALES PARA EL CÁLCULO SUBGINGIVAL.

LA CALCIFICACIÓN COMIENZA EN LA SUPERFICIE INTERNA DE LA PLACA SUPRAGINGIVAL ADYACENTE AL DIENTE, EN FOCOS SEPARADOS QUE AUMENTAN DE TAMAÑO Y SE UNEN PARA FORMAR MASAS SÓLIDAS DE CÁLCULOS; Y PUEDE IR ACOMPAÑADO POR ALTERACIONES EN EL CONTENIDO BACTERIANO Y EN LAS CUALIDADES TINTORIALES DE LA PLACA.

EL CÁLCULO SE FORMA POR CAPAS SEPARADAS POR UNA CUTÍCULA DELGADA QUE QUEDA INCLUIDA EN ÉL A MEDIDA QUE AVANZA LA CALCIFICACIÓN.

C) VELOCIDAD DE FORMACIÓN Y ACUMULACIÓN.

VARIÁN DE UNA PERSONA A OTRA Y EN DIFERENTES DIENTES Y SOBRE ÉSTA BASE ES POSIBLE CLASIFICARLOS EN:

1.- ABUNDANTES.

2.- MODERADOS.

3.- LEVES.

4.- NO FORMADOS--
RES.

D) ADHERENCIA.

EN CUANTO A LA SUPERFICIE CEMENTARIA:

- 1.- POR MEDIO DE UNA CUTÍCULA SECUNDARIA.
- 2.- DENTRO DE LAS IRREGULARIDADES MICROSCÓPICAS DE LA SUPERFICIE DEL CEMENTO.
- 3.- POR PENETRACIÓN DE LOS MICROORGANISMOS DE LA MATRIZ DEL CÁLCULO EN EL CEMENTO.
- 4.- EN LAS ÁREAS DE REABSORCIÓN CEMENTARIA.

E) TIPOS DE CÁLCULOS.

- 1.- CÁLCULO SUPRAGINGIVAL O SALIVAL (POR DERIVAR DE LA SALIVA) SITUADO EN LA CRESTA DEL MARGEN GINGIVAL Y ES VISIBLE EN LA CAVIDAD BUCAL. POR LO GENERAL - ES BLANCO O BLANCO AMARILLENTO DE CONSISTENCIA DURA, ARCILLOSA Y SE DESPRENDE CON FACILIDAD DE LA SUPERFICIE DENTAL. UNA VEZ ELIMINADO SU RECURRENCIA PUEDE SER RAPIDA, SOBRE TODO EN LA SUPERFICIE-LINGUAL DE LOS INCISIVOS. EL COLOR ES MODIFICADO POR FACTORES COMO EL TABACO O PIGMENTOS DE ALIMENTOS. PUEDE LOCALIZARSE EN UN SOLO DIENTE O EN UN GRUPO O ESTAR GENERALIZADO POR TODA LA BOCA.

APARECE CON MAYOR FRECUENCIA Y EN CANTIDADES MÁS --
ABUNDANTES EN SUPERFICIE VESTIBULAR DE MOLARES SUPE
RIORES QUE ESTÁN FRENTE AL CONDUCTO DE STENON Y EN
SUPERFICIES LINGUALES DE LOS DIENTES ANTERIORES IN
FERIORES QUE ESTÁN FRENTE AL CONDUCTO DE WHARTON.

2.- CÁLCULO SUBGINGIVAL SÉRICO (POR DERIVAR DEL SUERO-
SANGUÍNEO).

SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE LA CRESTA DE LA ENCÍA -
MARGINAL, POR LO COMÚN EN BOLSAS PERIODONTALES, NO
ES VISIBLE DURANTE EL EXAMEN BUCAL.

LA DETERMINACIÓN DE LA LOCALIZACIÓN Y EXTENSIÓN --
EXIGE EL SONDEO. ÉSTE SUELE SER DENSO Y DURO, --
PARDO, OSCURO O VERDE NEGRUZCO, DE CONSISTENCIA -
PÉTREA Y UNIDO CON FIRMEZA A LA SUPERFICIE DENTAL.

MATERIA ALBA.

ES UN DEPÓSITO AMARILLO O BLANCO GRISÁCEO, BLANDO Y PE-
GAJOSO, MENOS ADHESIVO QUE LA PLACA DENTAL. CON UN ACÚMULO
DE MICROORGANISMOS. ESTA SE VE CLARAMENTE SIN LA UTILIZA--
CIÓN DE SUSTANCIAS REVELANTES Y SE DEPOSITA SOBRE SUPERFI---
CIES DENTALES, RESTAURACIONES, CÁLCULOS Y ENCÍA. TIENDE A-

ACUMULARSE EN EL TERCIO GINGIVAL DE LOS DIENTES Y SOBRE DIENTES EN MALA POSICIÓN.

SE PUEDE FORMAR EN POCAS HORAS SOBRE DIENTES PREVIAMENTE LIMPIOS Y EN PERÍODOS EN QUE NO SE HAN INGERIDO ALIMENTOS.

ES POSIBLE QUITARLA CON UN CHORRO DE H₂O, COMPUESTA POR CONCENTRACIÓN DE MICROORGANISMOS, CÉLULAS EPITELIALES DESCAMADAS, LEUCOCITOS Y UNA MEZCLA DE PROTEÍNAS Y LÍPIDOS SALIVALES CON POCAS PARTÍCULAS DE ALIMENTOS.

PREVENCIÓN PERIODONTAL.

LA NECESIDAD DE UNA TERAPIA PERIODONTAL PREVENTIVA SE PRESENTA EN DOS CIRCUNSTANCIAS.

- 1.- CUANDO LA BOCA DEL PACIENTE SE HALLA TOTALMENTE LIBRE DE SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD.
- 2.- CUANDO SE HA TERMINADO UNA TERAPIA CORRECTIVA Y SE DESEA EVITAR LA RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD.

SE DEBERÁ REALIZAR UNA HISTORIA CLÍNICA PARA COMPROBARLA AUSENCIA DE SÍNTOMAS VISIBLES; Y SE REALIZARÁN ALGUNAS -- PRUEBAS COMO:

- A) HACER PRESIÓN SOBRE LAS ENCÍAS.

B) EXAMINAR EL MARGEN CERVICAL (PARA COMPROBAR SI HAY RETRACCIÓN DE LA ENCÍA).

C) COLOR DEL TEJIDO GINGIVAL.

D) EXPLORAR SI HAY EXISTENCIA DE BOLSAS O SURCO.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE

ELIMINAR LAS ACUMULACIONES DEL CÁLCULO.

ESTABLECER VISITAS PERIÓDICAS DE CONTROL.

DURANTE LA VISITA DE CONTROL PERIODONTAL LOS TRABAJOS A REALIZAR SERÍAN:

HISTORIA CLÍNICA.

EVALUACIÓN DE LA SALUD PERIODONTAL.

ÍNDICE DE PLACA.

EVALUACIÓN GENERAL DE LA BOCA.

LIMPIEZA CON SEDA DENTAL.

PULIDO.

REMOCIÓN DE SARRO.

INSTRUCCIÓN AL PACIENTE SOBRE TÉCNICAS DE CEPILLADO.

SE HACE UN DEBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO DE TODAS LAS ÁREAS-INFECTADAS BAJO VISIÓN DIRECTA, TRATAMIENTO CON CLINDAMICINA Y PROFILAXIS CON APLICACIONES TÓPICAS DE FLÚOR Y NEOSPORIN.

EN UN LAPSO DE DOS SEMANAS, A LA PALPACIÓN YA NO SE PRODUJO EXUDADO PURULENTO NI SANGRADO Y LA MOVILIDAD DENTAL SE REDUJO.

LAS RADIOGRAFÍAS TOMADAS A LOS 6-12 MESES REGISTRARON UN INCREMENTO DE DENSIDAD CONTIGUA A DEFECTOS EXISTENTES PREVIAMENTE.

EN UN SEGUIMIENTO DE 18-48 MESES SE ENCONTRÓ APARIENCIA NORMAL EN LOS TEJIDOS GINGIVALES, AUNQUE HABÍA UNA EXPOSICIÓN MAYOR DE RAÍZ. LA PROFUNDIDAD DE LAS BOLSAS SE HABÍA REDUCIDO, ASÍ COMO LA MOVILIDAD DENTAL. EL HUESO CONTIGUO-MOSTRABA UNA DENSIDAD SUPERIOR EN LA CRESTA ALVEOLAR Y UNA LÁMINA DURA RESTAURADA; LA ALTURA DEL HUESO SE HABÍA MANTENIDO O MEJORADO, Y ASÍ LA DENSIDAD TRABECULAR AUMENTÓ.

CAPÍTULO III

ENFERMEDAD GINGIVAL.

1.- GINGIVITIS.

PROCESO INFLAMATORIO QUE SE ORIGINA GENERALMENTE EN LA UNIÓN DENTOGINGIVAL Y AFECTA AL COMPONENTE GINGIVAL FUNCIONAL DEL PERIODONTO.

A) PAPEL DE LA INFLAMACIÓN EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

LA INFLAMACIÓN SE HALLA SIEMPRE PRESENTE EN TODAS LAS FORMAS DE ENFERMEDAD GINGIVAL, POR LA PLACA BACTERIANA Y LOS FACTORES IRRITATIVOS QUE FAVORECEN SU ACUMULACIÓN, SULEN ESTAR EN EL TERCIO GINGIVAL. LA INFLAMACIÓN CAUSADA POR LA PLACA BACTERIANA ORIGINA CAMBIOS.

1.- DEGENERATIVOS. 2.- NECRÓTICOS. 3.- PROLIFERATIVOS

EL PAPEL DE LA INFLAMACIÓN EN CASOS AISLADOS DE GINGIVITIS VARÍA:

1.- LA INFLAMACIÓN ES EL CAMBIO PATOLÓGICO PRIMARIO Y ÚNICO.

2.- LA INFLAMACIÓN ES UNA CARACTERÍSTICA SECUNDARIA SUPERIOR PUESTA A UNA ENFERMEDAD GINGIVAL DE ORIGEN GENERAL. (HIPERPLASIA GINGIVAL).

3.- LA INFLAMACIÓN ES EL FACTOR DESENCADENANTE DE ALTERACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON ESTADOS GENERALES - QUE POR SÍ MISMOS NO PRODUCEN ENFERMEDAD GINGIVAL DETECTABLE DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO. (GINGIVITIS DEL EMBARAZO).

B) TIPOS DE ENFERMEDAD GINGIVAL.

1.- SIMPLE.- RESPUESTA INFLAMATORIA AGUDA O CRÓNICA A LA PLACA TÁRTARO E IRRITANTES IATROGÉNICOS QUE ESTÁN EN LA SUPERFICIE DEL DIENTE.

2.- COMPLEJA.- RESPUESTA GINGIVAL INFLAMATORIA MODIFICADA POR FACTORES LOCALES O SISTÉMICOS.

A) HIPERPLASIA O AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

B) GINGIVITIS ULCERONECROZANTE AGUDA (GUNA).

C) PATOLOGÍA DE LA GINGIVITIS.

LOS CAMBIOS PATOLÓGICOS SE DEBEN A LA PRESENCIA DE MICROORGANISMOS EN EL SURCO GINGIVAL. ÉSTOS MICROORGANISMOS

SON CAPACES DE SINTETIZAR SUBSTANCIAS QUE PRODUCEN DAÑOS EN LAS CÉLULAS DE LOS TEJIDOS EPITELIAL Y CONECTIVO, ASÍ COMO EN LOS COMPONENTES INTERCELULARES (COLÁGENOS SUBSTANCIA FUNDAMENTAL, GLUCOCALIX (MEMBRANA CELULAR).

EN SU PRIMERA ETAPA HAY: CAMBIOS VASCULARES QUE CONSISTEN EN LA DILATACIÓN DE CAPILARES Y AUMENTO DE FLUJO SANGUÍNEO; EN LA SEGUNDA ETAPA PUEDEN APARECER SIGNOS CLÍNICOS DE ERITEMA (DEBIDO A LA PROLIFERACIÓN DE CAPILARES Y A LA MAYOR FORMACIÓN DE ASAS CAPILARES ENTRE LOS REBORDES O PROLONGACIONES EPITELIALES)

EN LA ETAPA III.- LOS VASOS SANGUÍNEOS SE INGURGITAN Y CONGESTIONAN, EL RETORNO VENOSO ESTÁ ALTERADO Y EL FLUJO SANGUÍNEO SE TORNA LENTO. EL RESULTADO ES LA ANOXIA GINGIVAL LOCALIZADA.

HISTOLÓGICAMENTE.

ETAPA I.- CAMBIOS EN LA MORFOLOGÍA DE LOS VASOS SANGUÍNEOS COMO EL ENSANCHAMIENTO DE LOS CAPILARES PEQUEÑOS O LAS VÉNULAS Y LA ADHERENCIA DE NEUTRÓFILOS A SUS PAREDES.

ETAPA II.- HAY INFILTRADO LEUCOCITARIO EN EL TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE AL EPITELIO DE UNIÓN. HAY UNA REACCIÓN CELULAR INFLAMATORIA GENERAL. EL EPITELIO DE UNIÓN SE TOMA INFILTRADO ENTRE NEUTRÓFILOS, ASÍ COMO EL SURCO GINGIVAL Y EL

EPITELIO DE UNIÓN SE COMIENZA A DESARROLLAR PROLONGACIONES O REBORDES EPITELIALES. HAY AUMENTO DE LA DESTRUCCIÓN DEL COLÁGENO.

ETAPA III.- REACCIÓN INFLAMATORIA INTENSA CRÓNICA. LA DIFERENCIA CON LA ETAPA II ES EL AUMENTO DEL NÚMERO DE PLASMACITOS, ÉSTOS INVADEN EL TEJIDO CONECTIVO EN TODA SU PROFUNDIDAD ALREDEDOR DE LOS VASOS SANGUÍNEOS Y ENTRE LOS HACES DE FIBRAS COLÁGENAS.

EL EPITELIO DE UNIÓN PRESENTA ESPACIOS INTERCELULARES - ENSANCHADOS LLENOS DE RESIDUOS CELULARES GRANULARES, LISOSOMAS PROVENIENTES DE NEUTRÓFILOS, LINFOCITOS Y MONOCITOS.

D) EVOLUCIÓN, DURACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA GINGIVITIS.

EVOLUCIÓN Y DURACIÓN.

- 1.- GINGIVITIS AGUDA.- DOLOROSA, SE INSTALA REPENTINAMENTE Y ES DE CORTA DURACIÓN.
- 2.- GINGIVITIS RECURRENTE.- ENFERMEDAD QUE REAPARECE DESPUÉS DE HABER SIDO ELIMINADA MEDIANTE TRATAMIENTO O QUE DESAPARECE ESPONTÁNEAMENTE Y REAPARECE.
- 3.- GINGIVITIS SUBAGUDA.- MÁS GRAVE QUE LA AGUDA.

4.- GINGIVITIS CRONICA.- ENFERMEDAD QUE SE INSTALA CON LENTITUD, ES DE EXARCEBACIONES AGUDAS O SUBAGUDAS.

ÉSTA ES UNA LESIÓN FLUCTUANTE, EN DONDE LAS ZONAS INFLAMADAS PERSISTEN O SE TORNAN NORMALES Y LAS ZONAS NORMALES SE INFLAMAN.

DISTRIBUCIÓN.

1.- LOCALIZADA.- SE LÍMITA A LA ENCÍA DE UN SOLO DIENTE O -- GRUPO DE DIENTES.

2.- GENERALIZADA.- ABARCA TODA LA BOCA.

3.- MARGINAL.- AFECTA EL MARGEN GINGIVAL, PERO PUEDE INCLUIR UNA PARTE DE LA ENCÍA INSERTADA.

4.- PAPILAR.- ABARCA LAS PAPILAS INTERDENTALES Y CON FRECUENCIA SE EXTIENDE HACIA LA ZONA ADYACENTE DEL MARGEN GINGIVAL.

5.- DIFUSA.- ABARCA ENCÍA MARGINAL, INSERTADA Y PAPILAS INTERDENTALES.

6.- GINGIVITIS MARGINAL.LOCALIZADA.- SE LIMITA A UNA ÁREA DE LA ENCÍA MARGINAL O MÁS.

7.- GINGIVITIS DIFUSA LOCALIZADA.- SE EXTIENDE DESDE EL MARGEN HASTA EL PLIEGUE MUCO-VESTIBULAR, PERO EN UNA ÁREA-- LIMITADA.

- 8.- GINGIVITIS MARGINAL GENERALIZADA.- COMPRENDE LA ENCÍA -- MARGINAL DE TODOS LOS DIENTES Y AFECTA TAMBIÉN A LAS PÁPILAS INTERDENTALES.
- 9.- GINGIVITIS DIFUSA GENERALIZADA.- ABARCA TODA LA ENCÍA Y LA MUCOSA BUCAL TAMBIÉN ESTÁ AFECTADA.

E) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GINGIVITIS.

- 1.- EL EPITELIO PROLIFERA Y LAS PROLONGACIONES EPITELIALES -- SE ALARGAN HACIA EL TEJIDO CONECTIVO.
- 2.- EL VOLUMEN CRECIENTE DE TEJIDO CONECTIVO INFLAMADO PRESIONA SOBRE EL EPITELIO QUE LO CUBRE.
- 3.- LOS VASOS SANGUÍNEOS INCURGITADOS DEL TEJIDO CONECTIVO -- SE EXTIENDEN ENTRE 1 & 2 CÉLULAS EPITELIALES DE LA SUPERFICIE. AFECTA EL COLOR, TAMAÑO, CONSISTENCIA Y TEXTURA SUPERFICIAL.

A) PERIODONTITIS JUVENIL O PERIODONTOSIS.

ENFERMEDAD DEL PERIODONCIO QUE SE PRESENTA EN JÓVENES SANOS.

SE CARACTERIZA POR UNA PÉRDIDA RÁPIDA DE INSERCIÓN DE TEJIDO CONECTIVO Y HUESO ALVEOLAR.

TIPOS.

- 1.- PERIODONTITIS JUVENIL LOCALIZADA.- SOLO AFECTA EL PRIMER MOLAR E INCISIVOS.
- 2.- PERIODONTITIS JUVENIL GENERALIZADA.- AFECTA LA MAYORÍA - DE LOS DIENTES.

CLÍNICAMENTE:

- 1.- TIENE COMIENZO ENTRE 11 - 13 AÑOS.
- 2.- AFECTA MÁS A NIÑAS QUE NIÑOS.
- 3.- TENDENCIA FAMILIAR A LA ENFERMEDAD.
- 4.- BOLSAS PERIODONTALES PROFUNDAS EN UNA O MÁS CARAS PROXIMALES.
- 5.- RADIOGRÁFICAMENTE HAY PERDIDA ÓSEA ANGULAR EN LOS PRIMEROS MOLARES E INCISIVOS.
- 6.- PROGRESA RÁPIDAMENTE.

TRATAMIENTO:

- ADMINISTRAR TETRACICLINAS (250mg. POR 4 DÍAS DURANTE 2 SEMANAS.
- ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DE TEJIDOS INFLAMADOS.
- CONTROL CUIDADOSO DE LA PLACA DURANTE LA CURACIÓN.

2.-AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.

A) CLASIFICACIÓN (SEGÚN LA ETIOLOGÍA Y PATOLOGÍA).

I*.- AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO.

1.- CRÓNICO.

A) LOCALIZADO O GENERALIZADO.

B) CIRCUNSCRITO (ASPECTO TUMORAL).

2.- AGUDO.

A) ABSCESO GINGIVAL.

B) ABSCESO PERIODONTAL.

II*.- AGRANDAMIENTO HIPERPLÁSICO NO INFLAMATORIO (HIPERGINGI
VAL).

A) HIPERPLASIA GINGIVAL ASOCIADA.

B) AGRANDAMIENTO GINGIVAL HIPERPLÁSICO IDIOPÁTICO -
HEREDITARIO O FAMILIAR.

III†- AGRANDAMIENTO COMBINADO.

IV*.- AGRANDAMIENTO CONDICIONADO.

a) HORMONAL.

1.- EMBARAZO

2.- PUBERTAD.

b) LEUCÉMICO.

c) ASOCIADO A LA DEFICIENCIA DE VITAMINA C.

d) AGRANDAMIENTO INESPECÍFICO.

V*.- AGRANDAMIENTO NEOPLÁSICO.

VI*.- AGRANDAMIENTO DEL DESARROLLO.

B) LOCALIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN.

1.- LOCALIZADO= LIMITA A LA ENCÍA A UN SOLO DIENTE O A UN GRUPO DE DIENTES.

2.- GENERALIZADO = ABARCA LA ENCÍA DE TODA LA BOCA.

3.- MARGINAL = SOLO ENCÍA MARGINAL.

4.- PAPILAR = SOLO PAPILA INTERDENTAL.

5.- DIFUSO = AFECTA ENCÍA MARGINAL, INSERTADA, PAPILAS.

6.- CIRCUNSCRITO = AGRANDAMIENTO AISLADO, SÉSIL O PEDICULADO. DE ASPECTO TUMORAL.

1.-AGRANDAMIENTOS INFLAMATORIOS.

A) CRÓNICO.

1.- LOCALIZADO O GENERALIZADO: COMIENZA COMO UN ABUL

TAMIENTO LEVE DE LA PAPILA INTERDENTAL O DE LA ENCÍA MARGINAL EN LOS PRIMEROS ESTADIOS, HAY UN ABULTAMIENTO ALREDEDOR DEL - DIENTE AFECTADO; PUEDE AUMENTAR TANTO DE TAMAÑO QUE LLEGA A-- CUBRIR PARTE DE LAS CORONAS. SU CRECIMIENTO ES LENTO, E INDOLORO, SALVO QUE SE COMPLIQUE CON INFECCIÓN AGUDA O TRAUMA-- TISMO.

2.- CIRCUNSCRITO (ASPECTO TUMORAL): EVOLUCIONA COMO UNA- MASA CIRCUNSCRITA, SÉSIL O PEDICULADA Y SE ASEMEJA A UN TUMOR. PUEDE SER INTERPROXIMAL O HALLARSE EN EL MARGEN GINGIVAL O EN LA ENCÍA INSERTADA. ES DE CRECIMIENTO LENTO E INDOLORA. A VECES SE PRODUCE LA ULCERACIÓN DOLOROSA DEL PLIEGUE ENTRE EL- AGRANDAMIENTO Y ENCÍA ADYACENTE.

HISTOLÓGICAMENTE:

PRESENTA LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: LÍQUIDO INFLAMA- TORIO Y EXUDADO CELULAR, DEGENERACIÓN DEL EPITELIO Y TEJIDO-- CONECTIVO, NEOFORMACIÓN DE CAPILARES, INGURGITACIÓN CAPILAR,- HEMORRAGIA, PROLIFERACIÓN DE EPITELIO Y TEJIDO CONECTIVO, NUE- VAS FIBRAS COLÁGENAS.

ETIOLOGÍA:

- 1) MALA HIGIENE ORAL.
- 2) RELACIONES ANORMALES DE DIENTES VECINOS.

B) AGUDO.

1.- ABSCESO GINGIVAL.- ES UNA LESIÓN LOCALIZADA, DOLOROSA, EXPANSIÓN RÁPIDA. SE LIMITA AL MARGEN GINGIVAL O PAPILA INTERDENTAL. AL PRINCIPIO COMIENZA COMO UNA HINCHAZÓN ROJA-CON SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. ENTRE LAS 24-48 HORAS, LA-LESIÓN ES FLUCTUANTE Y PUNTIAGUDA CON UN ORIFICIO EN LA SUPERFICIE Y PUEDE EXPULSAR UN EXUDADO PURULENTO. LOS DIENTES VECINOS PUEDEN SER SENSIBLES A LA PERCUSIÓN.

HISTOLÓGICAMENTE:

ES UN FOCO PURULENTO EN EL TEJIDO CONECTIVO RODEADO DE - INFILTRADO DIFUSO DE LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES, TEJIDO -- EDEMATIZADO E INGURGITACION VASCULAR.

ETIOLOGÍAS.

CRÓNICO.

- 1.- MALA HIGIENE ORAL.
- 2.- RELACIONES ANORMALES DE DIENTES VECINOS Y ANTAGONISTAS.
- 3.- CARIES DE CUELLO.
- 4.- MARGENES DESBORDANTES DE RES TAURACIONES.
- 5.- EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA.
- 6.- IMITACIÓN GENERADA POR RETENEDORES O SILLAS DE PRÓTESIS.

AGUDO.

- 1.- IRRITACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS. (CON: CERDAS DEL CEPILLO DE DIENTES, - CASCARA DE MANZANA O CAPARAZÓN DE LANGOSTA).

CRÓNICO

AGUDO

- 7.- RESPIRACIÓN BUCAL.
- 8.- OBSTRUCCIÓN NASAL.
- 9.- REUBICACIÓN DE DIENTES CON
TRATAMIENTO ORTODÓNTICO.

2.-ABSCESO PERIODONTAL (LATERAL).

PRODUCEN EL AGRANDAMIENTO DE LA ENCÍA Y AFECTA A LOS --
TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE. ES UNA INFLAMACIÓN PURU-
LENTA LOCALIZADA Y SE PUEDE FORMAR POR:

- A) EXTENSIÓN PROFUNDA DE LA INFECCIÓN DESDE UNA BOLSA -
PERIODONTAL HACIA LOS TEJIDOS PERIODONTALES; Y LOCA-
LIZACIÓN DEL PROCESO INFLAMATORIO SUPURATIVO JUNTO A
LA RAÍZ. (LATERAL).
- B) EXTENSIÓN LATERAL DE LA INFLAMACIÓN DESDE LA SUPERFI-
CIE INTERNA DE UNA BOLSA PERIODONTAL HACIA EL TEJIDO
CONECTIVO DE LA PARED DE LA BOLSA.
- C) EN EL FONDO, EXTREMO PROFUNDO.
- D) ELIMINACIÓN INCOMPLETA DE CÁLCULOS DURANTE EL TRATA-
MIENTO DE BOLSA PERIODONTAL.
- E) DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO DEL DIENTE O PERFORACIÓN -

DE LA PARED LATERAL DE LA RAÍZ DURANTE EL TRATAMIENTO ENDODÓN
TICO.

CLASIFICACIÓN DE A CUERDO A SU LOCALIZACIÓN.

- 1.- ABSCESO EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.
- 2.- ABSCESO EN LA PARED BLANDA DE UNA BOLSA PERIODONTAL-
PROFUNDA.

CLASIFICACIÓN POR SU DURACIÓN.

- A) AGUDO.- DOLOR IRRADIADO, PULSÁTIL, SENSIBILIDAD DE LA
ENCÍA A LA PALPACIÓN, SENSIBILIDAD DEL DIENTE A LA --
PERCUSIÓN, MOVILIDAD DENTAL, FIEBRE, MALESTAR.
 - B) CRÓNICO.- ES ASINTOMÁTICO, PUEDE HABER DOLOR SORDO,--
LEVE ELEVACIÓN DEL DIENTE, DESEO A MORDER Y FROTAR EL
DIENTE.
- R.X. - ZONA CIRCUNSCRITA RADIOLÚCIDA.

II.-AGRANDAMIENTO HIPERPLÁSICO NO INFLAMATORIO.

HIPERPLASIA.- AUMENTO DE TAMAÑO DE LOS TEJIDOS O DE UN -
ÓRGANO PRODUCIDO POR EL AUMENTO DE LA CANTIDAD DE SUS COMPO--
NENTES CELULARES.

- A) HIPERPLASIA GINGIVAL ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON FENITOINA: (ANTICONVULSIVO PARA EL TRATAMIENTO DE EPILEPSIA).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

LA LESIÓN PRIMARIA EMPIEZA COMO UN AGRANDAMIENTO INDOLORO, GLOBULAR EN EL MARGEN GINGIVAL VESTIBULAR Y LINGUAL, ASÍ COMO EN PAPILAS INTERDENTALES. LOS AGRANDAMIENTOS SE UNEN CUBRIENDO LAS CORONAS E INTERPONIENDOSE EN LA OCLUSIÓN.

CUANDO NO HAY INFLAMACIÓN SOBREGREGADA, LA LESIÓN TIENE FORMA DE MORA, ES FIRME, COLOR ROSADO PÁLIDO, CON UNA SUPERFICIE LOBULADA, PERO QUE NO TIENDE A SANGRAR.

ES MÁS INTENSA EN REGIONES ANTERIORES, SUPERIORES E INFERIORES Y EN ZONAS DENTADAS. EL AGRANDAMIENTO ES CRÓNICO Y AUMENTA DE TAMAÑO CON LENTITUD HASTA QUE INTERFIERE EN LA OCLUSIÓN.

LOS IRRITANTES LOCALES (MATERIA ALBA, CÁLCULOS, EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA), FAVORECEN LA ACUMULACIÓN DE PLACA Y PORTANTO, INFLAMACIÓN QUE SE COMPLICA DANDO LUGAR A UNA HIPERPLASIA GINGIVAL.

B) AGRANDAMIENTO HIPERPLÁSICO IDIOPÁTICO, HEREDITARIO O FAMILIAR.

LESIÓN RARA, DESIGNADA CON VARIOS NOMBRES COMO:

ELEFANTIASIS GINGIVOSTOMÁTICA, FIBROMA DIFUSO, ELEFANTIASIS FAMILIAR, ETC.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

EL AGRANDAMIENTO AFECTA A ENCÍA INSERTADA, MARGINAL Y P_A PILAS INTERDENTALES.

LA ENCÍA AGRANDADA ES ROSADA, FIRME, Y PRESENTA UNA SUPERFICIE *GUIJARROSA*. EN CASOS AVANZADOS, LOS DIENTES ESTÁN CASI TOTALMENTE CUBIERTOS Y EL AGRANDAMIENTO SE PROYECTA A LA CAVIDAD BUCAL. LOS MAXILARES SE DEFORMAN.

III.-AGRANDAMIENTO COMBINADO.

ES CUANDO LA HIPERPLASIA GINGIVAL SE COMPLICA CON ALTERACIONES INFLAMATORIAS SECUNDARIAS.

LA HIPERPLASIA GINGIVAL CREA CONDICIONES FAVORABLES PARA LA ACUMULACIÓN DE PLACA, MATERIA ALBA.

NATURALEZA DEL AGRANDAMIENTO COMBINADO:

A) ENTRE UNA HIPERPLASIA PRIMARIA O BÁSICA DE TEJIDO CO-

NECTIVO Y EPITELIO CUYO ORIGEN NO GUARDA RELACIÓN --
CON LA INFLAMACIÓN.

B) COMPONENTE SECUNDARIO INFLAMATORIO SECUNDARIO.

IV.- AGRANDAMIENTO CONDICIONADO.

A) HORMONAL.

1.- EMBARAZO - EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL PUEDE SER --
MARGINAL O GENERALIZADO O PRESENTARSE COMO MASAS-
MÚLTIPLES DE ASPECTO TUMORAL.

EN EL AGRANDAMIENTO MARGINAL, ESTE ES EL RESULTA-
DO DEL AGRAVAMIENTO DE ZONAS ANTERIORMENTE INFLA-
MADAS, SE PRODUCE CUANDO HAY IRRITACIÓN LOCAL.

LA ENCÍA ES ROJO BRILLANTE, BLANDA DE SUPERFICIE--
LISA Y BRILLANTE, SANGRA ESPONTÁNEAMENTE.

EL AGRANDAMIENTO DE ASPECTO TUMORAL ES UNA MASA -
CIRCUNSCRITA, APLANADA, SEMEJANTE A UN HONGO, CON
BASE SÉSIL O PEDICULADA, DE COLOR ROJO OSCURO O-
MAGENTA, SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE, DE CONSIS--
TENCIA VARIABLE, _ES INDOLORO.

PUEDEN PREVENIRSE CON ELIMINACIÓN DE LOS IRRITAN-
TES LOCALES Y EL ESTABLECIMIENTO DE UNA HIGIENE -
BUCAL.

2.- PUBERTAD.- AGRANDAMIENTO DE LA ENCÍA TANTO EN VARONES COMO EN MUJERES Y EN ÁREAS DE IRRITACIÓN LOCAL. EL-TAMAÑO ES MAYOR Y SE CARACTERIZA POR TENER PAPILAS INTERPROXIMALES ABULTADAS. DESPUÉS DE LA PUBERTAD, EL AGRANDAMIENTO SUFRE UNA REDUCCIÓN ESPONTÁNEA, PERO NO DESAPARECE HASTA NO QUITAR LOS IRRITANTES LOCALES.

B) LEUCÉMICO.

REPRESENTA UNA RESPUESTA EXAGERADA A LA IRRITACIÓN LOCAL, QUE SE MANIFIESTA POR UN INFILTRADO DENSO DE LEUCOCITOS INMADUROS Y PROLIFERANTES O UNA LESIÓN NEOPLÁSICA. LA ENCÍA ES ROJO AZULADA, SUPERFICIE BRILLANTE, CONSISTENCIA FIRME, PUEDE HABER HEMORRAGIA ESPONTÁNEA O PROVOCADA POR UNA IRRITACIÓN LEVE.

HAY INFLAMACIÓN ULCERONECROTIZANTE AGUDA EN EL SURCO QUE SE FORMA ENTRE LA ENCÍA AGRANDADA Y LAS SUPERFICIES DENTALES - CONTIGUAS.

C) ASOCIADO A DEFICIENCIA DE VITAMINA C.

LA DEFICIENCIA DE VITAMINA C, NO CAUSA POR SÍ MISMA INFLAMACIÓN GINGIVAL, PERO SI PRODUCE HEMORRAGIA, DEGENERACIÓN COLÁGENA Y EDEMA DEL TEJIDO CONECTIVO GINGIVAL.

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL ES MARGINAL, LA ENCÍA ES ROJO - AZULADA, BLANDA Y FRIABLE CON SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE, HE-

HEMORRAGIA ESPONTÁNEA Y NECROSIS SUPERFICIAL, SON CARACTERÍSTICAS COMUNES.

D) AGRANDAMIENTO CONDICIONADO INESPECÍFICO (GRANULOMA - PIÓGENO).

ES UN AGRANDAMIENTO GINGIVAL DE ASPECTO TUMORAL CONSIDERADO COMO UNA RESPUESTA CONDICIONADA EXAGERADA A TRAUMATISMOS PEQUEÑOS.

LA LESIÓN VARÍA DESDE UNA MASA CIRCUNSCRITA ESFÉRICA DE ASPECTO TUMORAL CON BASE PEDICULADA HASTA UN AGRANDAMIENTO - APLANADO DEL ASPECTO QUELOIDE DE BASE ANCHA.

ES ROJO O PÚRPURA BRILLANTE, FRIABLE O FIRME, CON ÚLCERAS SUPERFICIALES Y EXUDADO PURULENTO, LA LESIÓN TIENDE A EVOLUCIONAR PARA CONVERTIRSE EN PAPILOMA FIBROEPITELIAL O PERSISTE INALTERADO DURANTE AÑOS.

TRATAMIENTO:

ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DE LAS LESIONES Y SUPRESIÓN DE LOS FACTORES IRRITATIVOS LOCALES.

V.-AGRANDAMIENTO NEOPLÁSICO.

(TUMORES GINGIVALES).

A) TUMORES BENIGNOS DE ENCÍA.

FIBROMA.- NACEN DEL TEJIDO CONECTIVO O LIGAMENTO PERIODONTAL, SON TUMORES ESFÉRICOS, CRECIMIENTO LENTO, FIRMES Y-- NODULARES, PERO PUEDEN SER BLANDOS Y VASCULARES. ÉSTOS SUELEN SER PEDICULADOS.

- 1) NEVO= PIGMENTADO O NO PIGMENTADO, CRECIMIENTO LENTO, DE COLOR GRIS PÁLIDO AL PARDO OSCURO, PUEDE SER PLANO, SÉSIL O NODULAR.
- 2) MIOBLASTOMA= LESIÓN BENIGNA NODULAR.
- 3) HEMANGIOMA= SON DE TIPO CAPILAR O CAVERNOSO. SON - BLANDOS SÉSILES O PEDICULADOS E INDOLOROS. PUEDEN SER LISOS O DE CONTORNO ABULTADO IRREGULAR. EL COLOR VA DEL ROJO OSCURO AL PÚRPURA; PERO PALIDECEN A LA PRESIÓN. ÉSTAS LESIONES NACEN EN LA PAPILA GINGIVAL INTERDENTAL Y SE EXTIENDEN EN SENTIDO LATERAL-- HASTA ABARCAR DIENTES ADYACENTES.
- 4) PAPILOMA= ES UNA PROTUBERANCIA DURA, DE ASPECTO VERRUGOSO. LA LESIÓN PUEDE SER PEQUEÑA Y CIRCUNSCRITA O PRESENTARSE COMO ELEVACIONES DURAS Y ANCHAS CON SUPERFICIE IRREGULAR.

