

870122

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Alisado minucioso de la superficie radicular  
como factor importante en el  
tratamiento periodontal.*

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ALMA LAURA FARIAS MUNGUIA

Asesor C. D. Josefina Terriquez Casillas

---

Guadalajara, Jalisco

Septiembre 1990



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

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

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

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

" ALISADO MINUCIOSO DE LA SUPERFICIE RADICULAR COMO FACTOR IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO PERIODONTAL" .

1.- GENERALIDADES DEL PERIODONTO.

a)- Encía.

c)- Cemento.

b)- Fibras gingivales

d) - Hueso alveolar.

2.- PRINCIPALES PERIODONTOPATIAS.

a) - Gingivitis.

e) - Gingivosis.

b) - Periodontitis Marginal.

f) - Periodontosis.

c) - Atrofia por desuso.

d) - Traumatismo oclusal.

3.- CURETAJE Y ALISADO RADICULAR.

a) - Capacidad de detección.

D) - Técnica de raspaje supra-  
gingival.

b) - El examen visual.

c) - La exploración táctil.

e) - Técnica de raspaje sub-  
gingival.

4.- CASUISTICA.

5.- CONCLUSION.

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

Me decidi por este tema, debido a, la enorme importancia - que merece el conocimiento y la actualizacion en cualquier espe - cialidad odontologica.

Al realizar cualquier trabajo hay que tener seguridad y - conocimiento, garantizando el exito.

El tema de mi tesis lo enfoco a la PERIODONCIA, una de las especialidades de la ODONTOLOGIA, teniendo como titulo:

"ALISADO MINUCIOSO DE LA SUPERFICIE RADICULAR COMO FACTOR IMPOR - TANTE EN EL EXITO DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL".

Para lograr el exito de este o cualquier otro tratamiento' es necesario la colaboracion del paciente, dandole indicaciones y notificandole que sin su ayuda el tratamiento puede resultar un - fracaso.

El Cirujano Dentista tiene como obligacion estar actualizado siempre, por medio de estudio constante y poder asi proporcion - ar seguridad y mejor servicio al paciente.

En esta tesis mencionare cuales son algunos metodos para - realizar el tratamiento periodontal, segun sea el caso clinico, - dando a conocer algunos puntos importantes, presentando casos - clinicos con exitosos resultados.

## CAPITULO 1

### GENERALIDADES DEL PERIODONTO.

La encía: se divide automáticamente en áreas marginal, insertada e interdental.

La encía marginal: (encía no insertada. Es el borde de la encía que rodea los dientes a modo de collar. Aproximadamente en el 50% de los casos está separado de la encía insertada' adjunta por una depresión lineal estrecha, el surco marginal.' De un espesor algo mayor de 1mm. generalmente forma la pared ' blanda del surco gingival.

La encía marginal libre y la encía interdientaria son ' de especial interés, ya que componen la región de unión entre ' los tejidos blandos y la superficie de la corona o de la raíz ' y son el sitio en donde se inicia la enfermedad inflamatoria ' gingival y periodontal.

En los segmentos anteriores de la dentición, dependiendo de la anchura del espacio interdentario, la encía interdientaria toma una forma piramidal o cónica y se denomina papila interdientaria.

La encía marginal libre y la porción coronaria de la ' encía interdientaria no se encuentran adheridas al hueso, pero'

se hallan unidas orgánicamente a través del epitelio de unión con lo superficial dentario.

La encía insertada: Esta a continuación de la encía marginal. Es firme, elastica y aparece estrechamente unida al periostio del hueso alveolar. La cara vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar, relativamente laxa y movable, de la que separa por la unión mucogingival.

El ancho de la encía insertada es un parametro clínico importante. Es la distancia entre la unión mucogingival y la proyección en la superficie externa del fondo del surco gingival o de la bolsa periodontal.

La anchura de la encía insertada aumenta con la edad y con la sobreerupción de los dientes.

La encía insertada se encuentra unida con firmeza mediante el periostio al hueso alveolar y por las fibras de colágeno gingivales al cemento, lo que da como resultado su característica movilidad.

El tejido esta expuesto al alimento masticado que es desviado desde las troneras de las superficies oclusales de los dientes.

La encía insertada normalmente es de color rosa salmón

y puede presentar una textura con un puntilleo aspero. Puede variar de anchura de un individuo a otro y de un sitio a otro. La anchura de la encía insertada puede ser tan grande como de 9 mm. o más (En el aspecto facial). La anchura de la banda de encía insertada no varia con la edad aunque en presencia de alteraciones patológicas puede reducirse o desaparecer totalmente.

**Encía interdental:** Ocupa el nicho gingival que es el espacio intermedio situado apicalmente al area de contacto dental. Consta de dos papilas, una vestibular y otra lingual y el col. Este ultimo es una depresion parecida a un valle que conecta las papilas y se adapta a la forma del area de contacto interproximal. Cuando los dientes no estan en contacto, no suele haber col. Incluso cuando los dientes estan en contacto puede faltar el col en algunos individuos.

Cada papila interdental es piramidal; la superficie vestibular y lingual se afinan hacia la zona de contacto interproximal y son ligeramente cóncavas. Los bordes laterales y la punta de las papilas interdentes estan formadas por una continuacion de la encía marginal de los dientes adyacentes. La porcion intermedia esta compuesto de encía insertada. La encía interdental se encuentra protegida, y su forma y tamaño son determinadas por los angulos linea mesio bucal, mesiolingual, distobucal y distolingual y por las areas de contacto (anteriores) de los dientes. En los segmentos de la te

ción, dependiendo de la anchura del espacio interdentario, la encía interdentaria toma una forma piramidal o cónica y se denomina papila interdentaria. Casi siempre la superficie papilar se encuentra queratinizada.

#### Fibras gingivales:

El colágeno de los tejidos conectivos gingivales está organizado en grupo de haces de fibras. Estos haces han sido descritos clásicamente con base en su localización, origen e inserción como los grupos de fibras que tienen las siguientes funciones: mantener la encía marginal adosada contra el diente para proporcionar la rigidez necesaria que soporte la fuerza de la masticación sin separarse de la superficie dentaria, y unir la encía marginal libre con el cemento radicular y la encía insertada adyacente. Las fibras gingivales se disponen en tres grupos: gingivodental, circular y transeptal.

