

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

AGRANDAMIENTO GINGIVAL

T E S I S

que para su examen profesional de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

AURORA BARRERA GUERRERO

México, D. F.

1961



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

61
B C
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

AGRANDAMIENTO GINGIVAL

TESIS

AURORA BARRERA GUERRERO

México, D. F.
1961

115125

A mi padre:

Sr. Dr. RICARDO BARRERA MADERO.
gufa y ejemplo imperecedero de rectitud y
comprensión; con mi cariño y admiración
de siempre.

A mi adorada madre:

Sra.

CONCEPCION GUERRERO DE BARRERA.

Por su abnegación y cariño para la
cristalización de mis anhelos.

15125

Con cariño a mis hermanos:

RICARDO,
SUSY,
XAVIER,
ELSITA, y
ARMANDO.

Cariñosamente:

A MIS TIOS Y PRIMOS.

Testimonio de gratitud a mi maestro
Sr. Dr. RAFAEL LOZANO OROZCO,
por su ayuda y orientación en la elabora-
ción del presente trabajo.

A MIS CONDISCIPULAS Y AMIGAS :

con quienes compartí un capítulo inolvidable de mi vida. Con sincero afecto.

Al Sr. Dr. OSCAR ARTURO CORTES.

En agradecimiento a sus valiosas enseñanzas.

SUMARIO

PREAMBULO.

CLASIFICACION.

I.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO.

A.—Agrandamiento gingival inflamatorio crónico.

1.—generalizado o localizado.

2.—circunscrito de aspecto tumoral.

B.—Agrandamiento gingival inflamatorio agudo.

1.—absceso gingival.

2.—absceso periodontal.

**II.—AGRANDAMIENTO HIPERPLASTICO NO INFLAMATORIO
(HIPERPLASIA GINGIVAL).**

A.—Marginal.

B.—Difuso.

III.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL COMBINADO.

IV.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO

A.—Hormonal.

1.—agrandamiento gingival del embarazo.

2.—agrandamiento gingival de la pubertad.

- 3.—agrandamiento gingival relacionado con la disfunción ovárica.
- B.—Agrandamiento gingival leucémico.
- C.—Agrandamiento gingival relacionado con deficiencia de vitamina C.
- D.—No específico.

V.—NEOPLASIAS GINGIVALES.

VI.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL DEL DESARROLLO.

TERAPEUTICA EMPLEADA SEGUN EL CASO.

TERAPEUTICA EMPLEADA DURANTE EL EMBARAZO.

TERAPEUTICA EMPLEADA DURANTE EL CICLO MENSTRUAL.

CONCLUSION.

BIBLIOGRAFIA.

P R E A M B U L O

HONORABLE JURADO :

Presento ante vuestra sabiduría este sencillo trabajo, lleno de interés en cuanto se apl.ca al estudio de la **PARODONCIA**.

Representando esta tesis: El cumplimiento del último y más bello capítulo de mi vida estudiantil.

Los afanes de una estudiante de **ODONTOLOGIA** que trata de conocer los problemas de la especialidad cuyo cuidado y acierto en el tratamiento resuelve múltiples padecimientos de la humanidad.

Igualmente, este pequeño trabajo, es un paso más para llegar al vértice de mis propósitos estudiantiles, ser **MEDICO CIRUJANO DENTISTA** de nuestra **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**, ideales de ayer, de mis padres y míos que siempre me propuse hacer realidad.

HONORABLE JURADO :

Quiero terminar agradeciendo a ustedes y en él va la gratitud a todos mis maestros que me guiaron durante mi carrera profesional; la benevolencia y la comprensión con que estoy segura estudiarán la presente tesis.

La sustentante.

—Aurora Barrera Guerrero.—

AGRANDAMIENTO GINGIVAL.—La característica clínica más común en las enfermedades parodontales es el agrandamiento gingival; que es el aumento de tamaño de la encía.

Para aumentar la efectividad del término agrandamiento gingival debe hacerse referencia a la situación distribución de la lesión en consideración. Esto se consigue con el uso de los siguientes términos:

Localizado.—Limitando a la encía en relación con un solo diente o grupo de dientes.

Generalizado.—Ataca a toda la encía.

Marginal.—Limitado al margen gingival.

Difuso.—Ataca el margen gingival y la encía adherida.

Un caso individual puede ser descrito de las siguientes maneras:

Agrandamiento gingival marginal localizado.

Agrandamiento gingival difuso localizado.

Agrandamiento gingival marginal generalizado.

Agrandamiento gingival difuso generalizado.

Una lesión aislada de aspecto tumoral se describe como agrandamiento gingival circunscrito.

Con fines diagnósticos, el agrandamiento gingival puede ser clasificado de acuerdo con las alteraciones histopatológicas subyacentes y con la etiología, en la forma siguiente:

I.—INFLAMATORIO.

A.—Agrandamiento gingival inflamatorio crónico.

- 1.—generalizado o localizado.
- 2.—circunscrito de aspecto tumoral.

B.—Agrandamiento gingival inflamatorio agudo.

- 1.—Absceso gingival.
- 2.—Absceso periodontal.

II.—AGRANDAMIENTO HIPERPLASTICO NO INFLAMATORIO (HIPERPLASIA GINGIVAL).

- A.—Marginal.
- B.—Difuso.

III.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL COMBINADO.

IV.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO.

A.—Hormonal.

- 1.—Agrandamiento gingival del embarazo.
- 2.—Agrandamiento gingival de la pubertad.
- 3.—Agrandamiento gingival relacionado con la disfunción ovárica.

B.—Agrandamiento gingival leucémico.

- C.—Agrandamiento gingival relacionado con deficiencia de vitamina C.
- D.—No específico.

V.—NEOPLASIAS GINGIVALES.

VI.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL DEL DESARROLLO.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO.—El agrandamiento gingival puede resultar de alteraciones inflamatorias crónicas o agudas, siendo las primeras más comunes.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO CRONICO.—El grandamiento gingival inflamatorio crónico puede presentarse en relación con un solo diente o en el margen gingival de todos los dientes, puede por lo tanto, ser localizado o generalizado. Es comúnmente de localización marginal y puede por su aspecto, distinguirse de la mucosa gingival adyacente no atacada. Produce un

ligero abultamiento labial y lingual de la encía marginal y de la papila interdientaria. En un principio produce un contorno gingival exagerado alrededor de los cuellos de los dientes, dando un aspecto de salvavida. Aumenta de tamaño hasta parecer una extensión semiesférica distendida de la mucosa vecina, que protuye hacia vestibular, lingual y proximal, cubriendo porciones de esmalte de los dientes atacados. En general, el aumento de tamaño inflamatorio crónico, progresa en forma lenta e indolora a menos que se complique secundariamente por infección o traumatismo, en la mayoría de los casos, hay tendencia a la hemorragia en respuesta a irritaciones superficiales ligeras.

CIRCUNSCRITO.— (aspecto de tumor), menos frecuente, el agrandamiento gingival inflamatorio crónico toma la forma de una masa circunscrita pediculada o sesil que emerge a la papila interproximal o del margen gingival vestibular o lingual. Estas lesiones inflamatorias de aspecto tumoral crecen en forma lenta, son indoloras y pueden reducirse de tamaño espontáneamente para luego reaparecer y agrandarse.

MICROSCOPICAMENTE.—El agrandamiento gingival inflamatorio crónico (generalizado o localizado y circunscrito) y las demás alteraciones clínicas en relación con él, son producidos por los siguientes cambios microscópicos:

- 1) Exudado flúido y celular.
- 2) Formación de capilares nuevos.
- 3) Ingurgitación vascular.
- 3) Proliferación del tejido conectivo y epitelio en relación con la inflamación.
- 5) hemorragia.
- 6) Degeneración del tejido conectivo y del epitelio.

Las variaciones de estos cambios histológicos gobiernan las características clínicas del agrandamiento gingival inflamatorio crónico tales como su color, consistencia y textura. Las lesiones en que predominan las células y flúido inflamatorios junto con alteraciones degenerativas son de color rojo intenso o rojo azulado, blandas y friables con una superficie lisa y brillante. Las lesiones pre-

dominantemente fibrosas con abundancia de fibrocitos, fibroblastos y haces colágenos, son relativamente firmes, resilentes y rosadas.

ETIOLOGIA DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO CRONICO.—Cualquier factor capaz de irritar la encía puede producir un agrandamiento inflamatorio crónico HIRSCHFELD, enumera los siguientes factores capaces de producir agrandamiento gingival :

- 1) Relación anatómica anormal de un diente con el contiguo.
- 2) Relación anormal de un diente con su antagonista.
- 3) Falta de función.
- 4) Falta de higiene bucal.
- 5) Presencia de tártaro subgingival.
- 6) Presencia de cavidades cervicales, subgingivales.
- 7) Presencia de márgenes desbordantes subgingivales o cervicales de obturaciones o coronas.
- 8) Empaquetamiento de comida.
- 9) Aparatos fijos o removibles.
- 10) Oclusión traumática.
- 11) Fricción de la mucosa gingival por el aire, por respiración bucal.

Otras causas de agrandamiento gingival son obstrucción nasal, protrusión o separación de los incisivos, superiores; central y lateral, y el hábito de presionar la lengua contra la mucosa gingival.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO AGUDO.—

1) absceso gingival.—Características clínicas, es una lesión de crecimiento rápido, localizada, dolorosa que aparece casi repentinamente. Se limita generalmente a la encía marginal o a la papila interdental, aparece como un aumento de volumen redondeado eritematoso con una superficie lisa y brillante, a las 24-48 horas la lesión es generalmente fluctuante y en punta con un orificio superficial por el que puede exprimirse un exudado purulento.

Hay frecuentemente pericementitis del diente o de los dientes

contiguos si no es tratado, el absceso por lo general se abre espontáneamente.

MICROSCOPICAMENTE.—Estas lesiones generalmente consisten en un foco purulento en el tejido conectivo y un infiltrado polimorfonuclear difuso con edema e ingurgitación vascular. El epitelio que lo cubre presenta diversos grados de edema intra y extracelular, invasión de leucocitos y ulceración. El agrandamiento gingival inflamatorio agudo constituye la respuesta a irritaciones de sustancias extrañas, tales como cerdas de cepillos de dientes, semillas, espinas de pescado, forzadas en el surco gingival. Es una lesión de la encía marginal que no debe ser confundida con el absceso periodontal y lateral que ataca estructuras más profundas.

2) **ABSCESO PERIODONTAL.**— Características clínicas. El absceso periodontal puede ser agudo o crónico, las lesiones agudas a menudo remiten y persisten en forma crónica; puede haber lesiones crónicas sin una historia de episodios agudos, aunque frecuentemente sufren estos cambios.

El absceso periodontal agudo aparece como una elevación ovoide de la encía vecina de la superficie lateral de la raíz. La encía de la zona atacada es edematosa roja y con una superficie lisa y brillante. La consistencia y contorno de la zona elevada varían, en algunos casos es en forma de cúpula y relativamente firme, en otros es punteaguda y blanda, en la mayoría de los casos la suave presión digital sobre la lesión la hace supurar. Menos frecuentemente el paciente presenta todos los síntomas de un absceso periodontal agudo sin alteraciones notables de la zona periodontal. El absceso periodontal agudo se acompaña de diversos síntomas, tales como dolores pulsátiles irradiados, exquisita sensibilidad a la palpación, a la percusión, movilidad linfadenitis y en casos graves efectos sistémicos tales como fiebre, leucocitosis y malestar.

El absceso periodontal crónico se caracteriza por la presencia de una fístula purulenta con un orificio en forma de cráter, en la mucosa gingival lateral. Hay una exudación interna a través del orificio de la fístula, que está cubierto por tejido de granulación hemorrágico, la curación del tejido en el orificio de la fístula forma pe-

queños nódulos, firmes y persistentes de color rosado pálido, con una zona central blanda a través de la cual puede introducirse una sonda hacia el trayecto de la fístula.

El absceso periodontal crónico es generalmente asintomático, el paciente puede persistir eventualmente un dolor vago, ligera elevación del diente con deseos de morder y desgastarlo. El absceso periodontal crónico puede sufrir exacerbaciones agudas con todos los síntomas característicos.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL HIPERPLASTICO NO INFLAMATORIO (HIPERPLASIA GINGIVAL). Por definición hiperplasia es el aumento de tamaño de un tejido u órgano por aumento del número de las células que lo componen, hay estados en que el agrandamiento gingival resulta del aumento de número de células no relacionado con fenómenos inflamatorios, tal agrandamiento es en realidad, una hiperplasia gingival, una característica clínica importante de la hiperplasia gingival no complicada, es el aumento de tamaño y cambio de forma; la encía es pálida, firme, resilente, y no presenta ninguna de las alteraciones de color, consistencia o tendencia a hemorragias que son comunes en el agrandamiento gingival inflamatorio.

