



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Terapéutica Parodontal en la Clínica Integral

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA
GLORIA ROCIO REYES RUIZ
MARIA DEL CARMEN MARQUEZ ALVARADO
MEXICO, D. F. 1976



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE DENTISTÍA

Terapéutica Parodontal en la Clínica Integral

GLORIA FOLIO BAYES RUIZ
MARIA DEL CARMEN MARQUEZ ALVARADO
MÉXICO, D.F.

AL HONORABLE JURADO.

A LA DRA. CONSUELO GARCIA.

ESTA TESIS SE REALIZO EN LA CLINICA
"LAS AGUILAS" DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO, BAJO LA DIRECCION -
DEL C.O. FEDERICO HUMBERTO BARCELO S.

I N D I C E.

CAPITULO I.- INTRODUCCION.

CAPITULO II.- TERAPEUTICA PARODONTAL EN CLINICA INTEGRAL

CAPITULO III.- GENERALIDADES DEL PARODONTO.

CAPITULO IV.- PATOLOGIA PARODONTAL.

CAPITULO V.- TERAPEUTICA PARODONTAL.

a).- Régimen de higiene oral.

b).- Raspado y escariado de raíces.

CAPITULO VI.- TERAPIA LOCAL.

a).- Legrado y Detartraje (técnicas).

b).- Gingivectomía (técnicas).

c).- Frenectomía (técnicas).

d).- Cirugía muco-gingival (técnicas).

CAPITULO VII.- TERAPEUTICA FUNCIONAL.

a).- Oclusión.

b).- Equilibrio oclusal.

c). - Ortodancia.

CAPITULO VIII.- TERAPÉUTICA GENERAL.

CAPITULO IX.- EVALUCION CLINICA Y CONCLUSION.

CAPITULO X.- BIBLIOGRAFIA.

C A P I T U L O I

P R O L O G O

La Odontología se ha convertido en una de las -
ramas más avanzadas de las ciencias médicas, a la cual se
le concede gran trascendencia en la vida social.

Especialistas en mecánica de precisión, Físicos
químicos y hábiles artesanos han puesto a disposición del
Cirujano Dentista herramientas diminutas y medios para --
salvar los dientes enfermos y preservarlos sanos, y al --
mismo tiempo, como resultado de ésto una salud inmejora--
ble y una vida sana, tanto de estructuras orales como todo
lo que a éste se refiere.

Es por lo tanto, que hemos querido elaborar nues-
tra tesis de TERAPEUTICA PARODONTAL EN LA CLINICA INTE---
GRAL, esperando, sea de utilidad para nuestros compañeros
y todo lo relacionado con la Odontología; haremos una re-
copilación de la Terapia Parodontal, en la práctica de la
clínica integral, desde este punto de vista corroborare--
mos nuestros conocimientos que en parodontia tuvimos en -

los semestres anteriores y con la práctica de todo un curso de Clínica Integral.

El planeamiento de esta tesis nos enfrenta al dilema de presentar los procesos y técnicas generales utilizados en Clínica Integral, con ésto esperamos contribuir un poco a llenar la necesidad de conocimientos representados por los programas de enseñanza durante el curso de --
Clínica Integral.

C A P I T U L O I I

T E R A P E U T I C A P A R O D O N -
T A L E N L A C L I N I C A I N -
T E G R A L .

La Clínica Integral es una rama de la Odontología, que se enfoca hacia la preservación de la salud bucal en general, mediante la práctica.

Lo más importante para nosotros en Clínica Integral es el sentido de una nueva responsabilidad social -- que anima en el campo de todas las materias en conjunto.

La Terapéutica Parodontal lo podemos definir como todos aquellos pasos que nos lleven a las metas del -- tratamiento, para la reconstrucción de los tejidos destruidos por la enfermedad. Incluyendo en la Terapéutica los esfuerzos para alertar al público con respecto a los riesgos de los problemas parodontales; así como para desarrollar medidas simples de prevención de aplicabilidad universal, y ampliar a la base humana para que sea capaz de prodigar tratamientos más eficaces. Se considera como un estímulo para el mejoramiento de la atención parodontal -- por parte del paciente en general; seguir una terapéutica

Parodontal es necesidad y capacidad del odontólogo general de manera que pueda cumplir, con su responsabilidad de proporcionar una atención parodontal a todos sus pacientes y estimularlos en su reorientación de los principios de la educación dental y a proseguir continuamente.