**Grupo de fibras gingivodentales.** Comprende las fibras de las superficies vestibular, lingual e interproximal que se hallan incluidas en el cemento inmediatamente debajo del epitelio en la base del surco gingival. En la superficie vestibular y lingual se proyectan desde el cemento, en forma de abanico hacia la cresta y la superficie externa de la encía marginal, terminando cerca del epitelio. También se extiende sobre la cara externa del periostio del hueso alveolar, vestibular y lingual, terminando en la encía insertada o uniéndose con el periostio. En la zona interproximal las fibras gingivodentales

se extienden directamente hacia la cresta de la encía interden-  
tal.

Las fibras gingivales o gingivodentales surgen del ce-  
mento de la región de la unión cemento adamantina de un diente  
dan lugar a una disposición cruzada justamente en sentido late-  
ral o la cresta ósea interdientaria. Estos grupos de fibras que  
forman la mayor parte del tejido conectivo de la encía libre  
pueden considerarse colectivamente como el ligamento gingival.

Grupo de fibras circulares: Estas fibras corren a tra-  
vés del tejido conectivo de la encía marginal o interdental,  
rodeando al diente a modo de anillo.

Grupo de fibras transeptales: Se sitúan interproximal-  
mente y forman haces horizontales que se extienden entre el ce-  
mento de dientes vecinos en los cuales se hallan incluido.

Surgen de la superficie del cemento, justamente en sen-  
tido apical a la base de la inserción epitelial, atraviesan el  
hueso interdentario y se insertan en una región comparable del  
diente adyacente. Las fibras transeptales colectivamente for-  
man un ligamento interdentario conectando entre sí todos los  
dientes de la arcada. Este ligamento parece ser muy importante  
en la conservación de la integridad del aparato dental.

Cuando las fibras transeptales son afectadas por algu-

na enfermedad inflamatoria, suelen volverse a formar a un nivel más apical, presentándose el desplazamiento del ligamento interdentario en dirección apical. Pueden observarse porciones desiguales de las fibras transeptales aún en casos avanzados de enfermedad periodontal.

Las fibras alveologingivales. Surgen de la cresta del alveolo y corren en sentido coronal terminando en la encía libre y papilar.

Las fibras semicirculares. Nacen en el cemento de la superficie radicular, justamente en sentido apical al grupo de fibras circulares, se extiende hasta la encía marginal libre facial o lingual la que atraviesan, insertándose en una posición comparable en el lado opuesto del mismo diente.

Las relaciones anatómicas de las fibras de la encía marginal puede ser de importancia en el comportamiento de las estructuras de soporte en diversos estados patológicos. Existe un grado muy marcado de interdependencia entre los diversos segmentos de la encía. Una gran porción de la estructura fibrilar de la encía marginal facial y lingual de un diente determinado surge de la superficie radicular o la encía del diente adyacente.

La presencia de enfermedad en la región del surco gingival de un diente puede conducir a la destrucción de las fibras transgingivales, intergingivales o transeptales, alterado

asi el tono y capacidad funcional de la encia marginal del diente vecino.

**CEMENTO:** El cemento forma la interfase entre la dentina radicular y los tejidos conectivos blandos del ligamento periodontal. Es una forma altamente especializada de tejido conectivo calcificado que se asemeja estructuralmente al hueso, aunque difiere de este en varios aspectos funcionales importantes.

Es un tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raiz anatomica. El cemento carece de inervación, aporte sanguineodirecto, y drenaje linfatico. El cemento experimenta solo cambios de remodelado pequeño.

Hay dos tipos principales de cemento radicular (primario) y celular (secundario). Ambos se componen de una matriz interfibrilar calcificado y fibrillas colagenas.

Tanto el cemento celular como el acelular se disponen en laminas separadas por lineas de crecimiento paralelas al eje mayor del diente. El cemento acelular suele ser la primera capa depositada; se encuentra, por lo tanto, inmediatamente adyacente a la dentina. Se presenta predominantemente en la region cervical, aunque puede cubrir la raiz entera.

El cemento celular cubre las porciones medio y apical

de la superficie radicular. Sin embargo, no existe una línea divisoria entre estos tipos, y una forma puede encontrarse emparedada entre capas de otra.

Ambas formas pueden presentar una matriz de finas fibrillas colágenas incrustadas en una matriz amorfa o finamente granuladas.

La estructura del cemento celular es similar al de la forma acelular, salvo por la presencia de cementoblastos y células epiteliales de la vaina radicular. Estas células se encuentran localizadas en lagunas, y pueden extender sus prolongaciones citoplasmáticas a través de conductos, que suelen estar orientadas hacia la fuente de nutrición de los tejidos conectivos periodontales.

Tanto la forma celular como acelular de cemento puede presentar líneas de incremento, las que señalan periodos intermitentes de crecimiento por aposición y reposo.

El término cemento primario suele utilizarse para describir la capa celular depositada inmediatamente adyacente a la dentina durante la formación radicular y antes de la erupción dentaria. El cemento primario está formado de pequeñas fibrillas de colágeno orientadas al azar e incrustadas en una matriz granular. El cemento secundario incluye a las capas depositadas después de la erupción, generalmente en respuesta a --

exigencias funcionales. El cemento secundario suele ser celular y contiene fibrillas de colágeno gruesas orientadas en sentido paralelo a la superficie radicular, pudiendo presentar fibras de Sharpey. Generalmente, el cemento primario está mineralizado en forma más completa y más semifirme que el cemento secundario y posee menos líneas de desarrollo.

El espesor del cemento en la mitad coronaria de la raíz varía de 16 a 60 micrones o aproximadamente, el espesor de un cabello. Adquiere su espesor mayor, de 150 a 200 micrones en el tercio apical, y así mismo en las áreas de bifurcación o trifurcación.

El depósito de cemento continúa después de que el diente ha erupcionado, hasta ponerse en contacto con sus antagonistas funcionales y durante toda su vida. La formación de cemento es más rápida en las regiones apicales, donde se compensa por la erupción dentaria, la cual intenta compensar la atrición.

#### Hueso alveolar.

El Hueso Alveolar se forma durante el crecimiento fetal por la osificación intramembranosa, y se compone de una matriz calificada con osteocitos.

Las raíces de los dientes se encuentran incrustadas en los procesos alveolares del maxilar y la mandibular. Estos pro

cesos son estructuras dependientes de los dientes. Además, se desarrollan al formarse los dientes y al hacer erupción éstos y son resorbidos extensamente una vez que se pierden los dientes. El hueso alveolar fija el diente y sus tejidos blandos de revestimiento y elimina las fuerzas generadas por el contacto intermitente de los dientes, masticación, deglución y fonación. El objetivo principal de la periodoncia preventiva y de la terapéutica periodontal es la conservación y mantenimiento del hueso alveolar.