A) AGRANDAMIENTO GINGIVAL HIPERPLASTICO MARGINAL NO INFLAMATORIO.—La hiperplasia gingival marginal es el tipo de agrandamiento gingival que generalmente se presenta por el uso de la dilantina sódica, también puede haber, aunque menos frecuentemente, hiperplasia difusa. La revisión de la literatura sobre hiperplasia gingival en epilépticos tratados con dilantina sódica revela que KIMBALL encontró una frecuencia de 57%.

MICROSCOPICAMENTE.—Presenta estos caracteres:

1).—La lesión primaria o básica es una hiperplasia indolora de la encía que aparece en caras interproximales vestibulares y véstibulo linguales con una distribución semilunar y circunscribiéndose a los cuellos de los dientes. Es de forma de mora no complicada es firme, rosada, pálida y resilente, sin tendencia a sangrar espontáneamente. Interproximalmente aparece como un abultamiento

circunscrito, al aumentar de tamaño parece emerger de los tejidos subyacentes, aumenta pasando por un tamaño en forma de frutilla algo cónica, hasta tomar proporciones de un replique macizo, que tapa parcialmente el diente y puede llegar a intervenir en la oclusión.

2).—Con el aumento de tamaño de la lesión las papilas mesial y distal tienden a aproximarse resultando una hiperplasia generalizada, rodeando cada diente, el estado local puede modificar el color, forma, tamaño y consistencia del agrandamiento, el color varía del rosa-coral hasta el rojo brillante y algunas veces se acerca al estenosis venoso acompañado de hemorragia tisular.

3).—Al determinar el tamaño de la lesión es importante distinguir entre, el aumento de tamaño producido por la hiperplasia básica y el producido por el edema inflamatorio o irritación oclusal local, los irritantes que producen aumento secundario son tártaro, obturaciones desbordantes, coronas mal adaptadas. Debe recalarse que bocas con abundante tártaro pueden no tener hiperplasia dilatínica e inversamente. La irregularidad dentaria, especialmente en la región anterior, parece estar relacionada con un agrandamiento pronunciado en las bocas con tendencia generalizada a dicho tipo de lesión.

B) AGRANDAMIENTO GINGIVAL NO INFLAMATORIO DIFUSO.—En este estado toda la mucosa gingival está agrandada tanto por su cara labial como lingual y hasta el surco vestibular. El efecto general es una aparente distorsión del contorno maxilar y mandibular. Generalmente está atacada la encía de ambos maxilares sin embargo, se dan casos en que sólo sea atacado un maxilar. La encía es rosada casi de consistencia de cuero y presenta una superficie finamente granulada. Este tipo de agrandamiento gingival es relativamente raro. Se le ha llamado gingivosis o elefantiasis fibroma difuso, elefantiasis familiar, o fibromatosis ideopática.

MICROSCOPICAMENTE.—El epitelio en su mayor parte está engrosado y presenta una marcada acantosis con papilas tortuosas y alargadas que se introducen a una profundidad considerable en el

tejido conectivo subyacente. El tejido conectivo consiste en densos haces colágenos con un aumento de células jóvenes y adultas de tejido conectivo.

La etiología de la hiperplasia gingival difusa no ha sido aún aclarada se han sugerido como factores causales los siguientes: tendencia familiar, neoplasmas, trastornos de la nutrición y endócrinos.

La combinación de encía marginal inflamada y encía adherida no alterada cubriendo el hueso deformado, puede dar la impresión errónea de un agrandamiento gingival difuso, faltan la densa consistencia fibrosa y el punteado acentuado del agrandamiento hiperplásico difuso.

III.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL COMBINADO.—Se produce cuando una hiperplasia gingival es complicada por alteraciones inflamatorias secundarias. La hiperplasia crea condiciones favorables para la acumulación de restos, pues aumenta la profundidad del surco gingival, dificulta la higiene efectiva y desvía las vías normales de pasaje de la comida durante la masticación, los cambios inflamatorios secundarios aumentan el tamaño de la hiperplasia gingival, preexistente y producen el agrandamiento gingival combinado. Las alteraciones de las características clínicas de la encía fuera del aumento de tamaño son producidas por la inflamación, comprenden cambio de color, cambio de aspecto a una superficie hinchada brillante y distendida, consistencia blanda y friable. Cuando la inflamación secundaria es escasa y limitada al margen es posible apreciar la naturaleza de la lesión. En general, es esencial para el tratamiento clínico satisfactorio del agrandamiento gingival, comprender la verdadera naturaleza del agrandamiento gingival combinado, consiste en dos componentes una hiperplasia básica o primaria de tejido conectivo y epitelio no relacionada con cambios inflamatorios y una componente inflamatoria secundaria. En los casos de agrandamiento gingival combinado, la eliminación de los irritantes locales eliminará la componente inflamatoria secundaria. El tamaño total de la lesión se reducirá según el grado en que la inflamación contribuya al cuadro general. La hiperplasia no inflamatoria quedará; la eliminación de ésta exige la exploración y corrección de los factores causales.

IV.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO.— Este tipo de agrandamiento ocurre cuando el estado sistémico del paciente es tal que exagera o distorsiona la respuesta inflamatoria microscópica corriente, produce la correspondiente modificación de las características clínicas comunes a los agrandamientos gingivales inflamatorios crónicos. La manera específica en que el cuadro clínico del agrandamiento gingival condicionado difiere del agrandamiento inflamatorio crónico, depende de la naturaleza de la influencia sistémica modificadora, para la iniciación de este tipo de agrandamiento es necesaria una irritación local, la cual sin embargo no determina, por sí sola la naturaleza de las características clínicas.

TIPOS DE AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO.

A) HORMONAL.—Se observa en el embarazo y en la pubertad.

1.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL DEL EMBARAZO.—El agrandamiento gingival puede aparecer como un aumento de tamaño **bulboso** y generalizado de la encía marginal o como **masas circunscriptas**, simples o múltiples, de aspecto tumoral.

a).—Agrandamiento gingival marginal.—Se ha atribuido al agrandamiento gingival marginal del embarazo una frecuencia desde un 10% hasta un 70%.

El agrandamiento gingival marginal del embarazo puede acentuar una zona previamente agrandada o aparecer en zonas sin cambios clínicos previos notables. Estos últimos casos, aunque macroscópicamente no alterados presentan algún grado de inflamación gingival. El agrandamiento gingival marginal del embarazo no aparece en zonas completamente libres de irritación. El cuadro clínico varía considerablemente. El agrandamiento tiende a ser más prominente en las caras interproximales que en las caras libres. En algunos casos la encía agrandada es de color rojo brillante blanda y friable. En otros es de color azul oscuro, con una superficie suave y brillante. En todos los casos, el agrandamiento puede ser claramente diferenciado de la mucosa adyacente. El más ligero estímulo de la superficie puede hacerla sangrar. En pacientes con algún grado preexistentes de agrandamiento marginal, frecuentemente es po-

sible observar cambios clínicos a medida que progresa el embarazo, aunque estas observaciones clínicas, no controladas, no pueden ser conclusivas, es evidente que en algunos casos de embarazo con inflamación marginal preexistente las encías se agrandan considerablemente, adquieren un tono magenta, se acentúa la suavidad de su superficie, se hacen blandas y friables y aumenta la tendencia a sangrar. Aunque el embarazo no afecta la encía tanto como para iniciar un agrandamiento gingival, es frecuente que agrande considerablemente las zonas previamente inflamadas.

b).—Agrandamiento gingival circunscrito de aspecto tumoral del embarazo.—El llamado tumor del embarazo no es un neoplasma. Es una lesión inflamatoria de la encía, que difiere en su aspecto clínico del agrandamiento inflamatorio corriente, porque es el resultado de la respuesta microscópica a los factores irritantes locales, modificada por el estado del paciente. Generalmente aparece después del tercer mes del embarazo, con una frecuencia de 1.8 a 5%.

Es generalmente una lesión indolora, a menos que su tamaño y forma favorezcan la acumulación de restos o interfieran con la oclusión, en cuyo caso pueden aparecer alteraciones inflamatorias dolorosas.

Aparece como una masa esférica, achatada, fungiforme, aislada con indentaciones en su periferia lobulada, emergiendo del margen gingival por su zona interproximal (más comúnmente), vestibular o lingual e insertada por una base pediculada o sesil. Tiende a expandirse lateralmente, pero la presión de la lengua y carrillo le hacen retener su aspecto achatado. Es generalmente de color azul oscuro o magenta con una superficie brillante y lisa que frecuentemente presenta un abundante punteado rojo intenso. Es una lesión superficial que no invade el hueso subyacente.

A veces, el aspecto periférico puede estar modificado por un eritema localizado o una necrosis grisácea. La consistencia de la lesión varía desde su firmeza corriente hasta diversos grados de blandura y friabilidad.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS.—Tanto en el agranda-

miento marginal como en el circunscripto, la encía consiste en una masa limitada de tejido conectivo cubierta de epitelio escamoso estratificado.

El tejido conectivo consiste, en su mayor parte, en numerosos neocapilares ingurgitados difusamente dispuestos, revestidos de células endoteliales cuboideas, entre los capilares hay un estroma moderadamente fibroso con diversos grados de edema e infiltración leucocitaria. El epitelio escamoso estratificado periférico está, en su mayor parte, engrosado y con papilas prominentes. El epitelio basal presenta algún grado de edema intra y extracelular, como con puentes intercelulares prominentes e infiltración leucocitaria. La superficie del epitelio es generalmente queratinizada. Invariablemente, estas lesiones presentan una zona pronunciadamente inflamatoria en la que predominan los linfocitos y plasmocitos en medio de leucocitos polimorfonucleares. Las zonas de inflamación aguda generalmente aparecen inmediatamente por debajo del margen gingival.

Los hallazgos microscópicos indican la naturaleza real de la lesión. Las características principales son: La marcada proliferación endotelial con formación de capilares e inflamación. Esta pronunciada formación capilar es una modificación de la respuesta corriente de la encía a la irritación crónica y es responsable de la lesión clínica característica. El agrandamiento gingival del embarazo puede considerarse, en base a sus características microscópicas, como un angiogranuloma; este término significa una lesión básicamente inflamatoria y evita las referencias neoplásicas de términos tales como fibrohemangioma o tumor del embarazo. Maier y Orban, señalan, como características más salientes de la encía en el embarazo, las tendencias proliferativas del epitelio, endotelio capilar y tejido conectivo, pero agregan que no son patognomónicos del embarazo, ni pueden servir de base para una diferenciación entre gingivitis de mujeres embarazadas o no embarazadas. La eliminación de todos los irritantes locales disminuirá la posibilidad del agrandamiento gingival del embarazo.

2.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL DE LA PUBERTAD.—
Frecuentemente, durante la pubertad se produce un agrandamiento

to gingival, que aparece tanto en varones como en niñas y en zonas sujetas a la acción de irritantes locales, el tamaño de la lesión es, sin embargo, mucho mayor que el corrientemente visto en relación con factores locales comparables. Es de distribución marginal y se caracteriza por las papilas interproximales especialmente prominentes y bulbosas. Frecuentemente se agranda sólo la encía vestibular, no alterándose las caras linguales.

Además del asunto del tamaño, el agrandamiento gingival de la pubertad presenta todas las características generalmente relacionadas con la enfermedad gingival inflamatoria crónica. El agrandamiento gingival de la pubertad se diferencia del aumento de tamaño no complicado de la inflamación crónica en el grado de agrandamiento y la tendencia a la recidiva en presencia de irritaciones locales ligeras. Es frecuente que con la llegada de la edad adulta se produzca una reducción espontánea de tamaño y cesen las recidivas post-tratamiento.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS.—La naturaleza principalmente inflamatoria dificulta la apreciación, de las alteraciones histológicas específicas, producidas por la influencia condicionantes del estado sistémico del paciente.

El cuadro histológico es el de una inflamación crónica con marcado edema y alteraciones degenerativas.

3.—AGRANDAMIENTO GINGIVAL RELACIONADO CON LA DISFUNCION OVARICA.—La secreción interna del ovario tiene una gran relación con los dientes y el parodocio, tanto durante la menstruación, embarazo y la menopausia ocurren cambios bucales de importancia. Las gingivitis, las hiperplasias gingivales, las gingivorragias van asociadas aquellas manifestaciones fisiológicas femeninas.