La Terapéutica Parodontal abarca la aplicación de los principios básicos de la Parodontia, a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad parodontal; así como la apreciación de la amplitud posible en la prevención de la iniciación de la enfermedad parodontal, en la pérdida de los dientes causada por la destrucción patológica de los tejidos parodontales, también como valoración de la interrelación entre los factores locales y generales en la etiología de la enfermedad parodontal; así como la apreciación del efecto de los procedimientos terapéuticos en los cambios tisulares subyacentes a la enfermedad clínica.

Tomaremos en cuenta a la vez en la Terapéutica-Parodontal presentación de técnicas de tratamiento, que - pueden ser ejecutadas con el grado de capacidad que tenga cada practicante calificado de la Odontología General; la aplicación de diversas técnicas de tratamiento a problemas parodontales específicos.

En la Terapéutica Parodontal tratamos de descubrir la etiología de los problemas clínicos (que por lo general son manifestaciones groseras de cambios tisulares microscópicos). La eficacia de los tratamientos terapéuticos se nos reflejan en función de los cambios microscópicos de los tejidos, entonces comprendemos por qué la interpretación de los fenómenos clínicos observados tienen tanto valor en el campo parodontal.

La Parodoncia es una rama fundamental de la Odontología Clínica, constituye la base principal del diagnóstico y enfoque terapéutico del paciente adulto.

Por medio de la Terapéutica Parodontal vamos a evitar la causa principal de la pérdida de los dientes.

C A P I T U L O I I I

G E N E R A L I D A D E S D E L

P A R O D O N T O

El parodonto está compuesto de encía, hueso alveolar, cemento, y ligamento parodontal.

La encía se encuentra localizada cubriendo toda la superficie externa del diente (proceso alveolar y áreas cervical del cemento). Para su estudio se divide en tres y son: encía libre o marginada; encía adherida o insertada y encía alveolar o interdientaria.

Encía marginal o libre.- Es la que cubre al diente en el cuello y forma la papila interdientaria de vestibular a lingual y está unida por una depresión llamada Col o Collado; esta papila tiene forma piramidal, afilada hacia el área de contacto interproximal y la superficie distal y mesial son levemente cóncavas.

Encía adherida o insertada.- Esta encía es continuación de la encía marginal, es firme, resiliente y estrictamente unida al hueso adyacente, su ancho varía de menos de 1 mm. a 9 mm. Presenta puntilleo el cual está da

do por la penetración de las papilas del tejido conjuntivo dentro del epitelio.

Encía alveolar o interdientaria.- Está localizada apicalmente a la encía adherida y separada de ésta por el surco gingival, es elástica debido a que contiene fibras elásticas, no presenta puntilleo ni queratina y su coloración es rojo intenso.

HISTOLOGIA DE LA ENCIA.

La encía está formada de tejido epitelial y tejido conjuntivo.

I.- Estrato basal.

II.- Estrato espinoso.

III.- Estrato granular.

IV.- Estrato córneo.

I.- Estrato Basal; está constituido por una sola capa de células en la cual se encuentran queratinocitos y polipocitos.

II.- Estrato espinoso; está formado por varias capas de células las cuales en su periferia presentan prolongaciones llamadas proloctomatitos.

III.- Estrato granular; formada por varias capas de células las cuales tienen gránulos de paraqueratina y queratohialino.

IV.- Estrato Córneo; formado por células muertas, exfoliadas, que al aplanarse se fusionan, las cuales carecen de núcleo y el citoplasma es substituído por queratina blanda. Este estrato toma color rosado con la sosína.

El tejido conjuntivo está formado por células, fibras y sustancia fundamental.