El hueso está compuesto por minerales principalmente de calcio y fosfato, junto a hidróxidos, carbonatos y nitratos y algunas pequeñas cantidades de otros iones, como sodio, magnesio y fluor.

Aunque la organización del tejido óseo alveolar está en constante cambio conserva, aproximadamente, la misma forma desde la infancia hasta la vida adulta y durante ella.

El contorno óseo se adapta a la prominencia de las raíces y a las depresiones verticales intermedias que convergen.

La altura y el espesor de las tablas óseas vestibular y lingual, se ven afectadas por la alineación de los dientes y la inclinación de las raíces respecto al hueso y las fuerzas oclusales. En dientes con vestibuloversión, el margen del hueso vestibular se localiza más apicalmente que en dientes de a-

lineación correcta. En el margen óseo, se afina hasta terminar en forma de cuchillo y presenta un acentuado arqueamiento en dirección al ápice. En dientes en linguoversión, la tabla ósea vestibular es más gruesa que la normal. El margen es romo y redondeado y más horizontal que arqueado. El efecto de la angulación de a raíz con respecto al hueso sobre la altura del hueso alveolar, es más apreciable en las raíces palatinas de molares superiores. El margen óseo se localiza más hacia apical, la cual establece ángulos relativamente agudos con el hueso palatino. Hay raíces que la parte cervical de la tabla alveolar se ensancha de forma considerable en la superficie vestibular, como una defensa ante las fuerzas oclusales.

## CARACTERISTICAS NORMALES DE LA ENCIA.

Generalmente, el color de la encia insertada y marginal se describe como rosa coral, que se produce por el aporte sanguíneo, el espesor y grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentos. La mucosa alveolar es roja, lisa y brillante y no rosada y granulada.

### Tamaño:

El tamaño de la encia es el correspondiente a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización.

### Contorno:

El contorno o forma de la encia varía considerablemente y depende de la forma de los dientes y su alineación en la arcada de la localización y tamaño del arco de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales vestibular y lingual.

La forma de la encia interdental, está relacionada con el contorno de las superficies dentales proximales, la localización y la forma de los arcos de contacto y las dimensiones de los nichos gingivales.

### Consistencia:

La encía es firme y flexible y, a excepción del margen gingival movable, está fuertemente unido al hueso subyacente.

### Textura superficial:

La encía presenta una superficie finamente lobulada como una cáscara de naranja y se dice que es puntiada. Este puntiado se observa mejor al secar la encía.

La encía insertada es puntiada, la encía marginal no lo es. El puntiado varía con la edad.

El puntiado es una forma de adaptación para la especialización o refuerzo en la función.

Es una característica de la encía sana y la pérdida o reducción del puntiado es un signo común de enfermedad gingival. Cuando se devuelve a la encía su estado de salud después de tratamiento reaparece el puntiado.

### Posición

La posición de la encía se refiere al nivel en que la encía marginal se une al diente.

La cavidad bucal se encuentra cubierta por una membrana mucosa que se continua hacia adelante con la piel del labio y hacia atrás con las mucosas del paladar blando y la faringe.

La membrana mucosa bucal posee tres componentes: la -- mucosa masticatoria que cubre el paladar duro y el hueso alveolar; una mucosa especializada que cubre el dorso de la lengua' y la mucosa del revestimiento que comprende el resto de la membrana bucal.

La encía normal es de coloración rosa salmón. Posee un puntilleo escaso o abundante y no exudado ni acumulación de -- placa.

La encía suele terminar en sentido coronario a manera' de filo de cuchillo con respecto a la superficie del diente.

## CAPITULO 2

### PRINCIPALES PERIODONTOPATIAS.

A) GINGIVITIS: La gingivitis es una inflamación de la encía, progresiva y reversible.

Esta enfermedad tiene características que pueden ser descritas: Clínicamente la gingivitis puede ser reconocidos de inflamación: enrojecimiento, tumefacción, hemorragia, exudado y, menos frecuentemente por dolor.

La gingivitis aguda es de instalación repentina; la encía afectada puede mostrar un color rojo brillante y el paciente siente dolor. La gingivitis aguda a menudo se produce como resultado de la injuria o como una gingivitis ulceronecrotizante aguda (vincent). Menos frecuentemente, puede ser observada en pacientes con inmunodeficiencia, en aquellos que toman drogas inmunodepresivas o las que presentan infecciones bacterianas difusas infrecuentes, escorbuto y reacciones alérgicas.

La gingivitis se produce mayormente como una enfermedad crónica o recurrente. La gingivitis crónica es una inflamación de destrucción y reparación afecta la apariencia clínica de la encía la cual puede variar de color, desde ligeramente rojo hasta un rojo muy brillante hasta margenta. Estas aparencias reflejan el equilibrio de los hechos destructivos versus los reparativos.

Se ha desarrollado una cantidad de clasificaciones de la enfermedad periodontal para tomar en consideración las variaciones de opinión con respecto a la etiología de la enfermedad y para seguir los énfasis colocados en los hallazgos clínicos e histopatológicos.

No hay evidencia aceptable de que la enfermedad sistémica inicie la enfermedad periodontal; no hay evidencia histopatológica de que la formación de la bolsa se produzca en ausencia de reacción inflamatoria; no hay evidencia aceptable como para concluir que las enfermedades dermatológicas provoquen o influyan significativamente sobre el avance de la periodontitis o sean formas de enfermedad periodontal; no hay un cuerpo de evidencia conveniente de que el trauma oclusal provoque bolsas periodontales; hay evidencias insuficientes como para concluir que la periodontitis y la gingivitis sean enfermedades distintas, y hasta ahora no hay evidencias concluyentes que demuestren un papel específico de las bacterias y las respuestas inmunes en la iniciación y el avance de la enfermedad periodontal.

El término traumatismo periodontal fue empleado por -- Orban y también por Prichard para referirse a las lesiones tisulares causadas por las fuerzas oclusales y no por las fuer-- zas oclusales mismas.

La salud periodontal depende del equilibrio entre un ' medio interno controlado sistemáticamente que gobierna el metabolismo tisular y el ambiente externo del diente del que la -- oclusión es un componente importante. Para permanecer estructural y metabólicamente sanos, el ligamento periodontal y el hueso alveolar requieren una estimulación mecánica de las fuerzas de oclusión.

El periodonto está especialmente hecho para soportar ' las demandas funcionales del diente; el soporte del diente es' la única razón de su existencia.