El hipogonadismo primitivo.—Es la insuficiencia ovárica; se aprecia después de los 13 años. Se caracteriza por la persistencia de los caracteres infantiles; tanto la cabeza, cara y maxilar inferior son pequeños; la piel es fina y suave.

CHAIM.—Menciona en sus observaciones sobre mayor predis-

posición a la parodontosis en enfermas con hipofunción tiroidea y ovárica, resultando decisiva según este autor, la intervención de la disfunción ovárica y siendo un indicador clínico la disfunción tiroidea.

La relación del sistema endócrino con el parodoncio tiene tres fases:

1.—La acción de las glándulas de secreción interna sobre el crecimiento, desarrollo y desnutrición, de los tejidos del parodoncio.

2.—La acción de las alteraciones patológicas del parodoncio sobre el resto del organismo, y

3.—La acción de las perturbaciones endócrinas sobre los tejidos bucales y el parodoncio.

Dando por resultado una encía hipertrófica que se caracteriza por la proliferación de los bordes y especialmente de las papilas a veces en grado tan intenso que llega a ocultar casi por completo los dientes. La afección no es frecuente y afecta en particular, a muchachas jóvenes, las papilas se transforman en formaciones laminadas en forma de abanico que pueden desplazarse hacia arriba. También entre los dientes se forman tumores gingivales lobulados que alcanzan y sobresalen del nivel de la superficie de masticación y tienden a separar unos dientes de otros.

La proliferación se extiende también a las porciones de mandíbulas desprovistas de dientes. Como lo ha demostrado SACHSE se encuentran en el tejido abundantes células plasmáticas como signo de una inflamación intersticial. Por debajo de los lóbulos se encuentra frecuentemente depósitos de sarro dentario que penetran profundamente más de lo que podría creerse.

Se han observado casos en muchachas hacia el final del 2o. decenio de vida, la resección no dió resultado, todas presentaban nuevas recidivas al cabo de medio a un año y sólo cuando las enfermas llegaban al 3er. decenio desaparecía la enfermedad, sin poder precisar si era debido al aumento de edad o a los embarazos que durante este período de tiempo habían tenido.

La relación de la enfermedad con las secreciones internas se

desprende también del hecho de haber observado la inflamación hipertrófica de la encía durante el embarazo.

Se dió el caso de una señorita que al mismo tiempo presentaba un retraso del desarrollo de sus órganos genitales, y de la función de dichos órganos; al modificarse este trastorno genital al cabo de algunos años, desaparecieron los trastornos gingivales; sin terapéutica alguna. En este caso aparece clara la relación del parodonto con los órganos de secreción interna.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL LEUCEMICO.—Características clínicas, es necesario distinguir en los pacientes leucémicos entre el agrandamiento gingival leucémico verdadero y el aumento de tamaño de la encía producido por la inflamación crónica no complicada. El agrandamiento gingival leucémico ocurre cuando, en respuesta a las irritaciones locales, la encía se infiltra densamente con leucocitos inmaduros y proliferantes, por lo cual el cuadro clínico se altera, en contraste con el agrandamiento leucémico verdadero.

El aumento inflamatorio crónico no complicado es idéntico al que se observa en individuos no leucémicos. Rara vez hay agrandamiento gingival en la leucemia crónica. En la leucemia aguda ocurre en presencia de irritación gingival. El agrandamiento leucémico verdadero puede ser difuso o marginal localizado o generalizado. Puede aparecer como un agrandamiento difuso de la mucosa gingival, como una extensión voluminosa de la encía marginal o como una masa circunscripta de aspecto tumoral adherida a la mucosa gingival. El agrandamiento circunscripto puede ser simple o múltiple, de forma esférica irregular e indoloro, a menos que se complique por una inflamación secundaria. El agrandamiento leucémico verdadero es generalmente de color rojo azulado oscuro, con una superficie brillante e irregularmente dentada, es de consistencia moderadamente firme y con tendencia a la friabilidad y a la hemorragia, es frecuente la infección ulcero-membranosa de la hendidura formada por la unión de la encía agrandada con la superficie dentaria contigua.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS.— En el agrandamiento gingival leucémico verdadero, el tejido conectivo se infiltra difusa-

mente con una masa densa de leucocitos inmaduros y proliferantes cuya naturaleza específica varía con el tipo de leucemia. También se ven leucocitos maduros en relación con la inflamación crónica, los capilares están ingurgitados; el tejido conectivo en su mayor parte, edematoso y degenerado. El epitelio presenta diversos grados de infiltración leucocitaria y edema.

Se encuentra frecuentemente en el estudio microscópico, zonas superficiales aisladas de inflamación necrotizante aguda con pseudomembranas fibrinosas, células epiteliales necróticas, leucocitos polimorfonucleares y bacterias.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN RELACION CON DEFICIENCIA DE LA VITAMINA C.— Características clínicas.— En las descripciones clásicas de la cavidad oral se habla del escorbuto, incluyendo generalmente el agrandamiento gingival. Es importante reconocer que tal agrandamiento es esencialmente una respuesta condicionada a una irritación local. La deficiencia aguda de Vit. C por sí sola, no causa inflamación gingival, produce hemorragia, degeneración del colágeno y edema del tejido conectivo gingival. Estos cambios modifican la respuesta de la encía a las irritaciones locales de tal modo, que se inhibe la reacción delimitante defensiva normal y se exagera la extensión de la inflamación. El efecto combinado de la deficiencia aguda de vit C y la inflamación, produce el agrandamiento gingival masivo del escorbuto. El agrandamiento gingival relacionado con la deficiencia de la vit C es de distribución marginal, de color rojo azulado, blando friable hemorrágico y con una superficie lisa y brillante. Aparece en relación con irritantes locales, a menudo se complica con la formación de una pseudomembrana con necrosis superficial.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS.—La encía presenta un infiltrado celular inflamatorio crónico con una respuesta superficial aguda. Hay zonas aisladas de hemorragia con capilares ingurgitados. Las características microscópicas salientes son: gran edema difuso, degeneración colágena y falta de nuevas fibrillas colágenas o fibroblastos.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO NO ESPECI-

FICO.— El "granuloma piógeno" es una forma de agrandamiento gingival, que debe ser considerada como una respuesta condicionada exagerada, a un trauma leve. En un trabajo muy completo sobre esta lesión **KERR** dice que la naturaleza exacta del factor sistémico condicionante no ha sido aún aclarada. El aspecto clínico varía desde una masa circunscrita esférica pediculada de aspecto tumoral, hasta un agrandamiento achatado, de aspecto de queuloide y base ancha, estas lesiones son de color rojo brillante púrpura, friables o firmes según la duración y en la mayoría de los casos presenta la superficie ulcerada y una ulceración purulenta. Tienden a involucionar espontáneamente transformándose en papilomas fibroepiteliales o pueden persistir sin alteración durante años. El tratamiento consiste en la eliminación de las lesiones y de los factores irritantes locales. El granuloma piógeno es de aspecto similar al agrandamiento gingival condicionado del embarazo. El diagnóstico diferencial se basa en la historia del paciente.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS.—Microscópicamente el granuloma piógeno es una masa de tejido de granulación con un grado variable de infiltración celular inflamatoria crónica. Son características principales la proliferación endotelial y la formación de numerosos espacios vasculares. El epitelio es delgado y atrófico, puede estar ulcerado y cubierto de exudado en las superficies laterales de la lesión; el epitelio es hiperplástico e hiperqueratósico.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL NEOPLASTICO (TUMORES GINGIVALES).—Las neoplasias forman una porción relativamente pequeña de los agrandamientos gingivales y comprenden un pequeño porcentaje del número total de neoplasias orales.

FIBROMA.—Los fibromas de la encía provienen del tejido conectivo gingival o de la membrana periodontal. Son tumores esféricos, de crecimiento lento, bien definidos que tienden a ser firmes y nodulares aunque pueden ser blandos y vasculares. Los fibromas son generalmente pediculados. Frecuentemente se encuentra formación de hueso dentro del tumor. Microscópicamente, el fibroma duro está compuesto de densos haces de fibras colágenas bien for-

masas y fibrocitos, elípticos y achatados. Es un tumor relativamente avascular. En el fibroma blando, los fibroblastos son comparativamente más numerosos y de forma estrellada: El colágeno se dispone menos densamente al hueso cuando lo hay, aparece en trabéculas irregulares con ostioblastos y osteoide en los bordes. También han sido descritos lipofibromas y mixofibromas de la encía.

NEVUS.—Puede ser pigmentado o no, es un tumor que aparece comúnmente en la piel, han sido descritos algunos casos de nevus gingivales. El nevus es una lesión benigna, de crecimiento lento, de color variable entre gris pálido y marrón oscuro. Puede ser chato o ligeramente levantado de la superficie gingival, sesil o nodular.

MICROSCOPICAMENTE, este tumor presenta en la submucosa inmediatamente debajo de la capa basal del epitelio, zonas aisladas de células névicas, estas células pueden contener o no melanina. En cualquier caso las células névicas pueden ser puestas en evidencia por su coloración con dihidroxifenilamina.

MIOBLASTOMA.—Es una lesión benigna nodular o ligeramente levantada de la superficie gingival. Microscópicamente es una masa de células poliédricas o alargadas con citoplasma granular acidófilo, hay una marcada hiperplasia pseudo-epiteliomatosa del epitelio. El mioblastoma congénito es a veces llamado "epulis" congénito.

HEMANGIOMA.—Ocasionalmente aparecen en la encía estos tumores vasculares benignos, pueden ser de tipo capilar o cavernoso; siendo más común el primero. Estos tumores son blandos sésiles o pediculares e indoloros. El contorno puede ser liso o irregular y bulboso, el color varía de un rojo profundo a un púrpura, blanqueándose al presionar, estas lesiones frecuentemente aparecen en la papila interdentaria y crecen lateralmente hacia los dientes adyacentes. También pueden ser congénitos, apareciendo una lesión irregular y difusa con o sin lesiones parecidas en la cara.

PAPILOMA DE LA ENCIA.—Aparece como una protuberancia dura de aspecto de verruga de la superficie gingival, las lesiones pueden ser pequeñas y aisladas o presentar una elevación dura y

ancha con una superficie finamente irregular. Microscópicamente presenta un núcleo central de tejido conectivo con marcada proliferación e hiperqueratosis del epitelio.

TUMOR DE CELULAS GIGANTES.—Puede salir de la papila interdientaria o del margen gingival, son más frecuentes en la cara labial, puede ser sésil o pediculado, su aspecto varía desde la de una masa regular y lisa, hasta una protuberancia multilobulada, de forma irregular, con indentaciones irregulares, a veces presenta márgenes ulcerados, es de tamaño variable pudiendo llegar a cubrir varios dientes. El tumor de células gigantes puede ser firme o vascular y su color varía desde el rosa hasta el rojo profundo o azul púrpura. Debe recalarse, sin embargo, que no hay características clínicas patognomónicas que diferencien a esta lesión de otros agrandamientos gingivales por lo que el diagnóstico definitivo exige el examen microscópico. En algunos casos, el tumor de células gigantes de la encía es localmente invasor, pudiendo extenderse y destruir el hueso subyacente. Su incompleta eliminación termina en la recidiva.

MICROSCOPICAMENTE, este tumor presenta un número variable de células gigantes multinucleadas envueltas en tejido conectivo. El número de células y vascularización del tejido conectivo y la densidad del colágeno son variables, a veces se ve formación de hueso en estos tumores, no se sabe si este tipo de lesión es una neoplasia de las células gigantes o del tejido conectivo.

TUMOR CENTRAL DE CELULAS GIGANTES.—Aparece en el hueso alveolar, donde crece a expensas del hueso, resultando una cavidad o destrucción central de margen alveolar a veces puede deformar el contorno del maxilar apareciendo como un agrandamiento de la encía. También han sido descritos en la encía tumores mixtos de tipo de glándula salival y plasmocitomas, pero son raros.

LEUCOPLASIA.—El aspecto de la leucoplasia de la encía varía desde una lesión escamosa blanco-grisácea achatada hasta una placa queratinosa, gruesa e irregular.

MICROSCOPICAMENTE.—Presenta un espesamiento del epi-

telio con hiperqueratosis, acantosis y algún grado de disqueratosis. Frecuentemente se encuentra inflamación del conectivo subyacente.