- 5) GRANULOMA REPARATIVO PERIFÉRICO GIGANTE CELULAR- NA
CEN EN LA ZONA INTERDENTAL O EL MARGEN GINGIVAL, --
MÁS FRECUENTES EN VESTIBULAR, SON SÉSILES O PEDICU-
LADOS. SU ASPECTO VARÍA DESDE UNA MASA REGULAR LI
SA HASTA UNA PROTUBERANCIA MULTILOBULADA IRREGULAR.
A VECES HAY ÚLCERAS EN LOS BORDES. LAS LESIONES--
SON INDOLORAS, DE TAMAÑO VARIABLE. PUEDEN SER FIR
MES O ESPONJOSAS Y EL COLOR VA DEL ROSADO AL ROJO--
OBSCURO O PÚRPURA AZULADO.

- 6) GRANULOMA REPARATIVO CENTRAL GIGANTECELULAR- SE ORI
GINAN DENTRO DE LOS MAXILARES Y PRODUCEN CAVIDADES-
CENTRALES Y DEFORMAN EL MAXILAR.

- 7) GRANULOMA PLASMOCITARIO- SE PRESENTA COMO UNA MASA-
LOCALIZADA, ES ROJA, SANGRA CON FÁCILIDAD.

- 8.- LEUCOPLASIA- SE PRESENTA EN FORMA DE LESIONES BLAN
CO-GRISÁCEAS APLANADAS ESCAMOSAS, CON VARIACIONES-
DE PLACAS GRUESAS, IRREGULARES Y QUERATINOZAS.

- 9) QUISTE GINGIVAL- APARECEN COMO AGRANDAMIENTOS LOCALI
ZADOS Y AFECTAN ENCÍA MARGINAL E INSERTADA. SE PRE
SENTAN EN CANINOS Y PREMOLARES INFERIORES, SON INDO-
LOROS.

B) TUMORES MALIGNOS.

- 1) CARCINOMA - ZONA MÁS FRECUENTE: MOLARES INFERIORES, - PUEDEN SER EXOFÍTICOS O VERRUGOSOS, CON CRECIMIENTO- EN SUPERFICIE GINGIVAL, AFECTAN EL HUESO SUBYACENTE- Y MUCOSA CIRCUNDANTE. SON INDOLOROS HASTA QUE SE-- COMPLICAN CON UNA INFLAMACIÓN DOLOROSA.

- 2) MELANOMA MALIGNO - TUNOR RARO EN LA BOCA Y APARECE - EN REGIÓN ANTERIOR DEL MAXILAR SUPERIOR. ES OBSCU- RO, PUEDE SER PLANO O DE CRECIMIENTO RÁPIDO Y CON ME TÁSTASIS.

- 3) SARCOMA - ES RARO EN ENCÍA.

VI.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL DEL DESARROLLO.

APARECE COMO UNA DEFORMACIÓN DE LOS CONTORNOS VESTIBULAR Y MARGINAL DE LA ENCÍA EN DIFERENTES ETAPAS DE ERUPCIÓN. SE PRODUCEN POR LA SUPERPOSICIÓN DE LA ENCÍA A LA PROMINENCIA-- NORMAL DEL ESMALTE EN LA MEDIA GINGIVAL DE LA CORONA. CON- FRECUENCIA EL AGRANDAMIENTO PERSISTE HASTA QUE EL EPITELIO - DE UNIÓN EMIGRA DESDE EL ESMALTE HASTA LA UNIÓN AMELOCEMENTA RIA.

EL AGRANDAMIENTO DE DESARROLLO ES FISIOLÓGICO Y NO SUE-

LE PLANTEAR PROBLEMAS. CUANDO SE LE AGREGA LA INFLAMACIÓN MARGINAL, DA LA IMPRESIÓN DE UN AGRANDAMIENTO GINGIVAL EXTENSO.

3.- INFECCIONES GINGIVALES AGUDAS.

A) GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA (GUNA).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA DESTRUCTIVA DE LA ENCÍA QUE PRESENTA SIGNOS Y SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

CLASIFICACIÓN: AGUDA
SUBAGUDA.
RECURRENTE.
CRÓNICA.

ANTECEDENTES: CON APARICIÓN REPENTINA, DESPUÉS DE UNA ENFERMEDAD DEBILITANTE O INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.

SIGNOS BUCALES: SON DEPRESIONES CRATERIFORMES SOCAVADAS EN LA CRESTA DE LA ENCÍA QUE ABARCAN LA PAPILA INTERDENTAL, LA ENCÍA MARGINAL O AMBAS. ÉSTOS CRÁTERES ESTÁN CUBIERTOS POR UNA MEMBRANA GRIS. PRESENTA OLOR FÉTIDO, AUMENTO DE-

SALIVACIÓN Y HEMORRAGIA GINGIVAL ESPONTÁNEA
O PROVOCADA.

SÍNTOMAS BUCALES: SENSIBLES AL TACTO, DOLOR CONSTANTE, IRRADIADO, CORROSIVO, SE INTENSIFICA AL CONTACTO CON ALIMENTOS CONDIMENTADOS O CALIENTES Y -- CON LA MASTICACIÓN. SABOR METÁLICO DESAGRADABLE.

SIGNOS EXTRABUCALES

Y SISTÉMICOS: LINFADENOPATÍA LOCAL, AUMENTO LEVE DE TEMPERATURA. EN CASOS GRAVES HAY COMPLICACIONES COMO FIEBRE ALTA, PULSO ACELERADO, LEUCOCITOSIS, PÉRDIDA DE APETITO.

EXCLUSIÓN CLÍNICA: SI NO HAY TRATAMIENTO HAY DESTRUCCIÓN PROGRESIVA DEL PERIODONTO Y *DENUDACIÓN DE LAS RAÍCES.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

GINGIVESTOMATITIS HERPÉTICA, BOLSAS PERIODONTALES CRÓNICAS, GINGIVITIS DESCAMATIVA, GINGIVITIS ESTREPTOCÓCCICA, ESTOMATITIS AFTOSA, -- AGRANULOCITOSIS, ANGINA DE VINCENT.

1.- GINGIVOSTOMATITIS ESTREPTOCÓCCICA.

AFECCIÓN RARA QUE SE CARACTERIZA POR UN ERITEMA DIFUSO--
DE LA ENCÍA O EN ALGUNOS CASOS A UN ERITEMA MARGINAL CON
HEMORRAGIA MARGINAL.

2.- ESTOMATITIS GONOCÓCCICA.

ES RARA Y LA MUCOSA BUCAL SE CUBRE CON UNA MEMBRANA GRI-
SÁCEA QUE SE DESPRENDE POR ZONAS Y EXPONE LA SUPERFICIE.

3.- AGRANULOCITOSIS.

SE CARACTERIZA POR ÚLCERAS Y NECROSIS DE LA ENCÍA.

4.- ANGINA DE VINCENT.

INFECCIÓN FUSOS-PIROQUETAL DE OROFARINGE Y GARGANTA.
HAY UNA ULCERACIÓN MEMBRANOSA DOLOROSA DE LA GARGANTA -
CON EDEMA Y ZONAS HIPERÉMICAS QUE SE ROMPEN Y FORMAN ÚL-
CERAS CUBIERTAS DE MATERIAL SEUDOMEMBRANOSO.

ETIOLOGÍA.- NO SE HA ESTABLECIDO ESPECÍFICAMENTE, PERO SE --
CREE QUE ES CAUSADO POR UN COMPLEJO DE MICROORGA
NISMOS BACTERIANOS, PERO QUE DEMANDAN CAMBIOS EN
EL TEJIDO SUBYACENTE QUE FACILITEN LA ACTIVIDAD-
PATÓGENA DE LAS BACTERIAS.

- a) FACTORES PREDISPONENTES LOCALES.
DIENTES ANTAGONISTAS EN MALOCCLUSIÓN.
BOLSAS PERIODONTALES.
 - b) FACTORES PREDISPONENTES SISTÉMICOS.
DEFICIENCIA NUTRICIONAL.
ENFERMEDADES DEBILITANTES.
 - c) FACTORES PSICOSOMÁTICOS.
TENSIÓN.
- B) GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA.

ETIOLOGÍA.- INFECCIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL CAUSADA POR EL VIRUS HERPES SIMPLE. APARECE CON MAYOR FRECUENCIA EN LACTANTES Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

SIGNOS BUCALES.- APARECE COMO UNA LESIÓN DIFUSA, ERITEMATOSA Y BRILLANTE DE LA ENCÍA Y MUCOSA ADYACENTE- CON EDEMA Y HEMORRAGIA GINGIVAL.

EN EL PERÍODO PRIMARIO SE CARACTERIZA POR - VESÍCULAS CIRCUNSCRITAS ESFÉRICAS GRISAS,-- QUE SE LOCALIZAN EN ENCÍA, MUCOSA SUBLIN--- GUAL Y LENGUA.

APROXIMADAMENTE A LAS 24 HORAS LAS VESÍCULAS SE ROMPEN Y DAN LUGAR A PEQUEÑAS ÚLCERAS DOLOROSAS CON UN BORDE ROJO. LA ENFERMEDAD DURA DE 7 a 10 DÍAS. PUEDE TENER -- UNA FORMA LOCALIZADA, QUE APARECE DESPUÉS -- DE PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.

SÍNTOMAS BUCALES: IRRITACIÓN GENERALIZADA DE LA CAVIDAD QUE IMPIDE COMER Y BEBER. LAS VESÍCULAS ROTAS SON FOCOS SENSIBLES AL TACTO, VARIACIONES -- TÉRMICAS, CONDIMENTOS, JUGOS DE FRUTAS.

SIGNOS, SÍNTOMAS EXTRABUCALES Y SISTÉMICOS: HAY MANIFESTACIONES HERPÉTICAS EN LABIOS Y CARA, CON VESÍCULAS Y FORMACIÓN DE COSTRAS SUPERFICIALES, -- ADENITIS SUPERFICIAL, FIEBRE Y MALESTAR GENERAL.

DIAGNÓSTICO.- FROTIS DIRECTO.
AISLACIÓN DEL VIRUS.
TITULACIÓN DE ANTICUERPOS.
BIOPSIA.
ESTUDIOS HEMATOLÓGICOS.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.
ERITEMA MULTIFORME.- CON VESÍCULAS
MÁS EXTENSAS, Y AL ROMPERSE PRESEN
TAN UNA SEUDOMEMBRANA.

LÍQUEN PLANO AMPOLLAR.- AFECCIÓN DOLOROSA, CARACTERIZADO -
POR AMPOLLAS GRANDES SOBRE LENGUA-
Y CARRILLOS QUE SE ROMPEN Y ULCE--
RAN.

GINGIVITIS DESCAMATIVA.- SE CARACTERIZA POR LA ALTERACIÓN -
DIFUSA DE ENCÍA CON DIFERENTES GRA
DOS DE DESCAMACIÓN DEL EPITELIO.

ESTOMATITIS AFTOSA.- LESIÓN CON VESÍCULAS ESFÉRICAS CIR
CUNSCRITAS QUE SE ROMPEN DESPUÉS -
DE 1 a 2 DÍAS Y FORMAN ÚLCERAS ES-
FÉRICAS HUNDIDAS. SE PRODUCEN EN
MUCOSA BUCAL, PLIEGUE MUCO-VESTIBU
LAR O PISO DE LA BOCA.

FORMA EN QUE APARECE.- AFTAS OCASIONALES.
AFTAS AGUDAS.
AFTAS RECURRENTES CRÓNICAS.

C) PERICORONITIS.

INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA QUE ESTÁ EN RELACIÓN CON LA CORONA DE UN DIENTE INCOMPLETAMENTE ERUPCIONADO. MÁS FRECUENTE EN TERCEROS MOLARES INFERIORES. LA PERICORONITIS DONDE PUEDE SER AGUDA, SUBAGUDA O CRÓNICA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

SITIO MÁS FRECUENTE EN TERCER MOLAR INFERIOR PARCIALMENTE ERUPCIONADOS O RETENIDOS. EL ESPACIO ENTRE LA CORONA -- DEL DIENTE Y EL CAPUCHÓN DE ENCÍA QUE LA CUBRE ES UNA ZONA -- IDEAL PARA LA ACUMULACIÓN DE ALIMENTOS Y BACTERIAS; Y ESTE -- SUELE SER INFECTADO E INFLAMADO CON ULCERACIONES DE DIVERSOS GRADOS.

EN LA PERICORONITIS AGUDA LA SUMA DEL LIGAMENTO INFLAMATORIO Y EL EXUDADO CELULAR PRODUCE UN ALIMENTO DE VOLUMEN -- DEL CAPUCHÓN QUE IMPIDE EL CIERRE DE LOS MAXILARES.

EL CUADRO CLÍNICO ES EL DE UNA LESIÓN SUPURATIVA INFLAMADA, MUY ROJA, SENSIBLE CON DOLORES IRRADIADOS AL OIDO, GARGANTA Y PISO DE LA BOCA.

COMPLICACIONES: ABSCESO PERICORONARIO Y PUEDE PROPAGARSE HACIA ZONA BUCOFARÍNGEA Y A LA BASE DE -- LA LENGUA, DIFICULTANDO LA DEGLUCIÓN.

TRATAMIENTO: SE HA UTILIZADO: APLICACIONES LOCALES DE CLZn-8%, FENOL ALCANFORADO, ALCANFOR, SOLUCIONES DE SULFONAMIDAS, RIBOFLAVINA, COMPLEJO VITAMÍNICO B.

DEPENDE DE LA INTENSIDAD DE LA INFLAMACIÓN, COMPLICACIONES SISTEMICAS Y LA CONVENIENCIA DE CONSERVAR EL DIENTE. ES PRECISO ELIMINAR LOS CAPUCHONES PERICORONARIOS PERSISTENTES - ASINTOMÁTICOS COMO MEDIDA PREVENTIVA.

PRIMER VISITA:

- 1.- DETERMINACIÓN DE LA EXTENSIÓN E INTENSIDAD DE LA LESIÓN.
- 2.- SE LAVA LA ZONA CON AGUA TIBIA PARA ELIMINAR RESIDUOS SUPERFICIALES Y EXUDADO DE LA SUPERFICIE Y SE APLICA ANESTESIA TÓPICA.
- 3.- SE PINTA LA ZONA CON ANTISÉPTICO, SE LEVANTA SUAVEMENTE EL CAPUCHÓN CON RASPADOR. SE QUITAN LOS RESIDUOS Y SE LAVA LA ZONA CON AGUA TIBIA; Y NO SE HARÁ CURETAJE O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. SE INCLUYEN ENJUAGATORIOS CADA HORA, CON UNA SOLUCIÓN DE UNA CUCHARADITA DE SAL EN UN VASO DE AGUA TIBIA, REPOSO, - ABUNDANTES LÍQUIDOS Y ANTIBIÓTICOS.

- 4.- SI EL CAPUCHÓN GINGIVAL ESTÁ INFLAMADO Y FLUCTANTE-- SE HACE UNA INCISIÓN ANTEROPOSTERIOR PARA ESTABLE-- CER UN DRENAJE Y SE INTRODUCE UNA GASA.
- 5.- SE SEPARA SUAVEMENTE EL CAPUCHÓN DEL DIENTE Y SE LA VA LA ZONA CON AGUA TIBIA.
- 6.- SE DETERMINARÁ SI SE EXTRAE EL DIENTE O SE CONSERVA. PROCURANDO REDUCIR EL RIESGO DE LA PÉRDIDA ÓSEA EN-- TORNO A LOS SEGUNDOS MOLARES, HAY QUE EXTRAER LOS - TERCEROS MOLARES RETENIDOS TOTAL O PARCIALMENTE LO-- ANTES POSIBLE. ES NECESARIO ELIMINAR EL TEJIDO -- DISTAL AL DIENTE, ASÍ COMO EL CAPUCHÓN QUE CUBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL. SE COLOCARÁ UN APÓSITO PERIO-- DONTAL, EL CUAL SE RETIRARÁ A LA SEMANA.

CAPÍTULO IV.

ENFERMEDAD PARODONTAL.

CLASIFICACIÓN ENFERMEDAD PARODONTAL.

A) PERIODONTITIS.

PRODUCIDA POR LA EXTENSIÓN HACIA LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE DE LA INFLAMACIÓN INICIADA EN LA ENCÍA, HACIA EL HUESO CON LISIS DE LAS FIBRAS GINGIVALES, FORMACIÓN DE BOLSAS PERIODONTALES Y REABSORCIÓN ÓSEA. SE CLASIFICA EN:

- 1) "MARGINAL O SIMPLE", EN LA CUAL LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES SE RELACIONA ÚNICAMENTE CON LA INFLAMACIÓN.
- 2) "COMPUESTA", EN LA CUAL LA DESTRUCCIÓN DE TEJIDO OCACIONADA POR LA INFLAMACIÓN. SE MODIFICA MEDIANTE EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN Y
- 3) "FORMAS JUVENILES", LESIONES AVANZADAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

PERIODONTITIS SIMPLE.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- HAY INFLAMACIÓN CRÓNICA DE LA ENCÍA, BOLSAS, PÉRDIDA ÓSEA. LA--
MOVILIDAD SOLO EN CASOS AVANZADOS
SE LOCALIZA EN UN SOLO DIENTE O -
EN UN GRUPO. ES INDOLORA, PERO--
PUEDE MANIFESTAR SÍNTOMAS COMO:

- 1) SENSIBILIDAD A CAMBIOS TÉRMI--
COS, ALIMENTOS, ESTIMULACIÓN -
TACTIL POR DENUDACIÓN DE LAS--
RAÍCES.
- 2) DOLOR IRRADIADO PROFUNDO Y SOR
DO DURANTE LA MASTICACIÓN Y --
DESPUÉS CAUSADO POR ACUMULA---
CIÓN DE ALIMENTOS DENTRO DE --
LAS BOLSAS.
- 3) DOLOR PUNZANTE, SENSIBILIDAD A
LA PERCUSIÓN.
- 4) SÍNTOMAS PULPARES.

ETIOLOGÍA- PLACA DENTAL CON UNA VARIEDAD DE IRRITANTES LOCA-
LES COMO: CÁLCULOS, RESTAURACIONES DEFECTUOSAS Y-
EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA.

PERIODONTITIS COMPUESTA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- CON UNA INCIDENCIA MÁS ALTA DE --
BOLSAS INFRAÓSEAS Y PÉRDIDA ÓSEA-
ANGULAR (VERTICAL), ENSANCHAMIE-
TO DEL ESPACIO DEL LIGAMENTO PE--
RIODONTAL, MOVILIDAD DENTAL.

ETIOLOGÍA.- PLACA BACTERIANA E INFLAMACIÓN JUNTO CON EL TRAU-
MA DE LA OCLUSIÓN.

SOBRE LA BASE DE LA VELOCIDAD DE DESTRUCCIÓN DE LOS TE-
JIDOS. LA PERIODONTITIS SIMPLE Y COMPUESTA PUEDEN SER CLA-
SIFICADAS EN 2 GRUPOS:

LESIÓN DE EVOLUCIÓN LENTA.- CON ABUNDANTES DEPÓSITOS DE PLA-
CA Y CÁLCULOS, CON INFLAMACIÓN -
GINGIVAL (CAMBIOS DE COLOR, TEX-
TURA SUPERFICIAL, EXUDADO).

LESIÓN DE EVOLUCIÓN MÁS RÁPIDA.- MENOS INFLAMACIÓN Y CANTIDA-
DES DE PLACA Y CÁLCULO.

PERIODONTITIS JUVENIL.

FORMA GENERALIZADA.- SON LAS LESIONES CORRESPONDIENTES A TRAS-
TORNOS SISTÉMICOS COMO EL SÍNDROME DE PA-
PILLON-LEFVRE, HIPOFOSFATEMIA, AGANULOCI-

TOS, SÍNDROME DE DOWN. ATACA A TODA LA DENTICIÓN Y PRESENTA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL AVANZADA CON MOVILIDAD Y MIGRACIÓN PATOLÓGICA, INFLAMACIÓN GINGIVAL, EXUDADO PURULENTO DE LAS BOLSAS.

FORMA LOCALIZADA.- IDIOPÁTICA O PERIODONTOSIS.

- 1.- CONSISTE EN DEGENERACIÓN Y HEMOLISIS DE LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO CON RESORCIÓN DEL HUESO ALVEOLAR.
- 2.- RÁPIDA PROLIFERACIÓN DEL EPITELIO DE UNIÓN A LO LARGO DE LA RAÍZ PRIMEROS SIGNOS DE INFLAMACIÓN.
- 3.- INFLAMACIÓN PROGRESIVA Y FORMACIÓN DE BOLSAS PROFUNDAS (INFRAÓSEAS).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- AFECTA A HOMBRES Y MUJERES MÁS FRECUENTE ENTRE LA PUBERTAD Y LOS 25 AÑOS. LAS LESIONES APARECEN PRIMERO Y CON MAYOR INTENSIDAD EN INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES, PRESENTANDO MOVILIDAD Y MIGRACIÓN. A MEDIDA QUE LA ENFERMEDAD AVANZA, LAS SUPERFICIES RADICULARES DENUDADAS SE TORNAN SENSIBLES A CAMBIOS DE TEMPERATURA, ALIMENTOS Y ESTÍMULOS TÁCTILES. AL MASTICAR HAY DOLOR --

PROFUNDO, SORDO E IRRADIADO DEBIDO A LA IRRITACIÓN DE LAS ES
TRUCTURAS DE SOPORTE.

TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- MOVILIDAD DENTAL.

ESPACIO PERIODONTAL MUY ENSANCHA-
DO EN LA REGIÓN GINGIVAL DE LA --
RAÍZ.

ENSANCHAMIENTO DEL LIGAMENTO PE--
RIODONTAL EN EL ÁPICE.

ATROFIA PERIODONTAL.

*ATROFIA.- DISMINUCIÓN DE TAMAÑO DE UN TEJIDO U ÓRGANO O DE-
SUS ELEMENTOS CELULARES UNA VEZ OBTENIDO SU TAMA-
ÑO MADURO NORMAL.

LA REDUCCIÓN GENERALIZADA DE LA ALTURA DEL HUESO-
ALVEOLAR, JUNTO CON LA RECESIÓN DE LA ENCÍA, SIN-
INFLAMACIÓN O TRAUMA DE LA OCLUSIÓN, SE PRODUCE -
CON EL AUMENTO DE LA EDAD Y SE LLAMA ATROFIA FI--
SIOLÓGICA O SÉNIL. SE DEBE A LAS REPETIDAS AGRE-
SIONES AL PERIODONCIO.

ATROFIA PRESENIL.- ES LA DISMINUCIÓN PREMATURA DE LA ALTURA DEL PERIODONCIO EN TODA LA BOCA.

ATROFIA POR DESUSO.- SE PRODUCE CUANDO LA ESTIMULACIÓN FUNCIONAL DEL MANTENIMIENTO DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DISMINUYE O FALTA. Y SE CARACTERIZA POR EL ADELGAZAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE FIBRAS PERIODONTALES Y ALTERACIÓN DE LAS FIBRAS, ENGROSAMIENTO DEL CEMENTO Y REDUCCIÓN DE LA ALTURA DEL HUESO ALVEOLAR. Y OSTEOPOROSIS (DISMINUCIÓN DEL NÚMERO Y ESPESOR DE LAS TRABECULAS ÓSEAS).

B) BOLSA PERIODONTAL.

ES LA PROFUNDIZACIÓN PATOLÓGICA DEL SURCO GINGIVAL.

EL AVANCE PROGRESIVO DE LA BOLSA, PRODUCE DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE, AFLOJAMIENTO Y EXFOLIACIÓN DE LOS DIENTES.

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

EL ÚNICO MÉTODO PARA LOCALIZAR LAS BOLSAS Y DETERMINAR SU EXTENSIÓN ES EL SONDEO DEL MARGEN GINGIVAL.

- 1.- ENCÍA MARGINAL ROJO AZULADA, AGRANDADA CON UN BORDE REDONDEADO, SEPARADO DE LA SUPERFICIE DENTAL.
- 2.- ZONA VERTICAL ROJO AZULADA DESDE EL MARGEN GINGIVAL HASTA LA ENCÍA INSERTADA O HASTA LA MUCOSA ALVEOLAR
- 3.- UNA SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD VESTIBULO-LINGUAL DE LA ENCÍA INTERDENTAL.
- 4.- ENCÍA BRILLANTE, BLANDA Y CON CAMBIOS DE COLOR.
- 5.- HEMORRACIA GINGIVAL.
- 6.- EXUDADO PURULENTO EN EL MARGEN GINGIVAL.
- 7.- MOVILIDAD, EXTURSIÓN Y MIGRACIÓN DE DIENTES.
- 8.- APARICIÓN DE DIASTEMAS DONDE NO HABÍA.

SÍNTOMAS.

LAS BOLSAS POR LO GENERAL SON INDOLORAS, PERO PUEDEN GENERAR:

- 1.- DOLOR LOCALIZADO O SENSACIÓN DE PRESIÓN.
- 2.- SABOR DESAGRADABLE EN ÁREAS LOCALIZADAS.
- 3.- DOLOR IRRADIADO EN LA "PROFUNDIDAD DEL HUESO".
- 4.- SENSACIÓN DE PICAZÓN EN LAS ENCÍAS.

5.- NECESIDAD DE INTRODUCIR UN INSTRUMENTO PUNTIAGUDO.

6.- SENSIBILIDAD AL FRÍO Y AL CALOR.

7.- DOLOR EN DIENTES SIN CARIES.

CLASIFICACIÓN (SEGÚN LA MORFOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON --
LAS ESTRUCTURAS).

1.- BOLSA GINGIVAL (RELATIVA O FALSA).

AGRANDAMIENTO GINGIVAL, SIN DESTRUCCIÓN DE LOS TEJI
DOS PERIODONTALES SUBYACENTES. EL SURCO SE PROFUND
DIZA A EXPENSAS DEL AUMENTO DE VOLUMEN DE LA ENCÍA.

2.- BOLSA PERIODONTAL (ABSOLUTA O VERDADERA).

SE PRODUCE CON DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODON-
TALES DE SOPORTE Y SON DOS CLASES.

A) SUPRAÓSEA.- EN LA CUAL EL FONDO DEL HUESO ES CO-
RONARIO AL HUESO ALVEOLAR SUBYACENTE.

B) INFRAÓSEA.- EN LA CUAL EL FONDO DE LA BOLSA ES -
APICAL AL NIVEL DEL HUESO ALVEOLAR ADYACENTE, LA
PARED LATERAL DE LAS BOLSAS ESTÁ ENTRE LAS SUPERR
FICIES DENTAL Y EL HUESO ALVEOLAR.

CLASIFICACIÓN (SEGÚN EL NÚMERO DE CARAS AFECTADAS).

- 1.- SIMPLE.- UNA CARA DEL DIENTE.
- 2.- COMPUESTA.- DOS CARAS DEL DIENTE O MÁS. LA BASE DE LAS BOLSAS ESTÁ EN COMUNICACIÓN DIRECTA-- CON EL MARGEN GINGIVAL EN CADA UNA DE LAS CARAS AFECTADAS DEL DIENTE.
- 3.- COMPLEJAS.- ES UNA BOLSA ESPIRALADA QUE NACE EN UNA SUPERFICIE DENTAL Y DA VUELTAS ALREDEDOR -- DEL DIENTE.

PATOGENIA.

EL ORDEN DE LAS ALTERACIONES QUE OCURRE EN LA TRANSICIÓN DEL SURCO GINGIVAL NORMAL A LA BOLSA PERIODONTAL-PATOLÓGICA ES: LA FORMACIÓN DE LA BOLSA COMIENZA CON UN CAMBIO INFLAMATORIO EN LA PARED DE TEJIDO CONECTIVO DEL-SURCO GINGIVAL, ORIGINADO POR LA PLACA BACTERIANA. EL-EXUDADO INFLAMATORIO CELULAR Y LÍQUIDO CAUSA LA DEGENERACIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO Y CIRCULANTE INCLUYENDO LAS FIBRAS GINGIVALES.

JUNTO CON LA INFLAMACIÓN DEL EPITELIO DE UNIÓN-
PROLIFERA A LO LARGO DE LA RAÍZ; LA PORCIÓN CORONA--
RIA DEL EPITELIO DE UNIÓN SE DESPRENDE DE LA RAÍZ A-
MEDIDA QUE LA PORCIÓN APICAL MIGRA.

LA INFLAMACIÓN CONTINÚA. LA ENCÍA AUMENTA DE --
TAMAÑO Y LA CRESTA GINGIVAL SE EXTIENDE HACIA LA CO-
RONA.

EL EPITELIO DE UNIÓN CONTINÚA SU MIGRACIÓN A LO
LARGO DE LA RAÍZ Y SE SEPARA DE ELLA.

EL EPITELIO DE LA PARED LATERAL DE LA BOLSA PRO-
LIFERA Y FORMA EXTENSIONES BULBOSAS Y ACORDONADAS EN
EL TEJIDO CONECTIVO INFLAMADO.

LOS LEUCOCITOS Y EL EDEMA DEL TEJIDO CONECTIVO-
INFLAMADO INFILTRAN EL EPITELIO QUE TAPIZA LA BOLSA,
CUYA CONSECUENCIA ES LA APARICIÓN DE DIVERSOS GRADOS
DE DEGENERACIÓN Y NECROSIS.

PAGE Y SCHROEDER DESCRIBIERON LAS SIGUIENTES ETAPAS DE LA PATOGENIA DE UNA LESIÓN PERIODONTAL:

- 1.- LESIÓN INICIAL.- CARACTERIZADA POR "CLÁSICA VASCULITIS - DE VASOS SUBYACENTES AL EPITELIO DE --- UNIÓN; EXUDADO DE LIGAMENTO DEL SURCO-- GINGIVAL; MAYOR MIGRACIÓN LEUCOCITARIA- HACIA EL EPITELIO DE UNIÓN Y SURCO GIN- GIVAL; PRESENCIA DE PROTEÍNAS SÉRICAS,- (FIBRINA) EN ZONAS EXTRACELULARES, ALTE RACIÓN DE LA PORCIÓN MÁS CORONARIA DEL- EPITELIO DE UNIÓN Y PÉRDIDA DE COLÁGENO PERIVASCULAR .

- 2.- LESIÓN TEMPRANA.- SE ACENTÚAN LAS DE LA LESIÓN INICIAL Y CON ACUMULACIÓN DE CÉLULAS LINFOIDES - POR DEBAJO DEL EPITELIO DE UNIÓN EN EL SITIO DE INFLAMACIÓN AGUDA; ALTERACIO- NES CITOPÁTICAS EN FIBROBLASTOS RESI-- DENTES, CON PÉRDIDA DE FIBRAS COLÁGENAS QUE SOSTIENEN LA ENCIA MARGINAL; COMIEN

ZO DE LA PROLIFERACIÓN DE CÉLULAS BASALES
DE EPITELIO DE UNIÓN.

3.- LESIÓN ESTABLECIDA.- PERSISTENCIA DE LA MANIFESTACIÓN DE
INFLAMACIÓN AGUDA.

C) PÉRDIDA ÓSEA.

- PATRONES DE DESTRUCCIÓN ÓSEA.

EL EQUILIBRIO FISIOLÓGICO DEL HUESO ALVEOLAR EN ESTADO-NORMAL SE MANTIENE POR UN EQUILIBRIO CONSTANTE ENTRE LA FORMACIÓN ÓSEA Y LA RESORCIÓN ÓSEA, REGULADAS POR INFLUENCIAS - LOCALES Y SISTÉMICAS.

LA PÉRDIDA ÓSEA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL PUEDE SER-CONSECUENCIA DE CUALQUIERA DE LOS CAMBIOS SIGUIENTES:

- 1.- AUMENTO DE LA RESORCIÓN EN PRESENCIA DE NEOFORMA---
CIÓN NORMAL O AUMENTADA.
- 2.- DISMINUCIÓN DE LA NEOFORMACIÓN EN PRESENCIA DE RE--
SORCIÓN NORMAL.
- 3.- AUMENTO DE LA RESORCIÓN COMBINADO CON LA DISHINU---
CIÓN DE LA NEOFORMACIÓN.

- DESTRUCCIÓN ÓSEA.

SE BASA EN FACTORES LOCALES Y EN SISTÉMICOS, AUNQUE SU-

PAPEL NO HA SIDO DETERMINADO.

FACTORES LOCALES:

- A) INFLAMACIÓN GINGIVAL.
- B) TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.
 - 1.- SIN INFLAMACIÓN.
 - 2.- CON INFLAMACIÓN.

MECANISMOS POR LOS CUALES LA INFLAMACIÓN DESTRUYE HUESO.

- 1.- LA ACCIÓN DIRECTA DE LOS PRODUCTOS DE LA PLACA SOBRE LAS CÉLULAS ÓSEAS PROGENITORAS INDUCE SU DIFERENCIACIÓN EN OSTEOCLASTOS.
- 2.- LOS PRODUCTOS DE LA PLACA ACTÚAN DIRECTAMENTE SOBRE EL HUESO, DESTRUYÉNDOLO MEDIANTE MECANISMOS NO CELULARES.
- 3.- LOS PRODUCTOS DE LA PLACA ESTIMULAN LAS CÉLULAS GINGIVALES HACIENDO QUE LIBEREN MEDIADORES QUE A SU VEZ INDUCEN A LAS CÉLULAS OSTEOGÉNAS A DIFERENCIARSE EN OSTEOCLASTOS.
- 4.- LOS PRODUCTOS DE LA PLACA HACEN LIBERAR A LAS CÉLULAS GINGIVALES SUBSTANCIAS QUE PUEDEN ACTUAR COMO CO

FACTORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA.

- 5.- LOS PRODUCTOS DE LA PLACA PUEDEN HACER LIBERAR A --
LAS CÉLULAS GINGIVALES SUBSTANCIAS QUE DESTRUYEN --
HUESO POR ACCIÓN QUÍMICA DIRECTA SIN OSTEOCLASTOS.

LA INFLAMACIÓN VA ACOMPAÑADA DE UN AUMENTO DE LOS OSTEOCLASTOS Y FAGOCITOS MONOCELULARES QUE REABSORBEN HUESO MEDIANTE LA REMOCIÓN DE CRISTALES MINERALES Y LA DISOLUCIÓN DEL COLÁGENO EXPUESTO. EL AUMENTO DE LA VASCULARIZACIÓN CONCOMITANTE CON LA INFLAMACIÓN, ASÍ MISMO PRODUCE RESORCIÓN ÓSEA AL ESTIMULAR EL AUMENTO DE OSTEOCLASTOS Y AL ELEVAR LA TENSIÓN LOCAL DE O_2 .

EL DESCENSO DE PH EN EL PROCESO INFLAMATORIO TAMBIÉN PUEDE AFECTAR A LA RESORCIÓN ÓSEA.

FORMACIÓN DE HUESO.

LA PÉRDIDA ÓSEA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL NO ES SIMPLEMENTE UN PROCESO DESTRUCTIVO, SINO QUE ES LA CONSECUENCIA DEL PREDOMINIO DE LA RESORCIÓN SOBRE LA NEOFORMACIÓN. LA NEOFORMACIÓN ÓSEA RETARDA LA VELOCIDAD DE LA PÉRDIDA ÓSEA, COMPENSANDO EN CIERTO GRADO EL HUESO DESTRUIDO POR LA INFLAMACIÓN. A CAUSA DE LA INTERACCIÓN ENTRE LA RESORCIÓN Y LA FORMACIÓN DE HUESO, LA PÉRDIDA ÓSEA NO ES NECESARIAMENTE CONTINUA.

LA PRESENCIA DE FORMACIÓN ÓSEA COMO RESPUESTA A LA INFLAMACIÓN EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ACTIVA TIENE RELACIÓN CON EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO.

LA ELIMINACIÓN DE LA INFLAMACIÓN PARA SUPRIMIR EL ESTÍMULO DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y EL ESTABLECIMIENTO DE CONDICIONES QUE CONDUZCAN A LA CURACIÓN SON LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL.