De igual modo que el diente depende de los tejidos pe-- riodontales para permanecer en el maxilar, los tejidos perio-- dontales dependen de la actividad funcional del diente para -- conservar su salud. Cuando la estimulación funcional es insuficiente, los tejidos periodontales se atrofian; cuando se ex--- trae el diente, desaparece el periodonto. La oclusión es el -- salvavidas del periodonto. En la salud periodontal proporciona la estimulación mecánica que ordena los mecanismos biológicos' complejos productores del bienestar periodontal.

Cuando predomina la reparación la encía puede parecer de un color más normal; cuando domina la destrucción tisular, la encía puede tener una textura blanda; cuando la reparación es el proceso predominante, la encía puede ser firme o fibrática y los márgenes pueden estar romos.

Los márgenes gingivales pueden estar agrandados por el edema o por fibrosis o pueden retraerse como acontece cuando la encía es de una textura delgada y fina.

Cuando la pared gingival del surco presenta cambios inflamatorios es denominada bolsa; una bolsa gingival es un surco gingival enfermo.

Las características clínicas de la gingivitis, que pueden variar en la misma boca y en diferentes pacientes pueden ser descritos por medio de las siguientes observaciones.

Extensión de la lesión.

Localizada

Generalizada

Distribución de las lesiones.

Papilar

Marginal

Adherida

Estado de inflamación.

Aguda

Crónica

Rasgos clínicos.

Cambio de color

Hiperplasia

Retracción

Ulceración

Necrosis

Formación de pseudomembranas

Exudado purulento

Exudado seroso

Hemorragia

B) PERIODONTITIS: La periodontitis es una enfermedad inflamatoria de la encía y de los tejidos periodontales más -- profundos. Es progresivo y habitualmente irreversible pero pue de ser detenida por medio del tratamiento. Tiene características que pueden ser descritas en los niveles clínicos, microscopico, ultraestructural, bioquímico y fisiológico.

Clínicamente la periodontitis puede mostrar algunos o ' todos los signos de la inflamación observada en al gingivitis. Estos incluyen el enrojecimiento, tumefacción, tendencia a san grar y exudado. Los márgenes gingivales pueden estar agranda-- dos y tener una textura fibrática o edematosa. En otros casos, los márgenes gingivales pueden ser romos pero sin cambiar su ' altura. Las características clínicas principales son las bol-- sas y la reabsorción del hueso en la cresta alveolar. La evi-- dencia radiográfica de pérdida ósea es evidente en la enferme-- dad moderada y avanzada. La movilidad dentaria puede ser un -- síntoma tanto precoz como tardío. En algunos pacientes, la pre sencia de periodontitis es fácilmente discernible, mientras -- que en otras puede no ser aparente al examen visual, pero se ' revela en el cuidadoso examen clínico.

Incluye presencia de bolsas periodontales; grados variables de ulceración, supuración, pérdida de fibras gingivales y periodontales.

Se ponen de manifiesto dos conceptos del desarrollo. '

1) La enfermedad periodontal destructiva es una secuela de la gingivitis - periodontitis es una continuación del -- proceso inflamatorio que comprende primero la encía y luego -- las estructuras de soporte más profundos.

2) El agente causal difiere con el tiempo, los individuos, los dientes, así como la respuesta del huésped.

En la periodontitis, la resorción ósea comienza a nivel de la cresta alveolar, y al progresar la enfermedad, se extiende hacia la porción central del tabique alveolar; en la periodontitis, el hueso es atacado desde la superficie del ligamento periodontal, dejando el resto del tabique alveolar intacto.

C) ATROFIA POR DESUSO. La atrofia periodontal fue aceptada como una entidad diferente a la periodontitis y definida' como una disminución en el tamaño de un órgano o parte del mismo, en virtud de la pérdida de sus elementos celulares una vez que ha alcanzado la madurez. Se distinguieron dos tipos de --- atrofas. La recesión gingival es la forma de atrofia periodontal observada con mayor frecuencia. En esta afección, existe '

una pérdida de tejido periodontal no inflamatoria, con movimiento apical simultáneo de la inserción de tejidos blandos al diente sin formación de bolsa. La etiología puede ser traumática como por ejemplo, el uso vigoroso y a largo plazo de un cepillo de diente con cerdas duras; puede ser el resultado de fuerzas oclusales excesivas u ocurrir en forma espontánea con la edad. Una segunda forma es la atrofia por desuso, en la cual las fuerzas funcionales han sido retiradas del diente y en el cual existe pérdida de hueso alveolar y fibras principales del ligamento periodontal sin recesión gingival; al hueso alveolar propiamente persiste, aunque la trabécula ósea de soporte se hace delgada y finalmente desaparece al aumentar en tamaño los espacios medulares. El espacio del ligamento se estrecha y se deposita cemento nuevo.

D) TRAUMATISMO OCLUSAL. El término oclusión traumática, introducido por Stillman, se refería a la tensión anormal capaz de producir lesión a los tejidos dentales o periodontales. Box recomendaba la utilización del término oclusión traumatógena para esta tensión y oclusión traumática, para la regulación funcional de contacto entre las superficies oclusales que es el resultado directo de este trauma por ejemplo, una oclusión trastornada puede ser el resultado del desplazamiento de los dientes en la fractura mandibular Ramfjord y Ash, aunque admiten que el término oclusión traumática es ambiguo, continúan usándolo meramente como un asunto de conveniencia, ya que se encuentra muy arraigado en la literatura.

Cuando existe un aumento de las demandas funcionales, el periodonto trata de acomodarse a ellos. La capacidad de adaptación varía de unas personas a otras y entre las mismas -- personas en diferentes momentos. El efecto de las fuerzas oclusales sobre el periodonto depende de su intensidad, sentido, frecuencia y duración.

Cuando la intensidad de las fuerzas oclusales aumenta, el periodonto responde mediante un engrosamiento de las fibras del ligamento periodontal y aumento de la densidad del hueso alveolar.

El factor precipitante en el traumatismo oclusal es la fuerza. Todos los otros factores son predisponentes. Sin la fuerza los signos histopatológicos del traumatismo oclusal no aparecerían.

De mayor importancia son los efectos de las fuerzas resultantes de las parafunciones.

El trauma de la oclusión es la lesión del tejido, no la fuerza oclusal. La oclusión que produce esta lesión se llama oclusión traumática. Las fuerzas oclusales excesivas también pueden alterar la función de los músculos de la masticación temporomandibular o producir la atrición excesiva de los dientes; pero el término trauma de la oclusión se utiliza generalmente en relación a las lesiones del periodonto.