CARCINOMA.—Es el tipo más común del tumor maligno de la encía. El carcinoma de la encía superior es menos frecuente, la relación entre la frecuencia de este tumor en el maxilar superior o el inferior, es aproximadamente 4 a 1, el carcinoma de la encía inferior aparece comúnmente en la zona molar, a menudo en relación con una leucoplasia pre-existente. Se han descrito las siguientes formas de carcinoma en la encía inferior:

- 1) Exofítico.—De forma de coliflor rara vez confinado a la encía. Puede sufrir hemorragias y necrosis.
- 2) Ulcerativo.—Tiende a invadir la mandíbula exponiendo el hueso alveolar.
- 3) Verrugoso.—Lesión de crecimiento lento, superficial, granular que puede extenderse a los tejidos vecinos. Rara vez se ve una infección sobreagregada a un carcinoma verrugoso.

El carcinoma de la encía superior es generalmente de naturaleza papilar con profundas indentaciones de la superficie. El carcinoma de la encía se comporta igual que el de cualquiera otra parte del organismo, es decir, que hace metástasis, así como invade localmente. También se puede extender lateralmente al surco vestibular.

MICROSCOPICAMENTE.—El carcinoma de la encía es invariablemente del tipo escamoso, con diversos grados de diferenciación que condicionan su conducta clínica.

MELANOMA MALIGNO.—Es un tumor oral raro, cuando aparece tiende a hacerlo en la encía del sector anterior superior. El melanoma maligno es un tumor chato fuertemente pigmentado, caracterizado por su rápido crecimiento y sus tempranas metástasis. Surge en los melanoblastos de la encía, mejilla o paladar. Infiltra frecuentemente el hueso subyacente y metastatiza hacia los nódulos linfáticos cervicales y axiliares.

MICROSCOPICAMENTE.—El melanoma maligno se parece al

nevus maligno, sin embargo, las células malignas son de morfología variada, de distribución irregular e invasora faltando la agrupación bien delimitada de las lesiones benignas y en algunas zonas se continúa con el epitelio superficial. El estroma conectivo es a menudo delicado y relativamente escaso. El fibrosarcoma, linfosarcoma y retículo-sarcoma de la encía son raros, habiendo sido descritos en la literatura sólo casos aislados.

MICROSCOPICAMENTE.—Estos tumores consisten en una red floja y vascular de células alargadas, siendo diagnosticados como sarcomas de células alargadas.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL DEL DESARROLLO.—Características clínicas. Este tipo de agrandamiento aparece en la parte anterior de la boca durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares. Consiste en una deformación bulbosa del contorno labial y marginal de la encía de los dientes en diversas etapas de la erupción. Representa el espesor de la encía superpuesto sobre la prominencia normal del esmalte de la mitad gingival de los dientes, el contorno gingival agrandado a menudo persiste hasta que la adherencia epitelial emigra desde la superficie adamantina hasta la unión cemento-esmalte.

En sentido estricto, el agrandamiento gingival del desarrollo es de naturaleza fisiológica. Sin embargo, a veces se complica con cambios inflamatorios crónicos, dando la impresión superficial de un agrandamiento gingival extenso, en realidad se trata de una inflamación marginal superpuesta sobre un estado de desarrollo que se modifica con el tiempo.

MICROSCOPICAMENTE.—Cuando no está complicado por inflamación el agrandamiento del desarrollo no presenta cambios patológicos notables, es común encontrar, sin embargo, una zona de inflamación crónica en el margen gingival.

ALTERACIONES DEL CONTORNO GINGIVAL.—Las alteraciones del contorno gingival, en su mayor parte, están relacionadas con el agrandamiento gingival. Sin embargo, puede ocurrir en otras condiciones.

Las grietas de Stillman son indentaciones en forma de apóstrofe que se extienden desde el margen gingival hasta una distancia variable de la superficie radicular. Generalmente, aparece en la cara labial o bucal. Puede haber uno o dos en relación con un mismo diente, los bordes de la grieta están enrollados debajo de la solución de continuidad lineal de la encía y el resto del margen gingival es romo en vez de afilado, originalmente descrita por Stillman y atribuidas al trauma oclusal, estas grietas son consideradas por Box como unas bolsas en las que el proceso ulcerativo se ha extendido a la cara vestibular de la encía. Según Box, las grietas pueden repararse espontáneamente o persistir, las grietas persistentes son las manifestaciones superficiales de los tractos necróticos profundos. Estos tractos contienen células epiteliales descamadas, restos celulares, glóbulos rojos y microorganismos; entre estos últimos se encuentran cocos y bacilos, masas o colonias de microorganismos y formas complejas parecidas al *Leptorix falciforme* de Beust, Tishler, divide las grietas en la forma siguiente:

- 1) Simple.—Es el tipo más común, se encuentra en una sola dirección.
- 2) Compuesta.—En más de una dirección.

El largo de las grietas varía desde una ligera solución de continuidad hasta una profundidad de 5, 6 ó más milímetros.

Se llama Feston de Mc.Call a un agrandamiento del margen gingival en forma de salvavidas rodeando al diente. Al principio esta lesión no presenta alteraciones de color y consistencia. Sin embargo a menudo es secundariamente inflamado por la acumulación de restos de alimentos. Se considera al trauma de oclusión responsable de la formación de festones, en ocasiones puede aparecer en dientes sin oclusión funcional.

PRINCIPIOS QUE FAVORECEN A LA REGENERACION.—Al tratar las diversas formas de lesiones de la mucosa gingival, deben tomarse las precauciones operatorias indispensables para evitar el traumatismo de los tejidos blandos que aún permanecen normales, debe recordarse en los casos de gingivitis simple que la inserción epitelial mantiene una adherencia orgánica con el diente y que según el período de la erupción activa de acuerdo con la edad y más o menos predisposición en el sujeto a la erupción pasiva.

Un joven de 15 años mantiene su inserción epitelial en pleno esmalte, algo distante de su límite amelo-cementario. El tratamiento de la gingivitis en estas circunstancias obliga al operador, al ejercer la profilaxis con suma cautela sin lesionar el esmalte, ni los límites de dicha inserción. Su laceración tendría por consecuencia una profundización accidental del saco gingival, que podría repararse o no. Los conocimientos biológicos nos distancian cada vez más del concepto que establecía el cuello de los dientes como límite normal entre diente y encía.

En caso de una enfermedad avanzada deben tomarse igualmente todas las precauciones para evitar la destrucción de la inserción epitelial existente en la región radicular en zonas normales o poco afectadas por dicha enfermedad. El temor de la laceración epitelial y el deseo de respetarla, no deben impedir al clínico que realice los actos operatorios necesarios para excluir totalmente, de los sacos patológicos, cuanto elemento irritativo y séptico pueden albergar. Para conseguir ese fin, repetidas veces es necesario alcanzar la misma cresta alveolar que en muchas circunstancias, es la mejor guía para garantizar un buen tratamiento profiláctico subgingival.

TECNICAS PARA OBTENER LA REINSERCIÓN MEDIANTE EL CURETAJE SUBGINGIVAL.

Se obtiene la re inserción del tejido conjuntivo y del epitelial, al cemento en una extensión más o menos grande, lo que contribuye a la obliteración del saco séptico paradentario. El éxito de esta reacción depende de la zona de localización del saco, del carácter de la estructura de los tejidos de la rapidez de la curación para prevenir nuevos depósitos sépticos en la superficie radicular y de la formación de un buen coágulo que reorganizado a tiempo, impida que la superficie conjuntiva del saco tratado, sea invadida por el tejido epitelial que migra con rapidez apicalmente en un deseo de protegerse parte expuesta a la acción exterior.

La sangre desempeña un papel importante en la cirugía subgingival, mantenida dentro del saco, ejerce su acción local bactericida y contribuye al organizarse el coágulo a estimular el proceso cicatricial, substituyendo las delicadas fibrillas de la fibrina, con células conjuntivas jóvenes, que a su vez, con los días, se constituye en fibras de tejido conjuntivo en forma de bandas, que se adhieren íntimamente al diente.

Conociendo esa propiedad reconstructiva que se realiza a través del coágulo, dicho está que debe favorecer una ligera hemorragia, en el fondo del saco cureteado, en el último paso del tratamiento, permitiendo su coagulación sin interferencias. No menos cuidado debe tenerse al remover el sarro subgingival y los restos, para evitar de eliminar las últimas capas de lamelas compactas del cemento, lo que de provocarse dificulta la curación.

TERAPEUTICA EMPLEADA, SEGUN EL CASO:

I.—PREPARACION INICIAL.

- A.—Profilaxis.
- B.—Férulas temporales.
- C.—Institución de un programa de higiene bucal.
- D.—Valorización de cualquier enfermedad general: nutrición, diabetes, etc.

II.—TERAPEUTICA DE LA LESION MARGINAL.

- A.—Eliminación de la bolsa supraósea.
- B.—Gingivectomía.

III.—PROCEDIMIENTOS PLASTICOS Y AUXILIARES PARA LA REMODELACION DE LA FORMA Y ELIMINACION DE LOS FACTORES SECUNDARIOS.

- A.—Gingivoplastía.
- B.—Osteoplastía.
- C.—Cirugía mucogingival.
- D.—Eliminación de la bolsa infraósea.

IV.—TERAPEUTICA DE LAS LESIONES DEL APARATO DE INSERCION.

- A.—Por desuso.

B.—Restauración de la función parcial o total de los dientes mediante desgaste.

C.—Medios artificiales para la creación de la función.

D.—Procedimientos restauradores.

V.—FISIOTERAPIA BUCAL.

VI.—PROFILAXIS Y EXAMENES SUBSECUENTES.

La terapéutica consta de todas las medidas aplicadas para obtener una inserción gingival sana y un aparato de inserción funcional intacto. La terapéutica sólo puede tener éxito, si ambos están en buen estado, además el tejido gingival debe tener una forma que ayude a mantener el estado de salud. Muchos fracasos en el tratamiento parodontal pueden atribuirse al descuido de la arquitectura de los tejidos capaces de originar lesiones. Por lo tanto, debe darse gran importancia a la salud, la forma y la función de los tejidos.

PREPARACION INICIAL:

Los objetivos de la terapéutica inicial son la eliminación o la reducción en todo lo posible, de la etiología local y del medio bucal para intentar promover lo más que se pueda la cicatrización, antes de instituir las técnicas de la terapéutica de la lesión marginal del aparato de la inserción.

Para estudiar el valor de este procedimiento previo a la cirugía sea esta odontoxesis, gingivectomía o ajuste oclusal debemos hacer un análisis del carácter de los tejidos en estas lesiones y la duración de las heridas.

ODONTOXESIS.

Con este procedimiento se quitan todos los depósitos de sarro no sólo en las superficies expuestas de los dientes, sino también subgingivales. Para su remoción se utiliza gran variedad de instrumentos de diferentes tamaños y formas. Desde luego es necesario que el instrumento sea eficaz para quitar el sarro, de manera que puede ser utilizado sin gran distensión o desgarramiento de tejido gingival. Tampoco debe lesionarse el diente, deben quitarse

todos los depósitos y las superficies de los dientes han de quedar limpias y lisas, se ha demostrado que la formación de sarro se acelera cuando se deja una porción de ésta en el diente.

HAY QUE SUBRAYAR LA NECESIDAD DE OBTENER SUPERFICIES BIEN PULIDAS, PARA EVITAR Y DOMINAR LA FORMACION DE SARRO.

Por lo tanto, los dientes deben pulirse después del raspado.

También es de suma importancia el manejo de los tejidos gingivales durante el raspado, los instrumentos demasiado grandes o que no son utilizados de manera correcta pueden causar mucho daño. La investigación ha demostrado que este tipo de daño no sólo evita la curación correcta, sino que también muchas veces la evita por completo. Así la colocación y el movimiento del instrumento debe ser muy cuidadoso.

Las laceraciones pueden evitarse con habilidad técnica. En realidad es necesario cierto desplazamiento del tejido blando para la completa remoción del sarro subgingival y el tejido gingival adyacente se elimina durante estos procedimientos. Sin embargo, la pared interna del tejido blando y la superficie del diente deben dejarse lisas. Como las regiones subgingivales no pueden ser inspeccionadas en gran parte por medio de la vista, el operador debe desarrollar un fino sentido del tacto.

FERULAS TEMPORALES:

Los dientes que presentan movilidad por pérdida de su tejido de soporte, debido a enfermedad parodontal, puede necesitar ayuda para su estabilización. Una dentadura con un parodonto normal puede soportar las tensiones funcionales; pero éstas se vuelven anormales cuando hay pérdida del tejido de soporte. En la mayoría de los casos basta eliminar la enfermedad y ajustar la oclusión a un balance funcional, para que estos dientes adquieran firmeza. Sin embargo, las férulas temporales pueden usarse para que la reparación pueda efectuarse. Hay muchos tipos de férulas fijas temporales que pueden usarse en la terapéutica parodontal: de alambre, de acero inoxidable cubierto por acrílico, con ganchos continuos de acero o de oro, cementados a los dientes.

