

870122

7

24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO ENTRE ABSCESO
PERIODONTAL Y ABSCESO GINGIVAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

GLORIA DEL CARMEN ALONSO PAREDES

ASESOR: DRA. JOSEFINA TERRIQUEZ CASILLAS

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

" DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO ENTRE ABSCESO
PERIODONTAL Y ABSCESO GINGIVAL. "

I N D I C E

		Pág.
	Introducción.....	1
CAPITULO I	Características normales del Parodonto	3
	A) Encía	3
	B) Ligamento periodontal.....	14
	C) Hueso alveolar.....	21
	D) Cemento radicular.....	25
CAPITULO II	Etiología y tratamiento del absceso - periodontal.....	31
	A) Etiología del absceso periodontal..	31
	B) Características clínicas y radio - gráficas del absceso periodontal -	32
	C) Absceso periodontal crónico.....	36
	D) Absceso periodontal agudo.....	37
	E) Tratamiento del absceso periodon - tal.....	39
	F) Diagnóstico diferencial entre abs - ceso periodontal y absceso gingi - val.....	41
CAPITULO III	Etiología y tratamiento del absceso - gingival.....	43
	A) Etiología del absceso gingival.....	43
	B) Características clínicas del absce- so gingival.....	44

Pág.

C) Tratamiento del absceso gingival.... 45

CAPITULO IV

Casuística..... 47

Conclusiones..... 53

Bibliografía.

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

La enfermedad periodontal constituye un problema de - - gran importancia en la práctica odontológica. Es importante la observación de que la enfermedad periodontal es la causa principal de la pérdida de dientes en individuos de más de cuarenta años. Pero esto no significa que la enfermedad periodontal se limite solo a este grupo de edad. En general - esta enfermedad es un estado crónico y si bien produce la pérdida de dientes a los cuarenta años, su comienzo ha sido mucho más temprano. En todos los pacientes el dentista debe de estar alerta para descubrir y tratar precozmente la enfermedad periodontal. Si el tratamiento es precoz los resultados serán halagadores, pero más importante aún que el tratamiento precoz es la prevención.

Es así por lo cual el propósito de la elaboración de esta tesis, es que el dentista de la práctica general dé la importancia debida a los pacientes que se presentan con abscesos periodontales y abscesos gingivales; que son un ejemplo de la enfermedad periodontal.

Ambos abscesos aunque son muy similares entre sí, tienen la gran diferencia tanto en la destrucción de tejido como en sus características radiológicas y etiológicas.

Si se detectan a tiempo podremos evitar la pérdida de piezas dentarias y sus consecuencias, como lo son las maloclusiones, movilidad de nuestras piezas, etc.

Sabiendo estas diferencias y los tratamiento de ambos -

abscesos podremos evitar la enfermedad periodontal y así -
ayudar a tener más íntegro nuestro tan importante parodon -
to.

llar a los dientes; está separada por el surco marginal de la encía insertada adyacente. Tiene normalmente alrededor - de 1 mm. de ancho y forma la parte externa del surco gingival. Su superficie es lisa. (p. pág. 29).

Surco gingival.-

Es una depresión en forma de "V". Está situado alrededor del diente y está limitado por el diente y por el otro lado con el epitelio que tapiza el margen libre de la encía. Tiene una profundidad variable de 1 a 2 mm. en sus caras lí bres y de 1 a 3 mm. en sus caras proximales. (p. pág. 9).

Encía insertada.-

Es una continuación de la encía marginal. Es firme, resistente y está unida fuertemente al cemento y al hueso alveolar subyacente. La encía insertada vestibular se continúa con la mucosa alveolar un poco floja y móvil y de la que está separada por la línea mucogingival. (p. pág. 10)

Tiene un ancho variable depende del lugar de la boca en donde se encuentre. Es más ancha en los sectores anteriores. Si existen frenillos e inserciones musculares reducen su ancho. Por vestibular la línea mucogingival se encuentra bien definida. Por palatino se continúa sin límite divisorio con la mucosa palatina; por lingual es más delicada en sus características y se continúa con la mucosa del piso de la boca. (p. pág. 10).

En algunos casos se usan términos como encía cementaria

y encía alveolar para designar las diferentes porciones de la encía insertada dependiendo de la zona de inserción. - (p. pág. 30).

Encía interdental.-

La encía interdental puede ser llamada encía gingival y esta encía ocupa el espacio interproximal debajo de la zona de contacto de los dientes. Está formada por dos papilas, una vestibular y la otra lingual o palatina. Y en donde se unen estas dos papilas se forma una depresión que se llama Col. Esta depresión que tiene forma de valle toma la forma de la zona del contacto interdental. (p. pág. 30).

Cada papila interdental tiene forma piramidal hacia la zona de contacto interdental y las caras mesial y distal son un poco cóncavas. (p. pág. 30).

La región interdental tiene una importancia particular al ser el sitio donde la acumulación bacteriana es más persistente y porque su estructura lo hace más vulnerable de manera especial, es el sitio de la lesión inicial de la gingivitis. (p. pág. 8).

Los bordes laterales y la punta de la papila interdental están formados por la continuación de la encía marginal de los dientes adyacentes y en su porción media está formada por la encía insertada. (p. pág. 30).

Cuando no hay diente vecino la encía se une firmemente al hueso interdental y se forma una superficie redondeada -

Estas dos actividades son una forma balanceada y se llevan a cabo con el fin de que el grosor del epitelio se mantenga en forma constante. Las capas que caracterizan al epitelio escamoso son:

- 1.- Capa basal o formativa, de células columnares o cuboides.
- 2.- Capa espinosa (estrato espinoso), de células poligonales o espinosas.
- 3.- Capa granular (estrato granuloso), en la que las células son aplanadas y contienen muchas partículas de queratohialina.
- 4.- Capa córnea (estrato córneo), en la que las células se aplanan, encogen y queratinizan o paraqueratinizan. (p. pág. 5).

En la capa basal se encuentran una gran cantidad de queratinocitos y melanocitos que son los formadores de queratina y melanina. (p. pág. 22).

En la capa espinosa se encuentran las células de Langerhans y hay gran cantidad de melanocitos; es la capa más gruesa. (p. pág. 22).

A estas dos capas se les conoce como capas germinativas, pues tienen como respuesta la producción de melanina y queratina y sirven como protectores de los rayos solares. La melanina da el color al periodonto y la queratina evita los traumatismos. (p. pág. 22).

La capa granulosa tiene paraqueratina y queratohialina que son las precursoras de la queratina. (p. pág. 14).