El trauma de la oclusión puede ser agudo o crónico:

El trauma de la oclusión agudo. Es la consecuencia de un cambio brusco de la fuerza oclusal, como el generado por una restauración o aparato de prótesis que interfieren la oclusión o alteran el sentido de las fuerzas oclusales sobre los dientes. El resultado es dolor, sensibilidad a la percusión y aumento de la movilidad dental. Si las fuerzas desaparecen por una modificación de la posición del diente, por desgaste o corrección de la restauración, la lesión desaparece y remiten los síntomas. Si ello sucede, la lesión periodontal empeora y evoluciona hacia la necrosis con formación de abscesos periodontales, o persisten en estado crónico. El trauma agudo puede así mismo producir desgarros cementarios.

El trauma de la oclusión crónico. Es más común que la forma aguda y de la mayor importancia clínica. A menudo nace de cambios graduales en la oclusión, producidos por atrición, desplazamiento y extrusión de los dientes, y no como secuela del trauma periodontal agudo.

El criterio que determina que la oclusión es traumática depende de si produce lesión y no como ocluyen los dientes. Toda oclusión que produce lesión periodontal es traumática. La maloclusión no produce necesariamente trauma; puede haberlo cuando la oclusión parezca normal. La dentición puede ser aceptable anatómicamente y estéticamente, pero lesiva funcionalmente. Por el contrario, no todas las maloclusiones son obligatoria --

mente lesivas para el periodonto. Las relaciones oclusales que son traumáticas se denominan "desarmonía oclusal", "desequilibrio funcional" o "distrofia oclusal". Esto se debe al afecto sobre el periodonto, no a la posición de los dientes. Puesto que el trauma de la oclusión refiere a la lesión de los tejidos y no a la oclusión, una fuerza oclusal intensa no es traumática si el periodonto se adapta a ella.

#### Factores extrínsecos.

1.- Irritantes. La placa dental microbiana se encuentra implicada como la más seria. Acumulación e impacto de alimentos que dan como resultado presión positiva sobre los tejidos, obturaciones mal ajustadas, coronas y bandas mal contorneadas y ganchos de prótesis parciales mal ajustados.

2.- Neurosis que dan como resultado actividades parafuncionales tales como bruxismo.

3.- Pérdida de hueso de soporte. Los principales factores causales son periodontitis, resección ósea inadecuada, trauma no intencional y enfermedades sistémicas relacionadas.

4.- Pérdida de dientes provocando sobre carga en los dientes restantes, por ejemplo colapso de la mordida posterior

5.- Maloclusión funcional yatrogénica.

E) GINGIVOSIS: Ha sido atribuido a la disminución de la estimulación estrógena que acompaña a la menopausia, al liquen plano ampollar y erosivo consecutivo de desequilibrios emocional.

El cuadro clínico es bastante característico. La principal queja del paciente es una gran sensibilidad de los tejidos gingivales, siendo las molestias aumentadas por ácidos cítricos y comidas picantes, disminuyendo por líquidos o templados. El examen clínico revela la formación de grandes ampollas en las cuales el epitelio grisáceo puede ser levantado fácilmente del corion subyacente. El epitelio puede ser desprendido por flotadura, esponiando un corion de tejido conjuntivo rojo e hipersensible. La denudación tiene forma de manchas y es de extensión irregular, la encía fijada está muy alterada.

Aspectos patológicos: evaluación microscópica sufre -- los siguientes cambios:

1.- Adelgazamiento del epitelio y retroceso de las clavijas de la rete de su penetración dentro del corion gingival.

2.- Pérdida o disminución de la superficie epitelial paraqueratinizada o queratinizada.

3.- Cambios epiteliales líticos en la capa de células basales que permiten la separación del epitelio del corion subyacente.

4.- Formación de una erosión superficial.

5.- Hiperplasia epitelial por acantosis alrededor de la zona de ulceración.

6.- Alteraciones inflamatorias dentro del corion de tejido conjuntivo (es decir, infiltrado mixto de células leucocitarias y monofagocitarias).

## F) Periodontosis.

Baer definió la "Periodontosis" como una "enfermedad" del periodonto que se presentaba en adolescentes sanos, caracterizada por una pérdida rápida de hueso alveolar y aproximadamente más de un diente de la dentición permanente. Existen dos formas básicas en las que se presenta. En una de ellas, los -- dientes afectados son los incisivos y primeros molares; en la otra, forma más generalizada, puede verse afectada la mayor -- parte de la dentición. La cantidad de destrucción manifestada' no tiene relación con las cantidades de irritantes locales presentes".

Orban y Weinmann intrudujeron el término de "periodontosis" y en base a una autopsia estudiada en detalle, descri-- bieron 3 etapas en el desarrollo de la enfermedad.

ETAPA 1. Consiste en degeneración y desmólisis de las' fibras principales del ligamento periodontal y el cese probable de la formación cementaria; existe una reabsorción simultánea del hueso alveolar debida a la falta de estimulación funcional del diente y mayor presión tisular ocasionada por el -- edema y la proliferación capilar. En esta etapa la migración' dentaria es el signo clínico más precoz y se presenta sin afectación inflamatoria detectable.

ETAPA 2. Caracterizada por la rápida proliferación del epitelio de unión a lo largo de la raíz y, a veces, prolifera-

ción de los restos epiteliales de Malassez (células epiteliales en reposo). En esta etapa se presentan signos precoces de inflamación. Clínicamente, tanto la primera como la segunda etapa son de corta duración; no pueden diferenciarse una de otra.

ETAPA 3. Se caracteriza por una progresiva inflamación y el desarrollo de las bolsas periodontales profundas de tipo infraóseo. Esta etapa es la que se ve más frecuente.

Todos los estudios anteriormente mencionados consideraban la "periodontosis" como una enfermedad degenerativa causada por factores sistémicos desconocidos. Glickman, encontró que esas alteraciones descritas en estos estudios no representaban un tipo diferente de enfermedad periodontal, si no más bien variantes extremas de un proceso destructivo común a todas las enfermedades periodontales.

Otros autores han negado la existencia de un tipo degenerativo de enfermedad periodontal y han atribuido esos cambios observados al trauma de la oclusión.

## CURETAJE Y ALISADO RADICULAR.

El curetaje gingival es una operación planeada y sistemática para remover el recubrimiento gingival crónicamente inflamado y ulcerado de una bolsa.

Los objetivos del curetaje gingival son eliminar la inflamación, reducir las bolsas y restaurar la salva gingival. Más específicamente, el curetaje gingival es utilizado para reducir el edema clínico, la hiperemia o la cianosis y para provocar una contracción de la encía libre. La eliminación de la inflamación y la erradicación de alguna o todas las bolsas gingivales puede por lo tanto ser lograda. Frecuentemente, esta conduce a un contorno gingival fisiológico, de modo que resulta innecesaria la cirugía posterior.