DESTRUCCIÓN ÓSEA CAUSADA POR EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

ÉSTA PUEDE PRODUCIR LA DESTRUCCIÓN ÓSEA SIN INFLAMACIÓN O COMBINADO CON ELLA.

1.-TRAUMA SIN INFLAMACIÓN.

LOS CAMBIOS EN EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN VARIAN DESDE EL AUMENTO DE LA COMPRESIÓN Y LA TENSIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y AUMENTO DE LA OSTEOCLASIA DEL HUESO ALVEOLAR HASTA LA NECROSIS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y HUESO, Y RESORCIÓN DEL HUESO Y ESTRUCTURA DENTAL. ÉSTOS CAMBIOS SON REVERSIBLES PORQUE SE REPARAN SI SE ELIMINAN LAS FUERZAS LESIVAS.

CUANDO EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN ES PERSISTENTE PRODUCE ENSANCHAMIENTO EN FORMA DE EMBUDO DE LA PORCIÓN DE LA CRESTA DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, CON RESORCIÓN DEL HUESO ADYACENTE; GENERANDO DEFECTOS ÓSEOS QUE DEBILITAN EL SOPORTE DENTAL Y --

ORIGINAN LA MOVILIDAD DENTAL.

2.- TRAUMA COMBINADO CON INFLAMACIÓN.

AL COMBINARSE CON INFLAMACIÓN, EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN-
ACTÚA COMO UN FACTOR CODESTRUCTIVO, AGRAVANDO LA DESTRUCCIÓN-
ÓSEA CAUSADA POR LA INFLAMACIÓN Y GENERA PATRONES ÓSEOS CAPRI-
CHOSOS.

DESTRUCCIÓN ÓSEA CAUSADA POR TRASTORNOS SISTÉMICOS.

FACTORES LOCALES Y SISTÉMICOS REGULAN EL EQUILIBRIO FI--
SIOLÓGICO DEL HUESO. CUANDO HAY TENDENCIA GENERALIZADA A LA
RESORCIÓN ÓSEA, LA PÉRDIDA ÓSEA INICIADA POR PROCESOS INFLAMA-
TORIOS LOCALES PUEDE SER INTENSIFICADA.

ESTA INFLUENCIA SISTÉMICA SOBRE LA RESPUESTA DE LA PÉRDI-
DA ÓSEA ALVEOLAR HA SIDO DENOMINADA "FACTOR ÓSEO EN LA ENFER-
MEDAD PERIODONTAL".

FACTOR ÓSEO.

EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, EL FACTOR ÓSEO INDIVIDUAL-
AFECTA A LA INTENSIDAD DE LA PÉRDIDA ÓSEA ASOCIADA CON FACTO-
RES DESTRUCTORES LOCALES. EL EFECTO DESTRUCTOR DE LA INFLA-
MACIÓN Y EL TRAUMA VARÍA CON EL ESTADO DEL "FACTOR ÓSEO POSI-

TIVO", QUE CUANDO SE SOBREGREGA A UNA TENDENCIA DESTRUCTORA--
DE HUESO INDUCIDA ORGÁNICAMENTE (FACTOR ÓSEO NEGATIVO).

EN PRESENCIA DE UN "FACTOR ÓSEO" NEGATIVO, LA CAPACIDAD--
NORMAL DE ADAPTACIÓN DE HUESO ALVEOLAR A LAS FUERZAS OCLUSA--
LES SE ALTERA DE MODO QUE LA RELACIÓN FUNCIONAL NORMAL SE CON--
VIERTE EN UNA FUERZA DESTRUCTORA LOCAL.

PÉRDIDA ÓSEA Y MOVIMIENTO DENTAL.

LA MAGNITUD DE LA MOVILIDAD DEPENDE DE LA INTENSIDAD Y --
LA DISTRIBUCIÓN DE LA PÉRDIDA DE TEJIDO EN CADA SUPERFICIE RA--
DICULAR LA LONGITUD Y FORMA DE LAS RAÍCES Y EL TAMAÑO DE LA --
RAÍZ COMPARADA CON LA CORONA.

UN DIENTE CON RAÍCES CORTAS CÓNICAS ES MÁS PROPENSO A --
AFLOJARSE QUE UNO CON RAÍCES VOLUMINOSAS DE TAMAÑO NORMAL CON
IGUAL CANTIDAD DE PÉRDIDA ÓSEA.

LA PÉRDIDA ÓSEA NO ES LA ÚNICA CAUSA DE LA MOVILIDAD DEN--
TAL, YA QUE ES UNA CONSECUENCIA DE UNA COMBINACIÓN DE FACTO--
RES COMO: LA AGRESIÓN PRODUCIDA POR LAS FUERZAS OCLUSALES EX--
CESIVAS Y LA EJERCIDA DURANTE HÁBITOS OCLUSALES ANORMALES CO--
MO EL BRUXISMO Y APRETAMIENTO.

ASÍ MISMO, LA MOVILIDAD AUMENTA CON LA HIPOFUNCIÓN.
LA MOVILIDAD PRODUCIDA POR EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN OCURRE CO

MO RESULTADO DE LA RESORCIÓN DE LA CAPA ÓSEA CORTICAL Y COMO UN ENSANCHAMIENTO DEL ESPACIO PERIODONTAL.

FACTORES QUE DETERMINAN LA MORFOLOGÍA ÓSEA EN LA ENFERMEDAD - PERIODONTAL.

VARIACIONES MORFOLÓGICAS DEL HUESO ALVEOLAR.

LAS CARACTERÍSTICAS DEL HUESO QUE AFECTAN LA FORMA DE -- DESTRUCCIÓN ÓSEA SON:

- 1.- ESPESOR, ANCHO Y ANGULACIÓN DE LA CRESTA DEL TABIQUE INTERDENTAL.
- 2.- ESPESOR DE LAS TABLAS ALVEOLARES VESTIBULAR Y LINGUAL.
- 3.- PRESENCIA DE FRENESTACIONES Y DEHISCENCIAS SOBRE LAS SUPERFICIES RADICULARES.
- 4.- ESPESOR DE LOS BORDES ÓSEOS ALVEOLARES PARA ACOMODARSE A LAS DEMANDAS FUNCIONALES Y LA ALINEACIÓN DE LOS DIENTES.

EXOSTOSIS:

SON CRECIMIENTOS DEL HUESO, DE DIVERSAS FORMAS Y TAMAÑOS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA EN ZONA VESTIBULAR. EL---
BORDE CERVICAL DEL HUESO ALVEOLAR ESTÁ ENGROSADO Y ES DIFÍCIL
DIFERENCIARLO DE UNA EXOSTOSIS LINEAL Y UNA ADAPTACIÓN LINEAL.

FORMACIÓN DE HUESO DE REFUERZO (CORNISA O MESETA).

A VECES SE GENERA HUESO EN EL INTENTO DE REFORZAR LAS --
TRÁBECULAS DEBILITADAS POR LA RESORCIÓN. CUANDO SE PRODUCE--
DENTRO DEL MAXILAR, SE DENOMINA: FORMACIÓN DE HUESO DE REFUER
ZO CENTRAL CUANDO OCURRE EN LA SUPERFICIE EXTERNA, SE DENOMI--
NA, HUESO DE REFUERZO PERIFÉRICO; ÉSTE ABULTA EL CONTORNO ---
ÓSEO Y FORMA UNA CORNISA O MESETA QUE A VECES ES CONCOMITANTE
CON CRÁTERES OSEOS Y DEFECTOS INFRAÓSEOS.

FORMAS DE DESTRUCCIÓN ÓSEA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

I.- PÉRDIDA ÓSEA HORIZONTAL.- FORMA MÁS COMÚN DE PÉRDIDA
ÓSEA; LA ALTURA DEL HUESO DESCIENDE Y EL MARGEN ÓSEO
ES HORIZONTAL O LEVEMENTE ANGULADO. LOS TABIQUES--
INTERDENTALES Y LAS TABLAS VESTIBULAR Y LINGUAL ES--
TAN AFECTADOS, PERO NO EN IGUAL GRADO ALREDEDOR DE -
CADA DIENTE.

II.- DEFORMIDADES ÓSEAS (DEFECTOS ÓSEOS).

A) CRÁTERES ÓSEOS.- SON CONCAVIDADES EN LA CRESTA DEL --
HUESO INTERDENTAL CONFINADAS DENTRO DE LAS PAREDES --

VESTIBULAR Y LINGUAL Y CON MENOR FRECUENCIA ENTRE - LA SUPERFICIE DENTAL Y LA TABLA ÓSEA VESTIBULAR O - LINGUAL. ÉSTOS REPRESENTAN UN TERCIO DEL TOTAL DE LOS DEFECTOS (35%) Y ALREDEDOR DE DOS TERCIOS (62%) DE LOS DEFECTOS DEL MAXILAR INFERIOR.

FACTORES QUE CAUSAN LOS CRÁTERES INTERDENTALES.

- 1.- ZONA INTERDENTAL, ACUMULA PLACA Y ES DIFÍCIL DE LIMPIAR.
 - 2.- LA FORMA VESTIBULO-LINGUAL PLANA O HASTA CÓNCAVA -- DEL TABIQUE INTERDENTAL DE LOS MOLARES INFERIORES, - LA FALTA DE HUESO CORTICAL EN LA CRESTA.
 - 3.- LA INFLAMACIÓN SIGUE LOS TRAYECTOS VASCULARES Y --- AVANZA MÁS RÁPIDAMENTE A TRAVÉS DEL TÁBECULO ESPONJOSO VASCULAR.
 - 4.- EL TABECULADO ESPONJOSO POSEE UNA RENOVACIÓN MÁS RÁPIDA QUE EL HUESO CORTICAL.
- B) DEFECTOS VERTICALES (ANGULARES).- SON SOCAVACIONES - PRACTICADAS EN EL HUESO, A LO LARGO DE UNA SUPERFICIE RADICULAR DENUDADA O MÁS, ENCERRADAS DENTRO DE - UNA, DOS O TRES PAREDES ÓSEAS. LA BASE DEL DEFECTO SE LOCALIZA APICALMENTE AL HUESO CIRCUNDANTE.

C) CONTORNOS ÓSEOS ABULTADOS.- SON AGRANDAMIENTOS ÓSEOS POR EXOSTOSIS, A LA ADAPTACIÓN DE LA FUNCIÓN O FORMA CIÓN DEL HUESO DE REFUERZO.

D) HEMISEPTUM.- LA PORCIÓN REMANENTE DE UN TABIQUE INTERDENTAL, UNA VEZ DESTRUIDA LA PORCIÓN MESIAL O DISTAL POR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SE DENOMINA: HEMISEPTUM.

E) MARGENES IRREGULARES.- SON DEFECTOS ANGULARES O EN FORMA DE U PRODUCIDOS POR LA RESORCIÓN DE LA TABLA ÓSEA VESTIBULAR O LINGUAL O DIFERENCIAS ENTRE LA ALTURA DE LOS MARGENES VESTIBULAR O LINGUAL Y LA ALTURA DEL TABIQUE INTERDENTAL.

F) REBORDES.- SON MARGENES OSEOS EN FORMA DE MESETA, -- PRODUCIDOS POR LA RESORCIÓN DE TABLAS ÓSEAS ENGROSADAS.

D) ABSCESO PERIODONTAL.

ES UNA INFLAMACIÓN PURULENTA LOCALIZADA EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

SE PUEDE FORMAR COMO:

1.- EXTENSIÓN PROFUNDA DE LA INFECCIÓN DESDE UNA BOLSA-

PERIODONTAL HACIA LOS TEJIDOS PERIODONTALES, Y SU LOCALIZACIÓN DEL PROCESO INFLAMATORIO SUPURATIVO ES JUNTO AL SECTOR LATERAL DE LA RAÍZ.

- 2.- EXTENSIÓN LATERAL DE LA INFLAMACIÓN DESDE LA SUPERFICIE INTERNA DE UNA BOLSA PERIODONTAL HACIA EL TEJIDO CONECTIVO DE LA PARED DE LA BOLSA. EL ABSCESO SE LOCALIZA CUANDO ESTÁ OBSTRUIDO EL DRENAJE HACIA LA LUZ DE LA BOLSA.
- 3.- EN UNA BOLSA QUE DESCRIBE UN TRAYECTO ALREDEDOR DE LA RAÍZ Y SE PUEDE ESTABLECER EL ABSCESO EN EL FONDO, Y SU COMUNICACIÓN CON LA SUPERFICIE SE CIERRA.
- 4.- ELIMINACIÓN INCOMPLETA DE CÁLCULOS DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA BOLSA PERIODONTAL. EN ESTE CASO LA PARED GINGIVAL SE RETRAE Y OCLUYE EL ORIFICIO DE LA BOLSA; EL ABSCESO SE ORIGINA EN LA PORCIÓN CERRADA DE LA BOLSA.
- 5.- PUEDE HABER ABSCESO EN AUSENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO DEL DIENTE O PERFORACIÓN DE LA PARED LATERAL DE LA RAÍZ DURANTE EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO.

CLASIFICACIÓN.

SEGÚN SU LOCALIZACIÓN:

- 1.- ABSCESO EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE: EN ESTE CASO SUELE HABER UNA CAVIDAD EN EL HUESO QUE SE EXTIENDE EN SENTIDO LATERAL DESDE EL ABSCESO HACIA LA SUPERFICIE EXTERNA.
- 2.- ABSCESO EN LA PARED BLANDA DE UNA BOLSA PERIODONTAL PROFUNDA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

a) ABSCESO AGUDO.

APARECE COMO UNA ELEVACIÓN OVOIDE DE LA ENCÍA, EN LA ZONA LATERAL DE LA RAÍZ. LA ENCÍA ES EDENÁTICA Y ROJA, CON UNA SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. SU FORMA Y LA CONSISTENCIA DE LA ZONA ELEVADA VARÍA. PUEDE TENER FORMA DE CÚPULA, ES FIRME O PUNTIAGUDA Y BLANDA. ES POSIBLE EXPULSAR PUS DEL MARGEN GINGIVAL MEDIANTE PRESIÓN DIGITAL SUAVE.

PRESENTA SÍNTOMAS COMO:

DOLOR IRRADIADO PULSÁTIL, SENSIBILIDAD DE LA ENCÍA A LA PALPACIÓN, SENSIBILIDAD DEL DIENTE A LA PERCUSIÓN, MOVILIDAD DENTAL, LINFADENITIS Y MANIFESTACIO-

NES GENERALES COMO: FIEBRE, LEUCOCITOSIS.

b) ABSCESO CRÓNICO.

SE PRESENTA COMO UNA FÍSTULA QUE SE ABRE EN LA MUCOSA GINGIVAL, EN ALGUNA PARTE CORRESPONDIENTE A LA -- RAÍZ.

EL ORIFICIO DE LA FÍSTULA PUEDE SER UNA ABERTURA -- MUY PEQUEÑA, DIFÍCIL DE DETECTAR. LA FÍSTULA PUEDE -- ESTAR CUBIERTA POR UNA MASA PEQUEÑA, ROSADA, ESFÉRICA, DE TEJIDO DE GRANULACIÓN. POR LO GENERAL ES -- ASINTOMÁTICO. EL PACIENTE SUELE REGISTRAR DOLOR -- SORDO, MODICANTE, LEVE ELEVACIÓN DEL DIENTE Y EL DESEO DE MORDER Y FROTAR EL DIENTE.

ASPECTO RADIOGRÁFICO.

SU ASPECTO RADIOGRÁFICO CARACTERÍSTICO ES EL DE UNA ZONA CIRCUNSCRITA, EN EL SECTOR LATERAL DE LA RAÍZ.

SIN EMBARGO, EL CUADRO RADIOGRÁFICO NO SIEMPRE ES EL -- MISMO A CAUSA DE MUCHAS VARIANTES.

- 1.- LA ETAPA DE LA LESIÓN. EN LAS ETAPAS INCIPIENTES-- EL ABSCESO PERIODONTAL AGUDO ES EN EXTREMO DOLOROSO, PERO NO PRESENTA MANIFESTACIONES RADIOGRÁFICAS.

2.- LA EXTENSIÓN DE LA DESTRUCCIÓN ÓSEA Y LA MORFOLOGÍA DEL HUESO.

3.- LOCALIZACIÓN DEL ABSCESO.

LAS LESIONES QUE ESTÁN EN LA PARED BLANDA DE LA - BOLSA PERIODONTAL PRODUCEN MENORES CAMBIOS RADIOGRÁFICOS QUE LAS LOCALIZADAS EN LA PROFUNDIDAD DE LOS- TEJIDOS DE SOPORTE.

LOS ABSCESOS EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR O LIN--- GUAL ESTÁN ENMASCARADOS POR LA RADIOPACIDAD DE LA - RAÍZ; LAS LESIONES INTERPROXIMALES SON LAS QUE SE-- OBSERVAN MEJOR RADIOGRÁFICAMENTE.

NO ES POSIBLE BASARSE ÚNICAMENTE EN LA RADIOGRA-- FÍA PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE UN ABSCESO PE RIODONTAL.

DIAGNÓSTICO:

EL DIAGNÓSTICO EXIGE LA CORRELACIÓN DE LA HISTORIA CON- LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS. LA CONTINUIDAD DE- LA LESIÓN CON EL MARGEN GINGIVAL ES UNA PRUEBA CLÍNICA DE LA PRESENCIA DE UN ABSCESO PERIODONTAL.

LA ZONA SOSPECHOSA SERA SONDEADA CUIDADOSAMENTE EN EL -

MARGEN GINGIVAL DE CADA SUPERFICIE DENTAL PARA DETECTAR UN CONDUCTO DESDE EL MARGEN GINGIVAL HASTA LOS TEJIDOS PERIODONTALES MÁS PROFUNDOS. EL ABSCESO NO SE LOCALIZA NECESARIAMENTE EN LA MISMA SUPERFICIE DE LA RAÍZ QUE LA BOLSA DONDE NACE. UNA BOLSA DE LA CARA VESTIBULAR O LINGUAL PUEDE ORIGINAR UN ABSCESO PERIODONTAL EN EL ESPACIO INTERPROXIMAL.

ES COMÚN QUE UN ABSCESO PERIODONTAL SE LOCALICE EN UNA SUPERFICIE RADICULAR DISTINTA DE LA BOLSA QUE LO ORIGINA. -- PORQUE ES MÁS FACTIBLE QUE SE OBSTRUYA EL DRENAJE CUANDO LA BOLSA SIGUE UN TRAYECTO TORTUROSO.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ABSCESO PERIODONTAL Y ABSCESO-PERIAPICAL.

SI EL DIENTE NO ES VITAL, ES PROBABLE QUE LA LESIÓN SEA PERIAPICAL. EN CASOS AVANZADOS, EL ABSCESO PERIODONTAL SE EXTIENDE HASTA EL ÁPICE Y PRODUCE LESIÓN DE LA PULPA Y NECROSIS. CON EXCEPCIÓN EL ABSCESO PERIODONTAL NO PRODUCE DESVITIALIZACIÓN DE LOS DIENTES.

UN ABSCESO APICAL PUEDE PROPAGARSE POR LA ZONA LATERAL DE LA RAÍZ HACIA EL MARGEN GINGIVAL, PERO CUANDO EL ÁPICE Y LA SUPERFICIE LATERAL DE LA RAÍZ SE ENCUENTRAN AFECTADOS POR UNA LESIÓN ÚNICA, QUE PUEDE SER SONDEADA DIRECTAMENTE DESDE EL MARGEN GINGIVAL, ES MÁS PROBABLE QUE SE HAYA ORIGINADO --

COMO ABSCESO PERIODONTAL.

SIN EMBARGO, ABSCESOS PERIODONTALES AGUDOS QUE NO PRESENTAN MANIFESTACIONES RADIOGRÁFICAS, SUELEN PRODUCIR SÍNTOMAS EN DIENTES CON LESIONES PERIAPICALES RADIOGRÁFICAMENTE DETECTABLES DESDE HACE MUCHO TIEMPO Y QUE NO CONTRIBUYEN AL MALESTAR DEL PACIENTE. HALLAZGOS CLÍNICOS COMO PRESENCIA DE CARRIES EXTENSAS, BOLSAS, VITALIDAD DENTAL Y EXISTENCIA DE UNA CONTINUIDAD ENTRE EL MARGEN GINGIVAL Y LA ZONA DEL ABSCESO, MUCHAS VECES RESULTAN DE MAYOR VALOR DIAGNÓSTICO QUE LAS RADIOGRAFÍAS.

UNA FÍSTULA QUE DRENA EN LA ZONA LATERAL DE LA RAÍZ INDICA UNA LESIÓN PERIODONTAL MÁS QUE APICAL, MIENTRAS QUE UNA FÍSTULA DESDE UNA LESIÓN PERIAPICAL SE LOCALIZA MÁS APICALMENTE.

ABSCESSO PERIODONTAL - ABSCESSO GINGIVAL.

LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS SON LA LOCALIZACIÓN Y LA HISTORIA.

EL ABSCESSO GINGIVAL QUEDA CONFINADO EN LA ENCÍA MARGINAL Y SE SUELE PRESENTAR EN ZONAS ANTERIORMENTE SANAS. ES POR LO COMÚN, UNA RESPUESTA INFLAMATORIA AGUDA A CUERPOS EXTENSOS FORMADOS DENTRO DE LA ENCÍA. EN CIRCUNSTANCIAS RARAS, ES LA CON

SECUENCIA DE LA INFECCIÓN DE UN QUISTE GINGIVAL CUBIERTO POR-EPITELIO. EL ABSCESO PERIODONTAL ATACA A LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE Y APARECE DURANTE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA.

QUISTE PERIODONTAL.

LESIÓN POCO COMÚN QUE PRODUCE DESTRUCCIÓN LOCALIZADA DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES EN LA SUPERFICIE LATERAL DE LA RAÍZ CON FRECUENCIA EN LA ZONA DE CANINO Y PREMOLARES INFERIORES. POSIBLEMENTE SE TRATE DE UN QUISTE ODONTOGÉNICO, GENERADO POR LA PROLIFERACIÓN DE LOS RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ.

OTRAS TEORÍAS SOBRE SU ORIGEN SON:

- a) PUEDE SER UN QUISTE DENTÍGENO LATERAL RETENIDO EN EL-MAXILAR UNA VEZ ERUPCIONADO EL DIENTE.
- b) PUEDE SER CAUSADO POR LA IMPLANTACIÓN TRAUMÁTICA DE--EPITELIO BUCAL.
- c) PUEDE SER CONSECUENCIA DE LA ESTIMULACIÓN DE LOS RES-TOS EPITELIALES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL POR INFEC--CIÓN DE UN ABSCESO PERIODONTAL O DE LA PULPA.

ES ASINTOMÁTICO Y NO PRESENTA CAMBIOS DETECTABLES O PRESENTA UNA INFLAMACIÓN SENSIBLE LOCALIZADA.

RADIOGRÁFICAMENTE CUANDO SE LOCALIZA INTERPROXIMALMENTE, APARECE A UN COSTADO DE LA RAÍZ COMO UNA ÁREA RADIOLÚCIDA BORDEADA POR UNA LÍNEA RADIOPACA Y NO PUEDE SER DIFERENCIADO DE UN ABSCESO PERIODONTAL.

E) TRAUMA POR OCLUSIÓN.

COMPONENTE FUNCIONAL EN LA SALUD PERIODONTAL.

LA SALUD PERIODONTAL DEPENDE DEL EQUILIBRIO ENTRE UN MEDIO INTERNO REGULADO SISTÉMICAMENTE Y EL MEDIO EXTERIOR DEL DIENTE, DEL CUAL LA OCLUSIÓN ES UN COMPONENTE IMPORTANTE. PARA PERMANECER SANO EL LIGAMENTO PERIODONTAL Y EL HUESO ALVEOLAR REQUIEREN LA ESTIMULACIÓN MECÁNICA DE LAS FUERZAS OCLUSALES.

LA RELACIÓN DE LA OCLUSIÓN COMIENZA CON LA FORMACIÓN DEL DIENTE. CUANDO LA CORONA DEL DIENTE QUEDA COMPLETADA ESTÁ CONTENIDA DENTRO DE UNA CRIPTA ÓSEA DEL MAXILAR PROTEGIDA DE LOS FACTORES DEL MEDIO EXTERIOR. A MEDIDA QUE EL DIENTE ERUPCIONA EN LA CAVIDAD BUCAL LA PRESIÓN DE LOS LABIOS, LENGUA, CARRILLOS, LOS DEDOS DEL NIÑO, EL CHUPETE Y LOS ALIMENTOS EJERCEN UN EMPUJE SOBRE ELLA. PARA QUE LA CORONA PUEDA SOPORTAR ESAS FUERZAS, SE VA FORMANDO LA RAÍZ A MEDIDA QUE EL DIENTE ERUPCIONA Y SE FORMA PERIODONCIO ALREDEDOR DE LA RAÍZ PARA SUJETARLA AL MAXILAR.

DE IGUAL MODO QUE EL DIENTE DEPENDE DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES PARA PERMANECER EN EL MAXILAR LOS TEJIDOS PERIODONTALES DEPENDEN DE LA ACTIVIDAD FUNCIONAL DEL DIENTE PARA CONSERVAR SU SALUD.

CUANDO LA ESTIMULACIÓN FUNCIONAL ES INSUFICIENTE, EL TEJIDO SE ATROFIA, CUANDO SE EXTRAE EL DIENTE EL PERIODONCIO DESAPARECE.

CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN FISIOLÓGICA DEL PERIODONCIO A LAS FUERZAS OCLUSALES.

CUANDO LAS DEMANDAS FUNCIONALES AUMENTAN, EL PERIODONCIO TRATA DE ACOMODARSE A ELLAS. LA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN VARÍA DE UNA PERSONA A OTRA. EL EFECTO DE LAS FUERZAS OCLUSALES SOBRE EL PERIODONCIO ESTÁ INFLUIDO POR SU INTENSIDAD, DIRECCIÓN, FRECUENCIA Y DURACIÓN.

- 1.- INTENSIDAD.- CUANDO LA INTENSIDAD AUMENTA, EL PERIODONCIO RESPONDE MEDIANTE UN ENGROSAMIENTO Y AUMENTO DE LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y AUMENTO DE LA DENSIDAD DEL HUESO ALVEOLAR.
- 2.- DIRECCIÓN.- LA MODIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE LAS FUERZAS OCLUSALES GENERA LA REORIENTACIÓN DE LAS FUERZAS Y TENSIONES DENTRO DEL PERIODONCIO.

LAS FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL ESTÁN-DISPUESTAS DE TAL MODO QUE SE PUEDEN ADAPTAR MEJOR A LAS ---FUERZAS OCLUSALES QUE ACTÚAN SOBRE EL EJE MAYOR DEL DIENTE. CUANDO AUMENTAN LAS FUERZAS AXIALES, HAY UNA DEFORMACIÓN VIS COELÁSTICA DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, COMPRESIÓN DE LAS FI--BRAS PERIODONTALES Y RESORCIÓN ÓSEA EN LAS ÁREAS APICALES. LAS FIBRAS RELACIONADAS CON EL RESTO DE LA RAÍZ QUEDAN TEN--SAS Y SE NEOFORMA EL HUESO.

LAS FUERZAS LATERALES U HORIZONTALES SON COMPENSADAS ME DIANTE LA RESORCIÓN ÓSEA EN ÁREAS DE PRESIÓN Y FORMACIÓN DE-HUESO EN ÁREAS DE TENSIÓN. EL PUNTO MÁS VENTAJOSO DE APLI-CACIÓN DE UNA FUERZA LATERAL ESTÁ CERCA DE LA LÍNEA CERVICAL. A MEDIDA QUE EL PUNTO DE APLICACION ES DESPLAZADO CORONARIA-MENTE, LA DISTANCIA DESDE EL CENTRO DE ROTACIÓN O BRAZO DE -PALANCA SE ALARGA Y LA FUERZA SOBRE EL LIGAMENTO PERIODONTAL AUMENTA.

LAS FUERZAS DE TOQUE O DE ROTACIÓN GENERAN TENSIÓN Y --PRESIÓN QUE EN CONDICIONES FISIOLÓGICAS CONDUCEN A LA FORMA-CIÓN Y RESORCIÓN ÓSEA. LAS FUERZAS DE ROTACIÓN SON LAS QUE PROBABLEMENTE LESIONEN MÁS EL PERIODONCIO.

3.- DURACIÓN Y FRECUENCIA. _ AFECTA A LA RESPUESTA DEL -HUESO ALVEOLAR A LAS FUERZAS OCLUSALES. LA PRESIÓN CONSTAN TE SOBRE EL HUESO ORIGINA RESORCIÓN, MIENTRAS QUE LA FUERZA-

INTERMITENTE FAVORECE LA FORMACIÓN ÓSEA.

TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

LA LESIÓN DEL TEJIDO PERIODONTAL CAUSADA POR FUERZAS --
OCLUSALES SE DENOMINA: TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN ES LA LESIÓN DEL TEJIDO, NO LA
FUERZA OCLUSAL. LA OCLUSIÓN QUE PRODUCE ÉSTA LESIÓN SE LLA
MA: OCLUSIÓN TRAUMÁTICA.

LAS FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS TAMBIÉN PUEDEN PERTUR--
BAR LA FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN Y CAUSAR ES
PASMOS DOLOROSOS, DAÑAR LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR O--
PRODUCIR LA ATRICCIÓN EXCESIVA DE LOS DIENTES.

EL TRAUMA PUEDE SER:

Á) AGUDO.- ES LA CONSECUENCIA DE UN CAMBIO BRUSCO EN LA
FUERZA OCLUSAL, TAL COMO EL GENERADO POR UNA RESTAU--
RACIÓN O APARATO DE PRÓTESIS QUE INTERFIERE EN LA --
OCLUSIÓN O ALTERA LA DIRECCIÓN DE LAS FUERZAS OCLUSA
LES SOBRE LOS DIENTES. LOS RESULTADOS SON: DOLOR,-
SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN Y AUMENTO DE LA MOVILI--
DAD DENTAL. SI LA FUERZA DESAPARECE POR MODIFICA--
CIÓN DE LA POSICIÓN DEL DIENTE O POR DESGASTE O CO--
RRECCIÓN DE LA RESTAURACIÓN, LA LESIÓN CURA Y LOS SÍN

TOMAS REMITEN. SI NO SUCEDE LA LESIÓN PERIODONTAL EMPEORA Y EVOLUCIONA HACIA LA NECROSIS CON FORMACIÓN DE ABSCESOS PERIODONTALES O PERSISTE EN ESTADO CRÓNICO. EL TRAUMA AGUDO PUEDE PRODUCIR DESGARROS CEMENTARIOS.

- B) CRÓNICO.- ES MÁS COMÚN QUE LA FORMA AGUDA Y DE MAYOR IMPORTANCIA CLÍNICA. CON FRECUENCIA, NACE DE CAMBIOS GRADUALES EN LA OCLUSIÓN, PRODUCIDOS POR LA ATRICIÓN, EL DESPLAZAMIENTO Y EXTRUSIÓN DE LOS DIENTES COMBINADOS CON HÁBITOS COMO: BRUXISMO Y APRETAMIENTO.

CAUSAS DEL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

TIENE SU ORIGEN EN:

- 1.- LA ALTERACIÓN DE LAS FUERZAS OCLUSALES.
- 2.- DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DEL PERIODONCIO PARA SOPORTAR FUERZAS OCLUSALES O UNA COMBINACIÓN DE AMBAS.

TODA OCLUSIÓN QUE PRODUCE LESIÓN PERIODONTAL ES TRAUMÁTICA. LA MALOCLUSIÓN NO PRODUCE NECESARIAMENTE TRAUMA, PUEDE HABERLO CUANDO LA OCLUSIÓN PAREZCA "NORMAL".

LA DENTADURA PUEDE SER ACEPTABLE DESDE EL PUNTO DE VIS-

TA ANATÓMICO Y ESTÉTICO, PERO LESIVA DESDE EL FUNCIONAL.

AUNQUE NO TODAS LAS MAL-OCCLUSIONES SON OBLIGATORIAMENTE LESIVAS PARA EL PERIODONCIO. LAS RELACIONES OCLUSALES QUE SON TRAUMÁTICAS SE DENOMINAN "DESARMONÍA OCLUSAL" "DESEQUILIBRIO FUNCIONAL" O "DISTROFIA OCLUSAL". ELLO EN RAZÓN DE SU EFECTO SOBRE EL PERIODONCIO, NO POR LA POSICIÓN DE LOS DIENTES.

EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN SE REFIERE A LA LESIÓN DE LOS TEJIDOS Y NO A LA OCLUSIÓN, UNA FUERZA OCLUSAL INTENSA NO ES TRAUMÁTICA SI EL PERIODONCIO SE ADAPTA A ELLA.

EL TRAUMA SE DESCRIBE COMO:

A) TRAUMA PRIMARIO.

EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN SE CONSIDERA COMO FACTOR ETIOLÓGICO PRIMARIO EN LA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL SI LA ÚNICA ALTERACIÓN LOCAL A LA QUE ESTÁ SUJETO EL DIENTE ES LA OCLUSAL.

SON EJEMPLOS DE LA LESIÓN PERIODONTAL PRODUCIDA ALREDEDOR DE LOS DIENTES CON UN PERIODONCIO PREVIAMENTE SANO:

- 1.- DESPUÉS DE LA COLOCACIÓN DE UNA OBTURACIÓN ALTA.
- 2.- INSTALANDO UN APARATO DE PRÓTESIS QUE CREA FUERZAS EXCESIVAS SOBRE PILARES Y DIENTES ANTAGONISTAS.

3.- DESPUÉS DE LA MIGRACIÓN O EXTRUSIÓN DE DIENTES HACIA LOS ESPACIOS ORIGINADOS POR EL NO REEMPLAZO DE DIENTES AUSENTES.

4.- DESPUÉS DEL MOVIMIENTO ORTODÓNTICO DE LOS DIENTES HACIA POSICIONES FUNCIONALMENTE INACEPTABLES.

B) TRAUMA SECUNDARIO.

ES CONSIDERADO COMO CAUSA SECUNDARIA DE DESTRUCCIÓN PERIODONTAL CUANDO LA CAPACIDAD DE LOS TEJIDOS PARA SOPORTAR LAS FUERZAS OCLUSALES ESTÁ DETERIORADA. EL PERIODONCIO SE TORNA VULNERABLE A LA LESIÓN Y LAS FUERZAS OCLUSALES PREVIAMENTE BIEN TOLERADAS SE CONVIERTEN EN TRAUMÁTICAS.

LOS SIGUIENTES FACTORES ALTERAN LA CAPACIDAD DEL PERIODONCIO DE RESISTIR LAS FUERZAS OCLUSALES.

1.- PÉRDIDA ÓSEA DEBIDA A INFLAMACIÓN MARGINAL. REDUCIENDO LA ZONA DE INSERCIÓN PERIODONTAL, ACRECENTANDO LA CARGA QUE RECAE SOBRE LOS TEJIDOS REMANENTES PORQUE HAY MENOS TEJIDOS QUE SOPORTE LAS FUERZAS Y PORQUE SE MODIFICA EL BRAZO DE PALANCA DE ÉSTOS TEJIDOS REMANENTES. ES LA CAUSA MÁS CONÚN DEL TRAUMA SECUNDARIO.

- 2.- TRASTORNOS SISTÉMICOS QUE INHIBEN LA ACTIVIDAD ANABÓLICA O INDUCEN ALTERACIONES DEGENERATIVAS EN EL PERIODONCIO.

ETAPAS DEL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

SE PRODUCE EN 3 ETAPAS:

- 1a. LESIÓN.
- 2a. REPARACIÓN.
- 3a. CAMBIO EN LA MORFOLOGÍA DEL PERIODONCIO.

LA LESIÓN TIENE SU ORIGEN EN LAS FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS. LA NATURALEZA TRATA DE REPARAR LA LESIÓN Y RESTAURAR EL PERIODONCIO. ELLO PUEDE OCURRIR SI DISMINUYE LA FUERZA O SI EL DIENTE SE ALEJA DE ELLA. SIN EMBARGO, SI LA FUERZA -- AGRESIVA ES CRÓNICA, EL PERIODONCIO SE REMODELA PARA NEUTRALIZAR SU IMPACTO. EL LIGAMENTO SE ENSANCHA A EXPENSAS DEL HUESO, APARECEN DEFECTOS ÓSEOS VERTICALES (ANGULARES) SIN BOLSAS PERIODONTALES Y EL DIENTE SE AFLOJA.

ETAPA I.- LESIÓN.