Tejido Conjuntivo Gingival.-

El tejido conjuntivo gingival está constituido por una red de fibras de colágena, que atraviesan la substancia fundamental que contiene células de tejido fibroso, en su mayor parte fibroblastos, vasos sanguíneos, nervios, células plasmáticas, linfocitos y otras células del sistema de defensa. (p. pág. 6).

Fibras Gingivales.-

El tejido conjuntivo de la encía está organizado de tal manera que el margen gingival se mantiene firme alrededor del cuello del diente y así ayuda a mantener la integridad de la inserción dentogingival. (p. pág. 6)

Las fibras gingivales se disponen funcionalmente en los siguientes grupos:

Grupo Odontogingival o gingivales libres.-

Estas fibras se extienden desde el cemento en forma de abanico, debajo de la inserción epitelial hasta la lámina propia de la encía sobre el margen alveolar para unirse al periostio de la encía insertada. Este grupo es el más numeroso. (p. pág. 23).

Grupo alveologingivales o crestalveolares.-

Nace de la cresta alveolar y se inserta en la lámina propia. (p. pág. 23).

Grupo circular o cervicales.-

Este pequeño grupo de fibras se cree que rodea al diente. (p. pág. 23).

Grupo de fibras transeptales.-

Estas van de un diente a otro en dirección coronal con respecto al tabique alveolar. (p. pág. 7).

Grupo de fibras odontoperiostiales.-

Se extienden desde el periostio del hueso alveolar hasta el diente y están en las superficies vestibulares y labiales o palatinas. (p. pág. 23).

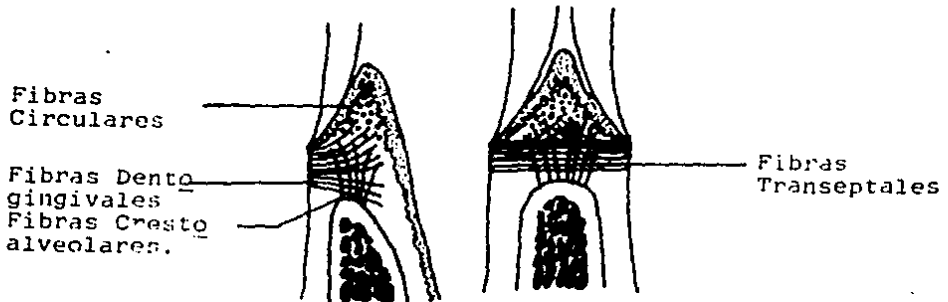


Fig. 1.2 Grupos de fibras gingivales: dentogingivales, circulares, crestalveolares y transeptales.

Unión Dentogingival.-

El epitelio bucal se extiende desde la unión mucogingival hasta el margen gingival. Donde el epitelio recubre el surco de la encía. En la base del surco, la conexión entre la encía y el diente se establece a través de un tipo de epitelio que se llama epitelio de unión. (p. pág. 9)

Cuando existe estado de salud, el epitelio de unión se ubica sobre el esmalte y se extiende hacia la unión amelocementaria. (p. pág. 9)

Y cuando hay recesión gingival este se sitúa sobre el cemento. Con esto la base del surco gingival corresponde a la superficie libre del epitelio de unión. (p. pág. 9).

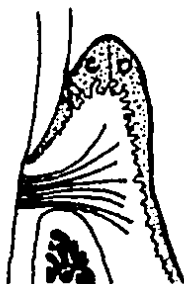


Fig. 1.4 La unión dentogingival. Existen tres zonas de epitelio gingival: Epitelio bucal (O), Epitelio del surco (C) y el epitelio de unión (J).

debe al aporte vascular modificado por las capas epiteliales. Además puede aparecer una coloración marrón, negruzca o azulada más o menos intensa, localizada en la encía insertada y que es debido a la melanina y suele corresponder a la coloración subida de la tez. (p. pág. 15).

Tamaño.- El tamaño de la encía corresponde al volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. La alteración de tamaño es una característica común en la enfermedad gingival. (p. pág. 21).

Contorno.- El contorno gingival sigue las ondulaciones de los cuellos de los dientes; la papila gingival debe llenar el espacio interdental hacia el punto de contacto. El margen termina sobre la superficie del diente en forma afilada. (p. pág. 15).

Consistencia.- Su consistencia es firme. La encía marginal puede ser separada levemente del diente con un instrumento o con un chorro de aire. La encía insertada está firmemente unida al hueso y cemento subyacente. (p. pág. 15).

Superficie.- La encía insertada es punteada, comparable con una cáscara de naranja.

El punteado varía con la edad. No existe en la infancia, aparece en algunos niños alrededor de los 5 años; aumenta en la edad adulta y con frecuencia comienza a desaparecer con la vejez. (p. pág. 21).

Posición de la encía.- La posición de la encía se refiere

re al nivel en que la encía marginal se une al diente. Cuando el diente hace erupción en la cavidad bucal, el margen y el surco están en la punta de la corona, a medida que la erupción avanza se observa que el margen y el surco están más cerca de la raíz. (p. pág. 22).

B) LIGAMENTO PERIODONTAL.

Un ligamento es un medio de unión que ayuda en la articulación de los huesos. Y la raíz del diente está unida al hueso alveolar por medio del ligamento periodontal que es una estructura de tejido conectivo. El ligamento periodontal no solo une al diente con el hueso, ayuda a mantenerlo en su alvéolo y también amortigua las cargas del diente. (p. pág. 12).

La frecuencia, duración, magnitud y dirección de las cargas varía durante la masticación, deglución y el habla; la estructura del ligamento las amortigua de manera eficaz y las transmite al hueso de soporte. (p. pág. 12).

Estructura.-

El ligamento periodontal varía en su grosor de 0.3 a 0.1 mm. Es más angosto a nivel del eje de rotación del diente y es más ancho a nivel del ápice y del borde superior del alvéolo. El ligamento es más ancho cuando las fuerzas funcionales son considerables. (p. pág. 13).

El ligamento está formado por haces de fibras bien orga

nizados a través de los cuales pasan los nervios y vasos.

Los extremos de fibras que se insertan en el cemento y en el hueso se les llama fibras de Sharpey. (p. pág. 30).

Los haces de fibras periodontales se disponen en los siguientes grupos:

Grupo transeptal.- Se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se insertan en el cemento de los dientes vecinos. Tienen la peculiaridad de que se reconstruyen incluso una vez producida la destrucción del hueso alveolar en la enfermedad periodontal. (p. pág. 33).