Células; a).- Fibroblastos; b).- osteoblastos; c).- cementoblastos; d).- macrófagos, y e).- células celulas cebadas.

a).- Fibroblastos; se encargan de producir subs

tancias intercelulares del tejido conectivo laxo ordinario; se dividen en fibroblastos (jóvenes), y fibrocitos (viejos). Se originan al lesionarse el tejido conectivo produciéndose una inflamación debido a que dicho tejido libera sustancias tóxicas que hacen proliferar a los fibroblastos jóvenes.

b).- Osteoblastos; son células mesenquimatosas que producen la sustancia intercelular orgánica del hueso, tienen prolongaciones citoplasmáticas que se fusionan con las de los osteoblastos vecinos; más tarde son llamados osteocitos cuando quedan en pequeños espacios de la sustancia intercelular orgánica, la cual la forman mucopolisacáridos y colágeno.

c).- Cementoblastos; son las células encargadas de la producción de cemento, están rodeadas por lagunas y conectadas con su fuente de nutrición por canaliculos.

d).- Macrófagos; células fagocíticas que se en-

cuentran normalmente en el tejido conectivo laxo y que -- pueden ingerir diversos tipos de bacterias infecciosas y ayudan a liberar el tejido conectivo de restos de diversa naturaleza; se les llama histiocitos o clasmotocitos; su forma puede ser ovoide o alargadas.

a).- Células cebadas o mastocitos; son células muy nutridas y repletas de gránulos, se encargan principalmente de asegurar el aporte de heparina confinada en las sustancias intercelulares que impiden que en condiciones normales el fibrinógeno que escapa constantemente de los capilares hacia dichas sustancias intercelulares se coagule. Es posible que se originen de células mesenquimatosas no diferenciadas, pues no se ha observado mitosis en estas células.

Fibras: a).- Reticulares; b).- Elásticas; c).- Colágenas.

a).- Reticulares; suelen observarse en el tej-

do conectivo laxo que se encuentra en contacto con estructuras epiteliales.

b).- Elásticas; están formadas de elastina, son largas y estrechas, no contienen elementos minerales pero llegan a calcificarse, son ligeramente acidófilas y no se regeneran cuando son destruidas.

c).- Colágenas; son fibras onduladas que se componen principalmente de colágeno, son muy refractarias.

Substancia Fundamental; en ésta se encuentran células, fibras y el epitelio con vasos y nervios.

Fibras Gingivales; a).- Dento-gingivales, -----

b).- Dento-percostales; c).- Cresto-gingivales; d).- Transseptales y e).- Circulares.

a).- Dento-gingivales; son aquéllas que van del cemento del diente a la encía.

b).- Dento-percostales; éstas van del periostio del hueso al diente insertándose en el diente.

c).- Cresto-gingivales; éstas las localizamos -
de la cresta a la encía.

d).- Transeptales; están situadas interproximalmente que se extienden entre el cemento de los dientes vecinos; se han considerado como las principales fibras del ligamento parodontal.

e).- Circulares; estas fibras corren por el tejido conectivo de la encía marginal e interdientaria y rodean al diente a modo de anillo.

Ligamento Parodontal; Es el tejido conjuntivo - que rodea a la raíz, se comunica con el hueso por medio - de canales dentro de los cuales hay vasos y en la parte - superior este tejido conjuntivo se comunica con la encía. Tiene forma de reloj de arena X, más ancho en cuello y apical al punto de rotación es el fulcrum, su anchura es - de 0.2 a 0.3 mm; está formada de células, fibras, restos - de mucus, vasos y nervios.

Las células son; a).-Fibroblastos y b).- Cementoblastos.

Las fibras son; a).- Reticulares; b).- Elásticas; c).- Colágenas y d).- Oxitalán.

Las fibras del ligamento son; a).- Crestales; b).- Horizontales; c).- oblicuas; d).- Apicales.

a).- Crestales; se localizan de la cresta al diente.

b).- Horizontales; van del cemento al hueso.

c).- Oblicuas; su inserción está en el hueso más coronal.

d).- Apicales; las encontramos en forma de abanico.

Membrana Parodontal; se desarrolla conforme se forma la raíz del diente y se deposita cemento en su superficie, se origina del mesénquima del saco dental que rodea al diente en desarrollo y llena el espacio que que-

da entre él y el hueso alveolar. El tejido está formado por haces gruesos de fibras colágenas dispuestas en forma de ligamentos suspensorios junto a la raíz del diente y la pared ósea de su alveolo; las porciones extremas de dichas fibras que se encuentran incluidas en tejido duro se denominan fibras de Sharpey, éstas no crecen ni en el cemento ni en el hueso, son más largas que la menor distancia entre el diente y la pared del alveolo lo que permite cierto grado de movilidad del diente dentro de su alveolo. La membrana parodontal tiene función de suspensión, está nutrida por capilares sanguíneos y los nervios de la membrana proporcionan a los dientes su sensibilidad táctil.