El procedimiento (llamado por algunos curetaje de los tejidos blandos) debe ser diferenciado del alisamiento radicular que es la instrumentación aplicada a la superficie dentaria para eliminar los depósitos y suavizarla. Durante el alisamiento radicular siempre se produce algún curetaje gingival inadvertido. Sin embargo, el curetaje gingival es un procedimiento realizado en visitas separadas. El término curetaje como lo utilizamos aquí, se refiere al tratamiento y más extensamente que cualquier otro procedimiento, con la excepción del alisamiento radicular.

Alisado radicular: Técnica mediante la cual los cálculos incluidos residuales y las porciones de cemento son eliminados de las raíces por dejar una superficie lisa, dura y limpia.

El raspado consiste en la eliminación con fuerza del sarro visible o fácilmente descubierto. Suele implicar, aunque no siempre, la eliminación de masas considerables de sarro, especialmente de sarro gingival.

El raspado y curetaje suelen ser similares en cuanto a su aplicación y técnica. Sin embargo existen algunas diferencias en la utilización de la cureta. El procedimiento básico de curetaje comienza con la inserción de la cureta en la bolsa y con un movimiento largo y suave un movimiento exploratorio para precisar se determinan las características de la superficie de la raíz; la forma y extensión de la bolsa son delineadas y se toma nota de la topografía del sarro si ésta existe.

Algún grado de irritación y trauma en la encía es inevitable con el curetaje, incluso si se realiza con extremo cuidado. En tales casos, los efectos lesivos son de proporciones microscópicas y por lo general no afectan significativamente a la curación. El curetaje excesivo produce dolor postoperatorio y retarda la curación.

A) CAPACIDAD DE DETENCION. Se requiere poseer una buena capacidad de detención visual y táctil a fin de poder hacer la valoración inicial de la extensión y naturaleza de los depósitos e irregularidades radiculares, antes de iniciar el raspaje y el alisado radicular. La autovaloración válida sobre la ejecución de la instrumentación depende de esta capacidad de detección.

B) EL EXAMEN VISUAL. De los cálculos supragingivales o de los cálculos subgingivales que se hallan inmediatamente debajo del margen gingival, no es difícil con una buena iluminación y estando el campo limpio. Los depósitos de cálculos supragingivales claros, suelen ser difíciles de ver cuando están mojados por saliva. Se puede usar aire comprimido para sacar los cálculos supragingivales hasta que se queden de color blanco tiza y se vean fácilmente. También se puede dirigir hacia la bolsa un chorro de aire a fin de separar la encía del diente, de suerte que se puedan ver los depósitos subgingivales -- cercanas a la superficie.

C) LA EXPLORACION TACTIL de las superficies dentales en zonas subgingivales de la bolsa, furcaciones y surcos de desarrollo, es mucho más difícil que el examen visual de las zonas supragingivales y exige destreza en el uso de exploración o -- sondas de punta fina. Se emplea el explorador o la sonda con una toma de lapicero modificando estable, pero delicada; esto ofrece el máximo de sensibilidad táctil para la detección de

cálculos subgingivales y otras irregularidades. Las yemas del pulgar y los demás dedos, especialmente el dedo medio, deben percibir las ligeras vibraciones transmitidas por el cuello y el mango del instrumento cuando éste toca irregularidades de la superficie dental.

Debido a que exige mucha experiencia y un alto grado de sensibilidad táctil, muchos dentistas coinciden en que la adquisición de la destreza y capacidad de detección es tan importante como el dominio de la técnica de raspaje y alisado radicular.

#### Medición de la bolsa.

En la forma de la bolsa merecen especial atención los siguientes hechos importantes:

Se requiere una irritación local para la iniciación y progresión de la formación de la bolsa.

La proliferación del epitelio de unión a lo largo de la raíz y de la degeneración de las fibras gingivales subyacentes, son los primeros cambios en la formación de la bolsa.

La proliferación del epitelio de unión es estimulada por la irritación local. La inflamación causada por la irritación local produce degeneración de las fibras gingivales, haciendo que el movimiento del epitelio a lo largo de la raíz sea más fácil.

Las alteraciones generales inician la formación de la bolsa, pero pueden afectar la profundidad de la bolsa, causando degeneración de las fibras gingivales y periodontales.

El examen de las bolsas periodontales deben hacer referencia a lo siguiente: 1) presencia y distribución sobre cada superficie dentaria; 2) tipo de bolsa, si es supra o infraósea y simple, compuesta o compleja; 3) profundidad de la bolsa y 4) nivel de adherencia sobre la raíz.

El único método exacto para detectar y evaluar las bolsas periodontales es una cuidadosa exploración con una sonda periodontal. Las bolsas no se pueden detectar o medir mediante examen radiográfico.

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

BOLSA GINGIVAL (relativa o falsa)

Una bolsa gingival está formada por aumentos de tamaño gingival sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes. El surco se profundiza a expensas del aumento de volumen de la encía.

BOLSA PERIODONTAL (absoluta o verdadera)

Este es el tipo de bolsa que se produce con destrucción de los tejidos periodontales de soporte.

Las bolsas absolutas son de dos tipos: 1) supraóseas (supracrestal), en la que el fondo de la bolsa es coronal al hueso alveolar subyacente; y 2) infraósea (infraósea, subcrestal o intraalveolar) en la que el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente.

Bolsas de diferentes profundidades y tipos pueden coexistir en distintas superficies de un mismo diente y en superficies vecinas de un mismo espacio interdental.

Las bolsas también pueden clasificarse según el número de superficies como sigue:

Simple. Una superficie dentaria.

Compuesta. Dos o más superficies dentarias. La base de las bolsas está en comunicación directa con el margen gingival a lo largo de cada superficie afectada.

Compleja. Esta es una bolsa espiralada que se origina en una superficie dentaria y que da vueltas alrededor del diente afectando a otra cara o más. La única comunicación con el margen gingival está en la cara donde nace la bolsa. Para no pasar por alto bolsas complejas o compuestas, hay que realizar un sondaje de todas las bolsas en sentido lateral y vertical. Estos tipos de bolsas son los más frecuentes en las áreas de furcación.