Grupo de la cresta alveolar.- Se extienden oblicuamente desde el cemento debajo del epitelio de unión hasta la cresta alveolar. Su función es equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales ayudando a mantener al diente dentro de su alvéolo y a resistir los movimientos laterales del diente. (p. pág. 33).

Grupo horizontal.- Se extienden perpendicularmente al eje mayor del diente desde el cemento hasta el hueso alveolar. Su función es similar al grupo de la cresta alveolar. (p. pág. 33).

Grupo oblicuo.- Son el grupo más grande del ligamento periodontal y se extienden desde el cemento en dirección coronaria y en sentido oblicuo respecto al hueso.

Su función es soportar el choque de las fuerzas masticas

torias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar. (p. pág. 33).

Grupo apical.- Se ramifican desde el cemento hacia el hueso en el fondo del alvéolo y no hay en raíces incompletas. (p. pág. 33).

Otras fibras.- Existen otros haces de fibras que están bien formados que se entretajan en ángulos rectos o se extienden entre los otros grupos de haces de fibras que tienen su distribución ordenada. (p. pág. 33).

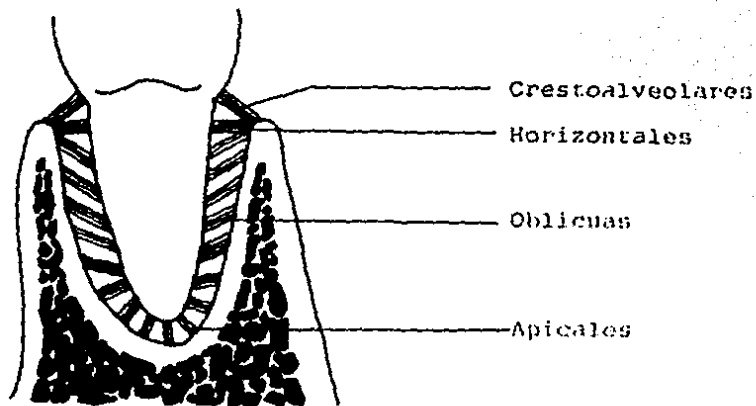


Fig. 1.5 Haces de fibras del ligamento periodontal.

Dentro del tejido conectivo intersticial se encuentran las fibras colágenas que están distribuidas con menor regularidad entre las fibras principales y contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. (p. pág. 33).

El ligamento tiene una rica red de vasos sanguíneos que son originados a partir de las arterias apicales y de los vasos que penetran en el hueso alveolar. Existe una anastomosis con los vasos sanguíneos gingivales. (p.pág. 14).

Los haces nerviosos que se derivan del nervio trigémino, pasan junto con los vasos sanguíneos a través del ápice y hueso alveolar para proveer al ligamento con bastantes receptores táctiles de dolor y de presión. (p. pág. 14).

Al parecer, los nervios acaban como terminaciones nerviosas libres, o como estructuras en forma de huso, que se asocian con la actividad propioceptiva, que es una función central en el control del aparato masticatorio durante las funciones de masticación, habla y la deglución. (p. pág. 14)

El aporte sanguíneo y nervioso, así como los haces de colágena y la substancia fundamental toman parte en la absorción de las fuerzas funcionales y en su transmisión a los huesos. (p. pág. 14).

* Parfitt (1976), descubrió al complejo que se forma entre los vasos y la substancia fundamental como un sistema que absorbe los impactos, y al sistema de los haces de fibras como un sistema suspensorio que limita al movimiento dental y transmite la deformación al hueso de soporte. (p. pág. 15).

Cuando se aplica una fuerza a un diente ocurre lo siguiente:

- 1.- El desplazamiento inicial del diente está relacionado con el movimiento extra e intravascular de líquidos a través de los vasos sanguíneos y espacios óseos.
- 2.- Los haces de fibras colágenas reciben la deformación y se extienden conforme aumenta la carga. No son elásticas y no se estiran.
- 3.- El proceso alveolar se distorsiona cuando la presión aumenta.
- 4.- Si la carga es lo suficientemente fuerte y prolongada, la estructura dental en sí misma se distorsiona. (p. pág. 15).

Este es un sistema versátil y resiliente en extremo que puede hacer frente a las cargas variables que se impone sobre los tejidos, masticación de una dieta heterogénea.

El sistema se puede descomponer cuando está sometido a la acción de cargas anormales o cuando existe la inflamación. (p. pág. 15).

Dentro de las fuerzas que se ejercen hay unas que se absorben mejor que otras como:

- Las fuerzas axiales se absorben con mayor facilidad.

- Las fibras principales ondulantes adoptan su longitud total cuando se les aplica una carga con lo que el diente - se deprime en su alvéolo.
- Las fuerzas laterales y de rotación se absorben con menor facilidad.
- Las fibras se comprimen del lado de presión y del lado de tensión se extienden.
- La aplicación de una presión mayor da como resultado la - resorción del hueso y en mayor tensión hay aposición - ósea. (p. pág. 15).

Todos los dientes presentan ligera movilidad influenciada por:

- 1.- Intensidad y duración de la fuerza aplicada.
- 2.- Longitud y forma de la raíz o raíces por lo que también influye el eje de rotación. Por eso es más fácil producir movilidad en un incisivo inferior que en un molar - superior que tiene 3 raíces y una base radicular grande.
- 3.- Estado en que se encuentran los tejidos de soporte; como en el caso del grosor de los haces de fibras de colágena y en la proporción de colágena madura (El diente - en erupción es más móvil que el diente que terminó de - erupcionar) y el estado de agregación de la substancia - fundamental de mucopolisacáridos, por lo cual durante - el embarazo cierto aumento en la movilidad dental es el resultado de la degradación que provocan las hormonas. (p. pág. 15).

C) HUESO ALVEOLAR.

La apófisis alveolar es la porción de los maxilares o de la mandíbula que forma y sostiene a los alvéolos, donde están colocados los dientes. (p. pág. 42).

Como resultado de la adaptación funcional se pueden distinguir dos partes de la apófisis alveolar: El hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de soporte.

El hueso alveolar propiamente dicho consta de una lámina ósea delgada que recubre la raíz del diente y en la cual se insertan las fibras de la membrana periodontal. (p. pág. 42).

El hueso de soporte rodea al hueso alveolar propiamente dicho y sirve de sostén a su función. Consta de las láminas corticales compactas del lado vestibular y del lado palatino y lingual de la apófisis alveolar y del hueso esponjoso que está entre estas láminas corticales y el hueso alveolar propiamente dicho. (p. pág. 42).

La labilidad fisiológica del hueso alveolar se mantiene en equilibrio entre la formación y la reabsorción ósea; reguladas por influencias locales y sistémicas. El hueso se reabsorbe en áreas de presión y se forma en áreas de tensión. (p. pág. 61).