INSTITUCION DE UN PROGRAMA DE HIGIENE BUCAL:

La enseñanza de la higiene bucal correcta debe empezar desde la preparación inicial de la terapéutica de la enfermedad parodontal, pues ayuda a mantener los dientes libres de detritus y depósitos blandos y duros.

Es cierto que durante algunos procedimientos, el paciente no podrá cepillarse las regiones operadas, sin embargo, no sólo puede mantener limpias las otras regiones sino que puede evitar que se acumulen detritus alrededor del cemento quirúrgico usando colutorios.

Específicamente, con la técnica de cepillado deben lograrse los siguientes objetivos:

- 1.—Deben eliminarse en los dientes todos los restos de alimentos, acumulaciones de microorganismos y sarro subgingival no calcificado de depósito reciente.
- 2.—Debe desalojar colecciones de restos alimenticios y acumulaciones de microorganismos de los espacios interproximales, por debajo de las zonas de contacto y entre los dientes.
- 3.—Debe masajear suavemente los tejidos gingivales para promover un buen aporte sanguíneo y la adecuada queratinización del epitelio.
- 4.—No debe irritar o lacerar los tejidos gingivales. El cepillo dental manchado por encías sangrantes significa inflamación gingival o técnica de cepillado incorrecta.

La técnica de un paciente debe cambiarse si el procedimiento de cepillado no alcanza estos objetivos. Puede necesitarse un tiempo de cepillado más largo o quizás debe probarse un movimiento diferente.

VALORACION DE LA ENFERMEDAD GENERAL DURANTE EL TRATAMIENTO: Es de suma importancia conocer el estado general del paciente, ya que en muchas ocasiones hay relaciones entre la salud de los tejidos bucales y las enfermedades generales. El parodontista debe darse cuenta si las lesiones bucales se deben a la enfermedad general y si de efectuarse la terapéutica local, el proceso general afectaría la curación de los tejidos bucales.

TERAPEUTICA DE LA LESION MARGINAL: Raspado Subgingival.—Se recordará que la superficie del epitelio de la bolsa paradontal está ulcerada y degenerada, quedando al descubierto en estas regiones el tejido conjuntivo subyacente. Es por esta razón que los intersticios enfermos sangran con facilidad. El tejido conjuntivo expuesto con frecuencia muestra abscesos microscópicos en estas regiones. Esto da como resultado el exudado purulento, teniendo esto en cuenta examinaremos el raspado del tejido blando que se efectúa al raspar la superficie radicular. La pared de tejido blando de la bolsa está muy próxima a la raíz y cuando se introduce la cureta en la bolsa es inevitable que se lleve al cabo el raspado del tejido blando durante este procedimiento. Es por esta razón que la mayoría de las bolsas responden bien al raspado rutinario y cuidadoso de la superficie radicular. Sin embargo, en algunas bolsas viejas, el raspado sólo causa debridación de la superficie radicular y raspado parcial del tejido blando del intersticio. El epitelio de la superficie se quita, dejando las prolongaciones papilares profundas, que van a actuar como focos epiteliales degeneradores. El tejido residual muestra una ligera inflamación marginal que no cura con los raspados radiculares repetidos. Entonces está indicado el raspado del tejido blando para remover por completo los remanentes del epitelio del intersticio. Esta situación se revela clínicamente por gingivitis marginal refractaria, por lo general alrededor de uno o varios dientes separados. La exploración de la superficie radicular nos revela una pared cementaria lisa, por lo tanto, los raspados radiculares no darán ningún resultado.

Características Tisulares.—El examen de la encía nos revela una gingivitis marginal contraída y estrecha, caracterizada por un margen gingival muy inflamado, flácido y brillante, que sangra a cualquier contacto. El margen está retraído y enrollado, de manera que no es raro encontrar una región de retención de materia alba

ELIMINACION DE LA BOLSA SUPRAOSEA.—En esta lesión, el tratamiento es el raspado subgingival, que nos dará una disminución de volumen de la encía y color, tono y contextura normales. No cabe esperar la reinsertión después de un raspado subgingival. Este es un error muy frecuente, la bolsa sólo se elimina por la pér

dida de volumen, que se verifica al desaparecer. La técnica del raspado del tejido blando es simple, cuando la pared gingival es muy sensible al raspado, es necesario un anestésico local; manteniendo en su lugar a la encía móvil, se introduce una cureta en el intersticio y de esta manera se raspa completamente la pared gingival, un movimiento circunferencial en las caras linguales y bucales es de mucha ayuda, durante el tratamiento sangra mucho el intersticio. La precaución principal en este procedimiento, es el de no perforar la pared gingival con el uso incorrecto de la cureta, para tratar una papila interproximal posterior la fijación del tejido blando se hace tomándolo de los lados bucal y lingual.

GINGIVECTOMIA.—El objetivo de la gingivectomía es la eliminación de la pared de tejido blando de la bolsa y la creación de una morfología que permita instituir medidas higiénicas correctas. La base lógica de este procedimiento deriva de la comprensión de los fenómenos patológicos que ocurren dentro de la bolsa. La gingivectomía es un procedimiento quirúrgico y se debe practicar en consonancia con los principios de la cirugía. Las medidas preliminares deben comprender la eliminación de todo depósito irritante para facilitar, por lo menos, la disminución de la inflamación. Esto reduce la tendencia hemorrágica durante el procedimiento quirúrgico y mejora la reacción tisular después de la operación.

Las indicaciones de la gingivectomía son:

- 1.—Bolsas gingivales en las cuales, la pared de tejido blando está formada por tejido fibroso denso.
- 2.—Bolsas supraóseas con resorción ósea regular y uniforme en cada región.
- 3.—Cráteres interdentes de tejido blando.
- 4.—Hendiduras gingivales.
- 5.—Festones gingivales.
- 6.—Erupción pasiva alterada, en la cual la encía cubre una porción grande de la corona anatómica.
- 7.—Niveles diferentes de la encía marginal en dientes adyacentes.

dida de volumen, que se verifica al desaparecer. La técnica del raspado del tejido blando es simple, cuando la pared gingival es muy sensible al raspado, es necesario un anestésico local; manteniendo en su lugar a la encía móvil, se introduce una cureta en el intersticio y de esta manera se raspa completamente la pared gingival, un movimiento circunferencial en las caras linguales y bucales es de mucha ayuda, durante el tratamiento sangra mucho el intersticio. La precaución principal en este procedimiento, es el de no perforar la pared gingival con el uso incorrecto de la cureta, para tratar una papila interproximal posterior la fijación del tejido blando se hace tomándolo de los lados bucal y lingual.

GINGIVECTOMIA.—El objetivo de la gingivectomía es la eliminación de la pared de tejido blando de la bolsa y la creación de una morfología que permita instituir medidas higiénicas correctas. La base lógica de este procedimiento deriva de la comprensión de los fenómenos patológicos que ocurren dentro de la bolsa. La gingivectomía es un procedimiento quirúrgico y se debe practicar en consonancia con los principios de la cirugía. Las medidas preliminares deben comprender la eliminación de todo depósito irritante para facilitar, por lo menos, la disminución de la inflamación. Esto reduce la tendencia hemorrágica durante el procedimiento quirúrgico y mejora la reacción tisular después de la operación.

Las indicaciones de la gingivectomía son:

- 1.—Bolsas gingivales en las cuales, la pared de tejido blando está formada por tejido fibroso denso.
- 2.—Bolsas supraóseas con resorción ósea regular y uniforme en cada región.
- 3.—Cráteres interdentes de tejido blando.
- 4.—Hendiduras gingivales.
- 5.—Festones gingivales.
- 6.—Erupción pasiva alterada, en la cual la encía cubre una porción grande de la corona anatómica.
- 7.—Niveles diferentes de la encía marginal en dientes adyacentes.

didada de volumen, que se verifica al desaparecer. La técnica del raspado del tejido blando es simple, cuando la pared gingival es muy sensible al raspado, es necesario un anestésico local; manteniendo en su lugar a la encía móvil, se introduce una cureta en el intersticio y de esta manera se raspa completamente la pared gingival, un movimiento circunferencial en las caras linguales y bucales es de mucha ayuda, durante el tratamiento sangra mucho el intersticio. La precaución principal en este procedimiento, es el de no perforar la pared gingival con el uso incorrecto de la cureta, para tratar una papila interproximal posterior la fijación del tejido blando se hace tomándolo de los lados bucal y lingual.

GINGIVECTOMIA.—El objetivo de la gingivectomía es la eliminación de la pared de tejido blando de la bolsa y la creación de una morfología que permita instituir medidas higiénicas correctas. La base lógica de este procedimiento deriva de la comprensión de los fenómenos patológicos que ocurren dentro de la bolsa. La gingivectomía es un procedimiento quirúrgico y se debe practicar en consonancia con los principios de la cirugía. Las medidas preliminares deben comprender la eliminación de todo depósito irritante para facilitar, por lo menos, la disminución de la inflamación. Esto reduce la tendencia hemorrágica durante el procedimiento quirúrgico y mejora la reacción tisular después de la operación.

Las indicaciones de la gingivectomía son:

- 1.—Bolsas gingivales en las cuales, la pared de tejido blando está formada por tejido fibroso denso.
- 2.—Bolsas supraóseas con resorción ósea regular y uniforme en cada región.
- 3.—Cráteres interdentes de tejido blando.
- 4.—Hendiduras gingivales.
- 5.—Festones gingivales.
- 6.—Erupción pasiva alterada, en la cual la encía cubre una porción grande de la corona anatómica.
- 7.—Niveles diferentes de la encía marginal en dientes adyacentes.

que son muy difíciles de mantener sanos si se permite que persistan.

8.—Hiperplasia por Dilantina. Las contraindicaciones son las alteraciones de la salud del paciente.

Anestesia.—De preferencia por infiltración, es de inducción rápida y administración sin complicaciones, en algunos casos puede ser troncular.

Marcado de Bolsas.—La profundidad de las bolsas obtiene tanto con el paradontómetro como con las pinzas marcadoras. Con las pinzas marcadoras se hacen una serie de puntos sangrantes en la pared externa de la encía que serán claramente visibles.

INCISION PRIMARIA.—Es la incisión transversal inicial hecha con un bisturí de forma adecuada, la incisión debe hacerse inclinada en dirección incisal, creando así un bisel a manera de filo de navaja.

Como los puntos sangrantes se hacen en el nivel de la inserción, es claro que el bisel que se va a formar con la incisión primaria se logrará empezando la incisión bucal lingual o palatina más apicalmente a los puntos sangrantes, de manera que la incisión termine a nivel del punto sangrante.

Si la mucosa es delgada, se necesita poca angulación apical en la incisión primaria para que ésta termine al nivel de la inserción. Si la mucosa es gruesa, como la mucosa palatina, entonces se necesita empezar la incisión varios milímetros apicalmente, dando así la angulación correcta al corte para que termine a nivel de la inserción.

La Incisión Primaria debe empezar en la línea distobucal y ángulo distolingual del diente distal en el margen gingival. Haciendo una curva suave, la incisión debe llegar hasta el punto sangrante; luego, todo el campo operatorio se atraviesa siguiendo los demás puntos, teniendo cuidado de que la angulación del bisturí sea correcta. La incisión termina en la cara mesial del diente. La incisión primaria debe ser definitiva y atravesar todo el tejido. Se puede repetir la incisión recorriéndola de nuevo, pero evitando las

incisiones descuidadas para no macerar el tejido, lo cual retardaría la curación y produciría deformidades postoperatorias.

INCISION SECUNDARIA.— Después de completar la incisión primaria, el campo está preparado para un resección más fina y completa de las partes menos accesibles, como son las regiones interproximales interradiculares. Puede efectuarse con el bisturí repitiendo la incisión, ya hecha y extendiéndola interproximalmente el operador libera todo el tejido que se va a extirpar. La encía cortada se separa mejor con un instrumento diseñado especialmente claro está, que es más fácil remover el tejido cortado si las incisiones primarias y secundarias se han hecho atravesando todo el tejido. De cualquier manera, todavía quedarán pequeñas porciones de tejido parcialmente seccionado, que se quitan con tijeras finas, antes de poner el cemento quirúrgico. Todo el tártaro debe quitarse de la raíz y la herida debe quedar lo más limpia posible. En las regiones donde no se pudo dar al corte la angulación correcta por acceso difícil, el bisel correcto puede hacerse en este momento, utilizando todos los métodos de la gingivoplastia.