LA INTENSIDAD, LOCALIZACIÓN Y FORMA DE LA LESIÓN DEL TEJIDO DEPENDEN DE LA INTENSIDAD, FRECUENCIA Y DIRECCIÓN DE LAS FUERZAS LESIVAS. LA PRESIÓN LEVEMENTE EXCESIVA, ESTIMULA LA RESORCIÓN DEL HUESO ALVEOLAR Y EN CONSECUENCIA HAY UN ENSAN--

CHAMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL. LA TENSIÓN LEVEMENTE-EXCESIVA ALARGA LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO Y PRODUCE APOSICIÓN DEL HUESO ALVEOLAR. EN LAS ÁREAS DE MAYOR PRESIÓN LOS VASOS AUMENTAN EN CANTIDAD Y DISMINUYEN DE TAMAÑO; EN ÁREAS DE MAYOR TENSIÓN, ESTÁN AGRANDANDO.

LA MAYOR PRESIÓN PRODUCE UNA GAMA DE CAMBIOS EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL QUE COMIENZA CON COMPRESIÓN DE LAS FIBRAS QUE PRODUCEN ZONAS DE HIALINIZACIÓN Y LESIÓN DE FIBROBLASTOS Y OTRAS CÉLULAS DEL TEJIDO CONECTIVO QUE CONDUCE A NECROSIS DE ZONAS DEL LIGAMENTO. TAMBIÉN SE PRODUCEN ALTERACIONES VASCULARES; COMO RETARDO Y ÉSTASIS DEL FLUJO SANGUÍNEO, DESPUÉS LOS VASOS SANGUÍNEOS APARECEN REPLETOS DE ERITROCITO, QUE COMIENZAN A FRAGMENTARSE Y ENTRE 1 Y 7 DÍAS HAY DESINTEGRACIÓN DE LAS PAREDES DE LOS VASOS Y LIBERACIÓN DE SU CONTENIDO EN EL TEJIDO CIRCUNDANTE, CON EXCESIVA RESORCIÓN ÓSEA ALVEOLAR Y FRECUENTEMENTE RESORCIÓN DE LA SUPERFICIE DENTAL. LA TENSIÓN INTENSA CAUSA ENSANCHAMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y EL HUESO.

EL HUESO ES RESORBIDO POR CÉLULAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL VITAL ADYACENTE AL AREA NECRÓTICA Y LAS DE LOS ESPACIOS MEDULARES, MEDIANTE UN PROCESO LLAMADO "RESORCIÓN SOCÁVANTE".

LA BIFURCACIÓN Y LA TRIFURCACIÓN SON LAS ÁREAS DEL PE--

RIODONCIO MÁS SUSCEPTIBLES A LESIÓN POR FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS.

AL LESIONARSE EL PERIODONCIO, HAY UN DESCENSO PROVISIONAL DE LA ACTIVIDAD MITÓTICA Y DEL RITMO DE PROLIFERACIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE LOS FIBROBLASTOS, FORMACIÓN DE HUESO Y COLÁGENO, QUE VUELVEN A LA NORMALIDAD UNA VEZ DESAPARECIDA LA FUERZA.

ETAPA II.- REPARACIÓN.

EN EL PERIODONCIO NORMAL HAY REPARACIÓN CONSTANTE. EN EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN, LOS TEJIDOS LESIONADOS ESTIMULAN EL INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD REPARADORA. LOS TEJIDOS DAÑADOS SON ELIMINADOS, Y SE FORMAN NUEVAS FIBRAS Y CÉLULAS DE TEJIDO CONECTIVO HUESO Y CEMENTO PARA RESTAURAR EL PERIODONCIO LESIONADO. UNA FUERZA ES TRAUMÁTICA SOLO EN TANTO QUE EL DAÑO QUE PRODUCE SUPERE A LA CAPACIDAD DE REPARACIÓN DE LOS TEJIDOS. A VECES SE FORMA CARTÍLAGO EN LOS ESPACIOS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, COMO CONSECUENCIA DEL TRAUMA Y SE HA COMPROBADO LA FORMACIÓN DE CRISTALES ERITROCÍTICOS.

- A) FORMACIÓN DE HUESO DE REFUERZO.- CUANDO EL HUESO PRESENTA RESORCIÓN POR FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS, LA NATURALEZA TRATA DE REFORZAR CON HUESO NUEVO LAS TRABECULAS ÓSEAS ADELGAZADAS. ÉSTE INTENTO DE COMPEN-

SAR LA PÉRDIDA ÓSEA SE DENOMINA: FORMACIÓN DE HUESO DE REFUERZO Y ES UNA IMPORTANTE CARACTERÍSTICA DEL PROCESO DE REPARACIÓN ASOCIADO AL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN. Y SE PRESENTA CUANDO EL HUESO ES DESTRUIDO POR INFLAMACIÓN O TUMORES OSTEOLÍTICOS.

LA FORMACIÓN DE HUESO DE REFUERZO SE PRODUCE DENTRO DEL MAXILAR (CENTRAL) O EN LA SUPERFICIE ÓSEA - (PERIFERIA). EN LA FORMACIÓN DE HUESO DE REFUERZO CENTRAL LAS CÉLULAS ENDÓSTICAS DEPOSITAN NUEVO HUESO QUE RESTAURA LAS TÁBECULAS ÓSEAS Y DISMINUYE -- LOS ESPACIOS MEDULARES. HAY FORMACIÓN DE HUESO PERIFÉRICO EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES Y LINGUALES DE LA TABLA ÓSEA.

SEGÚN SU INTENSIDAD, PUEDE PRODUCIR ENGROSAMIENTOS EN FORMA DE MESETA DEL MARGEN ALVEOLAR DENOMINADOS CORNISAS O UN ABULTAMIENTO PRONUNCIADO DEL CONTORNO DEL HUESO VESTIBULAR Y LINGUAL.

ETAPA III.- REMODELADO DE ADAPTACIÓN DEL PERIODONCIO.

SI LA REPARACIÓN NO VA APAREJADA A LA DESTRUCCIÓN CAUSADA POR LA OCLUSIÓN, EL PERIODONCIO SE REMODELA TRATANDO DE-- CREAR UNA RELACIÓN ESTRUCTURAL EN LA CUAL LAS FUERZAS DEJAN-

DE SER LESIVAS PARA LOS TEJIDOS. PARA AMORTIGUAR EL IMPACTO DE LAS FUERZAS LESIVAS, EL LIGAMENTO PERIODONTAL SE ENSANCHA Y EL HUESO ADYACENTE ES RESORBIDO. LOS DIENTES AFECTADOS SE AFLOJAN; Y COMO CONSECUENCIA HAY ENSANCHAMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, EN FORMA DE EMBUDO EN LA CRESTA, Y DE EFECTOS ANGULARES EN EL HUESO, SIN BOLSAS Y CON UNA MAYOR VASCULARIZACIÓN.

LAS 3 ETAPAS DESCRITAS EN LA EVOLUCIÓN FUERON COMPROBADAS HISTOMETRICAMENTE POR MEDIO DE LAS CANTIDADES RELATIVAS DE SUPERFICIE ÓSEA PERIODONTAL EN RESORCIÓN O FORMACIÓN.

LA FASE DE LESIÓN PRESENTA UN AUMENTO DE LAS ZONAS DE RESORCIÓN Y UNA DISMINUCIÓN DE LA FORMACIÓN ÓSEA, MIENTRAS QUE LA FASE DE REPARACIÓN PRESENTA AUMENTO DE LA FORMACIÓN Y DISMINUCIÓN EN LA RESORCIÓN.

DESPUÉS DEL REMODELADO DE ADAPTACIÓN DEL PERIODONCIO, LA RESORCIÓN Y LA FORMACIÓN RECUPERAN LA NORMALIDAD.

EFFECTOS DE FUERZAS OCLUSALES INSUFICIENTES.

LAS FUERZAS OCLUSALES INSUFICIENTES TAMBIÉN PUEDEN SER LESIVAS PARA LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

LA ESTIMULACIÓN INSUFICIENTE ORIGINA DEGENERACIÓN DEL--

PERIODONCIO QUE SE MANIFIESTA POR EL ADELGAZAMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, ATROFIA DE LAS FIBRAS, OSTEOPOROSIS DEL HUESO ALVEOLAR Y REDUCCIÓN DE LA ALTURA ÓSEA.

LA HIPOFUNCIÓN PROVIENE DE UNA RELACIÓN DE OCLUSIÓN ABIERTA, AUSENCIA DE ANTAGONISTAS FUNCIONALES O HÁBITOS DE MASTICACIÓN UNILATERAL QUE DEJAN DE LADO UNA MITAD DE LA BOCA.

EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN ES REVERSIBLE; CUANDO ES INDUCIDO ARTIFICIALMENTE EL TRAUMA EN ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN, LOS DIENTES SE MUEVEN O INTRUYEN EN EL MAXILAR. CUANDO EL IMPACTO DE LAS FUERZAS CREADAS ARTIFICIALMENTE ES ALIVIADO, LOS TEJIDOS SE REPARAN.

EL HECHO DE QUE EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN SEA REVERSIBLE EN TALES CONDICIONES NO SIGNIFICA QUE SIEMPRE SE CORRIGE, Y, POR TANTO, QUE SEA TEMPORAL Y DE POCA IMPORTANCIA CLÍNICA.

SI LAS CONDICIONES EN LOS SERES HUMANOS NO PERMITEN QUE LOS DIENTES SE APARTEN DE LAS FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS O SE ADAPTEN A ELLAS, EL DAÑO PERIODONTAL PERSISTE, HASTA QUE LAS FUERZAS EXCESIVAS SEAN CORREGIDAS POR EL ODONTÓLOGO.

LAS FUERZAS TRAUMÁTICAS QUE AFECTAN LOS DIENTES EN POSICIONES DE BALANCEO, ESTO ES, NO AXIALES, SUELEN SER TALES QUE PROVOCAN LESIONES GRAVES PORQUE LOS DIENTES TIENDEN A --

SER MANTENIDOS EN LA POSICIÓN DICTADA POR LAS FUERZAS AXIALES, ESTO ES, POSICIÓN INTERCUSPAL.

LAS FUERZAS AXIALES SON SUMAMENTE IMPORTANTES PARA DETERMINAR LA POSICIÓN DE LOS DIENTES.

LA PRESENCIA DE INFLAMACIÓN EN LA ZONA, DEBIDA A LA ACUMULACIÓN DE PLACA PUEDE NO OBSTANTE, IMPEDIR LA REVERSIBILIDAD DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS.

EL PAPEL DEL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN EN LA ETIOLOGÍA DE LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

DEL MISMO MODO QUE LA OCLUSIÓN ES EL FACTOR AMBIENTAL - MÁS IMPORTANTE EN LA VIDA DEL PERIODONCIO SANO, SU INFLUENCIA CONTINÚA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

LA INFLAMACIÓN DEL PERIODONCIO NO LO PUEDE APARTAR DE LA INFLUENCIA DE LA OCLUSIÓN. PUESTO QUE LA OCLUSIÓN VIGILA CONSTANTEMENTE EL ESTADO DEL PERIODONCIO, AFECTA A LA RESPUESTA DE ÉSTE A LA INFLAMACIÓN Y SE CONVIERTE EN UN FACTOR QUE ACTÚA EN TODOS LOS CASOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.

EL PAPEL DEL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN EN LA GINGIVITIS Y LA PERIODONTITIS SE COMPRENDE MEJOR SI SE CONSIDERA QUE EL PERIODONCIO SE COMPONE DE DOS ZONAS:

- 1) ZONA DE IRRITACIÓN.
- 2) ZONA DE CODESTRUCCIÓN.

ZONA DE IRRITACIÓN.

SE COMPONE DE ENCÍA MARGINAL E INTERDENTAL CON SUS LÍMITES FORMADOS POR LAS FIBRAS GINGIVALES. AQUI ES DONDE COMIENZAN LA GINGIVITIS Y LAS BOLSAS PERIODONTALES. SON PRODUCIDAS POR LA IRRITACIÓN LOCAL DE LA PLACA, BACTERIAS, CÁLCULOS Y EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA.

LOS IRRITANTES LOCALES QUE GENERAN LA GINGIVITIS Y LAS BOLSAS PERIODONTALES AFECTAN A LA ENCÍA MARGINAL, PERO EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN SE PRESENTA EN LOS TEJIDOS DE SOPORTE Y NO AFECTA A LA ENCÍA.

LA ENCÍA MARGINAL NO ES AFECTADA POR EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN, PORQUE SU VASCULARIZACIÓN ES SUFICIENTE PARA LA NUTRICIÓN, INCLUSO, CUANDO LOS VASOS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL QUEDAN OBLITERADOS POR LAS FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS.

MIENTRAS LA INFLAMACIÓN SE LIMITE A LA ENCÍA, NO SERÁ AFECTADA POR LAS FUERZAS OCLUSALES. CUANDO SE EXTIENDE DESDE LA ENCÍA HACIA LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE (CUANDO LA GINGIVITIS SE CONVIERTE EN PERIODONTITIS), LA INFLAMACIÓN INDUCIDA POR LA PLACA ENTRA EN LA ZONA DE CODESTRUCCIÓN.

ZONA DE CODESTRUCCIÓN.

COMIENZA EN LAS FIBRAS TRANSEPTALES POR INTERPROXIMAL Y LAS FIBRAS DE LA CRESTA ALVEOLAR POR VESTIBULAR Y LINGUAL.

SE COMPONE DE TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE, EL LIGAMENTO PERIODONTAL, HUESO ALVEOLAR Y CEMENTO. CUANDO LA INFLAMACIÓN ALCANZA LOS TEJIDOS PERIODONTALES LA DESTRUCCIÓN - QUE PRODUCE ESTÁ BAJO LA INFLUENCIA DE LA OCLUSIÓN.

SI LA OCLUSIÓN ES DESFAVORABLE, ESTO ES, SI ES EXCESIVA O INADECUADA, ALTERA EL MEDIO DE LA INFLAMACIÓN, PRODUCE LESIÓN PERIODONTAL SE TORNA UN FACTOR CODESTRUCTIVO QUE AFECTA EL PATRÓN Y LA INTENSIDAD DE LA DESTRUCCIÓN DE TEJIDOS EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN NO ALTERA EL PROCESO INFLAMATORIO, PERO MODIFICA EL MEDIO TISULAR ALREDEDOR DEL EXUDADO INFLAMATORIO, CONDUCIENDO A DEFECTOS ÓSEOS ANGULARES Y FORMACIÓN DE BOLSAS INFRAÓSEAS.

LOS MECANISMOS DE ÉSTA INTERACCIÓN DE TRAUMA E INFLAMACIÓN NO ESTÁN TODAVÍA DEL TODO CLAROS, PERO SE HA PROPUESTO-LO SIGUIENTE:

- 1.- UNA ALTERACIÓN EN LA VIA DE EXTENSIÓN DE LA INFLAMACIÓN GINGIVAL HACIA EL TEJIDO SUBYACENTE BAJO LA INFLUENCIA DEL TRAUMA QUE LA ORIENTA HACIA EL LIGAMEN

TO PERIODONTAL Y NO HACIA EL HUESO. EN CONSECUENCIA, LA PÉRDIDA ÓSEA SERÍA ANGULAR Y LA BOLSA SE--- TRANSFORMARÍA EN INFRAÓSEA.

2.- LAS FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS ALTERAN LA DISPOSICIÓN DE LAS FIBRAS TRANSCÉPTALES Y DE LA CRESTA ALVEOLAR, Y LA FORMA DEL HUESO DE LA CRESTA. ÉSTAS-ALTERACIONES FAVORECEN LA PÉRDIDA ÓSEA DE TIPO ANGULAR.

3.- LAS FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS PRODUCEN DAÑO AL LIGAMENTO PERIODONTAL Y LA RESORCIÓN ÓSEA QUE ACENTÚA LA DESTRUCCIÓN DE TEJIDOS ORIGINADA POR LA INFLAMACIÓN. LA FUNCIÓN DE LA INFLAMACIÓN INDUCIDA POR LA PLACA CON UNA ZONA TRAUMATIZADA DEL LIGAMENTO PERIODONTAL PUEDE FACILITAR LA FORMACIÓN DE BOLSAS INFRAÓSEAS Y ACELERAR LA DESTRUCCIÓN.

4.- LAS ZONAS DE RESORCIÓN RADICULAR INDUCIDAS POR EL TRAUMA Y QUE QUEDAN DESCUBIERTAS POR LA MIGRACIÓN APICAL DE LA INSERCIÓN GINGIVAL INFLAMADA PUEDEN OFRECER UN MEDIO MÁS FAVORABLE PARA LA FORMACIÓN Y FIJACIÓN DE DEPÓSITOS NO CALCIFICADOS Y CALCIFICADOS Y CAUSAR LESIONES MÁS PROFUNDAS.

HAY UNA CONSIDERABLE VARIACIÓN EN LA RESPUESTA DEL PERIODONCIO A LA COMBINACIÓN DE INFLAMACIÓN Y TRAUMA DE LA ---

OCCLUSIÓN. LA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA PUEDE LLEGAR HASTA -- EL LIGAMENTO PERIODONTAL A TRAVÉS DE CONDUCTOS VASCULARES -- DEL HUESO, EN AUSENCIA DE TRAUMA DE LA OCCLUSIÓN; LA COMBINACIÓN DE FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS E INFLAMACIÓN NO DESEMBOCA NECESARIAMENTE EN BOLSAS INFRAÓSEAS Y LA PÉRDIDA ÓSEA ANGULAR PUEDE PRESENTARSE DEBAJO DE BOLSAS SUPRAÓSEAS.

LA EXISTENCIA DE UNA RELACIÓN CODESTRUCTIVA ENTRE LA INFLAMACIÓN Y EL TRAUMA DE LA OCCLUSIÓN NO DESCARTA LA POSIBILIDAD DE QUE PUEDAN ESTAR PRESENTES LOS DOS SIN QUE HAYA BOLSAS INFRAÓSEAS Y DEFECTOS VERTICALES O ANGULARES.

PUEDE SUCEDER QUE LA INFLAMACIÓN O EL TRAUMA DE LA OCCLUSIÓN NO SEAN DE INTENSIDAD SUFICIENTE O QUE LA ANATOMÍA DEL DIENTE O DEL HUESO NO FAVOREZCA SU FORMACIÓN.

NO TODAS LAS BOLSAS INFRAÓSEAS SE DEBEN A UNA COMBINACIÓN DE TRAUMA E INFLAMACIÓN, PERO EVIDENTEMENTE ESTA COMBINACIÓN AUMENTA LA POSIBILIDAD DE QUE UNA BOLSA PERIODONTAL SE CONVIERTA EN INFRAÓSEA.

CAMBIOS PRODUCIDOS POR EL TRAUMA DE LA OCCLUSIÓN SOLAMENTE.

EN AUSENCIA DE IRRITANTES LOCALES DE INTENSIDAD SUFICIENTE PARA PRODUCIR BOLSAS PERIODONTALES, EL TRAUMA DE LA OCCLUSIÓN PUEDE CAUSAR AFLOJAMIENTO EXCESIVO DE LOS DIENTES, EN--

SANCHAMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y DEFECTOS ANGULARES-
(VERTICALES) EN EL HUESO ALVEOLAR, SIN BOLSAS.

LOS SIGNOS MAS COMUNES DE TRAUMA DEL PERIODONCIO ES EL-
AUMENTO DE LA MOVILIDAD DENTAL.

LA MOVILIDAD DENTAL PRODUCIDA POR EL TRAUMA TIENE 2 FA-
SES:

- A) FASE INICIAL.- SE DEBE A LA RESORCIÓN ÓSEA ALVEOLAR-
QUE ENSANCHA EL LIGAMENTO PERIODONTAL Y PRODUCE EL--
NÚMERO DE FIBRAS PERIODONTALES.
- B) FASE SECUNDARIA.- OCURRE DESPUÉS DE LA REPARACIÓN DE
LA LESIÓN TRAUMÁTICA Y LA ADAPTACIÓN A LAS FUERZAS -
AUMENTADAS, RESULTADO EN EL ENSANCHAMIENTO PERMANEN-
TE DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

SIGNOS RADIOGRÁFICOS DEL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

1.- ENSANCHAMIENTO DEL ESPACIO PERIODONTAL, CON ESPESA-
MIENTO DE LA CORTICAL ALVEOLAR EN LAS SIGUIENTES ZO
NAS:

- A) SECTOR LATERAL DE LA RAÍZ.
- B) REGIÓN APICAL.
- C) ÁREAS DE BIFURCACIÓN Y TRIFURCACIÓN.

- 2.- DESTRUCCIÓN "VERTICAL, EN VEZ DE HORIZONTAL" DEL TABIQUE INTERDENTAL CON FORMACIÓN DE DEFECTOS INFRA--ÓSEOS.
- 3.- RADIOLUCIDEZ Y CONDENSACIÓN DEL HUESO ALVEOLAR.
- 4.- RESORCIÓN RADICULAR.

CAMBIOS CLÍNICOS ATRIBUÍDOS AL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA	HEMORRAGIA GINGIVAL.
HÁBITOS ANORMALES.	MORDISQUEO DE CARRILLOS
DOLOR FACIAL DIFUSO.	SENSIBILIDAD DE LAS SU PERFICIES OCLUSALES E- INICIALES.
EROSIÓN.	
RECESIÓN.	HIPERPLASIA DE LA EN-- CÍA.
BRUXISMO.	FORMACIÓN DE CÁLCULOS.

BOX Y STILLMAN CONSIDERABAN QUE EL TRAUMA ERA EL FACTOR ETIOLÓGICO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS INCIPIENTES DE ENFERME--DAD PERIODONTAL.

- 1.- MEDIAS LUNAS TRAUMÁTICAS.
- 2.- CONGESTIÓN, ISQUEMIA O HIPEREMIA DE LA ENCÍA MARGI--
NAL.
- 3.- RECESIÓN DE LA ENCÍA.

- 4.- GRIETAS DE STILLMAN.
- 5.- FESTUNES DE Mc. CALL.
- 6.- AUSENCIA DE PUNTEADO.
- 7.- INYECCIÓN DE LOS VASOS SANGUÍNEOS.
- 8.- VENAS DILATADAS EN LA MUCOSA BUCAL.

F) MIGRACIÓN PATOLÓGICA - MOVILIDAD DENTAL.

LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA SE REFIERE AL MOVIMIENTO DENTAL QUE SE PRODUCE CUANDO LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ALTERA EL -- EQUILIBRIO ENTRE LOS FACTORES QUE MANTIENEN LA POSICIÓN FISIOLÓGICA DE LOS DIENTES. ÉSTA MIGRACIÓN ES COMÚN Y PUEDE SER EL PRIMER SIGNO DE ENFERMEDAD O APARECER JUNTO CON INFLAMACIÓN GINGIVAL Y BOLSA. OCURRE CON MAYOR FRECUENCIA EN LA REGIÓN ANTERIOR; PERO TAMBIÉN PUEDE AFECTAR A LOS DIENTES POSTERIORES, LOS DIENTES SE MUEVEN EN CUALQUIER DIRECCIÓN POR MOVIMIENTO Y ROTACIÓN.

LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA EN DIRECCIÓN OCLUSAL O INCISAL SE DENOMINA EXTRUSIÓN O ALARGAMIENTO.

PATOGENIA:

LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA REPRESENTA EL EFECTO ACUMULATIVO DE UNA COMBINACIÓN DE FACTORES. LA POSICIÓN NORMAL DE LOS DIENTES SE MANTIENE MEDIANTE EL EQUILIBRIO DE MUCHOS FACTORES, QUE COMPRENDEN LA SALUD DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES, LAS FUERZAS DE OCLUSIÓN, PRESENCIA DE TODOS LOS DIENTES, MOR

FOLOGÍA DENTAL E INCLINACIÓN CUSPIDEA, PRESIÓN DE LOS LABIOS CARRILLOS Y LENGUA, LA TENDENCIA FISIOLÓGICA HACIA LA MIGRACIÓN MESIAL. ALTERACIONES EN CUALQUIERA DE ÉSTOS FACTORES-PROVOCAN UNA SERIE INTERRELACIONADA DE CAMBIOS DEL MEDIO CIRCUNDANTE DE UN SOLO DIENTE O UN GRUPO DE DIENTES, CUYA CONSECUENCIA ES LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA.

ENFERMEDAD PERIODONTAL INFLAMATORIA (PERIODONTITIS).

LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA CONSTA DE 2 COMPONENTES:

- 1.- DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE --
POR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.
- 2.- UNA FUERZA NUEVA AL DIENTE DEBILITADO.

LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES CREA UN ---
EQUILIBRIO ENTRE EL DIENTE Y LAS FUERZAS OCLUSALES Y MUSCULARES QUE SOPORTA DE ORDINARIO.

EL DIENTE DEBILITADO ES INCAPAZ DE MANTENER SU POSICIÓN NORMAL EN EL ARCO Y SE ALEJA DE LA FUERZA, SALVO QUE SEA RETENIDO POR EL CONTACTO PROXIMAL. LA FUERZA QUE MUEVE AL --
DIENTE DEBILITADO PUEDE ORIGINARSE POR DIVERSOS FACTORES ---
COMO: CONTACTOS OCLUSALES, LA LENGUA O EL BOLO ALIMENTICIO.

ES IMPORTANTE COMPRENDER QUE EN LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA

LA ANORMALIDAD RESIDE EN EL PERIODONCIO DEBILITADO.

FUERZAS QUE SON ACEPTABLES EN EL PERIODONCIO INTACTO SE TORNAN LESIVAS CUANDO EL SOPORTE PERIODONTAL DISMINUYE.

ÉSTAS FUERZAS, TOLERADAS POR EL PERIODONCIO INTACTO HACEN QUE EL DIENTE SE EXTRUYA CUANDO EL SOPORTE PERIODONTAL ESTÁ DEBILITADO POR LA ENFERMEDAD. CUANDO SU POSICIÓN CAMBIA, EL DIENTE QUEDA SOMETIDO A FUERZAS OCLUSALES ANORMALES QUE AGRAVAN LA DESTRUCCIÓN Y LA MIGRACIÓN.

LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA PUEDE CONTINUAR AUNQUE EL DIENTE DEJE DE HACER CONTACTO CON SU ANTAGONISTA. LA FUERZA -- PROVIENE DE LA PRESIÓN DE LA LENGUA, DEL BOLO ALIMENTICIO EN MASTICACIÓN Y DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN PROLIFERANTE.

MIGRACIÓN COMO CONSECUENCIA DEL NO REEMPLAZO DE DIENTES.

LA MIGRACIÓN SE HACE HACIA LOS ESPACIOS DEJADOS POR DIENTES AUSENTES NO REEMPLAZADOS. ESTA MIGRACIÓN "NORMAL" DIFIERE DE LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA EN QUE NO ES CONSECUENCIA DE LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES. LA MIGRACIÓN CREA CONDICIONES QUE CONDUCEN A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, DE MODO QUE EL MOVIMIENTO INICIAL DEL DIENTE ES AGRAVADO POR LA PÉRDIDA DE SOPORTE PERIODONTAL.

GENERALMENTE LA MIGRACIÓN "NORMAL" SE HACE EN DIRECCIÓN

MESIAL JUNTO CON LA INCLINACIÓN O LA EXTRUSIÓN MÁS ALLÁ DEL-
PLANO OCLUSAL. CON FRECUENCIA LOS PREMOLARES MIGRAN HACIA-
DISTAL. AUNQUE LA MIGRACIÓN SEA UNA SECUELA COMÚN DE LA --
FALTA DE REEMPLAZO DE DIENTES AUSENTES, NO SIEMPRE OCURRE.

NO REEMPLAZO DE LOS PRIMEROS MOLARES.

ÉSTOS CAMBIOS AL NO REEMPLAZO SON CARACTERÍSTICOS:

- 1.- INCLINACIÓN DEL 2do. Y 3er. MOLARES, CUYO RESULTADO ES LA DISMINUCIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL.
- 2.- LOS PREMOLARES SE MUEVEN HACIA DISTAL Y LOS INCISIVOS INFERIORES SE INCLINAN O MIGRAN HACIA LINGUAL. LOS PREMOLARES INFERIORES AL MIGRAR HACIA DISTAL -- PIERDEN SU INTERCUSPIDACIÓN CON LOS DIENTES SUPERIORES Y PUEDEN INCLINARSE HACIA DISTAL.
- 3.- AUMENTA EL ENTRECruzAMIENTO (OVER-BY) ANTERIOR LOS- INCISIVOS INFERIORES TOCAN LOS INCISIVOS SUPERIORES CERCA DE LA ENCÍA O TRAUMATIZAN LA ENCÍA.
- 4.- LOS INCISIVOS SUPERIORES SON EMPUJADOS HACIA ADELANTE O A LOS COSTADOS.
- 5.- LOS DIENTES ANTERIORES SE EXTRUYEN PORQUE EL CONTACTO INCISAL HA DESAPARECIDO EN GRAN PARTE.

6.- SE CREAN DIASTEMAS POR LA SEPARACIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES.

LA ALTERACIÓN DE LAS RELACIONES DE CONTACTO PROXIMAL -- CONDUCE AL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA, INFLAMACIÓN GINGIVAL Y FORMACIÓN DE BOLSAS, SEGUIDO DE PÉRDIDA ÓSEA Y MOVIMIENTO DENTAL.

LAS DESARMONÍAS OCLUSALES GENERADAS POR LAS POSICIONES DENTALES ALTERADAS TRAUMATIZAN LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL PERIODONCIO Y AGRAVAN LA DESTRUCCIÓN QUE PRODUCE LA INFLAMACIÓN. LA DISMINUCIÓN DEL SOPORTE PERIODONTAL LLEVA A UNA MAYOR MIGRACIÓN DENTAL Y LA MUTILACIÓN DE LA OCLUSIÓN.

PERIODONTITIS JUVENIL IDIOPÁTICA (PERIODONTOSIS).

LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA ES UN SIGNO TEMPRANO DE PERIODONTITIS JUVENIL IDIOPÁTICA.

LOS DIENTES SE DEBILITAN POR LA PÉRDIDA DEL SOPORTE PERIODONTAL. LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES MIGRAN HACIA VESTIBULAR, GIRAN Y SE EXTRUYEN Y CREAN DIASTEMAS ENTRE LOS DIENTES.

PRESIÓN LINGUAL.

LA PRESIÓN DE LA LENGUA ES CAPAZ DE ORIGINAR LA MIGRA--

CIÓN DE LOS DIENTES EN AUSENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL Y--
CONTRIBUIR A LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA DE LOS DIENTES CON SO--
PORTE PERIODONTAL REDUCIDO.

PRESIÓN DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN INFLAMATORIO CRÓNICO.

EN DIENTES DEBILITADOS POR LA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL,-
LA PRESIÓN DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODON-
TALES PUEDE CONTRIBUIR O LOS DIENTES PUEDEN VOLVER A SUS PO-
SICIONES ORIGINALES UNA VEZ ELIMINADAS LAS BOLSAS, PERO SI -
HUBO MAYOR DESTRUCCIÓN DE UN LADO DEL DIENTE QUE DE OTRO, --
LOS TEJIDOS DE CICATRIZACIÓN TIENDEN A TRACCIONAR EN DIREC--
CIÓN DE LA MENOR DESTRUCCIÓN.

ALTERACIÓN DEL SINCRONISMO ENTRE ERUPCIÓN ACTIVA Y ERUPCIÓN-
PASIVA.

SE CONSIDERA QUE LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA ERA CAUSADA --
POR UNA ALTERACIÓN DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ERUPCIÓN ACTIVA Y
LA ERUPCIÓN PASIVA. ELLO SE PRODUCE CUANDO LOS DIENTES NO-
ERUPCIONAN CON RITMO PAREJO Y UNOS SON DESCASTADOS MÁS POR -
LA ATRICCIÓN QUE OTROS. LOS DIENTES CON LA MENOR ATRICCIÓN
DEBEN SOPORTAR LA TOTALIDAD DE LA FUERZA DE OCLUSIÓN Y SON -
MÁS SUSCEPTIBLES A LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA.

MOVILIDAD DENTAL.

A) MOVILIDAD NORMAL.

NORMALMENTE LOS DIENTES TIENEN UN GRADO DE MOVILIDAD; - LOS DIENTES UNIRRADICULARES MÁS QUE LOS MULTIRRADICULARES Y - LOS INCISIVOS MÁS. LA MOVILIDAD SE PRODUCE PRINCIPALMENTE - EN SENTIDO HORIZONTAL; TAMBIÉN ES AXIAL PERO EN GRADO MUCHO - MENOR.

EL GRADO DE MOVILIDAD DENTAL FISIOLÓGICA VARÍA DE UNA - PERSONA A OTRA Y DE HORA EN HORA EN UN DIENTE DE UNA MISMA-- PERSONA. ES MAYOR AL LEVANTARSE, QUIZÁ HAY UNA LEVE EXTUR-- SIÓN POR LA FALTA DE FUNCIÓN DURANTE LA NOCHE Y DISMINUYE DU-- RANTE EL DÍA POR LA INTRUSIÓN, POR LA PRESIÓN DE LA MASTICA-- CIÓN Y DEGLUCIÓN. LAS VARIACIONES DE LA MOVILIDAD DENTAL ES MENOR CON PACIENTES CON PERIODONCIO SANO Y MAYOR EN PACIEN-- TES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL O HÁBITOS OCLUSALES COMO:---- BRUXISMO Y APRETAMIENTO.

LA MOVILIDAD DENTAL SE PRODUCE EN DOS ETAPAS:

- 1.- ETAPA INICIAL O INTRAALVEOLAR.- EL DIENTE SE MUEVE- DENTRO DE LOS CONFINES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL. ÉSTO SE VINCULA CON LA DEFORMACIÓN VISCOELÁSTICA -- DEL LIGAMENTO Y LA REDISTRIBUCIÓN DE LOS LIGAMENTOS PERIODONTALES, CONTENIDO INTERFASCICULAS Y FIBRAS.

- 2.- ETAPA SECUNDARIA.- SE PRODUCE GRADUALMENTE Y SUPONE LA DEFORMACIÓN ELÁSTICA DEL HUESO ALVEOLAR EN RESPUESTA AL AUMENTO DE LAS FUERZAS HORIZONTALES.

EL DIENTE EN SÍ TAMBIÉN SE DEFORMA POR EL IMPACTO DE LA FUERZA APLICADA SOBRE LA CORONA, PERO NO EN GRADO SIGNIFICATIVO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO.

RETROCESO ELÁSTICO, RECUPERACIÓN LENTA Y PULSO PERIODONTAL.

CUANDO UNA FUERZA COMO LA APLICADA NORMALMENTE A DIENTES EN OCLUSIÓN DEJA DE EJERCERSE, LOS DIENTES VUELVEN A SU POSICIÓN ORIGINAL EN DOS ETAPAS:

- 1.- RETROCESO ELÁSTICO INMEDIATO SEMEJANTE A UN RESORTE.
- 2.- MOVIMIENTO LENTO DE RECUPERACIÓN ASINTOMÁTICO. ÉSTE MOVIMIENTO ES PULSÁTIL Y SE ASOCIA CON LA PULSACIÓN NORMAL DE LOS VASOS PERIODONTALES SINCRÓNICOS CON EL CICLO CARDIACO.

B) MOVILIDAD ANORMAL (PATOLÓGICA).

LA MOVILIDAD MÁS ALLÁ DEL MARGEN FISIOLÓGICO SE DENOMINA ANORMAL O PATOLÓGICA.

LA MOVILIDAD PATOLÓGICA TIENE SU ORIGEN EN UNO DE LOS -

CUARENTA Y CINCO FACTORES O MÁS.

1.- PÉRDIDA DEL SOPORTE DEL DIENTE = (PÉRDIDA ÓSEA).

LA MAGNITUD DE LA MOVILIDAD DEPENDE DE LA INTENSIDAD Y LA DISTRIBUCIÓN DE LA PÉRDIDA DE TEJIDO EN CADA SUPERFICIE-RADICULAR, LA LONGITUD, FORMA Y TAMAÑO DE LA RAÍZ, COMPARADO CON LA CORONA.

UN DIENTE CON RAÍCES CORTAS CÓNICAS ES MAS PROPENSO A AFLOJARSE QUE UNO CON RAÍCES VOLUMINOSAS DE TAMAÑO NORMAL - CON IGUAL CANTIDAD DE PÉRDIDA ÓSEA.