La pared interna del alvéolo formada por el hueso alveolar propiamente dicho también se le denomina lámina dura por su aspecto de línea radiopaca en la radiografía. Tiene-

muchas perforaciones para la entrada y salida de vasos sanguíneos y nervios desde o hacia la membrana periodontal. - (p. pág. 43).

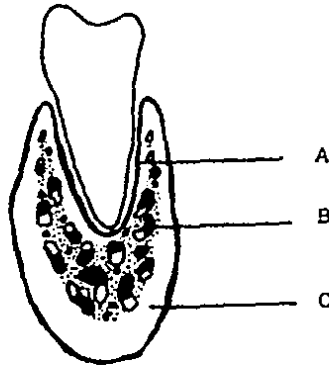


Fig. 1.6 Hueso alveolar con sus divisiones de: A) Lámina dura. B) Hueso de soporte. C) Lámina cortical.

Función.- El hueso alveolar propiamente dicho está formado para sostener al diente y después de la extracción tiene tendencia a reducirse; al igual que la apófisis alveolar. (p. pág. 61).

Forma.- En condiciones normales la forma de la cresta alveolar depende del contorno del esmalte y de la unión cemento esmalte; del grado de erupción del diente, de la anchura bucolingual del diente; y de la relación mesio-distal del diente. (p. pág. 61).

Hueso de soporte.- Este tipo de hueso también se adapta a los requerimientos funcionales. Se reabsorbe cuando las - necesidades funcionales disminuyen y se forma hueso nuevo - cuando las necesidades funcionales aumentan. (p. pág. 43).

La pérdida de la función oclusal produce osteoporosis,- o sea atrofia por falta de uso del hueso de soporte, mien - tras que cuando hay aumento en las demandas funcionales se - produce un hueso denso. (p. pág. 43).

Y cuando hay demandas que exceden la tolerancia fisioló - gica de un tejido dan por resultado su destrucción. El hue - so en la apófisis alveolar está en un cambio constante que - es influido por los estímulos funcionales y por factores in - trínsecos. (p. pág. 43).

El hueso alveolar se compone de tres tipos de células:

- Osteoclastos.

Tienen la propiedad de reabsorber hueso.

Se localizan en las lagunas de Howship. (p. pág. 52).

- Osteoblastos.

Tienen la capacidad de generar hueso nuevo. (p. pág.55)

- Osteocitos.

Se encuentran encerrados dentro del espacio llamados la - gunas.

Se extienden por pequeños canales que se irradian desde esas lagunas y tienen capacidad tanto osteoblástica co - mo osteoclástica. (p. pág. 54).

D) CEMENTO RADICULAR.

El cemento dentario es el tejido calcificado que se deriva del mesodermo y cubre la raíz anatómica de los dientes. Su principal función es la de soportar las fibras de colágeno del ligamento periodontal y así asegura la inserción del diente al hueso alveolar. (p. pág. 35).

Es el más blando de los tejidos calcificados del diente y tiene menor proporción de sales minerales. Su color es más oscuro que el esmalte dentario y casi del mismo que la dentina. (p. pág. 35).

Cuando el diente se está formando tan pronto como la dentina de la porción radicular se empieza a depositar en el molde que le ha hecho la vaina epitelial de Hertwing, las células del tejido conjuntivo que se encuentran más fuera de esta vaina, empiezan a introducirse entre sus componentes, rompiéndose la continuidad de la vaina y se acomodan sobre la superficie de la dentina sobre la cual principian a depositar el cemento dentario, que va aumentando su grosor durante toda la vida del diente. (p. pág. 35).

Las fibras del ligamento periodontal se empiezan a formar y pasan entre los cementoblastos y al aumentar el grosor del cemento quedan empotradas en él, fijando al diente. (p. pág. 35)

El grosor del cemento varía dependiendo al lugar de la raíz. Es más grueso a nivel del ápice y se va adelgazando hacia la porción cervical y termina en forma delgada en la-

unión cemento-esmalte. (p. pág. 35).

Dentro de la unión cemento-esmalte pueden haber cuatro formas distintas de unión:

- 1.- La más usual; cuando el cemento sobrepasa y cubre parte del esmalte.
- 2.- El cemento se une al esmalte en un punto como filo de -
cuchillo.
- 3.- Cuando queda un espacio entre el cemento y el esmalte.
- 4.- Y cuando el esmalte cubre al cemento. (p. pág. 35).

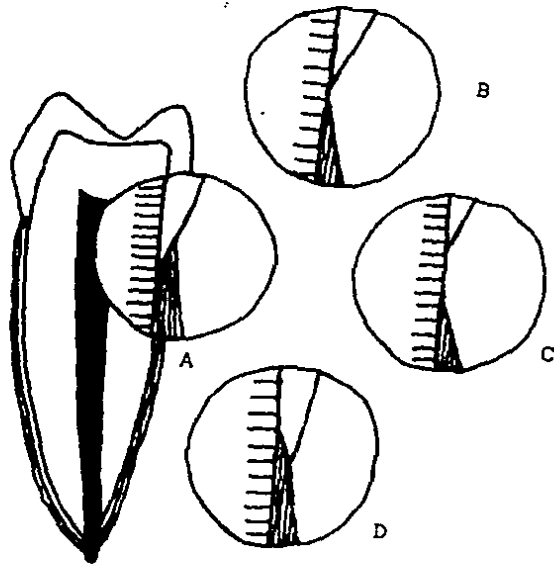


Fig. 1.8 4 Formas de unión amelo cementaria. A) El cemento cubre al esmalte. B) Se unen en un punto. C) Se encuentran separados. D) El esmalte cubre al cemento.

El cemento es depositado por células especializadas que están adyacentes en su superficie pero dentro del ligamento periodontal y se llaman cementoblastos. Y después de que estas células han depositado unas capas de cemento, pueden quedar embebidas en él recibiendo el nombre de cementículos (p. pág. 36).

- 4.- En algunos casos de fracturas horizontales de la raíz- puede repararlos creándose una banda de cemento que - une los dos fragmentos.
- 5.- Por su aposición puede aislar y sellar los conductos - radiculares en dientes tratados endodónticamente y en algunos casos de dientes con pulpas no vitales.
- 6.- Regula junto con el hueso alveolar, el grosor del liga-
mento periodontal. (p. pág. 39).