En este momento se aplica el cemento quirúrgico, preparado a base de zinc y eugenol, con otras substancias que lo modifican. Este cemento se deja durante una semana, luego se quita y se examina la región operada. Si está más o menos epitelizada, se puede dejar de poner más cemento, si la región no muestra una curación completa, se hace una segunda aplicación de cemento quirúrgico. A veces se encuentra el cemento quirúrgico fracturado, o toda una porción de cemento desprendida. Estos deben ser reemplazados, ya que un cemento quirúrgico flojo irrita el tejido y puede ocasionar dolor.

B.—PROCEDIMIENTOS PLASTICOS Y AUXILIARES PARA LA REMODELACION DE LA FORMA Y ELIMINACION DE LOS FACTORES SECUNDARIOS.

1.—GINGIVOPLASTIA.— Es una técnica de cirugía plástica para obtener una forma fisiológica de la encía marginal e interproximal que, pese a haber curado, están alteradas permanentemente por la enfermedad; sus indicaciones son:

- 1) encía marginal cicatrizada con borde grueso y fibrótico.
- 2) cráteres gingivales interproximales.
- 3) variaciones bruscas del margen gingival en regiones adyacentes.

Método.—Anestesia por infiltración, en la gingivoplastia se usa preferentemente la inyección en las papilas interproximales. Esta inyección no sólo brinda anestesia inmediata, sino también da rigidez al tejido para poder llevar al cabo con facilidad la remodelación quirúrgica.

Una incisión con bisel largo en dirección incisal y oclusal reduce el margen engrosado de manera rápida y con menos traumatismo. Con frecuencia es posible contornear al mismo tiempo los espacios interproximales, después de la escisión, todavía queda por atender los detalles del contorno de los que depende la operación. Se pueden aplicar tres procedimientos: el primero consiste en reformar cuidadosamente el margen gingival empleando como hoz un bisturí grande para gingivectomía, esto es, eficaz para quitar pequeñas porciones cuadradas en el margen. El tejido debe estar lo más rígido posible, como el instrumento es grande se apoya en las coronas de los dientes, que sirven de guía para obtener una superficie ondulante y lisa, con este método la curación es rápida y sin complicaciones.

Con el segundo método se utiliza una piedra de diamante en el torno dental. Es cierto que estos instrumentos de diamante se utilizan principalmente para reducir esmalte y dentina; sin embargo son muy eficaces para reformar la encía. El tejido debe estar firme para que pueda ser desgastado rápidamente a la forma deseada. El tejido movable y flojo no puede ser tratado correctamente con este método. Los instrumentos deben tener un grano sumamente grueso para evitar pulir el tejido. El empleo de un chorro de agua y aire constantes, así como una gran velocidad, tiene aquí tanta importancia como en los tejidos duros de los dientes. La manipulación de estas piedras debe ser ligera y hábil para evitar la producción de calor y como se van a quitar pequeñas cantidades de tejido la operación es rápida. Se notará que después del uso de la piedra de diamante, quedan todavía pequeñas tiras

de tejido, que pueden quitarse raspando con el bisturí o con tijeras finas.

OSTEOPLASTIA.—La osteoplastía consiste en reformar el margen de la apófisis alveolar que ha sido resorbido, aplanado o más ancho, a consecuencia de la extensión de la inflamación desde la encía. Esta modificación se lleva a cabo en el hueso cortical del lado periostal de la apófisis alveolar, de manera que se asemeje al margen de hueso sano en un parodonto no dañado. La osteotomía es la reforma y extirpación ósea para recuperar la forma fisiológica del hueso. Esto se hace junto con la osteoplastía; ej.: de esto es la eliminación de defectos infraóseos anchos y poco profundos y la remoción de aristas minúsculas alrededor de los dientes cuando se da nueva forma a los cráteres óseos.

Forma.—El margen normal del hueso se parece al margen gingival normal; es decir, los dos tienen los mismos márgenes a manera de filo de cuchillo, tabiques interdentes piramidales y puntiagudos, así como festoneado parabólico con nivel uniforme.

Objetivos.—El objetivo de los procedimientos plásticos es el restablecimiento del contorno fisiológico de la encía. Para obtenerlo hay que operar en el hueso. Este aunque viable, asume diferentes formas como resultado de la enfermedad parodontal y la encía sigue la topografía ósea. En algunos casos, la apófisis puede ser contorneada sin afectar la altura; pero en otros, por ejemplo: en una bolsa infraósea o en un cráter óseo interdental, tiene que disminuirse la altura para obtener una topografía interdental fisiológica. Tanto en la encía como en el hueso tienen que obtenerse márgenes delgados y pirámides interproximales para eliminar las bolsas y evitar que la enfermedad empiece de nuevo.

MÉTODOS: Como todas las técnicas parodontales, la osteoplastía generalmente se combina a los demás procedimientos, por ej.: para obtener acceso al hueso subyacente 1) se tiene que hacer un colgajo; 2) se lleva al cabo una gingivectomía y un semicolgajo del resto de la encía, o 3) el hueso puede ser contorneado directamente a través de la pared gingival sin levantar colgajo. Como

todos los demás procedimientos, se debe seguir un orden en los diversos tiempos:

Anestesia local y se hace un colgajo a una gingivectomía en el campo operatorio, cuando se hace una gingivectomía se examina cuidadosamente con un explorador las regiones interproximales para establecer la presencia de un cráter óseo o de una repisa gruesa; cuando el tejido gingival ha sido cortado y se ha examinado la topografía ósea, el tejido gingival puede ser reconformado con una piedra de diamante. Es necesario llegar hasta el hueso atravesando la pared de tejido blando. Entonces puede contornearse el hueso tal como se desea. Los márgenes gruesos pueden ser reducidos de esta manera.

Si hay una repisa ósea gruesa, un cráter óseo o una lesión infraósea como embudo, la mucosa tiene que ser levantada en colgajo para exponer la región ósea. Es un error común exponer poco campo en dirección mesiodistal. El colgajo debe tener el tamaño suficiente para poder ser retraído sin traumatizar o romper el tejido al llegar a la región enferma.

Los defectos infraóseos interproximales profundos, no se corrigen con la osteoplastia y osteotomía, se necesitaría sacrificar demasiado hueso de soporte para obtener un resultado satisfactorio. Después de la operación se coloca el cemento. Si el semicolgajo cubre todo el hueso expuesto, se coloca el cemento y si no lo cubre la porción expuesta se protege con una sustancia inerte y sobre ella se coloca entonces el cemento para fijar el colgajo y cubrir el resto del campo operatorio.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.—Después de colocar el cemento, el paciente debe observarse hasta que ha cesado la hemorragia. El paciente debe recibir instrucciones detalladas para que no mastique del lado operado. Debe evitarse colutorios enérgicos para no desalojar el colgajo ni el cemento quirúrgico. A la semana debe examinarse la región operada para ver cómo cicatriza. No conviene dejar el cemento más de una semana porque puede desprenderse de la región operada, introduciéndose restos de alimentos entre el cemento y la herida.

CIRUGIA MUCOGINGIVAL.—La cirugía mucogingival consiste en el cambio de posición de la mucosa gingival para obtener una relación correcta entre la encía insertada, la mucosa alveolar y el vestíbulo.

INDICACIONES:—Como la mucosa alveolar a diferencia de la encía insertada no está adaptada en su estructura o comportamiento a la función las regiones con este estado clínico ya por el progreso de la enfermedad parodontal o por los procedimientos quirúrgicos, deben ser corregidas si el parodonto va a sobrevivir. He aquí algunos ejemplos:

- 1.—Recesión gingival que elimina la zona de la encía insertada.
- 2.—Bolsas parodontales profundas que requieren eliminación quirúrgica y que se extienden desde la encía insertada hasta la mucosa alveolar.
- 3.—Bolsas parodontales profundas que requieren eliminación quirúrgica y que no sólo atraviesan la encía insertada, sino que llegan hasta el vestíbulo.
- 4.—Inserciones aberrantes de tejido fibroso y fibras musculares en o cerca del margen gingival o en la pared del tejido blando de una bolsa parodontal.

La cirugía mucogingival, comprende generalmente, 3 procedimientos: extensión de la encía insertada, extensión del vestíbulo y frenotomía. Debe advertirse que cualquiera de estos procedimientos se efectúan en combinación con cualquiera de los otros dos, estas no son operaciones exclusivas, se usan frecuentemente junto con la cirugía parodontal marginal, muchos de los métodos que usamos en los problemas parodontales, generalmente se unen y aplican como un solo procedimiento quirúrgico.

BOLSA INFRAOSEA.—La bolsa infraósea se define como un intersticio patológico en el cual la base de la bolsa está colocada más apicalmente que la cresta alveolar, las lesiones se clasifican con base morfológica es decir; según el número de paredes óseas de la bolsa, la clasificación usada como base para el diagnóstico

y selección de los procedimientos terapéuticos que se utilizan para eliminar la bolsa.

EXAMEN CLINICO.—Uno de los aspectos más importantes del tratamiento de la bolsa infraósea es la visualización de la topografía de la lesión. Los límites de la encía insertada tienen que explorarse, como la enfermedad afecta toda la circunferencia del diente, la terapéutica debe orientarse a sanar estos tejidos. Además la porción que está debajo de la cresta alveolar debe ser delineada en relación con las superficies del diente. Algunas veces este defecto se limita a una sola superficie, generalmente la pared proximal, pero con más frecuencia su forma es tortuosa y el punto más profundo se encuentra en una superficie del diente distinta a la del orificio de la porción principal de la bolsa. Aún en casos de bolsa de una sola superficie puede haber pequeñas bolsas laterales. No es raro que lo que se supone es una bolsa infraósea en la cara mesial de un diente anterosuperior, después del examen revele también que la cara palatina está atacada. El examen radiográfico de la bolsa infraósea muestra resorción vertical, pero no aporta ninguna información en lo que respecta a la base de la bolsa, por lo tanto, no se puede advertir radiográficamente la presencia de una bolsa, la radiografía tomada después de haber introducido algún material radiopaco en la bolsa muestra la profundidad y el contorno de ésta en lo que respecta a la topografía ósea.

ETIOLOGIA.—Es esencial la visualización de la topografía de una bolsa infraósea para el examen clínico, pero de igual importancia se comprende su etiología, pues si en la terapéutica no se toma en cuenta la corrección de los factores etiológicos, no se tendrán resultados favorables. Por lo tanto es obligatorio el examen clínico detallado. Se debe examinar tanto la anatomía del diente, como la posición. Los dientes sin contorno y en apófisis alveolar amplia y densa suelen tener bolsas infraóseas y resorciones verticales, debido a que el proceso mórbido se localiza en la parte directamente adyacente a la superficie del diente los molares inferiores muchas veces están afectados de esta manera. Los niveles desiguales de aristas marginales adyacentes y de uniones de cemento y esmalte con algún grado de versión puede dar como resultado la

forma de una bolsa infraósea cuando el proceso ha sido iniciado por algún agente local. Por lo tanto, hay que tomar en cuenta la posición del diente en relación con la apófisis alveolar, los puntos de contacto entre los dientes y la versión de éstos. Estos y otros estados similares son factores locales que pueden iniciar la formación de una bolsa infraósea.

Otro factor importante en la etiología de la bolsa infraósea es la oclusión traumática, conviene subrayar que el traumatismo oclusal no puede causar una bolsa ya que ésta es esencialmente una lesión del tejido blando. Sin embargo, hay la posibilidad de que éstos dos factores estén presentes al mismo tiempo; primero la bolsa causada por cualquiera de los factores locales y segundo, la oclusión traumática, que afecta al aparato de inserción en la región de la cresta. Ambos factores forman una bolsa infraósea cuando las fibras transeptales y gingivales han sido destruidas por el proceso inflamatorio.

Muchas veces es necesario corregir los factores etiológicos y emplear métodos para aliviar los síntomas antes de proceder a la terapéutica operatoria. Antes de llevar al cabo la operación para intentar conseguir una nueva inserción, conviene corregir la morfología dental responsable del impacto de alimetros, las aristas marginales desiguales, la versión de los dientes y el traumatismo oclusal. Así pues, hay que desgastar el diente para corregir las facetas planas, ajustar la relación oclusal, nivelar las aristas marginales, colocar las restauraciones para obtener puntos de contacto correctos o para recuperar la anatomía fisiológica de las aristas marginales y corregir la anatomía oclusal con una corona, cualquier intento de tratar una bolsa infraósea sin tomar en cuenta estos factores etiológicos puede culminar en fracaso.