Surco gingival.- Se forma por la unión de la adherencia epitelial y el esmalte cuando el diente erupciona en la cavidad bucal.

Adherencia epitelial.- Una vez formado el esmalte, lo cubre el epitelio reducido del esmalte y es una

al diente por una lámina basal que contiene hemidesmosomas de la pared celular de ameloblastos. En el diente por fuera la mucosa bucal, el estrato intermedio del epitelio reducido del esmalte, se une con el epitelio bucal para formar la adherencia epitelial. La adherencia epitelial está unida al diente por las fibras gingivales que aseguran la encía marginal contra la superficie dentaria, por lo cual la adherencia epitelial y las fibras gingivales se consideran unidad funcional, denominada unión dentogingival. Esta adherencia contiene una capa adhesiva que lo une al diente, elaborada por células epiteliales compuesta de prolina o hidroxiprolina, o ambas y mucopolisacárido neutro. La adherencia epitelial la encontramos desde la punta de la corona a la unión amelocementaria.

Líquido Gingival; se localiza en el surco gingival, está compuesto a semejanza del suero sanguíneo, conteniendo además electrolitos de potasio, Na, Ca, aminoácidos

-- dos, proteínas plasmáticas, factores fibrinolíticos, gammaglobulinas G, A, M, albúmina y lisozina, fibrinógeno y - fosfatasa ácida, microorganismos, células epiteliales de las camadas y leucocitos (linfocitos y monocitos). Este líquido limpia el material del surco, mejora la adhesión al diente por medio de sus proteínas adhesivas, posee propiedades antimicrobianas, puede ejercer actividad de anticuerpo en defensa de la boca, puede favorecer la proliferación bacteriana y contribuir a la formación de placa dental y cálculos. Es un producto de filtración fisiológica de los vasos sanguíneos modificado a medida que se filtra a través del epitelio del surco; el líquido aumenta en inflamación, masticación de alimentos duros, cepillado dental, masaje, con la ovulación y anticonceptivos hormonales.

VASCULARIZACION, LINFATICOS Y NERVIOS.

Hay tres fuentes de vascularización al -- ante --

riolas suprapariólicas; b).- vasos del ligamento parodontal y c).- arteriolas.

a).- Arteriolas suprapariólicas; se localizan a lo largo de la superficie vestibular y lingual del hueso alveolar, desde las cuales se extienden capilares hacia el epitelio del surco y entre la superficie gingival externa; algunas de sus ramas pasan por el hueso alveolar hasta el ligamento parodontal, o corren sobre la cresta del hueso alveolar.

b).- Vasos del ligamento parodontal; van hacia la encía y se anastomosan con capilares en la zona del surco.

c).- Arteriolas; emergen de la cresta del tabique interdentario extendiéndose paralelamente a la cresta ósea para anastomosarse con vasos del ligamento parodontal, con capilares del surco gingival y con vasos que corren sobre la cresta alveolar.

El drenaje linfático de la encía comienza en los linfáticos de las papilas de tejido conectivo, avanzando a la red colectora externa, al perioostio del proceso alveolar y después a nódulos linfáticos regionales, (en especial al grupo submaxilar). La inervación gingival deriva de fibras que nacen en nervios del ligamento parodontal y de los nervios labial, bucal y palatino y hay receptores de meissner, Krauss y husos encapsulados.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS NORMALES.

Color.- Por lo general de la encía marginal e insertada es rosa coral y es producido por aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmento; varía según las personas y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea.

La mucosa alveolar es roja, lisa, brillante, no rosada y punteada, debido a vasos sanguíneos abundantes.

Tamaño.- Depende del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización; la alteración del tamaño es una característica de la enfermedad gingival, el contorno varía dependiendo de la forma de los dientes y su alineación en el arco.

Queratinización.- El epitelio que cubre la superficie externa de la encía marginal o insertada es queratinizado o paraqueratinizado, presenta combinación de las dos. La queratinización es una adaptación protectora y la función que aumenta cuando se estimula la encía mediante el cepillado, varía según las zonas y disminuye con la edad y menopausia, siendo el paladar el más queratinizado y lengua, encía y carrillo los menos queratinizados.