Hipercementosis. (Hiperplasia del cemento).-

Es el engrosamiento notable del cemento. Puede afectar un diente o afectar toda la dentadura. Ocurre como engrosa-
miento generalizado del cemento con agrandamiento nodular-
del tercio apical de la raíz. También se presenta en forma
de excrecencias semejantes a espigas (espículas de cemento)
creadas por la fusión de cementículos que se adhieren a la
raíz o por calcificaciones de las fibras periodontales en
los sitios de inserción del cemento (p. pág. 46).

Suele ser producida por la tensión excesiva de aparatos de ortodoncia o fuerzas oclusales o puede ser hereditario y también se presenta en la enfermedad de Paget. (p. -
pág. 46).

Cementículos.- Son masas globulares de cemento dispuestas en láminas concéntricas que se hallan libres en el ligamento periodontal o se adhieren a la superficie radicular.

Se originan de los restos epiteliales calcificados alrededor de pequeñas espículas de cemento o de hueso alveolar desplazadas traumáticamente hacia el ligamento periodontal a partir de las fibras de Sharpey calcificadas. (p. pág. 47).

Cementomas.-

Se encuentran a nivel del ápice de los dientes. Se consideran como neoplasias odontológicas o malformaciones de desarrollo. Se producen con mayor frecuencia en mujeres que en hombres; en el maxilar inferior.

Pueden ser únicos ó múltiples. Generalmente son benignos y se descubren por un examen radiográfico. En algunos casos producen malformaciones del contorno mandibular. (p. pág. 47).

C A P I T U L O I I

ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DEL ABSCESO PERIODONTAL.

A) ETIOLOGIA DEL ABSCESO PERIODONTAL.

El absceso periodontal se le conoce también con los - nombres de absceso parietal o lateral, ya que se presenta sobre una de las paredes del diente. (p. pág. 141).

El absceso periodontal se puede formar de las siguientes maneras:

- Por la extensión profunda de la infección desde la bolsa periodontal a los tejidos periodontales de soporte y localización del proceso inflamatorio supurativo a lo largo de la región lateral de la raíz. (p. pág. 141).
- En una bolsa que describe un trayecto tortuoso alrededor de la raíz (bolsa compleja), se puede establecer en absceso periodontal en el fondo, extremo profundo cuya comunicación con la superficie se cierra. (p. pág. 141).
- Extensión lateral de la inflamación desde la superficie interna de una bolsa periodontal hacia el tejido conjuntivo de la pared de la bolsa. El absceso se localiza - - cuando está obstruido el drenaje hacia la luz de la bolsa (p. pág. 272).
- Eliminación incompleta de cálculos durante el tratamiento de la bolsa periodontal. En este caso, la pared gingival se retrae y ocluye el orificio de salida; el absceso

periodontal se origina en la región cerrada de la bolsa. (p. pág. 272).

- Un absceso periodontal puede presentarse en ausencia de la enfermedad periodontal después de la rotura de un diente o de la perforación de una pared lateral de la raíz en un tratamiento endodóntico. (p. pág. 272).
- Infección de los tejidos lesionados por tensiones oclusales excesivas, producidas por el efecto de un traumatismo dental, presión ortodóntica excesiva y bruxismo. (p. pág. 206).
- A veces se producen abscesos periodontales en zonas antes sanas a causa de la penetración forzada de una sustancia extraña en los tejidos o la inclusión profunda de bacterias piógenas. Lo primero suele ser el resultado del empaquetamiento de alimentos. Lo segundo suele estar vinculado con el uso mal dirigido y demasiado forzado de un aparato de irrigación de agua. (p. pág. 365).

B) CARACTERISTICAS CLINICAS Y RADIOGRAFICAS DEL ABSCESO PERIODONTAL.

El comienzo de los síntomas puede ser repentino, con dolor pulsátil durante la masticación. El diente puede sentirse elevado y móvil. La encía que rodea al diente puede tornarse roja, sensible e inflamada; al principio no hay secreción purulenta. (p. pág. 207).

En la siguiente fase si se caracteriza por la presen -

cia de pus. Este puede pasar a la bolsa periodontal cuando se reducen los síntomas, o bien a través del hueso para formar un absceso por debajo del mucoperiostio alveolar. (p. pág. 207).

El dolor intenso disminuye una vez que el pus penetra en el tejido blando; el absceso se ve como una tumefacción rojo brillante muy dolorosa que se localiza sobre el alvéolo. Por lo regular el absceso madura y el pus sale. Si no pasa esto la inflamación se disemina hacia el tejido conjuntivo circundante para producir una celulitis. Esto ocurre con mayor frecuencia si la resistencia del paciente está disminuida. (p. pág. 207).

Si el absceso se localiza en el maxilar superior se pueden inflamar los labios, carrillos, zona infraorbitaria, claro que depende del diente afectado. La infección es peligrosa, en particular cuando se ubica cerca del agujero infraorbitario. El labio inferior, carrillo, mentón, ángulo de la mandíbula y cuello presentan tumefacción si el absceso se localiza en la mandíbula. Cuando la infección afecta el tercer molar inferior puede haber trismo y disfagia. Es evidente que el paciente no se encuentra bien durante esta fase y puede presentar fiebre, ansiedad y dolor. (p. pág. 207).

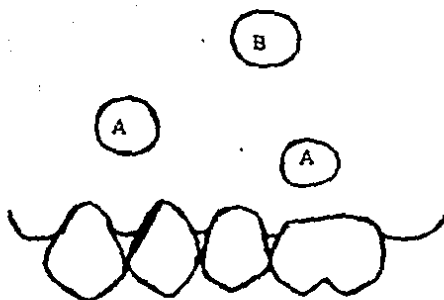


Fig. 2.1 Los abscesos periodontales se localizan comunmente al nivel del tercio de la raíz, con frecuencia en el espacio interproximal. A) Absceso periodontal. B) Absceso periapical.

Características radiográficas.-

La característica radiográfica típica del absceso periodontal es una zona circunscrita de radiolucidez en la región lateral de la raíz. (p. pág. 273).

Aunque el cuadro radiográfico no siempre es característico debido a varias razones como lo son:

- Etapa de la lesión. En etapas precoces el absceso periodontal agudo es muy doloroso, pero no presenta manifestaciones radiográficas.
- La extensión de la destrucción ósea y la morfología del hueso.

- Localización del absceso.
- Las lesiones que están en la pared blanda de la bolsa periodontal producen menos cambios radiográficos que las localizadas en la profundidad de los tejidos de soporte.
- Los abscesos en la superficie vestibular o lingual están enmascaradas por la radiopacidad de la raíz; las lesiones interproximales son las que se observan mejor, desde el punto de vista radiográfico.
- Aunque la radiografía por sí misma no puede ser lo fundamental para establecer el diagnóstico de un absceso periodontal. (p. pág. 273-276).