2.- TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

LA AGRESIÓN PRODUCIDA POR LAS FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS Y LA EJERCIDA DURANTE HÁBITOS OCLUSALES ANORMALES COMO EL BRUXISMO Y EL APRETAMIENTO QUE SE AGRAVAN POR LAS TENSIONES EMOCIONALES, SON CAUSA COMÚN DE MOVILIDAD DENTAL.

LA MOVILIDAD PRODUCIDA POR EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN -- OCURRE INICIALMENTE COMO RESULTADO DE LA RESORCIÓN DE LA CAPA ÓSEA CORTICAL Y LUEGO COMO UN MECANISMO DE ADAPTACIÓN RESULTANTE EN EL ENSANCHAMIENTO DEL ESPACIO PERIODONTAL.

3.- LA EXTENSIÓN DE LA INFLAMACIÓN DESDE LA ENCÍA HACIA EL LIGAMENTO PERIODONTAL ORIGINA ALTERACIONES DEGENERATIVAS QUE AUMENTAN LA MOVILIDAD. ÉSTAS ALTERACIONES PRODUCEN

CEN EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL QUE HA SOBREPASADO LAS ETAPAS INCIPIENTES, PERO LA MOVILIDAD DENTAL SE OBSERVA A VECES EN GINGIVITIS INTENSAS. LA PROPAGACIÓN DE LA INFLAMACIÓN-- DESDE UN ABSCESO PERIAPICAL PRODUCE UN AUMENTO TEMPORAL DE LA MOVILIDAD DENTAL, SIN QUE HAYA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

4.- LA MOVILIDAD DENTAL EN EL EMBARAZO Y A VECES SE ASOCIA AL CICLO MENSTRUAL O AL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES PUEDE SER ORIGINADA TAMBIÉN POR PROCESOS PATOLÓGICOS-- DE LOS MAXILARES QUE DESTRUYEN EL HUESO ALVEOLAR.

CAPÍTULO V

TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD PARODONTAL.

A) DIAGNÓSTICO.

EL DIAGNÓSTICO ES EL ARTE DE DISTINGUIR UNA ENFERMEDAD-DE OTRA. LA BASE DE UN DIAGNÓSTICO Y UN PLAN DE TRATAMIENTO PRECISO ES LA RECOLECCIÓN SISTEMÁTICA DE LOS DATOS SOBRE-EL PACIENTE QUE SON REVELANTES PARA LA PREVENCIÓN O EL TRATA MIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. ADEMÁS DE RECONOCER - LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS DE LAS DIFEREN- TES ENFERMEDADES, EL DIAGNÓSTICO DEMANDA UNA COMPRENSIÓN DE- LOS PROCESOS PATOLÓGICOS SUBYACENTES Y SU ETIOLOGÍA.

EL EXAMEN CONSISTE EN ENTREVISTAR Y EXAMINAR FÍSICAMEN- TE AL PACIENTE EN CUANTO A LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD.

EL EXAMEN SUBJETIVO (INTERROGATIVO) DA LA OPORTUNIDAD - DE CONOCER LA PREOCUPACIÓN PRINCIPAL DEL PACIENTE O LA RAZÓN POR LA CUAL BUSCA EL TRATAMIENTO.

EL EXAMEN BUCAL CLÍNICO CONSTITUYE UNA RECOLECCIÓN ORDE NADA DE DATOS OBTENIDOS POR OBSERVACIÓN, SONDEO, PALPACIÓN, - PERCUSIÓN, DETERMINACIÓN DE LA MOVILIDAD DENTARIA Y PRUEBAS-

PULPARES.

EL EXAMEN RADIOGRÁFICO ES UNA EXTENSIÓN DEL EXAMEN VISUAL. NUESTRO INTERÉS ES POR EL PACIENTE QUE TIENE LA ENFERMEDAD Y NO SIMPLEMENTE POR LA ENFERMEDAD EN SÍ.

POR ELLO, EL DIAGNÓSTICO HA DE INCLUIR UNA VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE, ASÍ COMO UNA CONSIDERACIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL.

PRIMERA VISITA.

HISTORIA CLÍNICA:

LOS OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ESTÁN DIRIGIDOS HACIA LA FORMULACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO TENTATIVO Y HACIA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES SISTÉMICOS QUE PUDIERAN AFECTAR EL DIAGNÓSTICO O INFLUIR SOBRE EL PLAN DE TRATAMIENTO.

LA HISTORIA CLÍNICA NOS AYUDARÍA A:

- 1.- DIAGNÓSTICO DE LAS MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS.
- 2.- LA DETECCIÓN DE ESTADOS SISTÉMICOS QUE PUEDAN ESTAR AFECTANDO A LA RESPUESTA DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES A FACTORES LOCALES.

- 3.- LA DETECCIÓN DE ESTADOS SISTÉMICOS QUE DEMANDEN PRECAUCIONES ESPECIALES Y MODIFICACIONES EN LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.

HISTORIA DENTAL:

1.- EL EXAMEN CLÍNICO O EXAMEN FÍSICO DE LAS ESTRUCTURAS ORALES DEBE COMENZAR CON UNA EVALUACIÓN GENERAL DE LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE, LA MAGNITUD DE LAS LESIONES CARIOSAS, LA FUNCIÓN OCLUSAL, LA ESTABILIDAD Y LA MOVILIDAD DE LOS DIENTES Y EL ESTADO DEL PERIODONTO.

LA EVALUACIÓN GENERAL DEBE SER BREVE, PERO TIENE QUE -- PROVEER AL EXAMINADOR LA IDEA DE CUÁN EXTENSO SERÁ EL EXAMEN.

2.- PONE AL TANTO DE LOS TRATAMIENTOS DENTALES PREVIOS-AL PACIENTE, LAS RAZONES DE LAS EXTRACCIONES PREVIAS DE LOS DIENTES, HISTORIA DE ENFERMEDADES DENTALES Y PERIODONTALES -PREVIAS, Y LOS PROBLEMAS HEMORRÁGICOS Y ANESTÉSICOS EN MANIOBRAS ANTERIORES.

HISTORIA DE PROBLEMAS DE ENCÍA: ANTERIORES, NATURALEZA-DE LA AFECCIÓN, TRATAMIENTO ANTERIOR, DURACIÓN, NATURALEZA.

HÁBITOS COMO RECHINAMIENTO DE DIENTES O APRETAMIENTO DE DIENTES DURANTE EL DÍA O LA NOCHE.

ALGUNOS DE LOS SÍNTOMAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL SON:

ENCÍAS SANGRANTES, DIENTES FLOJOS, SEPARACIÓN DE LOS ---
TES CON APARICIÓN DE ESPACIOS DONDE ANTES NO LOS HABÍA. MAL
GUSTO EN LA BOCA, SENSACIÓN DE PICAZÓN EN LAS ENCÍAS; PUEDE -
HABER DOLOR DE DIVERSOS TIPOS Y DURACIÓN COMO: DOLOR CONSTAN-
TE SORDO, DOLOR APAGADO DESPUÉS DE COMER, DOLOR PULSATIL AGU-
DO, SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN, AL CALOR Y AL FRÍO, SENSAA---
CIÓN DE ARDOR EN ENCÍAS.

TODOS ÉSTOS DATOS AYUDAN AL DESARROLLO DEL DIAGNÓSTICO Y
DEL PRONÓSTICO, Y PUEDEN TENER UNA INFLUENCIA IMPORTANTE EN -
EL PLAN DE TRATAMIENTO.

SERIE RADIOGRÁFICA INTRABUCAL.

DEBE CONTAR CON UN MÍNIMO DE CATORCE PELÍCULAS INTRABUCA
LES Y RADIOGRÁFICAS DE ALETA MORDIBLE POSTERIORES.

RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS.

SON UN MÉTODO SIMPLE Y CONVENIENTE DE OBTENER UNA VISIÓN
GENERAL DEL ARCO DENTAL Y ESTRUCTURAS VECINAS. SON ÚTILES--
PARA LA DETECCIÓN DE ANOMALÍAS DE DESARROLLO, LESIONES PATOLÓ
GICAS DE DIENTES Y MAXILARES, FRACTURA, Y PARA EL EXAMEN EN--

SERIE DE GRUPOS NUMEROSOS.

PROPORCIONAN UN CUADRO RADIOGRÁFICO GENERAL DE LA DISTRIBUCIÓN Y GRAVEDAD DE LA DESTRUCCIÓN ÓSEA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, PERO SE REQUIERE TAMBIÉN DE LA INTRABUCAL COMPLETA PARA HACER UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO.

MODELOS.

SON MUY ÚTILES COMPLEMENTOS EN EL EXAMEN BUCAL. INDICAN LA POSICIÓN E INCLINACIÓN DE LOS DIENTES, RELACIONES DE CONTACTO PROXIMAL Y ZONAS DE EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA; Y SON DE UTILIDAD PARA HACER COMPARACIONES ANTES DEL TRATAMIENTO Y DESPUÉS DE ÉL.

SEGUNDA VISITA.

EXAMEN BUCAL.

A) HIGIENE BUCAL.

LA LIMPIEZA DE LA CAVIDAD SE APRECIA CON LOS RESIDUOS DE ALIMENTOS, PLACA, MATERIA ALBA Y PIGMENTACIONES. USANDO LA SOLUCIÓN REVELANTE PARA DETECTAR LA PLACA.

B) OLORES BUCALES.

HALITOSIS.- MAL OLOR U OLOR OFENSIVO QUE EMANA DE LA CA-

VIDAD BUCAL. SU ORIGEN PUEDE SER:

- 1.- LOCAL: RETENCIÓN DE PARTÍCULAS ODORÍFERAS DE ALI--
MENTOS SOBRE LOS DIENTES, LENGUA, GINGIVITIS ULCE--
RONECROSANTE AGUDA, ESTADOS DE DESHIDRATACIÓN, CA--
RIES, DENTADURAS ARTIFICIALES, ALIENTO DE FUMADOR,
HERIDAS QUIRÚRGICAS.
- 2.- EXTRABUCAL: INCLUYE ESTRUCTURAS VECINAS ASOCIADAS--
CON RINITIS, SINUSITIS O AMIGDALITIS, ENFERMEDADES
PULMONARES Y BRONQUIALES COMO: BRONQUITIS CRÓNICA,
BRONQUIECTASIA, ABSCESOS PULMONARES.

C) SALIVA.

EL PTIALISMO O SECRECIÓN SALIVAL EXCESIVA SE PRESENTA--
EN UNA SERIE DE ESTADOS COMO EL USO DE ALGUNAS DROGAS: (HG,
DILOCARPINA, YODURO, BROMURO).

LA DISMINUCIÓN DE LA SECRECIÓN SALIVAL SE OBSERVA EN -
ENFERMEDADES FEBRILES, ENFERMEDADES CRÓNICAS COMO: NEFRITIS
CRÓNICA, UREMIA, DIABETES, SACARINA, TRASTORNOS NEUROPSI--
QUIÁTRICOS.

D) LABIOS.

EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, ES MENESTER CONSIDERAR--

NEOPLASIAS, CHANCRÓ, QUEILITIS ANGULAR, IRRITACIÓN POR HÁBITOS DE MORDISQUEO Y QUISTES MUCOSOS.

E) MUCOSA BUCAL.

EL COLOR Y LA TEXTURA SUPERFICIAL INDICARÁ SI HAY PIGMENTACIONES PATOLÓGICAS, ERITEMA DIFUSO, COLORACIÓN ROJO-AZULADA ASOCIADA CON DEFICIENCIAS DEL COMPLEJO DE VIT-B, ATROFIA LISA Y BRILLANTE CON FISURAS EN LA GINGIVOESTOMATITIS MENOPAÚSICA O SENIL, ERITEMA MULTIFORME.

EL MORDISQUEO DE CARRILLO, ENJUAGATORIOS IRRITANTES, - COMIDAS CALIENTES, DENTADURAS Y RETENEDORES MAL ADAPTADOS -- SON CAUSAS COMUNES DE ÚLCERAS DOLOROSAS.

F) PISO DE LA BOCA.

SON FUENTES FRECUENTES DE DOLOR: LA RÁNULA, NEOPLASIAS Y LAS AFTAS.

G) LENGUA.

SE EXAMINARÁ PARA DETECTAR ALTERACIONES DEL COLOR, TAMAÑO Y NATURALEZA DE LAS PAPILAS, LEUCOPLASIA, LIQUEN MULTIFORME, PENFIGO, ANEMIA PERNICIOSA, DEFICIENCIAS DEL COMPLEJO DE VITAMINA B.

ÉSTOS CAMBIOS PUEDEN SER: INDOLOROS O PRESENTAR DIVERSOS GRADOS DE DOLOR Y ARDOR.

H) PALADAR.

ES FRECUENTE OBSERVAR LEUCOPLASIA, "PALADAR DE FUMADOR" CON ORIFICIOS DESTACADOS DE LAS GLÁNDULAS MUCOSAS, NEOPLASIAS Y EXOSTOSIS.

I) REGIÓN BUCOFARÍNGEA.

SITIO DONDE SE FORMA LA SEUDO MEMBRANA DE LA ANGINA DE VINCENT Y DE LA DIFTERIA. LAS AMÍGDALAS INFLAMADAS SUELEN CAUSAR DOLORES IRRADIADOS.

EXAMEN DE LOS DIENTES.

SE EXAMINAN PARA DETECTAR CARIES, MALFORMACIONES DE DESARROLLO, ANOMALÍAS EN LA FORMA DE LOS DIENTES, DESGASTES, HIPERSENSIBILIDAD Y RELACIONES DE CONTACTO PROXIMAL.

A) DESGASTE EN LOS DIENTES.

SE DEFINE COMO TODA PÉRDIDA GRADUAL DE LA SUBSTANCIA DENTAL Y SE CARACTERIZA POR FORMACIÓN DE SUPERFICIES PULIDAS LISAS.

LAS FORMAS DE DESCASTE SON:

- 1.- EROSIÓN = DEPRESIÓN DEFINIDA EN LA ZONA CERVICAL DE LA SUPERFICIE DENTAL VESTIBULAR. LAS SUPERFICIES SON LISAS, DURAS Y PULIDAS. ETIOLOGÍA - DESCONOCIDA Y SE SUGIRIÓ QUE LAS CAUSAS ERAN--DESCALCIFICACIÓN POR BEBIDAS ÁCIDAS O FRUTAS - CÍTRICAS.

- 2.- ABRASIÓN: ES LA PÉRDIDA DE SUSTANCIA DENTAL GENERADA POR DESCASTE MECÁNICO, NO MASTICATORIO. DEJA UNA FORMA DE PLATILLO O DE CUÑA Y DEJA UNA SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. CAUSAS COMUNES DE ABRASIÓN: EL CEPILLADO O LA ACCIÓN DE LOS RETENEDORES, EL HÁBITO DE SOSTENER HORQUILLAS O CLAVOS ENTRE LOS DIENTES EN LOS BORDES INCISALES.

- 3.- ATRICCIÓN: DESCASTE CAUSADO POR LOS DIENTES CONTRA LOS -- DIENTES, APARECEN EN LAS SUPERFICIES INCISALES, OCLUSALES Y PROXIMALES DE LOS DIENTES.

B) HIPERSENSIBILIDAD.

LAS SUPERFICIES RADICULARES EXPUESTAS POR LA RECESIÓN GINGIVAL PUEDEN SER HIPERSENSIBLES A LOS CAMBIOS TÉRMICOS Y LA ESTIMULACIÓN TÁCTIL.

C) SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN.

ES UNA CARACTERÍSTICA DE LA INFLAMACIÓN AGUDA DEL LIGAMENTO PERIODONTAL. LA PERCUSIÓN SUAVE DEL DIENTE A DIFERENTES ÁNGULOS AYUDA A LOCALIZAR EL SITIO DE LA LESIÓN INFLAMATORIA.

D) MIGRACIÓN PATOLÓGICA DE LOS DIENTES.

LAS ALTERACIONES DE LA POSICIÓN DE LOS DIENTES, CON VISTA A LA DETECCIÓN DE FUERZAS OCLUSALES ANORMALES, EMPUJE LINGUAL U OTROS HÁBITOS. LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA DE LOS DIENTES ANTERIORES EN PERSONAS JÓVENES SUELEN SER UN SIGNO DE PERIODONTITIS JUVENIL.

E) BOLSAS PERIODONTALES.

EL EXAMEN DEBE INCLUIR:

- 1.- PRESENCIA Y DISTRIBUCIÓN EN CADA SUPERFICIE DEL DIENTE.
- 2.- TEJIDO DE BOLSA, SUPRAÓSEA O INFRAÓSEA, SIMPLE, COMPLEJA O COMPLEJA.
- 3.- PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.
- 4.- NIVEL DE LA INSERCIÓN EN LA RAÍZ.

EL MÉTODO PARA VALORAR Y DETECTAR LAS BOLSAS PERIODONTA LES ES LA EXPLORACIÓN CUIDADOSA CON UNA SONDA.

PARA DETERMINAR SI HAY PUS EN UNA BOLSA PERIODONTAL SE- APLICA LA YEMA DEL DEDO ÍNDICE SOBRE EL SECTOR LATERAL DE LA ENCÍA MARGINAL Y SE EJERCE PRESIÓN CON UN MOVIMIENTO CIRCU-- LAR HACIA LA CORONA.

B) PRONÓSTICO.

ES LA PREDICCIÓN DE LA DURACIÓN, EVOLUCIÓN Y CONCLUSIÓN DE UNA ENFERMEDAD Y LA POSIBLE RESPUESTA AL TRATAMIENTO. DE BE SER DETERMINADO ANTES DE PLANEAR EL TRATAMIENTO.

EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL SE BASA SOBRE - EL PAPEL DE LA INFLAMACIÓN EN EL PROCESO TOTAL DE LA ENFERME DAD. SI LA INFLAMACIÓN ES EL ÚNICO CAMBIO PATOLÓGICO, EL-- PRONÓSTICO ES FAVORABLE, SIEMPRE QUE SE ELIMINEN LA TOTALI-- DAD DE LOS IRRITANTES LOCALES Y QUE EL PACIENTE COLABORE ME DIANTE UNA HIGIENE BUCAL.

SI LA INFLAMACIÓN ESTÁ SOBRECARGADA A CAMBIOS TISULARES DE ORIGEN SISTÉMICO (COMO AGRANDAMIENTOS O TRASTORNOS NUTRI- CIONALES HEMATOLÓGICOS U HORMONALES), LA SALUD GINGIVAL PUE-- DE SER RESTAURADA TEMPORALMENTE POR EL TRATAMIENTO LOCAL, PE RO UN PRONÓSTICO A LARGO PLAZO SE BASA EN EL CONTROL O CORREC

CIÓN DE LOS FACTORES SISTÉMICOS QUE INTERVIENEN.

- PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.

EN LA DETERMINACIÓN DEL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL HAY DOS FACETAS:

1.- PRONÓSTICO TOTAL.

2.- PRONÓSTICO DE DIENTES INDIVIDUALES.

1.- PRONÓSTICO TOTAL.

SE REFIERE A LA DENTADURA COMO UN TODO; Y SE TOMARÁ EN CONSIDERACIÓN LOS SIGUIENTES FACTORES:

A) ESTABLECIMIENTO DE LA RESPUESTA ÓSEA PASADA:

ESTA RESPUESTA ES UNA GUÍA ÚTIL PARA PREDECIR LA RESPUESTA ÓSEA AL TRATAMIENTO Y LA POSIBILIDAD AL DETENER LOS PROCESOS QUE DESTRUYEN AL HUESO.

ESTE ESTABLECIMIENTO INCLUYE LA CONSIDERACIÓN DE LA INTENSIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LA PÉRDIDA ÓSEA PERIODONTAL EN FUNCIÓN.

A) EDAD DEL PACIENTE, DISTRIBUCIÓN, MAGNITUD Y DURACIÓN DE IRRITANTES LOCALES (PLACA, CÁLCULOS) ANORMALIDADES Y HÁBI

TOS OCLUSALES.

SI LA CANTIDAD DE PÉRDIDA ÓSEA PUEDE SER ATRIBUIDA A -- FACTORES LOCALES, SE PUEDE ESPERAR QUE EL TRATAMIENTO LOCAL- DETENGA LA DESTRUCCIÓN ÓSEA; EL PRONÓSTICO ES BUENO.

SI LA PÉRDIDA ÓSEA ES MÁS INTENSA QUE LA QUE ORDINARIA- MENTE DEBE HABER A LA EDAD DEL PACIENTE EN PRESENCIA DE FAC- TORES LOCALES DE INTENSIDAD Y DURACIÓN COMPARABLES, EL PRO-- NÓSTICO TOTAL ES MALO; A CAUSA DE LA DIFICULTAD PARA DETERMI- NAR LOS FACTORES SISTÉMICOS CAUSALES.

EL PRONÓSTICO NO SIEMPRE ES MALO, SIEMPRE QUE SE DETEC- TE TEMPRANO Y QUEDE SUFICIENTE HUESO PARA SOSTENER LOS DIEN- TES.

B) APLICACIÓN DEL CONCEPTO DE "FACTOR ÓSEO" AL PRONÓS-- TICO PERIODONTAL.

EL PROCEDIMIENTO CLÍNICO MEDIANTE EL CUAL SE APLICA EL- CONCEPTO DE "FACTOR ÓSEO" EN EL DIAGNÓSTICO Y LA DETERMINA-- CIÓN DEL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES EL QUE - SIGUE:

- 1.- DETERMÍNESE LA EDAD DEL PACIENTE.
- 2.- VALÓRESE LA DISTRIBUCIÓN, INTENSIDAD Y DURACIÓN DE-

LA INFLAMACIÓN GINGIVAL Y LAS DESARMONÍAS OCLUSALES, CADA UNA DE LAS CUALES ES CAPAZ DE GENERAR PÉRDIDA-ÓSEA.

3.- DETERMÍNESE LA DISTRIBUCIÓN, INTENSIDAD Y VELOCIDAD DE LA PÉRDIDA ÓSEA.

LA NATURALEZA DEL "FACTOR ÓSEO" INDIVIDUAL SE DETERMINA A PARTIR DE LOS HALLAZGOS ANTES DICHO COMO SIGUE:

I.- DIAGNÓSTICO DE "FACTOR ÓSEO POSITIVO"; CUANDO LA VELOCIDAD Y LA INTENSIDAD DE LA PÉRDIDA ÓSEA SE EXPLICAN POR - LOS FACTORES LOCALES EXISTENTES. LAS INFLUENCIAS EN EL HUESO ALVEOLAR SON FAVORABLES, YA QUE SE FORMA HUESO Y COM--PENSA LA RESORCIÓN CAUSADA POR FACTORES LOCALES LESIVOS.

II.- DIAGNÓSTICO DE "FACTOR ÓSEO NEGATIVO"; CUANDO LA CANTIDAD Y LA VELOCIDAD DE LA PÉRDIDA ÓSEA EXCEDEN EN PRESEN- CIA DE FACTORES LOCALES DE DURACIÓN E INTENSIDAD COMPA- RABLES.

UN DIAGNÓSTICO NEGATIVO NO SIGNIFICA QUE EL PACIENTE SU- FRA UNA ENFERMEDAD ÓSEA O QUE LA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL DE- BIÓ HABER COMENZADO NECESARIAMENTE EN EL HUESO ALVEOLAR.

LA VALORACIÓN DEL "FACTOR ÓSEO" INDIVIDUAL SE EFECTÚA - SOBRE LA BASE DE LA HISTORIA Y LOS HALLAZGOS EN EL MOMENTO -

SOBRE LA BASE DE LA HISTORIA Y LOS HALLAZGOS EN EL MOMENTO-- DEL EXAMEN. EL "FACTOR ÓSEO" ES UNA EXPRESIÓN DE INFLUEN-- CIAS ORGÁNICAS Y NO ES OBLIGATORIAMENTE CONSTANTE, PUEDE SER ALTERADO POR CAMBIOS EN EL ESTADO GENERAL DEL INDIVIDUO.

POR LO GENERAL ES SUFICIENTE EL TRATAMIENTO LOCAL PARA-- CONSERVAR LOS DIENTES EN FUNCIÓN ÚTIL MUCHOS AÑOS, INCLUSO -- SI NO ES POSIBLE LA CORRECCIÓN SISTÉMICA.

C) ANTECEDENTES SISTÉMICOS DEL PACIENTE.

ÉSTOS ANTECEDENTES AFECTAN AL PRONÓSTICO TOTAL DE DIFE-- RENTES MANERAS. EN PACIENTES CUYA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL-- EXTENSA NO PUEDE JUSTIFICARSE SOLAMENTE POR FACTORES LOCALES LO RAZONABLE ES SUPONER UNA ETIOLOGÍA SISTÉMICA CONMITANTE.

SIN EMBARGO, LA DETECCIÓN DE FACTORES SISTÉMICOS CAUSA-- LES SUELE SER DIFÍCIL, DE MODO QUE EL PRONÓSTICO DE TALES PA-- CIENTES POR LO GENERAL ES MALO.

NO OBSTANTE, SI SE TRATA DE PACIENTES CON TRASTORNOS -- SISTÉMICOS CONOCIDOS QUE PUDIERAN AFECTAR AL PERIODONCIO, CO-- MO DIABETES, DEFICIENCIAS NUTRICIONALES, HIPERTIROIDISMO E-- HIPERPARATITOIDISMO, EL PRONÓSTICO DEL ESTADO PERIODONTAL SE BENEFICIA EN SU CORRECCIÓN.

CUANDO SE REQUIERA TRATAMIENTO PERIODONTAL, PERO NO SEA POSIBLE REALIZARLO EN RAZÓN DE SALUD DEL PACIENTE, EL PRONÓSTICO SERÁ RESERVADO.

D) PRONÓSTICO DE PERIODONTITIS JUVENIL.

EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL DIAGNOSTICADA - COMO PERIODONTITIS JUVENIL, SE CONSIDERA QUE LAS INFLUENCIAS SISTÉMICAS DESEMPEÑAN UN PAPEL IMPORTANTE EN LA DESTRUCCIÓN-PERIODONTAL.

DESDE EL PUNTO DE VISTA IDEAL, EL TRATAMIENTO DEBERÍA - INCLUIR LA CORRECCIÓN DE LOS ESTADOS SISTÉMICOS CAUSALES JUNTO CON MEDIDAS LOCALES, PERO RESULTA DIFÍCIL DETERMINAR LOS-PRIMEROS. SIN EMBARGO, CON EXCEPCIÓN DE CASOS AVANZADOS DE PERIODONTITIS JUVENIL EN LOS CUALES EL HUESO REMANENTE ES INSUFICIENTE PARA SOSTENER LOS DIENTES, ES POSIBLE CONSERVAR - LA DENTADURA EN FUNCIÓN ÚTIL ÚNICAMENTE MEDIANTE TRATAMIENTO LOCAL.

2.- PRONÓSTICO DE DIENTES INDIVIDUALES.

EL PRONÓSTICO DE DIENTES INDIVIDUALES SE DETERMINA DESPUÉS DEL PRONÓSTICO TOTAL Y ES AFECTADO POR ÉL. AL DETERMINAR EL PRONÓSTICO DE DIENTES INDIVIDUALES SE CONSIDERAN LOS-SIGUIENTES FACTORES:

A) MOVILIDAD.

LAS CAUSAS PRINCIPALES DE LA MOVILIDAD DENTAL SON: PÉRDIDA DE HUESO ALVEOLAR, CAMBIOS INFLAMATORIOS EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL Y TRAUMA DE LA OCLUSIÓN, ES CORREGIBLE. NO ES POSIBLE CORREGIR LA MOVILIDAD DENTAL RESULTANTE DE LA PÉRDIDA DE HUESO ALVEOLAR SOLAMENTE.

B) BOLSAS PERIODONTALES.

EN BOLSAS SUPRAÓSEAS, LA LOCALIZACIÓN DEL FONDO DE LA BOLSA AFECTA AL PRONÓSTICO DE LOS DIENTES MAS QUE A LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.

EL PRONÓSTICO ESTARÁ ADVERSAMENTE AFECTADO SI EL FONDO DE LA BOLSA ESTÁ CERCA DEL ÁPICE RADICULAR, INCLUSO CUANDO NO HAYA MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD APICAL. LA FRECUENCIA DE ALTERACIONES PULPARES DEGENERATIVAS ES MAYOR EN DIENTES AFECTADOS POR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, POR LO GENERAL, SON SÍNTOMAS CLÍNICOS O NECROSIS PULPAR. LOS CAMBIOS PULPARES SE ATRIBUYEN A LA IRRITACIÓN ORIGINADA POR PRODUCTOS BACTERIANOS A TRAVÉS DE LOS CANALÍCULOS DENTARIOS DE LA PARED RADICULAR EXPUESTA DE LAS BOLSAS PERIODONTALES Y A TRAVÉS DE LOS CANALÍCULOS DENTARIOS DE LA PARED RADICULAR EX-

PUESTA DE LAS BOLSAS PERIODONTALES Y A TRAVÉS DE LOS CONDUCTOS PULPARES Y LATERALES. SI EL FONDO DE LA BOLSA ESTÁ CERCA DEL ÁPICE, LOS PRODUCTOS BACTERIANOS LESIVOS PUEDEN ALCANZAR LA PULPA A TRAVÉS DE LOS AGUJEROS APICALES; HAY QUE HACER EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO.

CUANDO SE HA EXTENDIDO LA BOLSA PERIODONTAL Y ENVUELVE EL ÁPICE, EL PRONÓSTICO ES GENERALMENTE MALO. SIN EMBARGO, A VECES SE CONSIGUE UNA SORPRENDENTE REPARACIÓN DEL HUESO -- APICAL Y LATERAL MEDIANTE LA COMBINACIÓN DEL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO Y PERIODONTAL. EN BOLSAS INFRAÓSEAS; LA POSIBILIDAD DE ELIMINAR LAS BOLSAS INFRAÓSEAS DEPENDE DE VARIOS FACTORES, ENTRE LOS CUALES SON FUNDAMENTALES EL CONTORNO DE LOS DEFECTOS ÓSEOS Y LA CANTIDAD DE PAREDES ÓSEAS REMANENTES.

C) LESIONES DE FURCACIÓN.

LA PRESENCIA DE LESIONES DE BIFURCACIÓN O TRIFURCACIÓN NO INDICA QUE EL PRONÓSTICO SEA NEGATIVO. SIN EMBARGO, --- CUANDO UNA LESIÓN ALCANZA LA FURCACIÓN AGREGA DOS IMPORTANTES PROBLEMAS.

EL PRIMERO ES LA DIFICULTAD DEL ACCESO QUIRÚRGICO A LA ZONA SI SE HA DE REALIZAR UNA CIRUGÍA ÓSEA; EL SEGUNDO ES LA INACCESIBILIDAD DE LA ZONA A LA REMOCIÓN DE LA PLACA POR PARTE DEL PACIENTE. SI ÉSTOS DOS PROBLEMAS PUEDEN RESOLVERSE--

SATISFACTORIAMENTE, EL PRONÓSTICO SERÁ SIMILAR O HASTA MEJOR QUE EL DE DIENTES UNIRRADICULARES CON UN GRADO SIMILAR DE -- PÉRDIDA ÓSEA.

LOS PRIMEROS MOLARES SUPERIORES OFRECEN LAS MAYORES DIFICULTADES, Y POR LO TANTO SU PRONÓSTICO SUELE SER DESFAVORABLE CUANDO LA LESIÓN ALCANZA LA FURCACIÓN.

C.- PLAN DE TRATAMIENTO.

ES LA GUÍA PARA EL MANEJO DEL CASO. INCLUYE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REQUIEREN PARA EL ESTABLECIMIENTO Y--- MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL, COMO DECIDIR SI CONSERVAR-- LOS DIENTES O EXTRAERLOS. DECISIONES SOBRE TÉCNICAS POR--- UTILIZAR PARA ELIMINAR LAS BOLSAS, LA NECESIDAD DE PROCEDI-- MIENTOS QUIRÚRGICOS MUCOGINGIVALES O RECONSTRUCTIVOS Y CO--- RRECCIÓN OCLUSAL, CLASE DE RESTAURACIONES QUE SE UTILIZARÁN, QUE DIENTES SE USARÁN COMO PILARES PARA LA FERULIZACIÓN.

EL TRATAMIENTO PERIODONTAL EXIGE PLANIFICACIÓN A LARGO- PLAZO. SU VALOR PARA EL PACIENTE SE MIDE EN AÑOS DE FUNCIO NAMIENTO ÚTIL DE TODA LA DENTADURA, NO POR EL NÚMERO DE DIEN TES CONSERVADOS EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO; SE ORIENTA HA CIA EL ESTABLECIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEL PERIO DONCIO EN TODA LA BOCA Y NO HACIA ESFUERZOS ESPECTACULARES - POR AFIRMAR DIENTES FLOJOS.

EL ESTADO PERIODONTAL DE LOS DIENTES QUE DECIDIMOS CONSERVAR ES MÁS IMPORTANTE QUE SU NÚMERO.

DIENTES QUE PUEдан SER CONSERVADOS CON UN MÍNIMO DE DUDA Y UN MARGEN MÁXIMO DE SEGURIDAD PROPORCIONAN LA BASE PARA EL PLAN DE TRATAMIENTO TOTAL. LA META DEL PLAN DE TRATAMIENTO ES: LA COORDINACIÓN DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS CON LA FINALIDAD DE CREAR UNA DENTADURA QUE FUNCIONE BIEN EN UN MEDIO AMBIENTE PERIODONTAL SANO.

ESTE TRATAMIENTO LLAMADO "PLAN MAESTRO" ABARCA CUATRO DIFERENTES OBJETIVOS TERAPÉUTICOS PARA CADA PACIENTE:

1.- FASE DE TEJIDOS BLANDOS.

ELIMINACIÓN DE INFLAMACIÓN GINGIVAL, BOLSAS PERIODONTALES, ESTABLECIMIENTO DEL CONTORNO GINGIVAL, RESTAURACIÓN DE CARIES, CORRECCIÓN DE MÁRGENES.

2.- FASE FUNCIONAL.

UNA RELACIÓN OCLUSAL ÓPTIMA ES AQUELLA QUE PROPORCIONA LA ESTIMULACIÓN FUNCIONAL NECESARIA PARA PRESERVAR LA SALUD PERIODONTAL COMO: AJUSTE OCLUSAL, PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES (PROTÉTICOS-ORTODÓNTICOS), CORRECCIÓN DE HÁBITOS (BRUXISMO Y APRETAMIENTO).

3.- FASE SISTÉMICA.

LOS ESTADOS SISTÉMICOS PUEDEN DEMANDAR QUE SE TOMEN PRECAUCIONES ESPECIALES DURANTE EL TRATAMIENTO PERIODONTAL; AFECTAN A LA RESPUESTA A LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS O AMENAZAN LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD PERIODONTAL-UNA VEZ CONCLUIDO EL TRATAMIENTO.

4.- FASE DE MANTENIMIENTO.

CONSISTE EN LA ENSEÑANZA DE LA HIGIENE BUCAL, CITACIÓN-DEL PACIENTE A INTERVALOS REGULARES PARA CONTROLAR EL -ESTADO DEL PERIODONCIO, ESTADO DE LA OPERATORIA DENTAL, AJUSTE OCLUSAL Y RADIOGRAFÍA DE CONTROL.

SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO.

A) FASE PRELIMINAR.

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DENTAL-PERIODONTALES.
EXTRACCIÓN DE DIENTES INSALVABLES Y REEMPLAZO PROVISIONAL.

B) FASE I DEL TRATAMIENTO (FASE ETIOTRÓPICA).

CONTROL DE LA PLACA.
ELIMINACIÓN DE CÁLCULOS Y AISLAMIENTO RADICULAR.

CORRECCIÓN DE FACTORES IRRITATIVOS RESTAURADORES Y
PROTÉTICOS.

TRATAMIENTO OCLUSAL.

PEQUEÑOS MOVIMIENTOS ORTODÓNTICOS.

FERULIZACIÓN PROVISIONAL.

CONTROLANDO PRINCIPALMENTE:

PROFUNDIDAD DE BOLSA E INFLAMACIÓN GINGIVAL.

PLACA Y CÁLCULOS.

C) FASE II (FASE QUIRÚRGICA).

CIRUGÍA PERIODONTAL.

D) FASE III (FASE RESTAURADORA).

PRÓTESIS FIJA Y REMOVIBLE, VALORANDO LA RESPUESTA-
PERIODONTAL A PROCEDIMIENTOS DE RESTAURACIÓN.

E) FASE IV (FASE DE MANTENIMIENTO).

CITACIONES PERIÓDICAS.

PLACA Y CÁLCULOS.