Medición de bolsas:

La sonda debe insertarse paralela al eje vertical del diente y "trasladarse" circunferencialmente alrededor de la superficie de cada diente, a fin de detectar las áreas de mayor profundidad de penetración de la sonda. Además, debe ponerse especial atención para detectar la presencia de cráteres interdentarios y de afección de las furcaciones. Para detectar un cráter interdentario la sonda debe colocarse oblicuamente tanto a la superficie vestibular como a la lingual, para así explorar la porción más profunda de la bolsa localizada por debajo del punto de contacto. En dientes multirradiculares, la posibilidad de afección de la furcación debe examinarse cuidadosamente.

Bolsas superficiales adheridas a nivel del tercio apical de las raíces, señalan una destrucción más severa que las bolsas profundas al tercio coronario de las raíces.

El nivel de adherencia de la bolsa periodontal puede variar sobre las distintas superficies en el mismo diente e incluso en distintas áreas de la misma superficie.

Se ha hecho una diferencia entre curetaje gingival y subgingival. El curetaje gingival consiste en la remoción del tejido blando inflamado lateral a la pared de la bolsa, mientras que el curetaje subgingival se refiere al procedimiento que se realiza apical al epitelio de inserción, afectando a la inserción tisular conectiva más abajo de la cresta ósea.

## Objetivo:

La remoción de los restos tisulares y del tejido de -- granulación crónicamente inflamado, acelera la curación y mejora la contracción gingival, induciendo a la reducción de la -- bolsa.

Al eliminar el epitelio de unión y las áreas inflama-- das por apical a ellos, el curetaje subgingival también favorecerá la reinserción (nueva inserción ) de fibras a un nivel coronario de las fibras preexistentes.

El curetaje no elimina las causas de la inflamación: ' la placa bacteriana y sus depósitos, por ejemplo. Por ello, debe ser también precedida de raspaje y alisado radicular, los ' cuales son el tratamiento básico periodontal. El raspaje y alisado radicular deben ser realizados en una sesión previa, seguida de una reevaluación para establecer la necesidad del curetaje que pueden ser hechos en la misma visita como curetaje. Lo primero es la secuencia ideal del tratamiento. Sin embargo, en el tejido edematoso muy inflamado, el curetaje puede lesionar el tejido de tal manera que la terminación del curetaje en la misma visita sea lo más razonable.

D) TECNICA DE RASPAJE SUPRAGINGIVAL. Generalmente, los cálculos supragingivales son menos calcificados y están menos adheridos que los subgingivales. Para realizar el raspaje supragingival se sostiene la hoz o la cureta con la toma de lapí

cero modificado y se establece un firme apoyo digital sobre -- los dientes adyacentes en la zona de trabajo. La hoja debe --- adaptarse con una angulación ligeramente menor de 90° con la ' superficie a raspar. El borde cortante debe enganchar el borde apical del cálculo mientras se efectúan movimientos de raspaje cortos, enérgicos, superpuestos y envolventes, coronariamente' en sentido vertical u oblicuo. La punta aguda de la hoz puede' lacerar fácilmente el tejido marginal o rayar la superficie ra dicular expuesta, de modo que una adaptación es especialmente' importante al utilizar este instrumento. Se trabaja sobre la ' superficie dental hasta ver y percibir táctilmente que no pue den quedar depósitos supragingivales, siempre habrá que termi nar con raspaje y alisado con cureta.

#### E) TECNICA DE RASPAJE SUBGINGIVAL Y ALISADO RADICULAR.

El raspaje subgingival y el alisado radicular son mucho más di fíciles y complejos de realizar que el raspaje supragingival.' El cálculo subgingival suele ser más duro que el supragingival y, a menudo, se aloja en irregularidades de la raíz, haciendo' que esté más agarrado y sea más difícil de eliminar.

El aparato debe confiar mucho en la sensibilidad tácc-- til para detectar cálculos e irregularidades, para guiar la ho ja del instrumento durante el raspaje y el alisado radicular,' así como para evaluar los resultados de la instrumentación. -- Los límites del tejido blando hacen que una estrecha adapta--- ción a los contornos dentales sea imprescindible para evitar '

traumatismos. El operador debe formarse una imagen mental de la superficie dental para prever variaciones del contorno, con firmando o modificando continuamente esta imagen, según las sensaciones táctiles y la valoración visual, así como la posición del mango y el cuello del instrumento.

La mayoría de los operadores prefieren la cureta para hacer el raspaje y alisado radicular, en razón de las ventajas derivadas de su diseño. La hoja curva, la punta redonda y el dorso curvo, permiten que la cureta sea introducida hasta el fondo de la bolsa y adaptada a las variaciones del contorno dental de un mismo desplazamiento y traumatismo de los tejidos.

No es aconsejable el uso de azados, limas e instrumentos ultrasónicos en el alisado radicular.

El raspaje subgingival y alisado se efectúan con curetas universales o específicas para cada zona (Gracey), mediante los siguientes procedimientos básicos: La cureta se sujeta con una toma de lapicero modificada y se hace un apoyo estable con los dedos. Se adapta el borde cortante al diente, con la parte inferior del cuello paralela a la superficie dentaria. Se desplaza la parte inferior del cuello hacia el diente, de modo que el frente de la hoja quede casi contra la superficie del mismo. Luego se introduce la hoja debajo de la encía y se la lleva hasta el fondo de la bolsa mediante un movimiento ex-

ploratorio suave.

Cuando el borde cortante alcanza el fondo de la bolsa, se establece una angulación de trabajo entre  $45^{\circ}$  y  $90^{\circ}$  y se ejerce presión lateral contra la superficie dentaria. El cálculo se elimina con una serie de movimientos controlados superpuestos, envolventes, cortos y enérgicos, utilizando principalmente el movimiento de muñeca y brazo. A medida que se eliminan los cálculos, la resistencia al paso del borde cortante disminuye, hasta que quedan únicamente irregularidades suaves. Entonces se efectúan movimientos más largos y sutiles de alisado radicular con menor presión lateral, hasta que la superficie radicular queda completamente lisa y dura. El mango del instrumento debe girarse cuidadosamente entre el dedo pulgar y los otros dos dedos para mantener la hoja en estrecha adaptación.

Los movimientos de raspaje y alisado radicular han de quedar limitados a la porción del diente donde hay cálculos o cemento altarados. Esta zona es conocida como "zona de instrumentación".

Se debe evitar la sobreinstrumentación haciendo una transición deliberada de movimientos de raspaje cortos y enérgicos a movimientos de alisado radicular más largos y suaves, una vez eliminados los cálculos y la rugosidad.

Colocación del cemento quirúrgico (Apósito de Oxido de Zinc Eugenol).

INDICACIONES POSOPERATORIAS.

No quitarse el apósito quirúrgico.