Clasificación.-

El absceso periodontal se clasifica de acuerdo a su localización en:

- Absceso en los tejidos periodontales de soporte junto a la región lateral de la raíz. En este caso suele haber una cavidad en el hueso, que se extiende en sentido lateral desde el absceso a la superficie externa. (p. pág. 272).
- Abscesos en la pared blanda de la bolsa periodontal profunda. (p. pág. 272).

los depósitos de sarro sobre el diente, eliminar el epitelio de la bolsa, el tejido granulomatoso y favorecer la re inserción del tejido sobre la pared del diente. (p. pág. - 157).

Si el absceso se ha extendido muy profundamente por el ligamento periodontal y ha afectado un conducto dentario-accesorio o al ápice mismo, involucrando la vitalidad pulpar, está indicado efectuar un tratamiento combinado de pa rodoncia y endodoncia. (p. pág. 157).

D) ABSCESO PERIODONTAL AGUDO.

El absceso periodontal agudo se presenta acompañado de síntomas como dolor irradiado, sensibilidad de la encía a la percusión, movilidad dental, linfadenitis y manifestaciones generales como fiebre y malestar. (p. pág. 272).

Este absceso aparece como una elevación ovoide de la encía en la zona lateral de la raíz. La encía es edematosa y roja, con superficie lisa y brillante. La forma y la con sistencia de la zona elevada varían. Pueden tener forma de cúpula y ser relativamente firme o puntiaguda y blanda. - (p. pág. 272).

En la mayor parte de los casos, es posible extraer el pus del margen gingival mediante una presión digital suave.

Radiográficamente es posible observar, desde un ligero engrosamiento del ligamento periodontal, hasta una destruc ción ósea circunscrita, sobre una de las paredes del dien-

te. (p. pág. 154).

Tratamiento del absceso periodontal agudo.-

El tratamiento del absceso periodontal agudo debe estar encaminado a convertirlo en crónico, para localizar la afección y obtener una remisión de la sintomatología. Esto se logra al establecer el drenaje, de preferencia de la bolsa misma, con una cureta que remueve el material que obstruye la entrada de la bolsa; si esto no es posible porque la bolsa sea demasiado angosta, o tortuosa, habrá que hacer una incisión, pero nunca, en la porción más alta de la tumefacción, para evitar el peligro de la creación de una fístula permanente en este tejido delgado ya que puede necrosarse. La incisión debe de hacerse a un lado del problema y desde ella se desprende el tejido hasta el área afectada para que la descarga se efectue a través del tejido sano. (p. pág. 156).

Si el diente se encuentra girado o desplazado, es probable que esté en contacto oclusal prematuro, lo que agravará el dolor cada que el paciente cierre la boca. En estos casos es conveniente aliviar la oclusión, aunque se corra el peligro de quitar la pieza de oclusión céntrica, cuando el período agudo haya pasado se termina el caso. (p. pág. 156).

La administración de antibióticos o cualquier otro antimicrobiano estará indicada sólo si el paciente muestra síntomas de malestar general y fiebre. (p. pág. 156)

be tratar una vez que se logran los objetivos iniciales, - de otra manera la reincidencia resulta inevitable. (p. pág 208).

Durante la primera fase, la infección se puede controlar por medio de un antibiótico, como la penicilina V 250-mg. cuatro veces al día, durante 5 días; (Eritromicina en la misma dosis si el paciente es alérgico a la penicilina) (p. pág. 208).

El drenaje es indispensable ya que el absceso madura. Esto se puede lograr a través de enjuagues bucales con - agua salada caliente y de ser necesario por incisión del - absceso bajo anestesia local o aún cloruro de etilo en - aerosol. La inyección del anestésico debe ser alejada de - la zona inflamada, la anestesia regional o aún general pueden ser necesarias si el área es muy extensa. (p. pág.208)

El trazo de incisión para el drenaje debe ser horizontal y se debe realizar a través del sitio que presente la mayor acumulación de pus. Los bordes de la herida se pueden separar para facilitar el drenaje. El antibiótico puede ser necesario si se establece el drenaje. (p. pág. 209)

El tratamiento residual se inicia una vez que se controla el estado agudo. La extracción puede ser necesaria - cuando la pérdida ósea sea considerable. Se puede levantar un colgajo y realizar el curetaje del defecto óseo relacionado con el absceso si se va a conservar el diente. Con - frecuencia el absceso perfora la lámina ósea vestibular o lingual, lo cual provoca formación de un puente de hueso - marginal. Este se puede usar como injerto en el defecto -

óseo. (p. pág. 209).

Con el tratamiento apropiado, el dolor disminuye rápidamente. Con frecuencia el dolor pulsátil profundo parejode un absceso agudo típico desaparece por completo en un día. Sin embargo el alargamiento del diente y el dolor al morder o a la percusión pueden persistir por varios días. Se puede acortar el diente por desgaste a la cara oclusal para sacarlo de contacto, esto aliviará el dolor causado por el cierre. (p. pág. 374).

Al ceder la infección y la inflamación en el espacio periodontal, el diente vuelve gradualmente a asentarse en su alvéolo y otra vez está cómodo al golpearlo o bajo presión de mordida; si se le desgastó para sacarlo de contacto oclusal, erupcionará rápidamente al contacto oclusal normal. (p. pág. 374).

El pronóstico puede ser bueno cuando el absceso se forma por primera vez; sin embargo se torna incierto cuando la formación de los abscesos es recurrente. (p. pág.210).

F) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE ABSCESO PERIODONTAL Y ABSCESO GINGIVAL.

Las principales diferencias entre el absceso periodontal y el absceso gingival son la localización y el histológico. El absceso gingival está localizado en el margen gingival y se presenta a menudo en áreas anteriormente sanas. (p. pág. 278).

El absceso gingival es una respuesta inflamatoria aguda a cuerpos extraños forzados dentro de la encía, en ra -

C A P I T U L O I I I

ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DEL ABSCESO GINGIVAL.

A) ETIOLOGIA DEL ABSCESO GINGIVAL.

La encía, a pesar de los irritantes continuos y los -- traumatismos que recibe tanto durante la masticación como para la ejecución de hábitos normales, se encuentra en la inmensa mayoría de los casos, libre de infecciones. (p. - pág. 152).

Si bien es cierto que grandes acumulos de bacterias - pueden desarrollarse sobre su superficie, en el crévice, o en la bolsa parodontal, estas bacterias nunca llegan hasta el tejido conjuntivo de la encía. (p. pág. 152).