ESTADO GINGIVAL (BOLSAS E INFLAMACIÓN).

OCLUSIÓN, MOVILIDAD DENTAL.

FACTORES QUE AFECTAN LA CICATRIZACIÓN.

1.- FACTORES LOCALES:

CONTAMINACIÓN POR MICROORGANISMOS, IRRITACIÓN DE LA PLACA, RESIDUOS DE ALIMENTOS Y RESTOS DE TEJIDO NECRÓTICO,-- TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

TAMBIÉN HAY UNA DEMORA EN LA CICATRIZACIÓN POR LA MANIPULACIÓN EXCESIVA DURANTE EL TRATAMIENTO, TRAUMATISMO DE LOS TEJIDOS. LA APLICACIÓN TÓPICA DE CORTISONA Y LA RADIACIÓN IONIZANTE RETARDAN LA CICATRIZACIÓN.

LA CICATRIZACIÓN MEJORA CUANDO HAY AUMENTO LOCAL DE LA TEMPERATURA, LIMPIEZA, ELIMINACIÓN DE TEJIDO NECRÓTICO Y DEGENERADO, PRESIÓN EN LA HERIDA.

2.- FACTORES SISTÉMICOS:

LAS CAUSAS SERÍAN LOS CAMBIOS ARTEROSCLERÓTICOS VASCULARES COMUNES EN EL ENVEJECIMIENTO Y LA RESULTANTE REDUCCIÓN DE LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA. LA CICATRIZACIÓN ESTÁ RETARDADA EN LA DIABETES Y EN PACIENTES CON INFECCIONES-- GENERALIZADAS. SE RETARDA POR LA INGESTIÓN INSUFICIENTE DE ALIMENTOS Y POR ESTADOS ORGÁNICOS QUE INTERFIEREN LA-- ASIMILACIÓN DE NUTRIENTES.

REGENERACIÓN-REINSECCIÓN.

SON FACETAS DE CICATRIZACIÓN PERIODONTAL E INFLUYEN EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL.

REGENERACIÓN.

ES LA PROLIFERACIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE NUEVAS CÉLULAS Y SUSTANCIAS INTERCELULARES PARA FORMAR NUEVOS TEJIDOS O -- PARTES. ÉSTA SE PRODUCE POR LA PROLIFERACIÓN A PARTIR DE LA MISMA CLASE DE TEJIDO QUE EL QUE FUE DESTRUIDO, O A PARTIR DE SU PRECURSOR; SIENDO UN PROCESO FISIOLÓGICO CONTINUO.

EN CONDICIONES NORMALES, CONSTANTEMENTE SE FORMAN NUEVAS CÉLULAS Y TEJIDO PARA REEMPLAZAR A LOS QUE MADURAN Y -- MUEREN. ESTO SE DENOMINA: "REPARACIÓN DEL DESGASTE Y LA-- ROTURA".

AL ELIMINAR LA PLACA BACTERIANA Y CREAR LAS CONDICIO-- NES PARA EVITAR SU NEOFORMACIÓN, EL TRATAMIENTO PERIODONTAL ELIMINA LOS OBSTÁCULOS A LA REGENERACIÓN Y PERMITE QUE EL - PACIENTE SE BENEFICIE CON LA CAPACIDAD REGENERATIVA INNATA- DE LOS TEJIDOS.

REINSECCIÓN.

ES LA REINCLUSIÓN DE NUEVAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIO

DONTAL EN EL CEMENTO NUEVO Y LA UNIÓN DEL EPITELIO GINGIVAL A LA SUPERFICIE DENTAL PREVIAMENTE DENUDADA PARA LA ENFERMEDAD.

SE REFIERE A LA RESTAURACIÓN DEL PERIODONCIO MARGINAL Y NO A LA REPARACIÓN DE OTROS SECTORES DE LA RAÍZ, COMO LAS QUE APARECEN DESPUÉS DE DESGARRES TRAUMÁTICOS EN EL CEMENTO, FRACTURAS DENTALES O EL TRATAMIENTO DE LESIONES PERIAPICALES.

ADAPTACIÓN EPITELIAL = ES LA APOSICIÓN ESTRECHA DEL EPITELIO GINGIVAL A LA SUPERFICIE DENTAL, SIN OBLITERACIÓN COMPLETA DE LA BOLSA.

- FACTORES QUE AFECTAN A LA REINSERCIÓN.

- 1.- ELIMINACIÓN DEL EPITELIO DE UNIÓN.
- 2.- ALISADO MINUCIOSO DE LA SUPERFICIE RADICULAR.
- 3.- TEJIDO DE GRANULACIÓN.

CAPÍTULO VI

INSTRUMENTAL PERIODONTAL.

LOS INSTRUMENTOS ESTÁN DISEÑADOS PARA LA ELIMINACIÓN DE CÁLCULOS, ALISADO DE LAS SUPERFICIES RADICULARES, CURETAJE-- DE LA ENCÍA O REMOCIÓN DEL TEJIDO ENFERMO.

A) CLASIFICACIÓN.

I.- SONDAS PERIODONTALES.- USADAS PARA LOCALIZAR, MEDIR Y MARCAR BOLSAS Y DETERMINAR SU CURSO SOBRE SUPERFI CIES DENTALES INDIVIDUALES.

ÉSTAS SONDAS SON DELGADAS Y EL CUELLO ES ANGULA-- DO PARA PERMITIR LA INSERCIÓN FÁCIL EN LA BOLSA.

PARA MEDIRLA SE INTRODUCE LA SONDA CON PRESIÓN-- FIRME Y SUAVE HASTA EL FONDO DE LA BOLSA. SE HA-- CEN VARIAS MEDICIONES PARA DETERMINAR EL CURSO DE - LA BOLSA SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE.

II.- EXPLORADORES.- USADOS PARA LA LOCALIZACIÓN DE DEPÓ-- SITOS SUBGINGIVALES Y CARIES, PARA CONTROLAR LA LI-- SURA DE LAS SUPERFICIES RADICULARES DESPUÉS DEL AIS

LAMIENTO RADICULAR.

LOS DISEÑOS DE LOS EXPLORADORES SON DE DIFERENTES--
FORMAS Y ÁNGULOS PARA UNA VARIEDAD DE USOS.

III.- INSTRUMENTOS DE RASPAJE-CURETAJE.- REMOCIÓN DE DE-
PÓSITOS DE CÁLCULOS DE LA CORONA Y LA RAÍZ DE UN DIENTE;
REMOCIÓN DE CEMENTO NECRÓTICO, ALTERADO DE LA SU-
PERFICIE RADICULAR SUBGINGIVAL Y RETIRO DEL TEJIDO --
BLANDO QUE TAPIZA LA BOLSA.

SE CLASIFICAN EN:

- A) HOCES - PARA QUITAR CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES.
- B) CURETAS- SE UTILIZAN PARA EL RASPAJE SUBGINGIVAL.-
ALISAMIENTO RADICULAR Y REMOCIÓN DEL TEJIDO
BLANDO QUE TAPIZA LA BOLSA.

LAS CURETAS PERMITEN UN MEJOR ACCESO A
BOLSAS PROFUNDAS CON UN MÍNIMO DE TRAUMA-
TISMO DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

HAY DOS TIPOS:

- 1) UNIVERSAL.
- 2) ESPECÍFICAS.

- C) AZADAS - PARA ALISAR Y PULIR SUPERFICIES RADICULA-
RES ELIMINANDO RESTOS DE CÁLCULOS Y CEMENTO

TO. LAS AZADAS SE USAN:

- 1) SE INTRODUCE LA HOJA HASTA LA BASE DE LA BOLSA PERIODONTAL Y QUE HAGA CONTACTO EN 2 PUNTOS CON EL DIENTE.
- 2) SE ACTIVA EL INSTRUMENTO CON UN MOVIMIENTO FIRME HACIA LA CORONA, CONSERVANDO LOS 2 PUNTOS CON EL DIENTE.

D) CINCELES - DISEÑADOS PARA SUPERFICIES PROXIMALES DE DIENTES DEMASIADO JUNTOS PARA PERMITIR - EL USO DE OTROS RASPADORES, SE USAN EN LA PARTE ANTERIOR DE LA BOCA.

E) LIMAS - YA NO SE USAN PARA RASPAR Y ALISAR LAS RAÍCES PORQUE DEJAN ESTRÍAS Y RUGOSIDADES SOBRE LAS SUPERFICIES RADICULARES; O SE USAN PARA ELIMINAR MÁRGENES DESBORDANTES DE OBTURACIONES.

F) INSTRUMENTOS ULTRASÓNICOS - LAS VIBRACIONES ULTRASÓNICAS SE PUEDEN USAR PARA HACER RASPAJE, CURETAJE Y REMOCIÓN DE PIGMENTACIONES.

HAY PUNTAS DE DIFERENTES FORMAS PARA-

RASPAGE, CURETAJE, ALISADO DE RAÍCES Y CIRUGÍA GINGIVAL.

IV.- INSTRUMENTOS DE LIMPIEZA Y PULIDO.- TAZA DE GOMA,- PORTAPULIDOR, CEPILLO DE CERDA Y LA TIRA DE PAPEL SE EMPLEAN PARA LIMPIAR Y PULIR LAS SUPERFICIES DENTALES.

A) TAZAS DE GOMA.- CONSISTEN EN UNA PIEZA AHUECADA CON ESTRÍAS EN SU INTERIOR.

B) PORTAPULIDOR.- INSTRUMENTO DE MANO DISEÑADO PARA SOSTENER UNA PUNTA DE MADERA CON LA CUAL SE APLICA UNA PASTA PULIDORA SOBRE EL DIENTE CON UNA FIRME ACCIÓN DE BRUÑIDO.

C) CEPILLO DE CERDA.- EN FORMA DE RUEDA Y TAZA SE USAN EN UNA PIEZA DE MANO, CON PASTA PULIDORA, ESTAS CERDAS SON MUY RIGIDAS Y DEBEN CONFINARSE A LA CORONA, PARA QUITAR LA LESIÓN DEL CEMENTO.

D) TIRA DE PAPEL.- SE USAN CON PASTA PULIDORA PARA PULIR SUPERFICIES PROXIMALES INACCESIBLES CON OTROS INSTRUMENTOS DE PULIR.

INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS.

SE APLICAN EN:

I.- INSTRUMENTOS DE EXCISSION E INCISION.

A) BISTURÍES PERIODONTALES.- BISTURÍES USADOS COMUNMENTE EN GINGIVECTOMÍAS. TODA LA PERIFERIA DE ÉSTOS - BISTURÍES EN FORMA DE RINÓN ES UN BORDE CORTANTE.

B) BISTURÍES INTERDENTALES.- SON BISTURÍES LANCIFORMES- CON BORDES CORTANTES A AMBOS LADOS DE LA HOJA. ÉSTAS HOJAS SE UTILIZAN EN OPERACIONES POR COLGAJO,-- MUCOGINGIVALES E INJERTOS.

II.- CURETAS Y HOCES QUIRÚRGICAS.

EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SUELEN NECESITARSE CURETAS Y HOCES MÁS GRANDES Y PESADAS PARA ELIMINAR- TEJIDO DE GRANULACIÓN, TEJIDOS INTERDENTALES FIBRO-- SOS Y DEPÓSITOS SUBGINGIVALES MUY ADHERIDOS. LAS - HOJAS MÁS ANCHAS Y PESADAS DE ÉSTOS INSTRUMENTOS LOS HACEN MÁS ADECUADOS PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

III.- ELEVADORES PERIÓSTICOS.

ÉSTOS INSTRUMENTOS SON NECESARIOS PARA SEPARAR Y DES

PLAZAR EL COLGAJO UNA VEZ HECHA LA INCISIÓN DE LAS-
OPERACIONES POR COLGAJO.

IV.- CINCELES Y AZADAS QUIRÚRGICAS.

SE EMPLEAN EN OPERACIONES QUIRÚRGICAS PARA ELIMINAR Y -
REMODELAR HUESO.

LA AZADA QUIRÚRGICA SE USA PARA DESPRENDER LAS PAREDES-
DE LA BOLSA UNA VEZ HECHA LA INCISIÓN DE GINGIVECTOMÍA,
Y ES ÚTIL TAMBIÉN PARA LISAR LA RAÍZ Y LAS SUPERFICIES-
ÓSEAS A LAS QUE SE PUEDA LLEGAR MEDIANTE CUALQUIER TÉC-
NICA QUIRÚRGICA.

LAS AZADAS SE USAN CON MOVIMIENTOS DE TRACCIÓN Y LOS
CINCELES CON MOVIMIENTOS DE IMPULSIÓN.

V.- LIMAS QUIRÚRGICAS.

SIRVEN FUNDAMENTALMENTE PARA ALISAR BORDES ÓSEOS ---
IRREGULARES Y REMOVER PEQUEÑAS ZONAS DE HUESO.

LAS LIMAS SUELEN USARSE CON MOVIMIENTOS DE TRACCIÓN-
E IMPULSIÓN, PRINCIPALMENTE EN ZONAS INTERDENTALES.

VI.- TIJERAS.

SE USAN EN CIRUGÍA PERIODONTAL PARA ELIMINAR LENGUE-

TAS DE TEJIDO DURANTE LA GINGIVECTOMÍA, RECORTAR LOS--
MÁRGENES DE COLGAJOS, AGRANDAR INCISIONES EN ABSCESOS-
PERIODONTALES Y ELIMINAR INSERCIONES MUSCULARES EN LA-
CIRUGÍA MUCOGINGIVAL.

ELECTROCIRUGÍA.

SE EMPLEA PARA IDENTIFICAR TÉCNICAS QUIRÚRGICAS REALIZA
DAS SOBRE TEJIDOS BLANDOS MEDIANTE CORRIENTES ELÉCTRICAS DE-
ALTA FRECUENCIA EN EL RANGO DE 1,500,000 a 7,500,000 POR SE-
GUNDO.

HAY TRES TIPOS DE ELECTRODOS ACTIVOS.

- 1.- ELECTRODOS DE ALAMBRE ÚNICO PARA INCISIÓN O EXCISIÓN.
- 2.- ELECTRODOS PESADOS, MÁS VOLUMINOSOS PARA PROCEDI---
MIENTOS DE COAGULACIÓN.
- 3.- ELECTRODOS EN "ASA PARA ALISAR TEJIDOS".

BASICAMENTE HAY CUATRO TIPOS DE TÉCNICAS ELECTROQUIRÚRGICAS:

- A) ELECTROSECCIÓN, ELECTROMÍA O AWSECCIÓN, REQUIERE DE UNA--
CORRIENTE SOSTENIDA O CONTINUA. EN ESTA TÉCNICA SE IN--
CLUYEN TRES PROCEDIMIENTOS: INCISIÓN, EXCISIÓN Y ALISA---
MIENTO. LAS INCISIONES Y EXCISIONES SE REALIZAN CON ---
ELECTRODOS ACTIVOS DE ALAMBRE ÚNICOS QUE PUEDEN SER DOBLA

DOS O ADAPTADOS A CUALQUIER TIPO DE CORTE. EL ALISA---
MIENTO DE TEJIDO PUEDE EFECTUARSE MEDIANTE LA CORRECTA -
SELECCIÓN DEL ELECTRODO EN ASA APROPIADA.

B) ELECTROCOAGULACIÓN.- USA CORRIENTE ALTERNADA COMO CORRIEN
TE PARCIALMENTE RECTIFICADA O MODIFICADA TOTALMENTE RECTI
FICADA. UTILIZANDO LA CORRIENTE DE ELECTROCOAGULACIÓN--
CON DIFERENTES TÉCNICAS ES POSIBLE OBTENER UNA COAGULA---
CIÓN CORRECTA O CONTROL DE LA HEMORRAGIA.

LA ELECTROCOAGULACIÓN PUEDE PREVENIR LA HEMORRAGIA MÁS-
NO DETENER LA HEMORRAGIA UNA VEZ PRODUCIDA. TODAS LAS--
FORMAS DE HEMORRAGIA DEBEN SER DETENIDAS CON PRESIÓN DI--
RECTA, AIRE O COMPRESIÓN; UNA VEZ DETENIDA, EL SELLADO FI
NAL DE LOS CAPILARES O GRANDES VASOS PUEDE SER EFECTUADO-
POR ELECTROCOAGULACIÓN.

HAY TRES TIPOS DE ELECTRODOS DE ELECTROCOAGULACIÓN:

- 1.- ELECTRODOS EN BARRA PARA CONTROLAR HEMORRAGIAS PETE
QUIALES O LEVES.
- 2.- ELECTRODOS ESPÉRICOS, SON USADOS PARA HEMOSTASIA GE
NERAL.
- 3.- ELECTRODOS CRÓNICOS, PUEDEN UTILIZARSE PARA HEMORRA
GIAS SURCALES.

LA ELECTROSECCIÓN Y LA ELECTROCOAGULACIÓN SON LOS PROCEDIMIENTOS MÁS COMUNMENTE EMPLEADOS EN TODAS LAS ÁREAS DE LA ODONTOLÓGIA.

C) ELECTROFULGURACIÓN.- EMPLEA CORRIENTE DE ALTO VOLTAJE, CORRIENTE BAJA, CORRIENTE ALTERNADA. EL ELECTRODO ACTIVO ES MANTENIDO LIGERAMENTE SOBRE LOS TEJIDOS, SIN HACER CONTACTO CON ELLOS Y SE LO VA DESPLAZANDO PARA QUE LAS CHISPAS PRODUZCAN UNA ESCARA.

USO LIMITADO EN ODONTOLOGÍA.

D) ELECTRODESECCACIÓN.- EMPLEA UNA CORRIENTE DESHIDRATANTE. ELECTRODO ACTIVO ES INSERTADO EN EL TEJIDO, Y EL TEJIDO QUE CIRCUNDA EL ELECTRODO ES COAGULADO.

ÉSTE PROCEDIMIENTO ES ÚTIL EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA Y DEL CÁNCER Y PARA TRATAR HEMANGIOMAS CAVERNOSOS.

EL CALOR LOCAL GENERADO EN LOS TEJIDOS INMEDIATAMENTE LATERALES AL SITIO OPERATORIO ES DENOMINADO: CALOR LATERAL.

EL CALOR LATERAL ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A CINCO FACTORES REGULADORES:

- 1.- DURACIÓN DE LA EXPOSICIÓN DE LA CORRIENTE.
- 2.- DOSIS DE CORRIENTE.

- 3.- TAMAÑO Y FORMA DEL ELECTRODO.
- 4.- TIPO DE CORRIENTE.
- 5.- IMPEDANCIA DEL TEJIDO.

LA APLICACIÓN PROLONGADA O REPETIDA DE CORRIENTE A TEJIDOS INDUCE ACUMULACIÓN DE CALOR Y DESTRUCCIÓN INCONVENIENTE-DE TEJIDOS, MIENTRAS QUE LA APLICACIÓN INTERRUMPIDA A INTERVALOS ADECUADOS PARA EL ENFRIAMIENTO DE LOS TEJIDOS REDUCE O ELIMINA LA ACUMULACIÓN DE CALOR.

VENTAJAS DE LA ELECTROCIRUGÍA SON:

- 1.- ELECTRODOS ACTIVOS CON ALAMBRES DELGADOS Y FLEXIBLES, QUE:
 - A) PUEDEN SER DOBLADOS O ADAPTADOS PARA CUMPLIR CUALQUIER REQUISITO.
 - B) NO NECESITAN AFILADO.
 - C) SE AUTOESTERILIZAN.
 - D) NO REQUIEREN PRESIÓN.
- 2.- PERMITE TODO GRADO DE CONTROL DE LA HEMORRAGIA.
- 3.- PREVIENE EL SEMBRADO DE BACTERIAS EN EL SITIO DE LA INCISIÓN.

- 4.- PERMITE VER MEJOR EL CAMPO OPERATORIO; PORQUE LA--
HEMORRAGIA ESTÁ CONTROLADA.
- 5.- PERMITE EL ALISAMIENTO DE LOS TEJIDOS.
- 6.- ELIMINA LA FORMACIÓN DE CICATRICES.

DESVENTAJAS DE LA ELECTROCIRUGÍA SON:

- 1.- CONTRAINDICADA EN PACIENTES QUE TIENEN MARCAPASO --
CARDIACO INCOMPATIBLE O MAL PROTEGIDO.
- 2.- PRODUCE UN OLOR Y A VECES UN SABOR QUE DEBE SER --
CONTROLADO.

CAPÍTULO VII

CIRUGÍA PERIODONTAL.

I.- ELIMINACIÓN DE LA BOLSA.

CONSISTE EN REDUCIR LA PROFUNDIDAD DE LAS BOLSAS PERIODONTALES A LA DEL SURCO FISIOLÓGICO Y RESTAURAR LA SALUD GINGIVAL.

LA ELIMINACIÓN ES UN FACTOR DECISIVO EN LA RESTAURACIÓN DE LA SALUD PERIODONTAL Y LA DETENCIÓN DE LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA ES UN PARÁMETRO CLÍNICO ÚTIL Y DIFUNDIRLO, PERO DEBE VALORARSE JUNTO CON EL NIVEL DE INSERCIÓN QUE PONE AL DIENTE EN PELIGRO. PUEDE CONSIDERARSE QUE EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO SATISFACTORIO ES MANTENER UNA BOLSA PERIODONTAL LIBRE DE PLACA Y ASÍ MANTENER UNA BUENA INSERCIÓN DEL DIENTE.

II.- TÉCNICAS DE ELIMINACIÓN DE LA BOLSA:

LOS MÉTODOS DE ELIMINACIÓN DE LA BOLSA SE CLASIFICAN -

EN 3 GRANDES GRUPOS:

A) TÉCNICAS DE REINSECCIÓN.

ESTA TÉCNICA OFRECE QUE SE ELIMINA LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA MEDIANTE LA REUNIÓN DE LA ENCÍA Y EL DIENTE EN UNA POSICIÓN CORONARIA RESPECTO AL FONDO DE LA BOLSA PREEXISTENTE; GENERALMENTE ESTÁ ASOCIADA CON EL RELLENO ÓSEO Y LA REGENERACIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y EL CEMENTO.

B) ELIMINACIÓN DE LA PARED LATERAL DE LA BOLSA.

TÉCNICA MÁS COMÚN: LA PARED LATERAL DE LA BOLSA PUEDE - ELIMINARSE POR:

- 1.- RETRACCIÓN O CONTRACCIÓN; ESTE ES EL RESULTADO QUE SE OBTIENE CUANDO EL RASPAJE Y EL ALISAMIENTO RADICULAR RESUELVE EL PROCESO INFLAMATORIO Y EN CONSECUENCIA LA ENCÍA SE CONTRAE, REDUCIENDO LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.
- 2.- ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA; SE REALIZA MEDIANTE LA TÉCNICA DE GINGIVECTOMÍA.
- 3.- DESPLAZAMIENTO APICAL: CON COLGAJOS DESPLAZADOS APICALMENTE.

C) ELIMINACIÓN DEL LADO DENTAL DE LA BOLSA.

SE REALIZA POR MEDIO DE LA EXTRACCIÓN DENTAL O LA EX---
TRACCIÓN DENTAL PARCIAL (HEMISECCIÓN O RESECCIÓN RADICULAR).

CRITERIOS PARA LA TÉCNICA.

1.- BOLSAS GINGIVALES.

SE TOMAN EN CONSIDERACIÓN DOS FACTORES:

A) EL TIPO DE PARED DE LA BOLSA.

B) LA ACCESIBILIDAD DE LA BOLSA.

LA PARED DE LA BOLSA PUEDE SER EDEMATOSA O FIBROSA.
HABRÁ RETRACCIÓN DEL TEJIDO EDEMATOSO DESPUÉS DE LA ELIMINA-
CIÓN DE LOS FACTORES LOCALES Y POR LO TANTO REDUCCIÓN O ELI-
MINACIÓN TOTAL DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.

LAS BOLSAS CON PARED FIBROSA NO REDUCIRÁN SU PROFUNDI--
DAD DESPUÉS DEL RASPAJE Y ALISAMIENTO RADICULAR; Y EN PERÍO-
DOS MÁS LARGOS DE CONTROL DE LA PLACA, LA PROFUNDIDAD PUEDE-
REDUCIRSE Y SUS PROBABILIDADES DE RECIDIVA SON MAYORES.

LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA DEBE BASARSE SOBRE LA ELIMI-
NACIÓN TOTAL DE LOS FACTORES LOCALES CAUSALES.

2.- BOLSAS SUPRAÓSEAS.

SE CONSIDERAN DOS PROBLEMAS:

- A) PRESENCIA O AUSENCIA DE UNA BANDA ADECUADA DE ENCÍA-
INSERTADA.
- B) PRESENCIA DE DEFORMIDADES ÓSEAS QUE REQUIEREN CIERTO
TIPO DE CORRECCIÓN QUIRÚRGICA.

FUNDAMENTOS PARA LA SELECCIÓN DE TÉCNICAS TERAPÉUTICAS EN --
BOLSAS SUPRAÓSEAS.

- ENCÍA INSERTADA ADECUADA.

SIN DEFORMIDADES ÓSEAS, SE HARÁ UN CURETAJE ABIERTO O -
CERRADO O UNA GINGIVECTOMÍA.

CON DEFORMIDADES ÓSEAS, UN COLGAJO MUCOPERIÓSTICO CON -
REMODELADO ÓSEO.

- ENCÍA INSERTADA INADECUADA.

SIN DEFORMIDADES ÓSEAS, COLGAJO MUCOSO DESPLAZADO API--
CALMENTE O EXTENSIÓN GINGIVAL CON AUTOINJERTO LIBRE DE-
TEJIDO BLANDO.

CON DEFORMIDADES ÓSEAS, COLGAJO MUCOPERIÓSTICO DESPLAZADO APICALMENTE CON REMODELADO ÓSEO.

3.- BOLSAS INFRAÓSEAS.

EL TRATAMIENTO ESTÁ ORIENTADO A OBTENER REGENERACIÓN ÓSEA Y REINSERCIÓN O MODELAR EL HUESO REMANENTE. LA DECISIÓN DEPENDE PRINCIPALMENTE DE LA FORMA EXACTA DEL DEFECTO ÓSEO (NÚMERO DE PAREDES, ANCHO Y FORMA GENERAL DEL DEFECTO).

LA TÉCNICA INDICADA PARA EL TRATAMIENTO DE BOLSAS INFRAÓSEAS SERÁ EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO, CON CIRUGIA ÓSEA DESTINADA A OBTENER REGENERACIÓN ÓSEA O PARA ELIMINAR HUESO, SEGÚN LA MORFOLOGÍA DEL DEFECTO.

ÉSTA TÉCNICA PUEDE COMBINARSE CON PROCEDIMIENTOS MUCOGINGIVALES CUANDO HAY UNA CANTIDAD INSUFICIENTE DE ENCÍA INSERTADA.

II.- CURETAJE GINGIVAL.

LA TÉCNICA DE RASPAJE Y CURETAJE ES EL PROCEDIMIENTO BÁSICO MAS COMUNMENTE EMPLEADO PARA LA ELIMINACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODONTALES Y EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL. CONSISTE EN:

- 1) RASPAJE.- PARA ELIMINAR CÁLCULOS, PLACA Y OTROS DEPÓSITOS.
- 2) ALISADO DE LA RAÍZ PARA EMPAREJARLA Y ELIMINAR LA -- SUBSTANCIA DENTRAL NECRÓTICA Y
- 3) CURETAJE, DE LA SUPERFICIE INTERNA DE LA PARED GINGIVAL DE LAS BOLSAS PERIODONTALES PARA DESPRENDER EL TEJIDO BLANDO ENFERMO.

EL CURETAJE ACELERA LA CICATRIZACIÓN, REDUCIENDO LAS ENZIMAS Y LOS FAGOCITOS ORGÁNICOS; ASÍ AL QUITAR EL REVESTIMIENTO EPITELIAL DE LA BOLSA PERIODONTAL, EL CURETAJE ELIMINA UNA BARRERA PARA LA REINSECCIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL A LA SUPERFICIE RADICULAR. EL RASPAJE Y CURETAJE EXCESIVOS CAUSAN DOLOR POSTOPERATORIO Y RETARDAN LA CICATRIZACIÓN.

INDICACIONES:

- A) ELIMINACIÓN DE BOLSAS SUPRAÓSEAS EN LAS CUALES LA -- PROFUNDIDAD DE LA BOLSA ES TAL QUE LOS CÁLCULOS QUE ESTÁN SOBRE LA RAÍZ SE PUEDEN EXAMINAR POR COMPLETO-- MEDIANTE LA SEPARACIÓN DE LA PARED DE LA BOLSA CON -- CHORRO DE AIRE TIBIO O UNA SONDA.

ÉSTA BOLSA DEBE SER EDEMATOSA PARA QUE SE CONTRAIGA HASTA LA PROFUNDIDAD DEL SURCO NORMAL.

SI LA PARED DE LA BOLSA ES FIRME Y FIBROSA, SE PRECISA-
EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ELIMINAR LA BOLSA, PORQUE LA-
PARED FIBROSA NO SE CONTRAERÁ LO SUFICIENTE DESPUÉS DEL RAS-
PAJE Y CURETAJE.

B) LA MAYORÍA DE LAS GINGIVITIS, EXCEPTO EL AGRANDAMIE-
TO GINGIVAL.

ELIMINACIÓN DE LA BOLSA POR RASPaje-CURETAJE.

EN LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA, COMO EN EL TALLADO DE UN
DIENTE CARIADO PARA UNA RESTAURACION, COMO GUIA PARA EL TRA-
TAMIENTO, LAS BOLSAS PERIODONTALES SE PUEDEN DIVIDIR EN TRES
ZONAS FUNDAMENTALES:

ZONA 1.- PARED BLANDA DE LA BOLSA Y EPITELIO DE UNIÓN.

LA PARED BLANDA DE LA BOLSA ESTÁ INFLAMADA Y PRESENTA -
DIVERSOS GRADOS DE DEGENERACIÓN Y ULCERACIÓN CON VASOS SAN--
GUÍNEOS INCURGITADOS CERCA DE LA SUPERFICIE, CON FRECUENCIA-
SEPARADOS DEL CONTENIDO DE LA BOLSA ÚNICAMENTE POR UNA CAPA-
DELGADA DE RESIDUOS TISULARES Y SE DETERMINARÁ:

- SI LA PARED DE LA BOLSA SE EXTIENDE EN LÍNEA RECTA DESDE -
EL MARGEN GINGIVAL O SI SIGUE UN TRAYECTO TORTUOSO ALREDE-
DOR DEL DIENTE.

- EL NÚMERO DE SUPERFICIES DENTALES QUE ABARCA LA BOLSA.
- LOCALIZACIÓN DEL FONDO DE LA BOLSA SOBRE LA SUPERFICIE DENTAL Y LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.
- LA RELACIÓN DE LA PARED DE LA BOLSA CON EL HUESO ALVEOLAR.

ZONA 2.- SUPERFICIE DENTAL.

ADHERIDO A LOS DIENTES HAY CALCULOS Y OTROS DEPOSITOS DE LA SUPERFICIE DENTAL, EN CANTIDAD Y TEXTURA VARIABLE.

EL CÁLCULO SUPERFICIAL ES DE CONSISTENCIA ARCILLOSA, VISIBLE Y SE DESPRENDE FÁCILMENTE LA INSTRUMENTACIÓN.

EN LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA, EL CÁLCULO ES DURO, Y MUY ADHERIDO A LA SUPERFICIE. EN LA PORCIÓN CORONARIA DE LA --- RAÍZ, EL CEMENTO ES SUMAMENTE FINO Y SUELE FORMAR UN REBORDE EN LA UNIÓN AMELOCEMENTARIA; LA SUPERFICIE DEL CEMENTO PUEDE SER ABLANDADA POR LA CARIES.

LAS BOLSAS CONTIENEN BACTERIAS, PRODUCTOS BACTERIANOS, - PRODUCTOS DE LA DESCOMPOSICIÓN DE ALIMENTOS Y CÁLCULOS.

EN ÉSTA ZONA, SE DETERMINARÁ LO SIGUIENTE:

- EXTENSIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LOS DEPÓSITOS.

- ESTADO DE LA SUPERFICIE DENTAL, PRESENCIA DE ZONAS ABLANDADAS, EROSIONADAS.
- ACCESIBILIDAD DE LA SUPERFICIE DENTAL PARA LA INSTRUMENTACIÓN NECESARIA.

ZONA 3.- TEJIDO CONECTIVO ENTRE LA PARED DE LA BOLSA Y EL HUESO.

EN ÉSTA ZONA SE DETERMINARÁ SI EL TEJIDO CONECTIVO ES --BLANDO Y FRIABLE, O FIRME Y UNIDO AL HUESO. ESTO ES UNA CONSIDERACIÓN IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO DE BOLSAS INFRAÓSEAS.

TÉCNICA DE RASPaje-CURETAJE.

LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA DEBE SER SISTÉMICA Y COMENZAR EN UNA ZONA Y SEGUIR UN ORDEN HASTA SER TRATADA TODA LA BOCA:

PASO 1.- AISLAR Y ANESTESIAR LA ZONA.

EL CAMPO SE AISLA CON ROLLOS DE ALGODÓN O TROZOS DE GASA Y SE PINCELA CON UN ANTISÉPTICO SUAVE. DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE RASPADO Y CURETAJE, SE LIMPIA LA ZONA CON TORUNDAS DE ALGODÓN SATURADAS CON UNA MEZCLA DE AGUA TIBIA Y H_2O_2 --- (AGUA OXIGENADA).

SE USA ANESTESIA TÓPICA (INFILTRADA O REGIONAL). LA --

PRESENCIA DEL ABUSO DE LA ANESTESIA PUEDE OCASIONAR UN ABUSO EN LOS TEJIDOS Y DAÑARLOS MÁS.

PASO 2.- ELIMINAR LOS CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES.

ELIMINAR LOS CÁLCULOS Y RESIDUOS VISIBLES CON RASPADORES SUPERFICIALES. ESTO TENDRÁ POR CONSECUENCIA LA RETRACCIÓN DE LA ENCÍA DEBIDO A LA HEMORRAGIA DESENCADENADA, INCLUSO POR LA INSTRUMENTACIÓN MÁS SUAVE.

PASO 3.- ELIMINAR LOS CÁLCULOS SUBGINGIVALES.

SE INTRODUCE UNA CURETA HASTA EL FONDO DE LA BOLSA, INMEDIATAMENTE DEBAJO DEL BORDE INFERIOR DEL CÁLCULO Y SE DESPRENDE DEL CÁLCULO. EL CINCEL SE USA PARA SUPERFICIES PROXIMALES QUE ESTÁN TAN JUNTAS QUE NO PERMITEN LA ENTRADA DE OTRAS CLASES DE RASPADORES.

PASO 4.- ALISAR LA SUPERFICIE DENTAL.

SE USAN CURETAS PARA ASEGURAR LA ELIMINACIÓN DE DEPÓSITOS PROFUNDOS, DE CEMENTO NECRÓTICO Y EL ALISAMIENTO DE LAS SUPERFICIES RADICULARES.

UNA VEZ ELIMINADOS LOS CÁLCULOS SUBGINGIVALES, LA FLORA BACTERIANA DE LA BOLSA PERIODONTAL DISMINUYE. LA REMOCIÓN--

DEL CEMENTO Y DENTINA NECRÓTICOS JUNTO CON LA ELIMINACIÓN DE LOS IRRITANTES LOCALES, PREPARA LA RAÍZ PARA QUE DEPOSITE TEJIDO CONECTIVO NUEVO SOBRE SU SUPERFICIE.

EN EL CURSO DE LA CICATRIZACIÓN ES MÁS FACTIBLE QUE SE DEPOSITE CEMENTO NUEVO SOBRE LA SUPERFICIE DENTINARIA LIMPIA QUE SOBRE EL CEMENTO NECRÓTICO.

PASO 5.- CURETEAR LA PARED DE TEJIDO BLANDO.

EL CURETAJE SE EMPLEA PARA ELIMINAR EL REVESTIMIENTO INTERNO ENFERMO DE LA PARED DE LA BOLSA, INCLUSO EL EPITELIO DE UNIÓN.

SI SE DEJA EL EPITELIO DE UNIÓN, EL EPITELIO DE LA CRESTA GINGIVAL PROLIFERARÁ A LO LARGO DE LA PARED CURETEADA PARA UNIRSELE, E IMPEDIRÁ TODA POSIBILIDAD DE REINSERCIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO A LA SUPERFICIE RADICULAR.