C A P I T U L O J V

P A T O L O G I A P A R O D O N T A L

La enfermedad exista cuando se altera el estado de salud; la enfermedad parodontal se manifiesta por modificaciones de los tejidos comprendidos en el parodonto pudiendo ocurrir en cualquiera de ellos; generalmente comienza como un trastorno gingival cuyos signos y síntomas son las modificaciones del tejido marginal, por ésto suele considerarse como un trastorno patológico de la encía, sin embargo las alteraciones gingivales no permanecen limitadas mucho tiempo en solo esa área, pues en caso contrario la enfermedad parodontal no llevaría a la muerte del diente, sino que hay una evolución que afecta pronto a los componentes subyacentes del parodonto, esta lesión extendida conduce a la exfoliación del diente. Se debe considerar la enfermedad parodontal, más como una enfermedad del hueso, que como una alteración de la encía.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

I.- Enfermedades inflamatorias.

a).- Gingivitis; b).- Parodontitis.

II.- Enfermedades degenerativas.

a).- Atrofia; b).- Parodontosis; c).- gingivitis y d).- trauma de la oclusión.

e).- Gingivitis; es una inflamación de la encía que generalmente empieza en las puntas de las papilas y continúa hacia el margen gingival; se caracteriza por hinchazón, pérdida de puntilleo, enrojecimiento, cambio de contorno fisiológico y tendencia al sangrado. La inflamación puede ser aguda y crónica, y se conoce por las alteraciones de la encía marginal y papilas interdenterias, los cambios de color y consistencia que son más tempranos aparecen más tarde la hinchazón y la hiperplasia gingival en algunos casos la encía permanece blanda y edematosa, pero en otras se agranda y endurece. La producción de tejido conjuntivo fibroso, es resultado de inflamación prolongada, predomina la reparación en forma de producción -

de colágena, o sea el proceso de cicatrización.

Clasificación de Gingivitis; a).- Gingivitis --
Necrosante Ulcerosa (boca de trinchera); b).- Gingivi-
tis estreptococcica y c).- Gingivoestomatitis Viral o Her-
pética

a).- Gingivitis Necrosante Ulcerosa; su princi-
pal causa es el estado de stress, no es contagiosa, em-
pieza necrosando la punta de la papila ulcerándola, esta ul-
cera se infecta por el estreptococo beta hemolítico.

Síntomas; Halitosis debida a la necrosis, sis-
lorrea, adenitis regional sobretodo submaxilar, anorexia,
adineamia, astenia, puede haber temperatura, malestar gene-
ral, siendo el más importante el dolor debido a que las -
terminaciones nerviosas quedan expuestas.

b).-Gingivitis Estreptococcica.- Esta enferme-
dad es sumamente contagiosa, su diagnóstico es a través -
de pruebas de laboratorio, en esta enfermedad únicamente-

hay enrojecimiento causado por el estreptococo beta hemolítico. Esta enfermedad se inicia en la punta de la papila; ataca preferentemente a los niños.

Síntomas; Dolor, halitosis (por falta de higiene, temperatura, sialorrea, adinamia, astenia, adenitis-regional submandibular especialmente.

c).- Gingivostomatitis Viral o Herpética; es producida por el herpes simple, se observa una ampolla rodeada por zona eritematosa, es contagiosa, ataca con frecuencia a los niños y a las mujeres durante la menstruación, se presenta con frecuencia en estados febriles, --- gripas, en carencias vitamínicas; su período de incubación es de seis a catorce días. Esta enfermedad se puede encontrar en labios, carrillos, mucosa, lengua, y piso de la boca.

Síntomas; Bastante doloroso.

En las gingivitis los factores pueden ser loca-

les y generales. Los factores locales son; acumulación bacteriana, formación de cálculo, restauraciones insuficientes o inadecuadas ; los generales son; endocrinopatías, trastornos nutritivos y las discracias sanguíneas que --- pueden manifestarse en forma de trastornos gingivales, -- también el parodonto se puede ver afectado por enfermedades generales como; diabetes, carencias nutricionales, -- trastornos gastrointestinales, alergias, administración de fármacos como la dilantina sódica produciendo hiperplasia fibrosa.