Cuando se produce un traumatismo en la encía y se rompe la continuidad del epitelio, o bien sea por el uso de - objetos extraños como palillos de dientes, por malas manipulaciones dentales, como lastimarse con las cerdas del cepillo dental, se pueden introducir bacterias en el tejido conjuntivo, desarrollándose con esto una reacción en el, - localizada, superficial, que recibe el nombre de un absceso gingival. (p. pág. 141).

El término "absceso gingival", se debe usar para referirse solo a los abscesos confinados a la encía; no incluye a los abscesos periodontales que se originan en los tejidos más profundos y afectan al margen gingival. (p. pág. 220).

En muchas ocasiones el absceso gingival se relaciona - con lesión física del margen gingival con una espina de - pescado, con un palillo de madera como ya se mencionó an - tes y se produce la infección subsecuente de la herida. No obstante también se puede originar de la pared de una bol - sa gingival donde no se ha podido llevar a cabo el drenaje. (p. pág. 221).

B) CARACTERISTICAS CLINICAS DEL ABSCESO GINGIVAL.

Clínicamente la apariencia es de una inflamación cir - cunscrita a la porción de la encía que recibe este trauma - tismo, el aumento de volumen es pequeño y hay enrojecimien - to del área. (p. pág. 152).

Generalmente está limitado al margen gingival o a la - papila interdental. En los primeros estadios se presenta - como hinchazón roja, cuya superficie es lisa y brillante. (p. pág. 211-212).

Cuando las bacterias entran en los tejidos se crea una barrera formada por la rápida migración de leucocitos, en - contrándose un bloqueo del lugar debido a la trombosis y - al desarrollo de una red de fibrina alrededor de la zona. (p. pág. 152).

Este tipo de abscesos rara vez abarcan estructuras más profundas y por ser la infección leve, puede ser controla - da en corto plazo por las defensas naturales del organismo, desapareciendo sin dejar secuelas ni mayores molestias pa - ra el paciente. (p. pág. 152).

En el caso de que la colección purulenta sea grande; - se requerirá de una incisión que permita el drenaje del material colectado. (p. pág. 152).

Esta incisión se efectuará en la porción más alta de - la tumefacción, siempre con una dirección horizontal. Si - se practica una incisión vertical, se corre el peligro de - llegar hasta el borde gingival, lo que producirá luego una retracción de la encía en forma de "V". (p. pág. 22-23).

Bajo anestesia tópica; se incide el área fluctuante de la lesión con una hoja Bard-Parker; ésta incisión sumamente ensanchada para permitir el drenaje. Se limpia el área - con agua caliente y se cubre con una gasa. (p. pág. 943).

Una vez que se detiene la hemorragia, se despide al paciente por 24 hrs. y se le instruye para que haga enjuagatorios cada 2 hrs. con un vaso de agua templada. (p. pág. 943).

Cuando el paciente vuelve, la lesión se ha reducido generalmente de tamaño y está libre de síntomas. Se aplica - un anestésico tópico en el área, es raspada y cureteada. - Si el tamaño residual de la lesión es demasiado grande, - se elimina quirúrgicamente. (p. pág. 943).

La eliminación de cualquier bolsa remanente se realiza por medio de curetaje subgingival escrupuloso o de la gingivectomía localizada. (p. pág. 221).

La administración sistémica de un antibiótico puede - ser necesaria si el absceso persiste y se agrava. (p. pág. 221).

C A P I T U L O I V

C A S U I S T I C A .

CASO CLINICO # 1

NOMBRE: Pedro Miguel Sotelo Mares. Edad: 25 años.
DOMICILIO: Norzagaray # 2910 Guasave, Sinaloa.

El paciente se presentó a su revisión periódica y al -
estársele inspeccionando se le encontró la presencia de -
una fístula a nivel del primer molar inferior derecho. No-
presentaba dolor, ni sensación alguna. Solo inflamación -
del área afectada y movilidad de la pieza. Bolsa periodon-
tal profunda. Se diagnosticó absceso periodontal crónico.
Se le recetó al paciente antibioticoterapia. Se le hizo su
profilaxis, control de placa y pulido, su previa medición-
y revisión de bolsas, se procedió al tratamiento quirúr-
gico, con su previa anestesia.

CASO CLINICO # 2.

NOMBRE: Juan carlos Castellanos Pérez Edad: 29 años
DOMICILIO: Aquiles Serdán # 4616-B Mazatlán, Sinaloa.

El paciente se presentó con dolor en el primer premo -
lar superior izquierdo. Inflamación de la mejilla izquier-
da y labio superior del lado izquierdo. Dolor irradiado, -
movilidad de la pieza y sensibilidad de la encía y eleva -
ción de la misma. No presentaba malestar general. Se le -
diagnosticó absceso periodontal agudo. Se le administró an-
tibioticoterapia; se le indicó al paciente hiciera coluto-

rios de agua salada caliente para localizar la infección.

Se le hizo su medición de bolsas, profilaxis, control de placa y pulido, y se procedió al tratamiento quirúrgico con su previa anestesia.

CASO CLINICO # 3

NOMBRE: Sra. Ivett Cristerna de Ruvalcaba Edad: 36 años
DOMICILIO: Presa Sinaloa # 121. Mazatlán, Sin. Tel.1-51-54

La paciente se presentó con dolor del canino superior-derecho. Presentaba inflamación del labio y mejilla. Presentaba dolor de la pieza, inflamación de la encía y movilidad de la pieza.

Se le diagnosticó absceso periodontal agudo. Se le administró antibioticoterapia. Se le indicaron colutorios de agua salada caliente para ayudarnos a localizar la infección. Se procedió a hacer el drene del absceso y ya que pasó la etapa aguda se procedió a hacerle su profilaxis, control de placa y pulido para posteriormente realizar el tratamiento quirúrgico con su previa anestesia.

CASO CLINICO # 4

NOMBRE: Sr. Alberto Mejía Tirado Edad: 42 años
DOMICILIO: Vicente Guerrero # 34 Ote. Mazatlán, Sin.

El paciente se presentó por problemas de caries y al estarle inspeccionando se le encontró la presencia de una fístula a nivel del segundo premolar inferior izquier-

do. No había presencia de dolor; sí movilidad de la pieza y enrojecimiento de la encía. Se le hizo su medición de -bolsas y por vestibular era bastante marcada la profundi -dad de la bolsa.

Se diagnosticó absceso periodontal crónico. Se le indi -có al paciente antibioticoterapia. Se le hizo su profila -xis, control de placa y pulido y se procedió al tratamien -to periodontal quirúrgico de la zona con su previa anes -tesia.