CON ÉSTA FINALIDAD, SE USAN CURETAS CON BORDES CORTANTES EN LOS DOS LADOS DE LA HOJA, DE MODO QUE EN LA MISMA OPERACIÓN SE ALISE LA RAÍZ.

LA ELIMINACIÓN DEL REVESTIMIENTO INTERNO DE LA BOLSA Y DEL EPITELIO DE UNIÓN ES UN PROCEDIMIENTO EN DOS ETAPAS:

- SE INTRODUCE LA CURETA DE MODO QUE TOMA EL TAPIZ INTERNO DE

LA PARED DE LA BOLSA Y SE LA DESLIZA POR EL TEJIDO BLANDO-HACIA LA CRESTA GINGIVAL.

- SE COLOCA LA CURETA POR DEBAJO DEL BORDE CORTADO DEL EPITELIO DE UNIÓN, COMO PARA SOCAVARLO.
- SE SEPARA EL EPITELIO DE UNIÓN CON UN MOVIMIENTO DE PALA O CUCHARA HACIA LA SUPERFICIE DEL DIENTE.

EL CURETAJE ELIMINA EL TEJIDO DEGENERADO, BROTES EPITELIALES EN PROLIFERACIÓN Y TEJIDO DE GRANULACIÓN, LO CUAL EN SU CONJUNTO FORMA LA PARTE INTERNA DE LA PARED BLANDA DE LA BOLSA, Y CREA UNA SUPERFICIE DE TEJIDO CONECTIVO CORTADO Y SANGRANTE.

LA HEMORRAGIA ORIGINA LA CONTRACCIÓN DE LA ENCÍA Y LA REDUCCIÓN DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA Y FACILITA LA CICATRIZACIÓN AL ELIMINAR RESIDUOS TISULARES.

PASO 6.- PULIR LA SUPERFICIE DENTAL.

LAS SUPERFICIES RADICULARES Y CORONARIAS ADYACENTES SE PULEN CON TAZAS PULIDORAS DE GOMA O UNA PASTA DE PIEDRA PÓNEZ CON AGUA TIBIA.

LA FLEXIBILIDAD DE LA TAZA DE GOMA PERMITE QUE LLEGUE A LA ZONA SUBGINGIVAL SIN TRAUMATIZAR LOS TEJIDOS.

NO SE USAN CEPILLOS PARA PULIR LAS SUPERFICIES RADICULARES POR LO DIFÍCIL QUE ES NO LESIONAR LOS TEJIDOS BLANDOS. UNA VEZ PULIDAS LAS SUPERFICIES RADICULARES, EL CAMPO SE LIMPIA CON AGUA TIBIA Y SE EJERCE PRESIÓN SUAVE PARA ADAPTAR LA ENCÍA AL DIENTE.

SE LE RECOMIENDA AL PACIENTE SEGUIR SUS HÁBITOS NORMALES DE ALIMENTACIÓN PERO QUE TENGA EN CUENTA QUE SENTIRÁ CIERTO MALESTAR ALGUNOS DÍAS.

CICATRIZACIÓN DESPUÉS DEL RASPaje-CURETAJE.

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL RASPaje Y CURETAJE, UN COÁGULO LLENA EL SURCO GINGIVAL. A ESTO SIGUE LA PROLIFERACIÓN RÁPIDA DE TEJIDO DE GRANULACIÓN, CON DISMINUCIÓN DE LA CANTIDAD DE VASOS SANGUÍNEOS PEQUEÑOS A MEDIDA QUE EL TEJIDO MADURA.

POR LO GENERAL, LA RESTAURACIÓN Y EPITELIZACIÓN DEL SURCO DEMANDA DE DOS A SIETE DÍAS Y LA RESTAURACIÓN DEL EPITELIO DE UNIÓN SE PRODUCE YA QUE A LOS CINCO DÍAS EN ANIMALES. A LOS 21 DÍAS POSOPERATORIOS APARECEN FIBRAS COLÁGENAS INMADURAS. EN EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN SE SEPARAN FIBRAS GINGIVALES SANAS CORTADAS DURANTE EL RASPaje, ALISADO RADICULAR Y CURETAJE, DESGARRES DEL EPITELIO SURCAL Y EPITELIO DE UNIÓN.

EL ASPECTO DE LA ENCÍA DESPUÉS DE UNA SEMANA; ES QUE LA-

ALTURA DE LA ENCÍA DESCIEDE POR EFECTO DE LA CONTRACCIÓN Y--
DESPLAZAMIENTO DE LA POSICIÓN DEL MARGEN GINGIVAL. TAMBIÉN--
LA ENCÍA ESTÁ ALGO MÁS ENROJECIDA QUE LO NORMAL, PORQUE HAY--
MAYOR VASCULARIZACIÓN ASOCIADA A LA CICATRIZACIÓN.

DESPUÉS DE DOS SEMANAS LA ENCÍA CONSIGUE COLOR, CONSIS--
TENCIA ADECUADA, TEXTURA SUPERFICIAL Y CONTORNO DE LA ENCÍA--
NORMAL Y EL MARGEN GINGIVAL ESTÁ BIEN ADAPTADO AL DIENTE.

COMPLICACIONES EN LA CICATRIZACIÓN.

1.- SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN.

PUEDE PRODUCIRSE INFLAMACIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL,-
UNO O DOS DÍAS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO. EL DIENTE ESTÁ ALGO
EXTRUIDO, SENSIBLE A LA PERCUSIÓN Y EL PACIENTE SE QUEJA DE -
DOLOR PULSÁTIL. PUEDE HABER LINFADENOPATÍA LOCALIZADA, EN -
ÉSTE CASO SE ADMINISTRAN ANTIBIÓTICOS POR VIA SISTÉMICA, COMO
MEDIDA PROFILÁCTICA.

SE DESGASTA LEVEMENTE EL DIENTE AFECTADO O SU ANTAGONIS-
TA PARA ALIVIAR LA OCLUSIÓN.

CON ANESTESIA TÓPICA SE SONDEA SUAVEMENTE EL MARGEN GIN-
GIVAL PARA ESTIMULAR LA HEMORRAGIA Y EXAMINAR SI QUEDARON ---
FRAGMENTOS DE CÁLCULOS ALOJADOS EN LOS TEJIDOS.

SE INDICA AL PACIENTE QUE EVITE LA FUNCIÓN Y SE ENJUA--
QUE CADA HORA CON UNA SOLUCIÓN TIBIA DE UNA CUCHARADITA DE -
SAL EN UN VASO DE AGUA TIBIA.

SE CONTINÚA EL TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS OTRAS 24 HO
RAS Y LOS BUCHES SE DISMINUYEN A 3 VECES POR DÍA.

2.- HEMORRAGIA.

LA HEMORRAGIA SE PUEDE PRODUCIR DESPUÉS DE DOS O TRES -
DÍAS. ES CONSECUENCIA DE LA INFLAMACIÓN QUE RODEA LOS VA--
SOS SUPERFICIALES Y LA ROTURA DE LAS PAREDES VASCULARES. -
LA ZONA SUELE ESTAR CUBIERTA PARCIALMENTE POR UN PEQUEÑO COÁ
GULO DE ASPECTO GRANULAR; PARA RETIRAR EL COÁGULO SE HARÁ --
CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN EMPAPADA DE AGUA OXIGENADA Y SE--
LOCALIZA EL PUNTO SANGRANTE.

SE CURETEA SUAVEMENTE LA SUPERFICIE Y SE ELIMINAN LOS--
IRRITANTES. SE APLICA PRESIÓN CON UN APÓSITO DE GASA O TO-
RUNDA DE ALGODÓN ACUÑADA INTERPROXIMALMENTE DURANTE 20 MINU-
TOS.

3.- SENSIBILIDAD A CAMBIOS TÉRMICOS Y A LA ESTIMULACIÓN TÁC- TIL.

EL PACIENTE SE PUEDE QUEJAR DE SENTIR SENSIBILIDAD AL -

FRIÓ Y A LA ESTIMULACIÓN TÁCTIL. ESTO TIENE POR CAUSA LA -
ELIMINACIÓN DEL CEMENTO Y EXPOSICIÓN DE LA CAPA GRANULAR DE-
TOMES, EXTREMADAMENTE SENSIBLE, EN LA PERIFERIA DE LA DENTI-
NA RADICULAR, YA LA EXPOSICIÓN DE LA SUPERFICIE RADICULAR --
PREVIAMENTE AISLADA POR DEPÓSITOS GRANDES DE CÁLCULOS.

LA SENSIBILIDAD RADICULAR SE TRATA CON PASTA DESENSIBI-
LIZANTE DEL FLUORURO DE SODIO U OTROS AGENTES DESENSIBILIZAN-
TES.

EL BRUÍDO DE LA SUPERFICIE RADICULAR LIMPIA CON UN BRU-
RIDO ESFÉRICO LEVEMENTE ENTIBIADO RESULTA ÚTIL PARA ELIMINAR
ZONAS SENSIBLES LOCALIZADAS.

ES ACONSEJABLE POSTERGARLA HASTA QUE SE COMPLETE LA RE-
TRACCIÓN DE LA ENCÍA Y HAYA UNA CUBIERTA EPITELIAL BIEN FOR-
MADA.

SI EL AGENTE DESENSIBILIZANTE SE USA EN LA PRIMERA SEMA-
NA POSTERIOR AL TRATAMIENTO, LA HEMORRAGIA GINGIVAL GENERADA
POR EL ESFUERZO DE TRATAR DE LLEGAR A LAS SUPERFICIES RADICU-
LARES DENUDADAS AMINORA LA EFICACIA DEL AGENTE DESENSIBILI-
ZANTE.

ADEMÁS, LA SENSIBILIDAD POSOPERATORIA TIENDE A DISMI-
NUIR A LAS 2-3 SEMANAS.

III.- GINGIVECTOMÍA.

OPERACIÓN EN DOS TIEMPOS QUE CONSISTE EN:

LA ELIMINACIÓN DE LA ENCÍA ENFERMA Y EL RASPADO Y ALISAMIENTO DE SU SUPERFICIE RADICULAR.

1.- AL ELIMINAR LA PARED ENFERMA DE LA BOLSA QUE OCULTA LA SUPERFICIE DENTAL, PROPORCIONA LA ACCESIBILIDAD COMPLETA DE LOS DEPÓSITOS SUPERFICIALES IRRITANTES Y EL ALISAMIENTO A FONDO DE LAS RAÍCES.

2.- AL ELIMINAR EL TEJIDO ENFERMO Y LOS IRRITANTES LOCALES CREA UN MEDIO FAVORABLE PARA LA CICATRIZACIÓN GINGIVAL FISIOLÓGICA.

INDICACIONES:

1.- ELIMINACIÓN DE BOLSAS SUPRAÓSEAS PROFUNDAS EN LAS CUALES LOS DEPÓSITOS QUE SE HALLAN SOBRE LA RAÍZ NO PUEDEN VERSE EN SU TOTALIDAD CUANDO LA PARED DE LA BOLSA ES SEPARADA CON UNA BOLSA O UN CHORRO DE AIRE TIBIO.

2.- ELIMINACIÓN DE TODAS LAS BOLSAS SUPRAÓSEAS.

INDEPENDIEMENTE DE SU PROFUNDIDAD, SI LA PARED DE LA BOLSA

ES FIBROSA Y FIRME.

3.- ELIMINACIÓN DE AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.

4.- ELIMINACIÓN DE ABSCESOS PERIODONTALES SUPRAÓSEOS.

PROCEDIMIENTOS DE LA GINGIVECTOMÍA.

1.- MARCAR LAS BOLSAS.

LAS BOLSAS SE EXPLORAN CON UNA SONDA PERIODONTAL- Y SE MARCAN SISTEMATICAMENTE COMENZANDO POR LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE, SIGUIENDO POR LA SUPERFICIE VESTIBULAR, YENDO HACIA LA LÍNEA MEDIA. ÉSTE PROCEDIMIENTO SE REPITE EN LA SUPERFICIE LINGUAL. CADA BOLSA SE MARCA EN VARIAS PARTES.

2.- CORTAR LA ENCÍA.

LA ENCÍA PUEDE CORTARSE EN BISTURÍES PERIODONTALES, ESCALPELOS O TIJERAS.

SE USAN BISTURÍES PERIODONTALES PARA LAS INCISIONES EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES Y LINGUALES.

LA REMOCIÓN DE LA ENCÍA ENFERMA ES UNA PARTE IMPORTANTE DE LA GINGIVECTOMÍA; PERO EL INSTRUMENTO QUE SE UTILICE NO AFECTARÁ EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO.

3.- INCISIONES.

a) DISCONTINUA.- SE COMIENZA EN LA SUPERFICIE -- VESTIBULAR DEL ÁNGULO DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE Y SE AVANZA HACIA ADELANTE, SIGUIENDO EL-- CURSO DE LAS BOLSAS, EXTENDIÉNDOSE A TRAVÉS-- DE LA ENCÍA INTERDENTAL Y SE LLEVA HASTA EL - ÁNGULO DISTO-VESTIBULAR DEL DIENTE QUE SIGUE. LAS INCISIONES INDIVIDUALES SE REPITEN EN CADA DIENTE POR OPERAR.

b) CONTINUA.- SE COMIENZA EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL ÚLTIMO DIENTE Y SE LLEVA HACIA ADELANTE SIN INTERRUPCIÓN, SIGUIENDO EL CURSO DE LAS BOLSAS. UNA VEZ HECHAS LAS INCISIONES EN LA SUPERFICIE LINGUAL.

PARA ESTABLECER UN MEJOR CONTORNO GINGIVAL-POSOPERATORIO, LAS INCISIONES SE HARÁN A LOS- LADOS DE LA PAPILA INCISIVA, NO EN SENTIDO NO RIZONTAL A TRAVÉS DE ELLA.

4.- INCISIÓN DISTAL.

UNA VEZ CONCLUIDAS LAS INCISIONES VESTIBULAR Y LINGUAL SE LES UNE MEDIANTE UNA INCISIÓN EN LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE ERUPCIONADO.

LA INCISIÓN DISTAL SE HACE CON UN BISTURÍ PERIODONTAL COLOCADO DEBAJO DEL FONDO DE LA BOLSA Y SE LE BISELA DE MANERA QUE UNA LAS INCISIONES VESTIBULAR Y LINGUAL.

SE INICIA LA INCISIÓN POR APICAL A LOS PUNTOS -- QUE MARCAN LA PROFUNDIDAD DE LAS BOLSAS, HACIENDOLA LLEGAR EN DIRECCIÓN CONTRARIA, HASTA UN PUNTO ENTRE LA BASE DE LA BOLSA Y EL MARGEN ÓSEO.

DEBE ESTAR LO MÁS CERCA POSIBLE DEL HUESO SIN EXPONERLO, PARA ELIMINAR EL TEJIDO BLANDO CORONARIOAL HUESO.

LA ELIMINACIÓN DEL HUESO ES IMPORTANTE PORQUE:

- a) BRINDA LA MAYOR POSIBILIDAD DE ELIMINAR LA TOTALIDAD DEL EPITELIO DE UNIÓN.
- b) ASEGURA LA EXPOSICIÓN DE TODOS LOS DEPÓSITOS RADICULARES DEL FONDO DE LA BOLSA.

- c) ELIMINA EL TEJIDO FIBROSO EXCESIVO QUE INTERFIERE LA CONSECUCIÓN DEL CONTORNO FISIOLÓGICO CUANDO LA ENCÍA CICATRIZA.

LA INCISIÓN SE HARÁ BISELADA APROXIMADAMENTE EN 45° CON LA SUPERFICIE DENTAL.

LA INCISIÓN DEBE RECREAR LA FORMA FESTONEADA NORMAL DE LA ENCÍA, PERO ESO NO SIGNIFICA DEJAR INTACTA PARTE DE LA PARED DE LA BOLSA. LA BOLSA ENFERMA DEBE ELIMINARSE POR COMPLETO, INCLUSO SI ESTO DEMANDA APARTARSE DE LA FORMA NORMAL DE LA ENCÍA.

LA INCISIÓN DEBE TRASPASAR COMPLETAMENTE-- LOS TEJIDOS BLANDOS EN DIRECCIÓN AL DIENTE.

5.- DIENTES ADYACENTES A ZONAS DESDENTADAS.

PARA BOLSAS DE DIENTES ADYACENTES A UNA ZONA -- DESDENTADA, SE HACEN LAS INCISIONES CORRIENTES SOBRE LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL.

ADEMÁS, SE HACE UNA INCISIÓN INDIVIDUAL A TRAVÉS DEL REBORDE DESDENTADO POR APICAL A LAS BOLSAS Y CERCA DEL HUESO.

LAS BOLSAS QUE LINDAN CON ESPACIOS DESDENTADOS-- NO DEBEN SER ELIMINADAS COMO UNIDADES SEPARADAS,-- PORQUE CREA ESPACIOS EN LA ENCÍA, QUE COMPLICAN -- LA PRÓTESIS ULTERIOR.

6.- ELIMINAR LA ENCÍA MARGINAL E INTERDENTAL.

COMENZANDO EN LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO -- DIENTE ERUPCIONADO, SE DESPRENDE EL MARGEN GINGI-- VAL POR LA LÍNEA DE INCISIÓN CON UNA AZADA QUIRÚR-- GICA Y UN RASPADOR.

SE INTRODUCE EL INSTRUMENTO PROFUNDAMENTE EN LA-- INCISIÓN HASTA LLEGAR A LA SUPERFICIE DEL DIENTE Y SE LE MUEVE EN DIRECCIÓN CORONARIA CON UN MOVIMIENTO LENTO Y FIRME.

7.- APRECIAR EL CAMPO OPERATORIO.

A MEDIDA QUE SE ELIMINA LA PARED DE LA BOLSA Y SE LIMPIA EL CAMPO, SE OBSERVAN LAS SIGUIENTES ESTRUC TURAS:

a) TEJIDO DE GRANULACIÓN DE ASPECTO GLOBULAR.

b) ALGUNOS CÁLCULOS REMANENTES QUE PUEDEN EXTEND ERSE HASTA DONDE ESTABA INSERTADA LA BOLSA.

EL CÁLCULO ES PARDO OSCURO, DE CONSISTENCIA SÓLIDA, PERO ALGUNAS PARTÍCULAS SON CASI DEL MISMO COLOR QUE LA RAÍZ.

c) UNA ZONA CLARA SEMEJANTE A UNA BANDA SOBRE LA RAÍZ DONDE SE INSERTABA LA BOLSA.

d) TAMBIÉN ABLANDAMIENTO DE LA SUPERFICIE RADICULAR, INDENTACIONES PRODUCIDAS POR LA RESORCIÓN REGULAR Y PROTUBERANCIAS CEMENTARIAS.

8.- ELIMINAR EL TEJIDO DE GRANULACIÓN.

SERÁ ELIMINADO ANTES DE COMENZAR EL RASPADO MINUCIOSO, PARA QUE LA HEMORRAGIA PROVENIENTE DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN NO ENTORPEZCA LA OPERACIÓN DE RASPADO.

CON ÉSTE PROPÓSITO SE UTILIZAN CURETAS. LA CURETA ES GUIADA SOBRE LA SUPERFICIE DENTAL Y POR DEBAJO DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN PARA SEPARARLO DEL HUESO SUBYACENTE.

LA ELIMINACIÓN DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN DEJARÁ AL DESCUBIERTO LA SUPERFICIE DEL HUESO SUBYACENTE O UNA CAPA DE TEJIDO FIBROSO QUE LO CUBRE.

9.- ELIMINAR EL CÁLCULO Y LA SUBSTANCIA RADICULAR NECRÓTICA.

SE ELIMINA EL CÁLCULO Y EL CEMENTO NECRÓTICO Y SE ALISA LA SUPERFICIE RADICULAR CON RASPADORES Y CURETAS.

EL ÉXITO DE LA GINGIVECTOMÍA DEPENDE EN GRAN MEDIDA DE LA MINUCIOSIDAD CON QUE SE RASPE Y ALISE LA RAÍZ.

ESTO DEBERÁ HACERSE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE QUE SE RETIRÓ EL TEJIDO DE GRANULACIÓN Y NO SE POSTERGARÁ PARA SESIONES FUTURAS POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

- a) LAS RAÍCES SON MÁS VISIBLES Y ACCESIBLES, UNA VEZ ELIMINADO EL TEJIDO DE GRANULACIÓN.
- b) LA ENCÍA NO CICATRIZARÁ ADECUADAMENTE SI SE DEJAN DEPÓSITOS SOBRE LAS RAÍCES HASTA LA SESIÓN SIGUIENTE, CUANDO ESTARÁN ENMASCARADOS POR ENCÍA INFLAMADA.
- c) LA POSTERGACIÓN INTRODUCE UNA OPERACIÓN MÁS INNECESARIA.

10.- HIGIENE PREVIA A LA COLOCACIÓN DEL APÓSITO.

ANTES DE COLOCAR EL APÓSITO PERIODONTAL, SE OBSERVA CADA SUPERFICIE DE CADA DIENTE PARA DETECTAR RESTOS DE CÁLCULO O TEJIDO BLANDO, DESPUÉS DE LO-CUAL LA ZONA SE LAVA VARIAS VECES CON AGUA TIBIA Y SE CUBRE CON UN TROZO DE GASA DOBLADA EN FORMA DE-U.

SE INDICA AL PACIENTE QUE OCLUYA SOBRE LA GASA, LA CUAL SE DEJA PUESTA HASTA QUE CESE LA HEMORRAGIA.

LA HEMORRAGIA PERSISTENTE INTERFIERE LA ADAPTACIÓN Y COLOCACIÓN DEL APÓSITO PERIODONTAL. POR LO GENERAL, PROVIENE DE UN PUNTO SANGRANTE PARCIALMENTE CUBIERTO POR EL COÁGULO. SE QUITA EL COÁGULO CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN EMPAPADA EN H_2O_2 --- (AGUA OXIGENADA).

DESPUÉS SE EJERCE PRESIÓN SOBRE EL PUNTO SANGRANTE CON LA TORUNDA DE ALGODÓN. SI LA HEMORRAGIA ES INTERPROXIMAL SE ACUÑA EL ALGODÓN ENTRE LOS --- DIENTES.

11.- COÁGULO SANGUÍNEO.

ANTES DE COLOCAR EL APÓSITO, LA SUPERFICIE CORTA DA DEBE ESTAR CUBIERTA POR EL COAGULO. EL COÁGULO. EL COÁGULO PROTEGE LA HERIDA Y PROPORCIONA UN "ANDAMIO" PARA LOS NUEVOS VASOS SANGUÍNEOS Y CÉLULAS DEL TEJIDO CONECTIVO QUE SE FORMAN DURANTE LA CICATRIZACIÓN.

EL COÁGULO NO DEBE SER VOLUMINOSO. EL EXCESO DE COÁGULO ENTORPECE LA RETENCIÓN DEL APÓSITO PERIODONTAL. ADEMÁS ES UN MEDIO EXCELENTE PARA LA PROLIFERACIÓN DE BACTERIAS Y AUMENTA LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN Y RETARDA LA CICATRIZACIÓN.

ESTO PERMITE QUE EL EPITELIO CREZCA HACIA LA RAÍZ, LO CUAL LIMITA LA ALTURA DE LA INSERCIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO.

CICATRIZACIÓN DESPUÉS DE LA GINGIVECTOMÍA.

LA PRIMERA RESPUESTA DESPUÉS DE LA GINGIVECTOMÍA ES LA FORMACIÓN DE UN COÁGULO SUPERFICIAL DE PROTECCIÓN; EL TEJIDO SUBYACENTE PRESENTA INFLAMACIÓN AGUDA CON CIERTA NECROSIS.

EL COÁGULO ES REEMPLAZADO POR TEJIDO DE GRANULACIÓN. ENTRE LAS 12 Y 24 HORAS, LAS CÉLULAS EPITELIALES DE LOS MÁR-

GENES DE LA HERIDA PRESENTAN UN AUMENTO DE GLUCÓGENO Y DE LA SÍNTESIS DE DNA; Y MIGRAN SOBRE EL TEJIDO DE GRANULACIÓN PARA SEPARARLO DE LA CAPA SUPERFICIAL CONTAMINADA DEL COÁGULO.

LA ACTIVIDAD EPITELIAL EN LOS MÁRGENES ALCANZA UN PICO ENTRE LAS 24 Y 36 HORAS, LAS NUEVAS CÉLULAS EPITELIALES PROVIENEN DE LAS CAPAS BASAL Y ESPINOZA MÁS PROFUNDAS DEL BORDE DE LA HERIDA EPITELIAL Y MIGRAN SOBRE LA HERIDA, SOBRE UNA CAPA DE FIBRINA QUE MÁS TARDE SE REABSORBE Y SE REEMPLAZA -- POR UN LECHO DE TEJIDO CONECTIVO.

LAS CÉLULAS EPITELIALES AVANZAN *RAPTANDO Y LAS CÉLULAS SE FIJAN AL SUBSTRATO POR HEMIDESMOSOMAS Y UNA NUEVA LAMINA-BASAL.

GENERALMENTE LA EPITELIZACIÓN QUEDA COMPLETADA ENTRE 5- Y 14 DÍAS. DURANTE LAS PRIMERAS CUATRO SEMANAS DE HECHA LA GINGIVECTOMÍA, LA QUERATINIZACIÓN ES MENOS COMPLETA DE LO -- QUE ERA ANTES DE LA OPERACIÓN.

EL FLUJO DEL LÍQUIDO GINGIVAL AUMENTA DESPUÉS DE LA GINGIVECTOMÍA Y DISMINUYE A MEDIDA QUE PROGRESA LA CICATRIZACIÓ---CIÓN.

LLEGA AL MÁXIMO DESPUÉS DE UNA SEMANA, COINCIDIENDO CON EL MOMENTO DE INFLAMACIÓN MÁXIMA.

LOS CAMBIOS TISULARES QUE SE PRODUCEN DURANTE LA CICATRIZACIÓN QUE SIGUE A LA GINGIVECTOMÍA SON LOS MISMOS EN TODOS LOS INDIVIDUOS, PERO EL TIEMPO QUE SE REQUIERE PARA LA CICATRIZACIÓN COMPLETA VARIA SEGÚN LA ZONA DE LA IRRITACIÓN-LOCAL Y LA INFECCIÓN.

LA CICATRIZACIÓN GINGIVAL ES AFECTADA POR LA EDAD, PERO NO POR EL SEXO.

LA EPITELIZACIÓN Y LA NEIFORMACIÓN DEL EPITELIO DE GINGIVALES Y DE LA CRESTA ALVEOLAR SON MÁS LENTOS EN LAS HERIDAS GINGIVALES CREADAS POR MEDIOS QUÍMICOS QUE EN LAS DE ORIGEN QUIRÚRGICO.

SE HA REGISTRADO LA SUCESIÓN CRONOLÓGICA, PARA LA CICATRIZACIÓN DESPUÉS DE LA GINGIVECTOMÍA EN PERSONAS:

- DOS DÍAS - COÁGULO FORMADO.- HUESO CUBIERTO POR TEJIDO CONECTIVO EN PROLIFERACIÓN DESDE LOS BORDES DE LA HERIDA. HAY NUMEROSOS LEUCOCITOS Y FRAGMENTOS DE FIBRINA.

- CUATRO DÍAS - QUEDA UNA PARTE DEL COÁGULO CERCA DE LA SUPERFICIE DENTAL. LA PARTE SUBYACENTE DEL COÁGULO ES REEMPLAZADA POR TEJIDO DE GRANULACIÓN.

SOBRE TODO EN LA SUPERFICIE HAY EPITELIO SIN PROLONGACIONES, CON INFILTRADO INFLAMATORIO DENSO.

- SEIS DÍAS - TODA LA HERIDA CUBIERTA POR EPITELIO ESCAMOSO - BASTANTE BIEN DIFERENCIADO. HAY CONSOLIDACIÓN DEL TEJIDO - DE GRANULACIÓN, CIERTA FORMACIÓN DE COLÁGENO. HAY INFLAMACIÓN.

- DIECISEIS DÍAS - EL EPITELIO SE PRESENTA MADURO, CON PRO-- LONGACIONES. TEJIDO CONECTIVO CON COLÁGENO. TODAVÍA HAY- EXUDADO INFLAMATORIO CRÓNICO LEVE.

- VEINTIUN DÍAS - PROLONGACIONES EPITELIALES BIEN DESARROLLA DAS, CIERTO ENGROSAMIENTO DEL ESTRATO CRÓNICO, HIPERPLASIA Y ESPONGIOSIS DEL EPITELIO.

MAYOR COLAGENIZACIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO.

ENCÍA CLINICAMENTE NORMAL.

GINGIVECTOMÍA POR ELECTROCIRUGÍA.

EN PERIODONCIA, LA ELECTROCIRUGÍA ES ÚTIL PARA VARIAS - APLICACIONES:

- A) LA ELIMINACIÓN DE AGRANDAMIENTOS GINGIVALES Y LA GIN GIVOPLASTÍA; SE REALIZAN CON EL ELECTRODO AGUJA COM PLEMENTADO CON ELECTRODOS EN FORMA DE ASA OVOIDEA PE QUEÑA O DE DIAMANTE PARA FESTONEAR.

SE USA UNA CORRIENTE COMBINADA DE CORTE Y COAGULACIÓN TOTALMENTE RECTIFICADA. EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE REMODELADO EL ELECTRODO ES ACTIVADO Y DESPLAZADO CON UN CONCISO MOVIMIENTO DE AFEITADO.

- B) EN EL TRATAMIENTO DE ABSCESOS PERIODONTALES AGUDOS: LA INCISIÓN DE DRENAJE SE HACE CON UN ELECTRODO AGUJA SIN EJERCER PRESIÓN DOLOROSA.

LA INCISIÓN QUEDARA ABIERTA PORQUE LOS BORDES -- SON SELLADOS POR LA CORRIENTE. UNA VEZ QUE REMITTEN LOS SÍNTOMAS AGUDOS, SE SIGUE EL PROCEDIMIENTO-CORRIENTE DEL TRATAMIENTO DE ABSCESOS PERIODONTALES.

- C) PARA OBTENER HEMOSTASIA: SE EMPLEA EL ELECTRODO ES-FÉRICO. LA HEMORRAGIA DEBE CONTROLARSE POR PRE---SIÓN DIRECTA (AIRE, COMPRESIÓN O HEMOSTATO) Y LUEGO SE TOCARÁ LA SUPERFICIE CON UNA CORRIENTE COAGULANTE.

LA ELECTROCIRUGÍA ES DE MUCHA UTILIDAD PARA CONTROLAR PUNTOS SANGRANTES AISLADOS.

LAS ZONAS SANGRANTES LOCALIZADAS INTERPROXIMAL--MENTE SE ALCANZAN CON UN ELECTRODO FINO EN FORMA DE VARILLA.

D) LAS INSERCIONES DE FRENILLOS Y MÚSCULOS PUEDEN SER--
REUBICADAS PARA FACILITAR LA ELIMINACIÓN DE BOLSAS--
MEDIANTE UN ELECTRODO EN FORMA DE ASA.

PARA ELLO, EL FRENILLO O LOS MÚSCULOS SE ESTIRAN-
Y SE SECCIONAN CON ELECTRODO EN FORMA DE ASA Y CO---
RRIENTE COAGULANTE.

E,

E) PERICORONITIS AGUDA.- SE OBTIENE DRENAJE INCIENDO-
EL CAPUCHÓN CON UN ELECTRODO AGUJA DOBLADO. SE USA
UN ELECTRODO EN FORMA DE ASA PARA QUITAR EL CAPUCHÓN
UNA VEZ QUE REMITAN LOS SÍNTOMAS AGUDOS.

LA ELECTROCIRUGÍA ES UN MÉTODO CONVENIENTE Y EFICAZ PA-
RA CORTAR TEJIDOS O ELIMINARLOS; BRINDA UN CAMPO OPERATORIO-
LIMPIO SIN HEMORRAGIA.

SIN EMBARGO, EL CALOR GENERADO POR EL USO IMPRUDENTE --
PUEDE CREAR EL RIESGO DE DAÑAR EL TEJIDO Y HACER PERDER EL -
SOPORTE PERIODONTAL CUANDO SE LA USA CERCA DEL HUESO, LO ---
CUAL LIMITA SU UTILIDAD.

ES DE VALOR PARA PROCEDIMIENTOS SUPERFICIALES COMO REMO-
CIÓN DE AGRANDAMIENTOS GINGIVALES, GINGIVOPLASTÍA, RECOLOCA-
CIÓN DE INSERCIONES DE FRENILLOS Y MÚSCULOS E INCISIÓN DE ABS
CESOS PERIODONTALES Y CAPUCHONES PERICORONARIOS. NO DEBE -

SER USADA PARA PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS EN LA CERCANÍA DEL-
HUESO, COMO TRATAMIENTO DE BOLSAS INFRAÓSEAS, OPERACIÓN POR-
COLGAJO O CIRUGÍA MUCOGINGIVAL.

CONTRAINDICACIONES DE LA GINGIVECTOMÍA.

- 1.- CUALQUIER ESTADO SISTÉMICO QUE CONTRAINDIQUE LA CI-
RUGÍA.
- 2.- CUALQUIER ELIMINACIÓN DE BOLSA QUE TRAIGA COMO RE--
SULTADO LA ELIMINACIÓN TOTAL DE LA ENCÍA ADHERIDA.
- 3.- BOLSAS INTRAÓSEAS O COMPROMISOS DE FURCACIONES.
- 4.- PROFUNDIDAD DE BOLSA DISPAREJA O GRIETAS GINGIVA--
LES.
- 5.- ABSCESOS.
- 6.- GRANDES HERIDAS POSOPERATORIAS.
- 7.- MAL ASPECTO ESTÉTICO.
- 8.- PACIENTES CON PROBLEMAS EMOCIONALES.
- 9.- MALA HIGIENE ORAL.
- 10.- ALTA TASA DE CARIES.
- 11.- RAÍCES SENSIBLES.

LOS PACIENTES CON MALA SALUD SISTÉMICA DEBEN SER TRATADOS CON TERAPIA DE MANTENIMIENTO CONSERVADORA, EN LUGAR DE EXPONERLOS A UNA GINGIVECTOMÍA O A OTRA FORMA DE CIRUGÍA PERIODONTAL. SI HAY ENCÍA ADHERIDA, ÉSTA NUNCA DEBE SER ELIMINADA TOTALMENTE POR LA GINGIVECTOMÍA, Y SI NO LA HAY, LA GINGIVECTOMÍA NO ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN.

CUALQUIER CASO PARA QUE LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA Y LA CREACIÓN DE UN CONTORNO GINGIVAL NORMAL REQUIERA LA REMOCIÓN DE HUESO, SE TRATA MEJOR POR OTROS MÉTODOS QUE CON GINGIVECTOMÍA.

LOS COMPROMISOS DE LAS FURCACIONES DENTARIAS PUEDEN SER TRATADOS MAS EXITOSAMENTE CON TÉCNICAS A COLGAJO O HEMISECCIONES QUE CON GINGIVECTOMÍA.

CUANDO LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA Y LA PÉRDIDA DE ADHESIÓN VARIEN CONSIDERABLEMENTE DE UN LADO DE UN DIENTE AL OTRO, O DE UN DIENTE A SU VECINO, LA GINGIVECTOMÍA NO PROPORCIONARÁ UNA ELIMINACIÓN DURADERA DE LAS BOLSAS A MENOS QUE TODAS LAS BOLSAS DE LA VECINDAD SE EQUIPAREN QUIRÚRGICAMENTE AL NIVEL DE LA MÁS AVANZADA.

ESTO A MENUDO HARÍA NECESARIA UNA CIRUGÍA ÓSEA Y LA ELIMINACIÓN DE SOPORTE DE ALGUNOS DIENTES, LO QUE PUEDE EVITARSE.

TARSE POR UNA TÉCNICA A COLGAJO ADECUADA.

LAS GRIETAS GINGIVALES TAMBIÉN PUEDEN TRATARSE CON MAYOR REGENERACIÓN DE LA ENCÍA PERDIDA CON TÉCNICAS A COLGAJO QUE-- CON GINGIVECTOMÍA.

LAS INFECCIONES PERIODONTALES AGUDAS, TALES COMO LOS ABS^U CESOS, DEBEN SER TRATADAS DE MANERA CONSERVADORA EN LUGAR DE-- EXTIRPARLAS CON UNA GINGIVECTOMÍA.