SELECCION DE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS.—

El objetivo del tratamiento es eliminar la bolsa y hacer un intersticio de la menor profundidad posible.

Se han elaborado dos métodos principales en el tratamiento de la bolsa infraósea. El primero consiste en el raspado de la porción que está debajo de la cresta alveolar, además de gingivectomía

para la parte que está arriba del alvéolo, para fomentar la formación del cemento, hueso y membrana periodontal nuevos. Todo el tejido entre el diente y el hueso se quita con esta operación. El segundo método reduce el alvéolo a un punto que coincide con la base de la bolsa; esto constituye la osteotomía.

TERAPEUTICA DE LAS LESIONES DEL APARATO DE INSERCION.—Las medidas terapéuticas se dirigen a instituir la función, cuando la atrofia por desuso es resultado de la pérdida de dientes opositores, los antagonistas deben ser remplazados. Cuando los dientes sobresalen, se tiene que establecer el plano oclusal por medio del desgaste selectivo.

La estimulación puede hacerse con el masaje por el cepillo, la colocación del cepillo contra la encía y el diente puede establecer suficiente función para readaptar las estructuras del soporte. Esto es de mucha utilidad en los casos de mordida abierta. También tiene valor el uso de la guarda de mordida, que no sólo da un anclaje en masa, sino que también, coloca en función a uno o a varios dientes.

Conviene subrayar que el aumento gradual del esfuerzo o trabajo es el procedimiento de elección, en muchos casos, el aumento súbito de trabajo en una parte afectada por desuso puede ocasionar, no la adaptación sino la destrucción de los tejidos. No es raro que un diente sujeto a una cantidad limitada de trabajo, entre en función súbitamente como diente soporte de una prótesis removible o fija. Muchas veces estos dientes se hacen móviles y se pierden. La terapéutica debe consistir en aplicar medidas que fortalezcan gradualmente estos tejidos; pueden consistir en hacer ligera presión digital o con una guarda mordida, por consiguiente, el tratamiento total consiste en desgaste selectivo, ortodóntica, férulas temporales y odontología restauradora; esta última también puede incluir férulas.

RESTAURACION DE LA FUNCION PARCIAL O TOTAL DE LOS DIENTES MEDIANTE DESGASTE.—El ajuste oclusal es la corrección de los factores que causan las lesiones del aparato de inserción. Las indicaciones para el ajuste oclusal se basan en la

valoración total de los signos y síntomas del traumatismo oclusal y debe hacerse en las siguientes circunstancias:

1.—Cuando la destrucción ha llegado al aparato de inserción y permite la movilidad o emigración de los dientes.

2.—Cuando la enfermedad parodontal ha producido destrucción en los tejidos de soporte.

3.—Cuando los contactos prematuros y las desarmonías de la oclusión inician o perpetúan la bricomanía y otros hábitos anormales.

4.—Para permitir que los pacientes no estén conscientes de su dentadura.

5.—Cuando las coronas clínicas no están en relación correcta con los tejidos de soporte, ya sea en sentido oclusal o bucolingual.

6.—Cuando la forma de los dientes (no la relación oclusal) crea factores locales que dañan a la encía marginal e interproximal.

7.—Cuando se estima que la oclusión es responsable de trastornos de la articulación temporomandibular, hay que examinar cuidadosamente la etiología de los síntomas temporomandibulares.

El diagnóstico del traumatismo oclusal, representado por las lesiones del aparato de inserción, hace que el dentista investigue sus causas, extensión y manera de tratarlas. Es importante conocer cómo se produce el daño y elaborar el plan terapéutico para eliminar el proceso destructivo. Así, en algunos casos, la guarda de mordida puede ser la terapéutica de elección mientras que en otros puede ser la férula temporal y el desgaste selectivo y en otros la ortodóntica, las férulas permanentes y al mismo tiempo cambiar la anatomía de las superficies oclusales mediante odontología restauradora. Por lo tanto, durante el examen y el diagnóstico, buscamos lo siguiente: Movilidad, facetas de desgaste, contactos proximales, diastemas, inclinación axial, cúspides que obran como pistones, sobremordida vertical y horizontal, formas de los dientes: a) relación de las aristas marginales, b) contorno bucal y lingual, c) anchura de la tabla oclusal, d) contacto de agarre, e) relación entre la forma del diente y la forma de la encía, f) mala posición

de los dientes, g) forma de los espacios interdentes, h) contorno de la corona, i) contornos cervicales, j) contornos interproximales.

Interdigitación de los dientes, forma y tamaño del arco.

Cuando un diente está móvil no puede dar un registro correcto de un contacto prematuro. Este diente debe fijarse mediante una férula temporal para registrar la relación oclusal.

Técnica de desgaste oclusal.—La técnica más empleada en el tratamiento de las lesiones del aparato de inserción es el desgaste selectivo de las superficies oclusales de los dientes para crear relaciones armoniosas y contactos simultáneos en los dientes en oclusión. Los principales objetivos son eliminar los contactos prematuros y facilitar los movimientos de la mandíbula. Los ajustes se hacen para corregir la relación céntrica, los movimientos y posiciones en las excursiones laterales y la protrusión. La operación puede dividirse en dos partes: el desgaste preliminar, que consiste en dar nueva forma a los dientes estableciendo un plano oclusal y el desgaste para establecer el contacto simultáneo de los dientes y la función en grupo; el desgaste preliminar consiste en lo siguiente:

1.—Dar nueva forma a los dientes: a) armonía del plano oclusal, b) corregir la forma de los dientes en mala posición, sobresalientes, en versión o en rotación, c) eliminar las cúspides que obran como pistones, d) obtención de contactos interproximales correctos, e) obtención de espacios interdentes fisiológicos, f) dar nueva forma a los dientes anormalmente desgastados.

2.—Establecer el plano oclusal: a) reducir los dientes alargados, b) ajustar la longitud de las coronas clínicas de los dientes anteriores, para lograr la relación céntrica es necesario desgastar hasta que la relación y la oclusión céntricas sean armoniosas y haya contacto simultáneo de todos los dientes.

MEDIOS ARTIFICIALES QUE AYUDAN A LA FUNCION:

- 1.—Ligaduras-alambre, hilo y nylon elástico.
- 2.—Bandas, alambres con ligaduras.
- 3.—Elásticos de dique de caucho.
- 4.—Aparatos removibles.

PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES.—La odontología restauradora consta de procedimientos biomecánicos que restauren la forma y la función que los dientes han perdido. La odontología restauradora se puede dividir en:

1.—Obturaciones, restauración intracoronal, 2.—Coronas, (restauraciones extracoronaes), 3.—Prótesis parcial fija, 4.—Prótesis parcial removible, 5.—Odontología restauradora para reconstrucción oclusal.

La odontología restauradora es de utilidad universal, hay una relación íntima entre ella y la integridad del parodonto. No se puede efectuar ningún procedimiento operatorio sin que tenga efectos en las estructuras de soporte del diente. Incluso, un punto de contacto defectuoso puede causar enfermedad gingival.

Esta influencia se ejerce en la prevención de la enfermedad parodontal en el tratamiento y en el mantenimiento de la salud después del tratamiento. La influencia de la odontología restauradora en los tejidos parodontales se basa en la relación entre los dientes y los tejidos parodontales en término de: 1.—forma y función de las coronas clínicas de los dientes y sus complementos restauradores, 2.—fuerza y stress, 3.—estabilización de los dientes; movilidad y migración.

Todas las obturaciones deben estar bien adaptadas a los márgenes cavosuperficiales, la continuidad de las obturaciones con los márgenes cavosuperficiales debe ser tan uniforme que no se pueda ni distinguir al recorrerlos con un instrumento, la tersura, la densidad y pulimento de la obturación presentan una superficie relativamente no adherente para evitar la retención de placas bacterianas y otras sustancias que pueden obrar como irritantes del tejido gingival.

Las restauraciones parciales fijas desempeñan importante papel en la parodóntica. Estas condiciones se basan en la pérdida de los dientes y la necesidad de reemplazarlos en términos funcionales y estéticos, mejoría de forma y función del medio coronal, prevención de la movilidad y emigración de los dientes y también la necesidad de una orientación completa de toda la oclusión. Así

mismo es de importancia la estabilización de los dientes y la vigilancia de la dirección y distribución de la fuerza. Deberán tratarse los tejidos gingivales e interproximales antes, durante y después de la preparación de los dientes, de la toma de impresión del recubrimiento temporal y de la cementación.

Prótesis parcial removible.—Como regla general, no se deben utilizar como férulas las prótesis parciales con ganchos, el balance de la prótesis parcial obra causando trauma oclusal, así las prótesis parciales deben hacerse de manera que no causen traumatismo en los dientes de soporte. Al construir una prótesis parcial conviene examinar cuidadosamente el soporte, apoyo y retención para que su diseño esté de acuerdo con los movimientos y la mejor estabilización de los dientes en función, para esto es necesario que la barra palatina o ligual sea rígida.

FISIOTERAPIA BUCAL.—El principal objetivo de la fisioterapia bucal es mantener limpia la dentadura, algunos parodontistas atribuyen mucha importancia al masaje, otros a la limpieza. La retención de detritus alimenticios en los cuellos de los dientes a nivel del margen gingival o en el espacio interproximal, tiene influencia directa sobre la salud de la encía. Así como el cepillado incorrecto motiva la formación de depósitos que son, quizá, la causa más importante de enfermedad gingival. Lo ideal es que el cepillado debe hacerse al levantarse por las mañanas, para quitar cualquier acumulación formada durante la noche, después de cada comida y antes de acostarse; este procedimiento evita que el alimento se quede alrededor de los dientes. El dentista no debe confiar en el cepillado como único agente de la terapéutica de la inflamación gingival, sólo después de eliminar todos los irritantes y de establecer la función será eficaz la higiene bucal. No puede tener éxito la enseñanza de una sola técnica a todos los pacientes, ya que no todos tienen el mismo grado de destreza manual, por lo tanto, es necesario enseñar un método que pueda hacerse fácilmente, se deben modificar los métodos para poder cepillar eficientemente los dientes que están fuera de alineamiento o que están aislados debido a las extracciones.

La profilaxis y los exámenes subsecuentes son de suma importancia en el tratamiento de las enfermedades parodontales.

HARE MENCION ESPECIAL DE LA TERAPEUTICA EMPLEADA DURANTE EL EMBARAZO, ASI COMO EN EL PERIODO MENS-TRUAL.

TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL DEL EMBARAZO.—El tratamiento del agrandamiento gingival del embarazo exige la eliminación de todos los irritantes locales capaces de estimular dicha lesión. Es preferible la eliminación de todos los factores locales como medida preventiva al comienzo del embarazo, que el tratamiento del agrandamiento gingival una vez producido.

El tratamiento del agrandamiento marginal del embarazo comprende el raspaje y curetaje prolijos, así como las medidas auxiliares.

Debe realizarse este tratamiento al aparecer los primeros síntomas. El tratamiento del tumor del embarazo, comprende la eliminación de todos los irritantes, la corrección de todos los factores locales capaces de producir irritación y la remoción de la lesión. La sola eliminación de la lesión es inútil; las fallas del tratamiento del llamado tumor del embarazo no se deben al instrumento utilizado para eliminar el tejido ni la mala técnica operatoria. Las fallas provienen de la insuficiente atención dedicada a los irritantes locales, frecuentemente a la incompleta remoción del tártaro dentario, otras a la persistencia de otros factores locales. El factor local más importante después del tártaro como factor causal del agrandamiento gingival localizado del embarazo, es el empaquetamiento de la comida. Deben por lo tanto, controlarse todos los puntos de contacto y los rebordes marginales; deben examinarse las relaciones intercuspídeas y la inclinación y relación de contacto de los dientes anteriores inferiores con los superiores.

CUANDO HACER EL TRATAMIENTO.—Estas lesiones deben ser tratadas tan pronto como son descubiertas. El tratamiento precoz es el tratamiento más simple. En las primeras etapas la corrección de los factores locales más un raspaje y curetaje y una fisio-

terapia efectiva serán suficientes para eliminar las lesiones y evitar la recidiva. No se debe dejar en observación las lesiones un tiempo para ver si su tamaño final exigirá el tratamiento. La presencia de un agrandamiento gingival impide la correcta higiene bucal. La acumulación de restos puede producir lesiones gingivales generalizadas que puedan ser evitadas si se elimina el estado patológico inicial.