CASO CLINICO # 5

NOMBRE: Nicolás Peraza Osuna. Edad: 39 años
DOMICILIO: Benito Juárez # 1244. Mazatlán, Sin .
Tel. 1-32-43

El paciente se presentó por una elevación en la encía a nivel del segundo molar superior derecho. No había pre -sencia de dolor, sí había inflamación de la zona, movili -dad y enrojecimiento de la encía. Se diagnosticó absceso -periodontal crónico. Se le hizo profilaxis, control de pla -ca y pulido, medición de bolsas y después se fue observan -do la disminución de las mismas. Se le indicó al paciente -antibioticoterapia y se le hizo tratamiento periodontal -quirúrgico de la zona con su previa anestesia.

CASO CLINICO # 6

NOMBRE: Sra. María Cristina López González Edad: 38 años
DOMICILIO: Av. Escritores # 460-1 Jardines Universidad.
Guadalajara, Jal.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La paciente se presentó por una pequeña inflamación a nivel del segundo premolar inferior derecho. No había dolor sólo una pequeña molestia. No había exudado ni bolsas profundas. Clínicamente tenía muy poca inflamación. Se diagnosticó absceso gingival ocasionado por un traumatismo de impactación de alimento duro. Se le hizo su profilaxis, control de placa y pulido, se le indicó una técnica de cepillado y el uso del hilo dental.

CASO CLINICO # 7

NOMBRE: Manuel Quintero Murillo Edad: 26 años
DOMICILIO: Hacienda La Calera # 2951 Unidad Habitacional
Arandas, Guadalajara, Jalisco.

El paciente se presentó a consulta por caries y por una pequeña molestia en encía a nivel del primer premolar inferior derecho, no existía dolor. No había exudado, sólo la encía estaba un poco inflamada y rojiza. No había bolsas. Se diagnosticó absceso gingival por traumatismo al cepillado. Se le hizo su profilaxis, control de placa y pulido y se le indicó una técnica de cepillado y el uso del hilo dental.

CASO CLINICO # 8

NOMBRE: Sr. José Antonio Orendain Sánchez Edad: 28 años
DOMICILIO: Nevada de Toluca # 46-A Fracc. Las Gaviotas, Mazatlán, Sin. Tel. 2-46-60

El paciente se presentó porque presentaba molestias en la zona gingival a nivel de los incisivos centrales su-

periores debido a que el paciente por tensión nerviosa en su trabajo acostumbraba a colocar la punta del lápiz en la papila gingival. Por lo cual dió como resultado un absceso gingival por un mal hábito en el paciente. Se le realizó profilaxis, control de placa y pulido y se le indicó al paciente que tratara conscientemente de retirar este mal -- hábito.

CASO CLINICO # 9

NOMBRE: Hilda Victoria Garcidueñas Olmos. Edad: 36 años
DOMICILIO: Nicolás Bravo # 147, Tonalá, Jalisco.

La paciente se presentó a consulta debido a que presentaba una molestia en encía a nivel del primer molar superior derecho. No había dolor, solo irritación en la zona, inflamación muy poco exudado. Se le inspeccionó el área y se le encontró un resto de espina de pescado. Se le hizo su profilaxis, control de placa y pulido y se le enseñó una buena técnica de cepillado y el uso del hilo dental.

CASO CLINICO # 10

NOMBRE: Srita. Gabriela Velázquez Sosa Edad. 17 años
DOMICILIO: Volcán Atitlán # 4219. Huentitán el Bajo, Guadalupe, Jalisco.

La paciente se presentó a consulta por una molestia a nivel del incisivo central y lateral superior izquierdo. No existía dolor, solo irritación de la zona afectada a nivel de la encía por palatino. No había bolsas ni exudado.

Pero el paciente relató que al comer palomitas de maíz que dó una cascarita y se pinchó con una aguja dando como resultado un absceso gingival. Se le hizo su profilaxis, con trol de placa y pulido, se le indicó una técnica de cepi - llado, el uso de un hilo dental y que no se lastimara su - encía con nada.

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

Dentro de la elaboración de ésta tesis hemos observado lo importante que son las estructuras y las funciones de nuestro parodonto, de lo que está formado como son: la encía, el ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar y que al verse alterada alguna de sus estructuras o en conjunto causan la enfermedad periodontal.

Es importante saber diferenciar entre el absceso periodontal y el absceso gingival, ya que el absceso gingival se limita sólo a la encía marginal sin lesiones clínicas apreciables en los tejidos subyacentes. El absceso gingival es la respuesta inflamatoria aguda a la introducción forzada de un cuerpo extraño a la encía. Y el absceso periodontal es una inflamación supurativa localizada que surge de los procesos patológicos de la enfermedad periodontal destructiva crónica.

El absceso gingival no es tan grave como el absceso periodontal ya que este último nos puede acarrear serios problemas como son la movilidad dentaria; la pérdida de dientes y así la causa de maloclusiones dentarias.

Al saber las patologías entre estos dos abscesos podremos elegir sus tratamientos y así evitar la causa de problemas dentro de nuestro parodonto.

Aunque también debemos reconocer y hacer ver al paciente, que ningún tratamiento parodóntico es definitivo. Las bolsas tienen que ser eliminadas, tienen que instaurarse -

condiciones bucales de perfecta higiene y salud; pero el - problema estriba en mantener la mejoría y prevenir la recurrencia del proceso patológico. La comprensión de este problema básico ayudará al paciente a mantener el deseo de coperar y tener en buenas condiciones a nuestro tan importante parodonto.

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

COMPENDIO DE PERIODONCIA.

Fermin Alberto Carranza
Buenos Aires, Argentina 1973
P. págs. 9, 10, 15, 16.

PERIODONTOLOGIA CLINICA DE GLICKMAN.

Fermin Alberto Carranza
México, D. F. 1986.
P. págs. 14, 21, 22, 29, 30, 33, 46, 47, 52, 54, 55, 61, -
134, 272, 273, 276-278, 943.

MANUAL DE PERIODONCIA.

J. D. Manson.
México, D. F. 1986.
P. págs. 2-9, 11-15, 206-210, 220-221.

PERIODONCIA PARODONTOLOGIA.

Barlint Orban.
México, D. F. 1960.
P. págs. 22, 23, 42, 43, 141.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA GENERAL.

John F. Prichard.
Buenos Aires, Argentina, 1982.
P. págs. 365-374.

PARODONCIA

Carlos Rodriguez Figueroa
México, D. F. 1982.
P. págs. 35, 36, 152-157.