ENTRE LAS PRIMERAS DESVENTAJAS DE LA GINGIVECTONÍA, COM-- PARADAS CON LA CIRUGÍA A COLGAJO, ESTÁN LAS MAYORES HERIDAS Y LA CICATRIZACIÓN MÁS LENTA DESPUÉS DE LA GINGIVECTONÍA.

ASÍ, CUANDO LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA Y LA CREACIÓN DE-- UN CONTORNO FISIOLÓGICO VAYA A DEJAR UNA HERIDA DE MÁS DE 4mm DE ANCHO; DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE NO HAY QUE REALIZAR ES-- TA TÉCNICA, YA QUE TALES CASOS LLEVARÍAN MÁS DE UNA SEMANA EN CICATRIZAR.

ÉSTAS CONSIDERACIONES SE APLICAN A PACIENTES CON BOVEDAS PALATINAS BAJAS Y PLANAS, A LA MAYORÍA DE LAS REGIONES DE LA-- TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR Y A LA MAYOR PARTE DE LAS -- BOLSAS RETROMOLARES INFERIORES.

ADEMÁS, LOS ESPACIOS DESDENTADOS INTERPROXIMALES QUE --- BORDEAN A DIENTES CON BOLSAS, GENERALMENTE SE TRATAN CON TÉC--

NICAS A COLGAJO PARA EVITAR LAS GRANDES HERIDAS DE LA GINGIVECTOMÍA.

PARA LOS PACIENTES DIFÍCILES DE MANEJAR Y AQUELLOS CON EVIDENTES PROBLEMAS EMOCIONALES; NO SE RECOMIENDA LA GINGIVECTOMÍA, DADO QUE LAS MOLESTIAS POSOPERATORIAS Y EL ASPECTO MODIFICADO PUEDEN HACER QUE EL PACIENTE SE VEA FRUSTRADO CON LOS RESULTADOS.

LOS PACIENTES QUE NO FUERON CAPACES DE ESTABLECER UNA BUENA HIGIENE ORAL DURANTE LA FASE HIGIÉNICA, OBTENDRÁN UN MEJOR RESULTADO CON FRECUENTES TRATAMIENTOS PROFILÁCTICOS -- QUE EL QUE SE LOGRARIA CON LA GINGIVECTOMÍA.

LAS CARIES RADICULARES DESPUÉS DE LA GINGIVECTOMÍA CONSTITUYEN UN PROBLEMA EXTREMADAMENTE DIFÍCIL DE MANEJAR Y LAS PROBABILIDADES DE QUE SE DESARROLLEN SON MENORES SI LAS RAÍCES DE LOS DIENTES ESTÁN CUBIERTAS POR TEJIDOS GINGIVALES; -- SE LES DEBE PRACTICAR FRECUENTES TRATAMIENTOS PROFILÁCTICOS-- EN LUGAR DE GINGIVECTOMÍA.

LOS PACIENTES CON DIENTES MUY SENSIBLES PUEDEN DESARROLLAR UNA SENSIBILIDAD AÚN MAYOR DESPUÉS DE LA GINGIVECTOMÍA-- Y ES MEJOR DEJAR LAS RAÍCES DE SUS DIENTES CUBIERTAS POR LOS TEJIDOS GINGIVALES QUE EXPONERLAS CON LA CIRUGÍA.

IV.- TRATAMIENTO DE AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.

SE BASA EN EL CONOCIMIENTO DE LA ETIOLOGÍA DE LOS CAMBIOS PATOLÓGICOS SUBYACENTES. EL AGRANDAMIENTO PRODUCIDO EXCLUSIVAMENTE POR LA INFLAMACIÓN SE TRATA EFICAZMENTE POR PROCEDIMIENTOS LOCALES. CUANDO ES POR ESTADO SISTÉMICO O DESCONOCIDO, SON EN PARTE O DEL TODO RESPONSABLES, EL TRATAMIENTO LOCAL SOLO REDUCIRA EL AGRANDAMIENTO EN LA PROPORCIÓN QUE LA INFLAMACIÓN CONTRIBUYA EN ÉL.

A) TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO-
CRÓNICO.

LOS AGRANDAMIENTOS INFLAMATORIOS CRÓNICOS QUE SON BLANDOS Y PRESENTAN UN CAMBIO DE COLOR Y CUYA CAUSA PRINCIPAL SON EL EDEMA Y EL INFILTRADO CELULAR, SE TRATAN CON RASPAJE Y CURETAJE, SIEMPRE QUE EL TAMAÑO DEL AGRANDAMIENTO NO IMPIDA LA ELIMINACIÓN COMPLETA DE LOS DEPÓSITOS DE LAS SUPERFICIES DENTALES AFECTADAS.

LA MAYOR PARTE DE LOS AGRANDAMIENTOS GINGIVALES INFLAMATORIOS CONSTAN DE UN COMPONENTE FIBROSO SIGNIFICATIVO QUE NO SE RETRAERÁ DESPUÉS DEL RASPAJE Y CURETAJE O SON DE TAL VOLUMEN QUE OCULTAN LOS DEPÓSITOS DE LAS SUPERFICIES DENTALES E IMPIDEN EL ACCESO A ELLOS, LA GINGIVECTOMÍA ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN.

EN LOS AGRANDAMIENTOS DE ASPECTO TUMORAL SE TRATA; BAJO ANESTESIA LOCAL, SE RASPAN LAS SUPERFICIES DENTALES PORDEBAJO DEL TEJIDO PARA ELIMINAR LOS CÁLCULOS Y OTROS RESIDUOS. LA LESIÓN ES SEPARADA DE LA MUCOSA EN SU BASE CON UNA HOJA BARD-PARKER. SI LA LESIÓN SE EXTIENDE INTERPROXIMALMENTE, SE INCLUYE LA ENCÍA INTERDENTAL EN LA INCISIÓN, PARA ASEGURAR LA EXPOSICIÓN DE DEPÓSITOS RADICALES IRRITANTES.

UNA VEZ ELIMINADA LA LESIÓN, SE RASPAN Y SE ALISAN LAS RAÍCES Y LA ZONA SE LIMPIA CON AGUA TIBIA. SE COLOCA APÓSITO PERIODONTAL Y SE RETIRA AL CABO DE UNA SEMANA.

B) TRATAMIENTO DEL ABSCESO GINGIVAL.

EL ABSCESO GINGIVAL ES UNA LESIÓN DE LA ENCÍA MARGINAL O INTERDENTAL, POR LO GENERAL PRODUCIDA POR LA INTRODUCCIÓN DE UN OBJETO EXTRAÑO (CERDAS DEL CEPILLO, SEMILLAS, CÁSCARA DE RAÍZ, MANIOBRAS DENTALES O TRAUMA OCLUSAL SOBRE LOS DIENTES CON BOLSAS INTRAÓSEAS).

ES UNA LESIÓN MUY DOLOROSA Y EL DIENTE GENERALMENTE ES TA MUY SENSIBLE A LA OCLUSIÓN O A LA PERCUSIÓN. CON APARICIÓN REPENTINA CON TUMEFACCIÓN Y DOLOR DE LOS TEJIDOS GINGIVALES.

BAJO ANESTESIA, SE INTRODUCE UN INSTRUMENTO PLANO COMO UNA LIMA PERIODONTAL HASTA LA ZONA DE LA LESIÓN, SEPARANDO-LOS TEJIDOS BLANDOS DEL DIENTE PARA ESTABLECER UN DRENAJE Y DEBE IRRIGARSE CON SOLUCION FISIOLÓGICA ESTÉRIL. LUEGO SE INTRODUCE EN LA BOLSA UN UNGÜENTO ANTIBIÓTICO OPTÁLMICO --- COMO ACROMICINA 3%, EN UNA JERINGA DE VIDRIO CON UNA AGUJEROMA DE METAL BLANDO, ESTO SE EFECTÚA CON EL ANTIBIÓTICO LI CUADO.

SI HAY UN PUNTO FLUCTUANTE DEFINIDO EN LA SUPERFICIE GINGIVAL DEL ABSCESO, ESTE PUEDE PENETRARSE CON UN INSTRUMENTO AGUDO O COLOCAR DRENAJES EN LA ZONA DEL ABSCESO, YA QUE ESTO COMPLICARÁ LA CICATRIZACIÓN.

NO ESTÁ INDICADA LA FERULIZACIÓN TEMPORÁNEA, A MENOS QUE HAYA UNA MOVILIDAD EXTENSA ASOCIADA CON TRAUMA OCLUSAL.

SE LE DA AL PACIENTE UNA CITA A LAS 24 HORAS, POR LO GENERAL SE ALIVIA EL DOLOR Y LA TUMEFACIÓ; SE VUELVE A LEVANTAR LA PARED BLANDA DE LA LESIÓN; CON UNA LIMA PERIODONTAL Y SE IRRIGA LA LESIÓN CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA ESTÉRIL. SE HACE UN RASPAGE, PERO LA SUPERFICIE RADICULAR NO DEBE SER RASPADA, YA QUE ESTO PUEDE INTERFERIR CON LA CICATRIZACIÓN. SE COLOCA NUEVAMENTE LA POMADA OPTÁLMICA EN LA BOLSA.

SE LE SUGIERE AL PACIENTE VISITAR UNA VEZ POR SEMANA DURANTE CUATRO O CINCO SEMANAS.

ÉSTAS VISITAS SON PARA UN RASPAJE SUPERFICIAL DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS EXPUESTAS Y PARA CONTROL DE LA PLACA; DURANTE EL PERÍODO DE LA CICATRIZACIÓN PARA UN ÉXITO EN EL TRATAMIENTO.

C) TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON FENITOINA (DILANTINA).

LA DILANTINA FUE INTRODUCIDA COMO DROGA ANTIEPILÉPTICA EN 1938, SOLO UN 40-50% DE LOS INDIVIDUOS QUE TOMAN DILANTINA DESARROLLAN CAMBIOS HIPERPLÁSICOS.

LA VELOCIDAD DEL CRECIMIENTO HIPERPLÁSICO PARECE SER MAYOR DURANTE EL PRIMER AÑO QUE SE TOMA LA DROGA Y MAYOR EN LOS INDIVIDUOS JÓVENES.

LA HIPERPLASIA POR LO GENERAL ES MAS PRONUNCIADA ALREDEDOR DE LOS DIENTES ANTERIORES, MÁS EXTENSA EN LAS CARAS VESTIBULARES QUE EN LAS LINGUALES Y MAYOR EN EL MAXILAR SUPERIOR.

LA HIPERPLASIA COMIENZA COMO UN SOBRECRECIMIENTO INFLAMATORIO DE LAS PAPILAS INTERDENTARIAS Y EN LOS ESTADÍOS TEM-

PRANOS ESTÁ CONFINADA A LAS PAPILAS INTERDENTARIAS; ÉSTAS APARECEN INICIALMENTE ROJAS, TUMEFACTAS Y BLANDAS; MÁS TARDE LOS TEJIDOS SE FIBROSAN Y SE HACEN MÁS DENSOS.

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL NO SE PRESENTA EN TODOS LOS PACIENTES QUE RECIBEN FENITOÍNA CUANDO SE PRESENTA PUEDE SER DE TRES CLASES:

TIPO I.- HIPERPLASIA NO INFLAMATORIA, CAUSADA POR LA FENITOÍNA. LA SUPRESIÓN DE LA DROGA ES EL ÚNICO MÉTODO PARA ELIMINARLA.

POR LO GENERAL, ESTO NO ES FACTIBLE, PERO SI SE HACE EL AGRANDAMIENTO DESAPARECE EN UNO O DOS MESES.

TIPO II.- AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO CRÓNICO TOTALMENTE DESVIN-
CULADO DE LA FENITOÍNA.

EL AGRANDAMIENTO TIENE TODAS SUS CAUSAS EN IRRITANTES LOCALES, Y SE ASEMEJA AL AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO EN PACIENTES QUE NO RECIBEN FENITOÍNA. SE TRATA CON ÉXITO MEDIANTE LA GINGIVECTOMÍA Y EL CONTROL MINUCIOSO DE LA PLACA, SIN QUE HAYA RECIDIVA.

TIPO III.- AGRANDAMIENTO COMBINADO ES:

COMBINACIÓN DE HIPERPLASIA CAUSADA POR LA FENITOÍNA MÁS INFLAMACIÓN CAUSADA POR LA IRRITACIÓN LOCAL.

SE TRATA POR GINGIVECTOMÍA Y ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FUENTES DE IRRITACIÓN LOCAL, A MÁS DEL CONTROL--MINUCIOSO DE LA PLACA POR PARTE DEL PACIENTE.

LA ENCÍA AGRANDADA SE ELIMINA CON BISTURÍES PERIODONTALES O ELECTROCIRUGÍA.

EL TRATAMIENTO INICIAL DEL AGRANDAMIENTO COMBINADO NO OFRECE DIFICULTADES; EL PROBLEMA ES LA RECIDIVA. SE REDUCIRÁ AL MÍNIMO LA RECIDIVA MEDIANTE EL RASPADO PERIÓDICO Y EL CONTROL DE LA PLACA.

EL TRATAMIENTO LOCAL ES MUY EFICAZ, MANTIENE AL PACIENTE CÓMODO Y SIN DESFIGURACIONES POR AÑOS, PERO NO LO DEJA COMPLETAMENTE LIBRE DEL AGRANDAMIENTO.

EN PACIENTES TRATADOS CON FENITOÍNA CUYO AGRANDAMIENTO GINGIVAL ES ORIGINADO ÚNICAMENTE POR IRRITACIÓN LOCAL, SIN HIPERPLASIA INDUCIDA POR LA DROGA, LA RECIDIVA ES TOTALMENTE PREVENIBLE MEDIANTE MEDIDAS LOCALES.

SE HA DEMOSTRADO QUE LA HIPERPLASIA PUEDE IMPEDIRSE CON UNA BUENA HIGIENE ORAL. EL PROBLEMA ES EL -

MANEJO DE LA BUENA HIGIENE ORAL; ESPECIALMENTE EN --
PERSONAS QUE SON MENTALMENTE RETARDADAS.

LA HIPERPLASIA DILANTÍNICA LEVE EN LOS ESTADÍOS --
INFLAMATORIOS AGUDOS TEMPRANOS PUEDE REMITIR CASI --
POR COMPLETO CON LA PROFILAXIS Y UNA BUENA HIGIENE--
ORAL Y NO REQUIERE LA REMOCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS TE-
JIDOS HIPERPLÁSICOS.

D) TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL LEUCÉMICO.

EN PACIENTES CON LEUCEMIAS AGUDAS, PRINCIPALMENTE LAS --
LEUCEMIAS MONOCÍTICA Y MIELÓGENA AGUDA; PUEDEN ENCONTRARSE --
AGRANDAMIENTOS GINGIVALES CON TENDENCIA AUMENTADA AL SANGRADO;
PERO NO EN UN ESTADO LEUCÉMICO AGUDO.

CON FRECUENCIA, LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS PACIENTES LEU-
CÉMICOS ESTÁ COMPLICADA POR EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL CON GIN
GIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA DOLOROSA SOBREAgregada QUE EN-
TORPECE LA ALIMENTACIÓN Y CREA REACCIONES ORGÁNICAS TÓXICAS.

SE CONTROLAN LOS TIEMPOS DE COAGULACIÓN Y SANGRÍA Y LA -
CANTIDAD DE PLAQUETAS Y SE CONSULTA AL HEMATÓLOGO ANTES DE CO
MENZAR EL TRATAMIENTO.

UNA VEZ QUE LOS SÍNTOMAS AGUDOS REMITEN, SE DIRIGE LA --

ATENCIÓN HACIA LA CORRECCIÓN DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

EL FUNDAMENTO ES ELIMINAR LOS FACTORES LOCALES PARA CONTROLAR EL COMPONENTE INFLAMATORIO DEL AGRANDAMIENTO.

EL AGRANDAMIENTO ES TRATADO POR RASPAJE Y CURETAJE REALIZADO POR ETAPAS, BAJO ANESTESIA TÓPICA.

EL TRATAMIENTO INICIAL CONSISTE EN LA ELIMINACIÓN SUAVE DE TODAS LAS ACUMULACIONES MEDIANTE UNA TORUNDA DE ALGODÓN, -- RASPAJE SUPERFICIAL Y ENSEÑANZA DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL CONTROL DE LA PLACA. LA HIGIENE BUCAL ES EN EXTREMO IMPORTANTE Y DEBE SER REALIZADA POR LA ENFERMERA SI ES PRECISO.

EN LAS SESIONES SIGUIENTES SE REALIZAN RASPAJES PROGRESIVAMENTE MÁS PROFUNDOS. LOS TRATAMIENTOS SE LIMITAN A PEQUEÑAS ZONAS PARA FACILITAR EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA.

SE ADMINISTAN ANTIBIÓTICOS POR VÍA GENERAL LA NOCHE ANTERIOR Y 48 HORAS DESPUÉS DE CADA TRATAMIENTO PARA DISMINUIR EL RIESGO DE INFECCIÓN.

DADO QUE ESTOS PACIENTES TIENEN UNA MALA RESPUESTA A LA PLACA DENTAL Y A OTROS IRRITANTES, ES IMPRESCINDIBLE QUE LOS DIENTES SE MANTENGAN TAN LIMPIOS QUE SEA POSIBLE Y QUE TODOS LOS APARATOS DENTALES IRRITANTES SE CORRIJAN O ELIMINEN; YA QUE ESTO PRODUCE UNA MEJORÍA DEL ESTADO GINGIVAL Y COMO CONSE

CUENCIA DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL CONSERVADOR EN LOS PA--
CIENTES CON LEUCEMIA AGUDA.

E) TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN EL EMBARA--
ZO.

ÉSTE AUMENTO EN LA INFLAMACIÓN GINGIVAL ES PROVOCADO --
POR UNA RESPUESTA METABÓLICA MODIFICADA A LA PLACA BACTERIA--
NA DE LOS DIENTES; MÁS QUE A UNA ENTIDAD PATOLÓGICA ESPECÍFI
CA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL PROVOCADA POR CAMBIOS SISTÉ--
MICOS Y PRINCIPALMENTE DEBIDA AL EMBARAZO.

DURANTE EL EMBARAZO HAY UN MARCADO AUMENTO DE LOS NIVE--
LES HEMÁTICOS DE ESTROGENOS Y PROGESTERONA, MIENTRAS QUE EL--
PARTO ES SEGUIDO POR UN NOTABLE DESCENSO DE ESOS NIVELES; DA
DO QUE EL AUMENTO DE LA GINGIVITIS SE PRODUCE APROXIMADAMEN--
TE EN EL MISMO TIEMPO QUE SE ELEVAN LOS NIVELES SANGUÍNEOS -
DE ÉSTAS HORMONAS SEXUALES.

LAS PAPILAS GINGIVALES TUNEFECTAS Y ENROJECIDAS, BLAN--
DAS Y QUE SANGRAN FÁCILMENTE SON SIGNOS DE LA GINGIVITIS DEL
EMBARAZO.

SE PRESENTA UN AUMENTO SIGNIFICATIVO EN LA MOVILIDAD HO
RIZONTAL DE LOS DIENTES DURANTE EL EMBARAZO.

EL TRATAMIENTO DEMANDA LA ELIMINACIÓN DE TODOS LOS IRRITANTES LOCALES QUE PRECIPITAN CAMBIOS GINGIVALES EN EL EMBARAZO.

LA ELIMINACIÓN DE LOS IRRITANTES LOCALES AL COMIENZO -- DEL EMBARAZO ES UNA MEDIDA PREVENTIVA CONTRA LA ENFERMEDAD-- GINGIVAL, ASÍ COMO LA INSTITUCIÓN DE UNA BUENA HIGIENE ORAL.

LA INFLAMACIÓN DEL AGRANDAMIENTO DE LA ENCÍA INTERDENT-- TAL Y LA ENCÍA MARGINAL SE TRATAN POR RASPAJE Y CURETAJE.

EL TRATAMIENTO DE LOS AGRANDAMIENTOS GINGIVALES DE AS-- PECTO TUMORAL CONSISTE EN LA EXCISIÓN QUIRÚRGICA MÁS EL RASPAJE Y ALISADO DE LAS SUPERFICIES DENTALES. EL AGRANDAMIENTO RECIDIRÁ, SALVO QUE SE ELIMINEN LOS IRRITANTES. EL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA ES UN FACTOR FRECUENTE.

LA LESIÓN DEBE TRATARSE TAN PRONTO COMO SE LA DESCUBRA, NO SE DEBE DEJAR HASTA QUE CONCLUYA EL EMBARAZO, ESPERANDO -- QUE DESAPAREZCA ESPONTÁNEAMENTE, ESTO PROPICIA LA OPORTUNIDAD DE UN MAYOR CRECIMIENTO DE LA LESIÓN Y AGREGA MOLESTIAS-- AL PACIENTE.

EN EL EMBARAZO DEBE PRESTARSE ESPECIAL ATENCIÓN A:

- 1.- PREVENIR ENFERMEDADES GINGIVALES.
- 2.- TRATAR LA ENFERMEDAD GINGIVAL EXISTENTE PARA EVITAR

QUE EMPEORE.

DEBE EXAMINARSE A TODAS LAS PACIENTES EN LA FASE MAS TEMPRANA POSIBLE DEL EMBARAZO.

EN LAS QUE TIENEN ENFERMEDAD GINGIVAL DEBEN BUSCARSE --- FUENTES POTENCIALES DE IRRITACIÓN LOCAL Y HAY QUE INSTRUIRLAS EN PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE PLACA.

DEBEN PROGRAMARSE VISITAS PERIÓDICAS AL DENTISTA Y RECALCARSE LA IMPORTANCIA QUE TIENE COMO MEDIO PROFILÁCTICO CONTRA TRASTORNOS PERIODONTALES GRAVES.

CAPÍTULO VIII

FASE DE MANTENIMIENTO.

- PROGRAMA DE MANTENIMIENTO.

LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD PERIODONTAL DEL PACIENTE ---
TRATADO DEMANDA UN PROGRAMA TAN POSITIVO COMO LA ELIMINACIÓN-
DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

UNA VEZ COMPLETADO EL TRATAMIENTO, SE PROGRAMA PARA EL -
PACIENTE UNA SERIE DE VISITAS DE CONTROL PARA EL CUIDADO DE -
MANTENIMIENTO, CON EL FIN DE PREVENIR LA RECIDIVA DE LA ENFER-
MEDAD.

LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DEL TRATAMIENTO ACTIVO A UN
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO ES UN PASO DEFINITIVO EN LA ATENCIÓN
TOTAL DEL PACIENTE. ES PRECISO QUE EL PACIENTE COMPRENDA LA
FINALIDAD DEL PROGRAMA DEL MANTENIMIENTO, INSISTIENDO EN EL -
HECHO DE QUE DE ÉL DEPENDE LA CONSERVACIÓN DE LOS DIENTES.

LAS VISITAS PERIÓDICAS DE CONTROL CONSTITUYEN LA BASE DE
UN PROGRAMA ADECUADO A LARGO PLAZO, Y SE LLEVARÁ COMO SIGUE:

1.- NUEVO EXAMEN PARA DETERMINAR LA EFECTIVIDAD DEL CON-

TROL DE PLACA, LA RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, LAS CARIES Y OTROS PROBLEMAS OCLUSALES. REFUERZO DE LA INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL, REALIZACIÓN DE PROFILAXIS, INCLUYENDO LA APLICACIÓN TÓPICA DE FOSFATO DE FLÚOR ACIDULADO.

- 2.- ESTUDIO RADIOGRÁFICO COMPLETO DE LA DENTICIÓN CADA DOS AÑOS, COMPARANDO CON LAS RADIOGRAFÍAS ANTERIORES.
- 3.- CUALQUIER FÉRULA PROVISORIA QUE ESTÉ CEMENTADA TEMPORALMENTE DEBE SER RECEMENTADA Y EVALUADA CADA DOS O TRES AÑOS.
- 4.- TRATAMIENTO DE CUALQUIER BOLSA CON SIGNOS DE INFLAMACIÓN QUE TENGA MÁS DE 3mm. DE PROFUNDIDAD.
- 5.- TRATAMIENTO DE LESIONES CARIOSAS.
- 6.- TRATAMIENTO ENDODÓNTICO SI SE HAN DESARROLLADO LESIONES PULPARES O PERIAPICALES.
- 7.- REEMPLAZO DE RESTAURACIONES DENTALES, PUENTES Y APARATOS QUE YA NO SATISFACEN A LOS REQUERIMIENTOS DE SALUD DE FUNCIÓN O DE ESTÉTICA.
- 8.- REALIZACIÓN DE NUEVOS PLANOS OCLUSALES DE MORDIDA -

CUANDO LOS VIEJOS ESTÁN DETERIORADOS, GASTADOS O --
PERDIDOS, EN CASO DE QUE EL PACIENTE SIGA NECESITANDO
DO.

- 9.- HACER UNA COMPLETA REEVALUACIÓN DE TODO EL ESTADO -
PERIODONTAL Y DENTAL DE LOS PACIENTES QUE VUELVEN--
DESPUÉS DE HABER ABANDONADO EL PROGRAMA DE MANTENI-
MIENTO REGULAR DURANTE UN AÑO O MÁS.

MUY POCOS PACIENTES REQUIEREN TODAS LAS MANIOBRAS IN---
CLUIDAS EN ÉSTA DESCRIPCIÓN COMPLETA Y CUALQUIER PASO NO RE-
QUERIDO DEBE SER SALTEADO HASTA ALCANZAR EL PRÓXIMO PASO ---
APLICABLE.

EL ORDEN DE LAS MANIOBRAS DEBE SEGUIRSE TANTO EN EL ---
PLANTEAMIENTO COMO EN LA EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO PERIODON-
TAL.

AL TERMINAR LA FASE CORRECTORA DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL
TAL, LOS TEJIDOS PERIODONTALES DEBEN ESTAR EN UN ESTADO FI--
SIOLÓGICO DE SALUD QUE PUEDA MANTENERSE CON UNA CANTIDAD RA-
ZONABLE DE CUIDADOS FUTUROS.

EN EL MOMENTO ACTUAL NO SE CONOCEN MÉTODOS PARA PROVEER
INMUNIDAD A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

EL PACIENTE ESTÁ CURADO DE SU ENFERMEDAD SÓLO MIENTRAS-
LOS FACTORES CAUSALES PUEDAN SER MANTENIDOS BAJO CONTROL.

EL CONTROL INICIAL DEBE HACERSE A LOS 3 MESES DE HABER-
TERMINADO EL TRATAMIENTO PERIODONTAL; Y SE DEBE CONTROLAR LA
EFECTIVIDAD DE LOS CUIDADOS QUE REALIZA EL PACIENTE EN SU CA
SA, CON LA APLICACIÓN DE UNA SOLUCIÓN REVELADORA DE LA PLACA
SOBRE SUS DIENTES Y DEBEN TRATARSE CON ÉL. LOS PROBLEMAS CON-
CERNIENTES AL CONTROL DE LA PLACA.

EL ESTADO PERIODONTAL DEBE SER EXAMINADO NUEVAMENTE, IN
CLUYENDO EL SONDEO DEL SURCO GINGIVAL (INTERPROXIMAL, VESTI-
BULAR Y LINGUAL); PARA COMPROBAR SI HAY UNA MAYOR TENDENCIA-
AL SANGRADO O EXUDADO EN LAS BOLSAS, ASÍ COMO PARA VER SI SE
HAN PROFUNDIZADO LAS BOLSAS.

DEBE HACERSE RASPADO Y ALISADO SI REAPARECEN TÁRTARO E-
IRREGULARIDADES RADICULARES. SI LAS BOLSAS HAN VUELTO A --
UNA PROFUNDIDAD QUE SUPERA A LOS 3mm. Y DEMUESTRAN SIGNOS DE
INFLAMACIÓN ACTIVA, DEBEN SER CURETRADAS NUEVAMENTE BAJO ---
ANESTESIA LOCAL.

DEBE EXAMINARSE TODA LA DENTICIÓN PARA VER SI HAY CA---
RIES Y SE REVALÚA LA OCLUSIÓN, INCLUYENDO LA PRUEBA DE MOVI-
LIDAD DE LOS DIENTES Y LA CORRECCIÓN DE LA DESARMONÍA OCLU--
_SAL CUANDO ESTÉ INDICADO.

SE APLICARÁ FOSFATO FLÚOR ACIDULADO SIEMPRE QUE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES ESTÉN EXPUESTAS Y SIEMPRE QUE EXISTAN PROBLEMAS DE ABLANDAMIENTO DE LAS SUPERFICIES RADICULARES U ---- OTRAS LESIONES CARIOSAS INCIPIENTES.

SI EL ESTADO PERIODONTAL Y DENTAL DEL PACIENTE ES BUENO- EN ESTE MOMENTO PUEDE COLOCARSE EN UN SISTEMA DE CONTROL CADA 6 MESES. SI LA HIGIENE ORAL Y LA SALUD PERIODONTAL SE HAN - DETERIORADO DURANTE LOS 3 MESES, EL PACIENTE DEBE SER COLOCA- DO EN UN SISTEMA DE CONTROLES MENSUALES EN UN INTENTO POR VOL- VER A ALCANZAR LA SALUD PERIODONTAL.

B) RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

LAS LESIONES PUEDEN RECIDIVAR, GENERALMENTE ESTO PUEDE-- ORIGINARSE EN EL CONTROL INADECUADO DE LA PLACA POR PARTE DEL PACIENTE.

SIN EMBARGO, ES RESPONSABILIDAD DEL ODONTÓLOGO ENSEÑAR, - MOTIVAR Y CONTROLAR LA TÉCNICA DE HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE- Y QUE EL FRACASO DEL PACIENTE ES NUESTRO FRACASO.

CAUSAS DE LA RECIDIVA.

- 1.- TRATAMIENTO INSUFICIENTE O INADECUADO QUE NO HA LO-- GRADO ELIMINAR TODOS LOS FACTORES POTENCIALES QUE FA- VORECEN LA ACUMULACIÓN DE LA PLACA.

LA ELIMINACIÓN INCOMPLETA DE LOS CÁLCULOS EN ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO ES UNA FUENTE COMÚN DE PROBLEMAS.

- 2.- RESTAURACIONES INADECUADAS COLOCADAS DESPUÉS DEL --
TERMINADO DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL.

- 3.- LA INASISTENCIA DEL PACIENTE A LOS CONTROLES PERIÓ-
DICOS. ESTO PUEDE DEBERSE A LA DECISIÓN CONSCIENTE O INCONSCIENTE DEL PACIENTE DE NO CONTINUAR EL--
TRATAMIENTO O A QUE EL DENTISTA Y SU EQUIPO NO HAN--
RECALCADO LA NECESIDAD DE LOS EXÁMENES PERIÓDICOS.

- 4.- ALGUNAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE PUEDEN AFECTAR--
LA RESISTENCIA DEL HUÉSPED A NIVELES DE PLACA PRE--
VIAMENTE ACEPTABLES.

EL FRACASO DEL CASO PUEDE SER RECONOCIDO POR:

- A) INFLAMACIÓN RECURRENTE DESCUBIERTA POR ALTERACIONES GINGIVALES Y HEMORRAGIAS DEL SURCO AL SONDAR.
CAUSADO POR: MALA HIGIENE BUCAL, CÁLCULOS--
SUBGINGIVALES, RESTAURACIONES DETERIORADAS O INADECUADAS,
PRÓTESIS DETERIORADAS O MAL DISEÑADAS,
ENFERMEDAD SISTÉMICA QUE MODIFICA LA RESPUESTA --

DEL HUÉSPED A LA PLACA.

B) AUMENTO DE LA PROFUNDIDAD DE LOS SURCOS CONDU-
CENTES A LA RECIDIVA DE LAS BÓLSAS.
CAUSADO POR: ABRASIÓN POR CEPILLADO. ENCÍA-
INSERTADA INADECUADA.

C) INCREMENTOS GRADUALES DE LA PÉRDIDA ÓSEA, OB-
SERVADA EN RADIOGRAFÍAS.
CAUSADAS POR: MALA HIGIENE BUCAL, CÁLCULOS --
GINGIVALES, RESTAURACIONES INADECUADAS O DETE-
RIORADAS, PRÓTESIS MAL DISEÑADAS, CIRUGÍA INA-
DECUADA.

D) INCREMENTOS GRADUALES DE LA MOVILIDAD DENTAL-
OBSERVADA EN LOS EXÁMENES CLÍNICOS.
CAUSADAS POR: TRAUMA OCLUSAL DEBIDO A INTERFE-
RENCIAS OCLUSALES LATERALES, BRUXISMO, RESTAU-
RACIONES ALTAS, PRÓTESIS MAL DISEÑADAS. RE-
LACIÓN CORONA-RAÍZ INADECUADA.

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

EN ÉSTE TRABAJO SE HA INTENTADO ABARCAR LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES A LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

ES IMPORTANTE QUE AL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA SE LE CAPACITE PARA OBSERVAR LOS FENÓMENOS CLÍNICOS QUE A LARGO-- PLAZO OCASIONARON CAMBIOS TISULARES, EVITÁNDOSE ASI LA PÉRDIDA DE DIENTES CAUSADA POR LA DESTRUCCIÓN PATOLÓGICA DE -- LOS TEJIDOS PARODONTALES.

SE PRESENTARON UNAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO QUE CON LA PRÁCTICA Y CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS EN EL TRANSCURSO DE LA-CARRERA, HARÁ QUE EL ALUMNO PUEDA APLICAR Y RECONOCER LA TE RAPÉUTICA NECESARIA; PARA ALIVIAR PROBLEMAS PERIODONTALES - ESPECÍFICOS, ASI LA ADQUISICIÓN DE PERICIA Y OBJETIVIDAD PA RA RELACIONAR OTROS ASPECTOS DE LA ODONTOLOGÍA GENERAL CON- ESTA ENTIDAD.

ES YA UNA NECESIDAD CAPACITAR AL ODONTÓLOGO GENERAL PA RA QUE PROPORCIONE A SUS PACIENTES LA ATENCIÓN PERIODONTAL- PREVENTIVA, HACIÉNDOLE CONOCER Y VALORAR LAS MANIFESTACIO-- NES CLÍNICAS Y FACTORES CAUSALES DE LA ENFERMEDAD, ANTES DE QUE ESTÉ MUY AUMENTADA.

B I B L I O G R A F Í A

1.- CARRANZA A. FERMIN

PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA DE GLICKMAN.

TRADUCCIÓN POR: GONZÁLEZ DE GRANDI MARINA BEATRIZ

EDITORIAL INTERAMERICANA

5a. EDICIÓN

MEXICO, D.F. 1984

1073 PÁGINAS.

2.- CHAIN RICHARD W.

FUNDAMENTOS CLÍNICOS PRÁCTICOS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL.

TRADUCIDA POR: LOSADA M. JODY

EDITORIAL QUINTESENCE BOOKS 77

ALEMANIA 1986

176 PÁGINAS.

3.-LINDHE JON

PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.

TRADUCCIÓN POR: MARTÍNEZ HORACIO

EDITORIAL PANAMERICANA

BUENOS AIRES ARGENTINA 1986

516 PÁGINAS.

4.- MANSON J.D.

MANUAL DE PERIODONCIA.

TRADUCCIÓN POR: RAMOS TERCERO JOSÉ A.

EDITORIAL MANUAL MODERNO

MÉXICO, D.F., 1985

1ª. EDICIÓN.

248 PÁGINAS.

5.- PRICHARD F. JOHN

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL
EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA GENERAL.

TRADUCCIÓN POR: MARTÍNEZ HORACIO

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A.

BUENOS AIRES, ARGENTINA 1986

591 PÁGINAS.

6.- RAMFJORD P. SIGURD

MAJOR M. ASH.

PERIODONTOLOGÍA Y PERIODONCIA.

TRADUCCIÓN POR: PORTER ROBERTO JORGE

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA

BUENOS AIRES, ARGENTINA 1982

629 PÁGINAS.

7.- SCHLUGER SAUL

PAGE C. ROY

YOUDELIS A. RALPH

ENFERMEDAD PERIODONTAL

(FENÓMENOS BÁSICOS, MANEJO CLÍNICO E INTERRELACIONES
OCUSALES Y RESTAURADORAS).

TRADUCCIÓN POR: GARCÍA MARTÍNEZ JOSÉ LUIS

EDITORIAL COMPAÑÍA EDITORIAL CONTINENTAL S.A. DE C.V.

MÉXICO, 1986

790 PÁGINAS.

8.- UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ROSARIO.

REVISTA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

EDITORIAL UNIVERSIDAD DE STA. FÉ

ARGENTINA 1980

1a. EDICIÓN.

130 PÁGINAS.