En la gingivitis se puede encontrar mayor profundidad del intersticio.

Irritantes Gingivales.- Depósitos calcáreos, -- placa de mucina, bacterias, materia alba, impacto de alimentos marginal y proximal, irritaciones por restauraciones defectuosas, respiración bucal, higiene inadecuada, cepillado defectuoso, hábitos dañinos. El cálculo dental es

el irritante más destacado que se deposita en los tejidos duros y se adhiere en la porción cervical.

Parodontitis. - Es una enfermedad crónica que generalmente es posterior a la gingivitis; no obstante, pueden faltar las manifestaciones clínicas de la inflamación gingival; el proceso inflamatorio progresa en sentido apical hasta afectar al hueso alveolar con migración apical de la adherencia epitelial profundizándose el intersticio denominándose bolsa parodontal; se observa resorción de las crestas alveolares y el signo más importante es la movilidad dentaria.

Síntomas: Indolora, el sangrado y exudado venen en relación directa al grado de ulceración que se presenta en el epitelio del intersticio.

Los factores irritantes son los mismos que en la gingivitis y esta enfermedad puede producirse alrededor de toda la dentadura o en parte de ella.

Factores Psicosomáticos.- son de gran importancia en las manifestaciones parodontales, principalmente la ansiedad y problemas emocionales.

Bolsas Parodontales.- Se forman por la retracción de la encía del diente (por desaparición de fibras gingivales), se encuentran soluciones de continuidad en el epitelio del intersticio y zonas de ulceración que exponen el tejido conjuntivo subepitelial a la acción de saliva y --- flora bucal; siendo por lo tanto profundizaciones del intersticio, mayor de 3 mm.

Las bolsas se pueden clasificar considerando las posiciones relativas del ligamento epitelial, el borde gingival y de la cresta del hueso alveolar;

I.- Bolsas supraóseas.- a).- Gingival y b).- Peridontal.

II.- Bolsas Infraóseas.- a).- Con una pared ósea b).- Con dos paredes óseas, c).- con tres paredes óseas, -

d).- combinación de una, dos o tres paredes.

I.- Bolsa supraósea es cuando su base está en si tuación coronal con respecto a la cresta del hueso subya-- cente. Puede formarse por movimiento coronal del borde gin gival producido por la tumefacción (bolsa gingival); o por la proliferación apical y desinserción subsiguiente del li gamento epitelial (bolsa periodontal).

II.- Bolsa Infraósea tiene su base en posición - apical con respecto a la cresta ósea, estas bolsas pueden- rodear cuatro paredes óseas o menos de cuatro.

Frenillos.- El frenillo labial inferior puede pra sentar anomalías y ser el factor etiológico en la for mación de una bolsa, cuando la pared del tejido blando es- el punto terminal de su inserción. En este caso el movi--- miento de los labios durante la masticación y fonación ha- ce que la boca de la bolsa se convierta en un embudo que - atropa detritos alimenticios, llevándolos hacia el fondo.-

También la inserción marginal del frenillo obra como un --
obstáculo a la correcta colocación del cepillo de dientes,
evitando la limpieza de esta región, todos estos factores--
hacen que la inserción alta del frenillo sea un problema -
serio cuando se complica con bolsa paradental. El frenillo
labial superior se puede encontrar un problema distinto al
del inferior. El vestíbulo es profundo y hay una encía in-
sertada ancha.

C A P I T U L O V

T E R A P E U T I C A P A R O D O N T A L

Los principales objetivos de la Terapéutica pero
dental son la eliminación o detención del proceso morboso-
suprimiendo los factores etiológicos; la supresión de las-
bolsas y la creación de un surco gingival de profundidad -
mínima (lo más mínima a 0 posible); y la restauración de
una anatomía fisiológica ósea y gingival.

SUPRESIÓN DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS., elimina-
ción de bolsas.- Los factores etiológicos pueden ser loca-
les y generales, pero se ha comprobado que la placa bacte-
riana es el factor etiológico más importante para provocar
una enfermedad parodontal inflamatoria,

Las bolsas parodontales deben de ser erradica---
das totalmente para tener un resultado favorable, pues ésa
ayuda al desarrollo de la placa bacteriana y solo elimi-
nándole se evita la acumulación de placa. Cuando la encía-
está sana y sus bordes son afilados y adheridos a la super-
ficie del diente, el borde es festoneado con las papilas -

interproximales a nivel más coronal que en las caras vestibular y lingual.