En las tres primeras horas siguientes a la operación (curetaje) evite alimentos calientes para permitir que el apósito endurezca.

Evite comer frutas cítricas o jugos de frutas, alimentos muy condimentados o bebidas alcohólicas.

No fume.

No se enjuague hoy, comience mañana.

Limpie las partes de su boca que fueron tratadas las encías sangrarán más que antes de la operación. Esto es perfectamente normal en el periodo inicial de la cicatrización y desaparecerá gradualmente. No deje de limpiarse por ello.

No trate de detener la hemorragia mediante enjuagatorios.

Deberá regresar para revisión y retirar el apósito quirúrgico o cambiarlo según sea el caso.

## CASUÍSTICA

Carlos Enrique Reyes Ferniza.

Paciente de 47 años se presentó en el consultorio -- por tener molestias al tomar alimentos muy fríos o muy calientes. Se exploró su cavidad bucal, se le tomo su estudio radiográfico ya que presentaba movilidad dentoriñ de 1er. grado.

Se le obturaron varias piezas con amalgama y se siguió tratando periodontalmente, ya que se pudo observar radiográficamente una reabsorción ósea muy avanzada.

Se le explicó al paciente su problema, se le dijo -- que tenía que seguir asistiendo a sus citas esperando cooperación de él.

Se le realizó tratamiento periodontal curetaje gingival y alisado radicular con minucioso cuidado. Se obtuvieron ' resultados satisfactorios.

Se le dió indicaciones correspondientes.

Jose Alberto Barreda Pozos.

Paciente de 30 años. Se presentó en el consultorio por que cuando él se cepillaba sus dientes notaba sangrado de sus encías presentando un aliento desagradable.

Se elaboró su historia clínica y se exploró bucalmente, el paciente presentaba bolsas periodontales infraóseas de 3 ml., presentaba movilidad en muy pocas piezas dentales se le tomó estudio radiográfico, presentando una reabsorción ósea poco avanzada. Clínicamente se observó encía enrojecida y brillante perdiendo el puntilleo de cáscara de naranja.

Se le hizo tratamiento periodontal, el paciente --- logró una recuperación satisfactoria.

Se le dió indicaciones postoperatorios y técnica de higiene bucal adecuada.

Ignacia Romero Rodríguez.

Paciente de 45 años, sexo femenino, se presentó --- en el consultorio por que notaba mal aliento y separación de ' las piezas anteriores inferiores. Presentaba mala higiene bucal.

Se le realizó su historia clínica presentando bolsas de 4 ml. Se le tomó su estudio radiográfico y se pudo observar reabsorción ósea avanzada.

Se revisó clínicamente cada una de sus piezas dentarias, presentó movilidad en las piezas anteriores inferiores, ' la paciente no había notado esta movilidad.

Se realizó el tratamiento periodontal, curetaje y -- alado radicular su recuperación fue satisfactoria.

Se le dió indicaciones y técnica de higiene bucal -- cada.

Rogelio Rivera López.

Paciente de 50 años, se presentó en el consultorio para revisión y para que se le realizara una limpieza dental.

Se elaboró historia clínica y se observó ligero cambio en el color de sus encías aumentando su coloración rojo -- brillante en la zona posterior, presentó bolsas de 3 ml., se le realizó su estudio radiográfico, se observó radiográficamente poca reabsorción ósea.

Se le realizó el tratamiento periodontal tomando cudados necesarios, se le dió técnica de cepillado y se observó una mejora en el estado de sus encías, radiográficamente dejó de ensancharse el tejido periodontal.

Se le dió indicaciones postoperatorios.

Antonio González Vega.

Paciente de 59 años. Se presentó en el consultorio por tener movilidad y dolor en una pieza posterior superior izquierdo, se le elaboró su historia clínica.

Clínicamente presentaba higiene bucal mala, presentando bolsas hasta de 4 ml. y movilidad en otras piezas superiores e inferiores.

Se le tomó su estudio radiográfico y se observó reabsorción ósea demajado avanzada. Se le realizó el tratamiento periodontal, se le explicó al paciente su problema y se le realizó extracción de varias piezas dentarias.

El paciente actualmente presenta mejor higiene bucal y sus tejidos se recuperan.

Se le dió indicaciones y técnica de limpieza bucal.

## CONCLUSION.

La periodoncia es una rama de la odontología llevándose a cabo por medio de tratamientos periodontales dependiendo cada caso, donde su función es que el paciente logre recuperar la integridad de sus tejidos bucales y firmeza en sus piezas dentales en caso de existir movilidad.

El tratamiento periodontal debe ser realizado con todos los cuidados posibles, llevando a cabo los pasos correctos para lograr así un buen resultado postoperatorio. Aclarando -- que sin la cooperación del paciente estos resultados pueden -- ser muy desfavorables.

Teniendo conocimiento de la técnica adecuada en cada caso, al igual que la utilización del instrumental indicado a' usar correctamente logrando un tratamiento bien realizado sin' olvidar ese alisado minucioso radicular para evitar se presente nuevamente esta enfermedad periodontal, y obtendremos así ' un buen pronóstico en el tratamiento periodontal.

## BIBLIOGRAFIA

Carranza Fermin A. (h), Carraro Juan A.

"PERIODONCIA".

Primera Edición.

Editorial NUNDI.

1978.

Carranza Jr. Fermin A. Dr. Odont.

"PERIODONTOLOGIA CLINICA DE GLICKMAN".

Tercera Edición.

Editorial Interamericana, S.A.

México.

1986.

Goldman - Schulger - Fox - Cohen.

"TERAPEUTICA PERIODONTAL".

Segunda Edición.

Editorial Bibliográfica de Argentina, S.A.

1986.

Gran Daniel A., Irving, Stern, Frank.

"PERIODONCIA DE ORBAN, TEORIA Y PRACTICA".

Cuarta Edición.

Editorial Interamericana.

México.

1972.

Karch D. John Dr.

"DIAGNOSTICO Y EVALUACION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL".

Primera Edición.

Editorial American Dental Association.

1988.

Prichard John F.  
"ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA".  
Segunda Edición.  
Editorial Labor S.A.  
1971.

Ramjford Sigurd P. Ash Major M. (h)  
"PERIODONTOLOGIA Y PERIODONCIA".  
Primera Edición.  
Editorial Panamericana.  
1982.

Schulger Saul, D. D. S., Falph A. Youdelis D.D.S.  
Roy C. Page, D.D.S. M. S. D. , Ph. D.  
"ENFERMEDAD PERIODONTAL".  
Primera Edición en Español.  
Compañía Editorial Continental S.A.  
México.  
1981.