Por la misma razón no es aconsejable esperar hasta que las lesiones molesten a la paciente para tratarlas. Tampoco se debe esperar hasta el término del embarazo pensando que las lesiones remitirán espontáneamente después del parto; pues esto no ocurre siempre aunque a veces puede haber una reducción de tamaño. Aún en los casos más favorable, la paciente tendrá una zona de irritación gingival y de inflamación periodontal crónica. Si no son tratadas a tiempo estas lesiones pueden terminar por producir pérdida de los tejidos de soporte.

Para el ojo inexperto de la paciente, la reducción del tamaño de la lesión puede ser considerada como la desaparición prevista. Después con el cuidado del niño, quita tiempo a la paciente para tratarse su boca, que según ella se ha curado sola, esto deberá ser explicado a ella.

PASOS EN EL TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL DE ASPECTO TUMORAL DEL EMBARAZO.—Sección 1.—Anestesia tónica.—Se aísla la zona, se seca y se pasa suavemente una solución antiséptica. Se deja secar ésta sobre la lesión y se frota suavemente la lesión y sus zonas vecinas, con anestésico local. Después de 2 ó 3 minutos se explora cuidadosamente la profundidad de la bolsa y la presencia de tártaro, se raspa la bolsa para eliminar el tártaro superficial. Esta operación provocará considerable hemorragia.

Se lava la zona con agua oxigenada y se presionan los puntos sangrantes con una torunda humedecida con agua oxigenada. Una vez formado el coágulo se aplica un antiséptico sobre la zona. Se cita a la paciente para el día siguiente. Fuera de la higiene oral no es necesario ningún cuidado.

Sección 11.—A las 24 horas la lesión habrá reducido de tamaño como consecuencia de la eliminación de los depósitos superficiales y de la hemorragia del día anterior. Se lava la zona con un antiséptico y se anestesia con novocaina incluyendo la superficie lingual como la vestibular, con un bisturí se extiende la lesión por su base de modo que la superficie de corte quede a ras con la mucosa adyacente. Con raspadores se eliminan los depósitos remanentes sobre los dientes. Se raspan los tejidos blandos. Se lava con agua oxigenada, luego se pasa una solución antiséptica y se seca. En casos de hemorragia persistente de la superficie cruenta, bastará coagular la superficie con aplicaciones suaves de electrocauterio. Se cubre la zona con un apósito de cemento quirúrgico. Se despacha a la paciente con las siguientes instrucciones:

Evite las comidas calientes y duras, durante las 24 horas siguientes, llévase a cabo la higiene bucal en el resto de la boca sin cepillar la zona operada si llega a sangrar, no hacer buches, colóquese una gasa y presiónela durante 20 minutos sin sacarla, para ver si la hemorragia se ha detenido.

La paciente debe volver a la semana para serle retirado el apósito.

Sección III.—Al volver la paciente, la superficie de corte aparece ligeramente eritematosa en comparación con la mucosa adyacente y además presenta un ligero brillo superficial. La organización del tejido conectivo y la maduración del epitelio alterarán estas características clínicas de modo que la superficie de corte se hará igual a la de la mucosa adyacente. En esta visita se corrigen las condiciones locales que puedan actuar como irritantes.

Con el tratamiento adecuado y una fisioterapia efectiva por parte de la paciente, no habrá recidiva. Esta sería una prueba de la incompleta eliminación de los factores locales. De acuerdo a esto debe orientarse a la eliminación de las lesiones recurrentes. Las repetidas operaciones quirúrgicas o las repetidas aplicaciones de drogas escaróticas no sólo no evitarán la recidiva sino que hasta pueden estimular la aparición de lesiones mayores o de daños permanentes.

Deberá cuidarse de no pasar por alto el resto de la cavidad oral por enfocar su atención a una o más lesiones aisladas. Una vez cumplida satisfactoriamente la responsabilidad inicial debe el operador tratar todas las zonas enfermas, eliminando todos los factores locales potencialmente irritantes y asegurando una efectiva fisioterapia por parte de la paciente.

La conducta de la encía en el embarazo puede ser considerada bajo las siguientes fases:

A) Primeros tres meses.—Debe eliminarse la enfermedad gingival y los irritantes locales lo antes posible, antes de que se manifieste en los tejidos gingivales el efecto condicionante del embarazo. Si la paciente no presenta enfermedad gingival apreciable, debe revisarse la boca en busca de fuentes potenciales de irritación.

Debe advertirse a la paciente que el cuidado de sus encías es una fase importante durante el embarazo. Debe recalcase el hecho de que los trastornos gingivales constituyen al final del embarazo un serio motivo de incomodidad e interfieren con la ingestión de comida. Deben explicarse los aspectos profilácticos de una minuciosa higiene oral y de las frecuentes revisiones por parte del dentista. Debe controlarse y corregirse si es necesario, la técnica del cepillado.

B) Después de los primeros tres meses.—Es durante este período que se notan los efectos condicionales del embarazo sobre la respuesta gingival a la irritación local. Anteriormente se explicó el tratamiento de las lesiones aisladas de aspecto tumoral. El tratamiento de las demás lesiones gingivales, consiste en la eliminación de todos los irritantes, la corrección de las condiciones locales capaces de producir irritación y la institución de una minuciosa fisioterapia.

Los cambios gingivales del embarazo son corrientemente iniciados por los mismos factores relacionados con la enfermedad gingival inflamatoria. Se eliminan corrientemente los irritantes locales, como tártaro y obturaciones desbordantes, pero se tiende a pasar por alto factores tales como hábitos perjudiciales, distrofias funcionales y empaquetamientos de comida. Estos últimos son frecuentemente responsables de cambios gingivales marcados en bocas

sin irritación gingival aparente. A menudo hay alteraciones superficiales grandes, resultantes de la acumulación de materia alba o de la infección bacteriana.

Existe la tendencia a posponer el tratamiento de la enfermedad gingival durante el embarazo, porque se cree que sanará después del parto, siendo ésto erróneo. Es necesario, por supuesto, saber determinar la naturaleza de la terapia a emplear. Esta es rígida por la naturaleza del estado gingival y el estado del embarazo. En los últimos meses del embarazo no deben llevarse a cabo extensos procedimientos quirúrgicos, a menos que el malestar de la paciente los haga inevitables; fuera de esto, está indicado el tratamiento periodontal de la paciente en el momento en que se presenta. Es evidente que aproximadamente un mes después del parto, hay una notable remisión de la severidad de la enfermedad gingival. Pero no se llega sin embargo a la salud gingival; es sólo una mejoría. Las pacientes con enfermedad gingival durante el embarazo, tendrán enfermedad gingival después del embarazo aunque algo mejoradas. En las pacientes embarazadas y con trastornos gingivales, hemorragia y malestar que llega a interferir con la masticación, por supuesto que está contraindicado postergar el tratamiento, el cual no debe limitarse a aliviar los síntomas, sino que debe tratar de restaurar la salud gingival. Si la paciente presenta una enfermedad gingival leve y asintomática, también debe realizarse el tratamiento. Si no se trata, favorece la posibilidad de que al final del embarazo aumenten la gravedad y los malestares.

No debe decirse a las pacientes embarazadas que su enfermedad es transitoria y desaparecerá después del parto. Debe advertírseles que la presencia de la enfermedad gingival es una indicación de la existencia de factores locales desfavorables, capaces de producir una enfermedad gingival persistente que puede llegar a provocar la pérdida de los dientes.

TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES GINGIVALES RELACIONADAS CON EL CICLO MENSTRUAL.—Se ha señalado que en muchos casos, el ciclo menstrual no produce alteraciones gingivales clínicamente apreciables. A veces hay trastornos gingivales menores, tales como la aparición periódica de encías sangrantes

o sensación de hinchazón o congestión en las encías, en los días que preceden al flujo menstrual. Esto se corrige generalmente con la remoción de los irritantes locales, la corrección de los factores desfavorables y con una buena higiene oral, se elimina así la congestión vascular relacionada con la inflamación. Las alteraciones gingivales remanentes relacionadas con la menstruación serán de intensidad insuficiente, como para ser apreciadas clínicamente.

A veces puede correlacionarse con el ciclo menstrual, episodios recurrentes de gingivitis necrotizante aguda. El tratamiento completo del período inicial que incluye la eliminación de toda la enfermedad gingival y de todos los factores locales y sistemáticos que pueden predisponer a ella, disminuirán las posibilidades de recidivas. Durante el tratamiento de la gingivitis necrosante aguda puede haber exacerbaciones durante el período menstrual. La anticipación de esta posibilidad evita situaciones inesperadas, en estos casos debe encaminarse al alivio rápido de los síntomas, hasta el período post-menstrual en que se seguirá el tratamiento necesario.

Deben evitarse durante el período menstrual, o los días que lo precedan, las gingivectomías o el curetaje periodontal extenso, pues puede aumentar la hemorragia gingival.

Debe verse con sumo cuidado el tratamiento de los trastornos gingivales cíclicos relacionados con el período menstrual. Cuando el examen oral y general indican que hay una relación entre el ciclo menstrual y la enfermedad gingival, debe coordinarse la terapia sistémica con las medidas locales. Se han encontrado resultados favorables con el uso sistémico de estrógenos y hormonas anterohipofisiarias como coadyuvantes del tratamiento local. La eliminación de toda clase de irritación local y la institución de una minuciosa fisioterapia oral contribuyen considerablemente a eliminar los cambios inflamatorios, que complican el aspecto clínico de los cambios gingivales de origen sistémico. Son responsabilidades del dentista la terapia local y el reconocimiento de que la naturaleza del caso requiere un estudio endocrinológico. La administración sistémica de hormonas corresponde al endocrinólogo.

CONCLUSIONES

Al hacer el examen de la boca es de suma importancia el examen detallado en el tejido parodontal, ya que está comprobado el índice tan alto de pacientes que presentan enfermedades parodontales, al descubrirla debemos encontrar su etiología, hacer el diagnóstico, para que la terapéutica sea eficaz.

Las enfermedades parodontales siguen la misma norma que las enfermedades de otros órganos, hay diferencias menores que deben conocerse y clasificarse correctamente. Las enfermedades parodontales afectan los tejidos de soporte del diente o sea el parodonto, según los principios de patología general; hay tres reacciones tisulares principalmente: inflamatorias, distróficas y neoplásicas, las alteraciones neoplásicas no están dentro del campo terapéutico de la parodontia; sin embargo, los factores del medio exigen la inclusión en la parodontología de una tercera categoría de reacciones patológicas, el hecho de que el parodonto está expuesto constantemente a las fuerzas oclusales hace imperativo dirigir la atención a las reacciones patológicas provocadas por estos factores, por lo tanto, la tercera categoría es la producida por el trauma oclusal.

Está en manos del cirujano dentista el tratamiento adecuado y preciso para la enfermedad, pero no sólo se limita la intervención del cirujano dentista en la habilidad manual para llevar a cabo el tratamiento, sino que es necesario educar al paciente para que comprenda, la importancia que tiene el tejido parodontal, la profilaxis

periódica, el cepillado y el tratamiento según el caso; así como la alimentación adecuada, ya que es una seria amenaza para la integridad de la dentadura.

Sin la completa cooperación del paciente, el tratamiento parodontal no puede tener éxito en el restablecimiento de la salud de estos tejidos y su conservación después del tratamiento. El paciente debe comprender completamente los objetivos y las técnicas de la higiene bucal, una de las cosas más difíciles de la terapéutica parodontal es hacer que el paciente acepte su responsabilidad en el sentido de cooperar durante el tratamiento y después de él. El éxito o fracaso de la gran mayoría de los casos dependerá de la capacidad del paciente para comprender y llevar al cabo estos procedimientos.

BIBLIOGRAFIA

FRANCISCO M. PUCCI.

parodoncio, patología y tratamiento. 1941. Uruguay.

HENRY M. GOLMAN.

periodoncia. 1960. México, D. F.

I. GLICKMAN.

periodontología clínica. 1953. Buenos Aires.

I. C. MUHLER.

odontología preventiva. 1956. Buenos Aires.

BALINT ORBAN.

periodoncia. 1960. México, D. F.

ESCUELA ODONTOLOGICA ALEMANA.

Tomo I. 1936. Barcelona.

REVISTA DE LA ASOCIACION DENTAL MEXICANA.

El valor del mecanismo en prevención de piorrea alveolar.
1952.

Dr. RAFAEL LOZANO OROZCO.

notas tomadas de sus clases.