Los alimentos y residuos son desviados naturalmente por encima de la región marginal y la acción limpiadora de los labios, mejillas y lengua ayudan a la prevención de acumulación de placa bacteriana.

Tipos de terapéutica.- El tratamiento eficaz del paciente individual se eligen y combinan formas de tratamientos conservadoras y complejas destinadas a lograr los objetivos clínicos discutidos.

Tratamientos a utilizar en casos de enfermedad crónica moderada.

TERAPEUTICA INICIAL.- a).- Régimen de Higiene Oral; b) Raspado y escariado de la raíz; c).- ajuste Oclusal aproximado; d).- movilización menor; e).- enferuleamiento temporal; f).- Revaluación antes de proseguir el tratamiento.

TERAPEUTICA COADYUVANTE.- a).- Extracciones; ---

b).- Correcciones restauradoras.

CIRUGIA PERIODONTAL.-[Bolsas supraóseas]. a).- -

Raspado del tejido blando; b).- Gingivoplastia; c).- Gin--

givectomia; d).- Frenectomia.

Terapéutica Inicial.- Todos nuestros tratamientos

iniciales llevan como fin la supresión de las causas de i-

rrritación del parodonto y establecer condiciones favore---

bles para la reparación natural; tras la terminación de --

las fases preliminares de la terapéutica cada paciente de-

be ser evaluado antes de iniciar otros procedimientos. Una

simple infección visual puede manifestarnos algunos cam---

bios de color, forma, consistencia de los tejidos blandos,

no obstante hay otros como la disminución de la profundi--

dad de la bolsa, movilidad dentaria que solo pueden deter-

minarse mediante una exploración cuidadosa comparable a la

realizada al iniciar nuestro tratamiento.

TERAPEUTICA COADYUVANTE. Extracciones; lo ideal-- sería que las realizáramos previas al tratamiento, ya que - pueden contribuir estos dientes a los progresos de la enfer- medad, o crear un obstáculo cuando se hacen maniobras tera- péuticas; en algunos casos es mejor hacer la extracción du- rante algun tratamiento quirúrgico, teniendo la ventaja de- observar el diente dudoso después de abrir el área y el pa- ciente sabe que esa decisión fué tomada después de agotar - todas las medidas conservadoras, hay ocasiones que los ---- dientes dudosos responden a la terapéutica inicial, y con-- servarse indefinidamente. En ningún caso debemos realizar - extracción sin haber evaluado todos los dientes del arco -- dent . con independencia del estado del diente se considera su importancia y su posible contribución al éxito del trata- miento restaurador.

Corrección de restauraciones.- Una vez eliminados los depósitos del cálculo deben corregirse los defectos que existen en las restauraciones anteriores que actúan como i-

irritantes adicionales; estas anomalías pueden ser causa de irritaciones gingivales ya que permiten la retención de alimento y residuos ayudando al medio de los microorganismos o lesiones histicas por traumatismo mecánico.

CIRUGIA PARODONTAL. Con frecuencia la supresión de factores etiológicos causan la autorreparación natural y evitamos proseguir el tratamiento, si la enfermedad ha progresado hasta el punto en que la autorreparación no es posible, la disminución de la inflamación producida por las medidas preliminares facilita las intervenciones quirúrgicas en las siguientes fases terapéuticas.

CUIDADOS DE MANTENIMIENTO.- Como la enfermedad parodontal en la mayoría de los casos es una afección crónica estos cuidados deben mantenerse para que los factores causantes no sigan afectando al parodonto. La placa bacteriana que no es erradicada de su área de acumulación produce sales de calcio en la matriz bacteriana y se forma un cálculo, re

construyéndose el factor local responsable de la iniciación del proceso morbosó y comienza nuevamente la desintegración parodontal.

El paciente es responsable de eliminar diariamente la placa bacteriana, pero el terapeuta está obligado a enseñarle por qué y cómo se han de limpiar los dientes y a fijar una pauta de revisiones periódicas para verificar los efectos del tratamiento.

La primera cita de revisión se ha de fijar para una fecha no más tarde de tres meses después de terminar el tratamiento activo. Entre las operaciones que se efectúan en esta sesión son; Historia Clínica y Dental del período transcurrido; inspección y palpación de los tejidos orales blandos; análisis de la oclusión; exámen para descubrir caries; sondeo de la profundidad del surco, llevándose a cabo sin tener en cuenta la ficha previa con el fin de hacer un juicio objetivo. El período entre dos sesiones puede ser --

desde dos meses hasta un máximo de seis cuando el paciente ha mantenido una higiene oral buena.

TRATAMIENTO DE LAS AFECIONES PARODONTALES AGUDAS

Cuando es necesario tratar a pacientes con afecciones agudas, debemos primero, calmar el dolor.

TERAPEUTICA INICIAL; TECNICAS ILUSTRATIVAS.

a).- Régimen de Higiene Oral; se puede ilustrar al paciente sobre los métodos de higiene oral antes o después del escarado. El régimen de higiene oral recomendado, al control de la flora microbiana está encaminado; son factores considerados primordialmente en la aparición de la enfermedad parodontal (residuos orales, cálculos, y flora microbiana).

Ustillaje; los cuidados higiénicos necesarios se limiten al mínimo para conseguir una eliminación bacteriana lo más rápida, eficaz y atraumática posible. El utillaje se

límita a: a).- tabletas reveladoras, b).- cepillo nylon ---
sueve o duro y c).- hilo dental sin cera.

Presentación al paciente. Al exponer el programa de higiene oral al paciente hay que estimularlo para que -- realice las técnicas enseñadas.

Primera Sesión del Tratamiento.- Se indica al paciente qué es la enfermedad parodontal, por medio de diagramas de un parodonto sano y uno enfermo. Luego, con sonda parodontal se le muestra su estado de salud y se le explica el papel de las bacterias ya que las enfermedades parodontales obedecen a la acción de productos bacterianos sobre las estructuras del soporte del diente. Se da al paciente la -- pastilla reveladora que la mastique aproximadamente un minuto y después vemos la placa teñida. Con anterioridad se aconseja al paciente que use una tableta cada noche antes -- del cepillado y una segunda después para comprobar el resultado.

SEGUNDA SESION.- Antes de iniciar esta sesión usamos una tableta reveladora para evaluar el nivel de higiene bucal conseguido. Después indicamos la técnica de cepillado.

TERCERA SESIÓN.- No debemos enseñar el uso de la sonda hasta que el paciente haya demostrado su aprovechamiento en el uso de las pastillas reveladoras y el cepillo. La sonda dental encerrada tiene varios inconvenientes; puede producir dolor en las áreas de contacto debido al grosor.

PROFILAXIS; Es la eliminación de cálculos salivales tanto supra como subgingivales.

Instrumental.- Cíncel, azada, hoz, cureta.

Cíncel; Útil para la eliminación del tártaro supragingival voluminoso desde vestibular por el nicho interproximal seleccionando una gran capa de garro lateral, colocando el borde de la hoja contra la pared proximal del diente, empujando con fuerza hacia la superficie del diente en-

dirección bucolingual, se retira el cincel y se invierte pa
ra aplicarlo en la cara proximal del diente adyacente en el
mismo espacio interproximal.

Azada; es un instrumento de tracción que usamos par
ticularmente en las caras bucal y lingual del diente, sien-
do necesario el apoyo digital firme. Es excelente para rom-
per la continuidad de la circunferencia del tártaro que ro-
dea al diente, facilitando la remoción de los islotes rema-
nentes y de sarro en la profundidad de las bolsas parodonta
les.

Hoz; tartréctomo, básico en la tartractomía coro-
naria complementando a la azada, esencialmente elimina sa-
rro interproximal, se limita a la eliminación supragingival-
y nunca en la profundidad de una bolsa.

Cureta; Forma de cucharilla, instrumento parodon-
tal básico utilizado en movimientos de tracción y empuje se
gún el ángulo de la hoja. Se puede utilizar para alisar raí

ces, pero su principal función es la tartrectomía.

Pulido Coronal; después de la tartrectomía se pulie la superficie de los dientes ya sea con cepillos o conos de hule con pasta pómx, correctores de sabor y agua con lo cual eliminamos la capa de mucina y los depósitos menores de pigmentación.

Uso de la solución reveladora antes de la profilaxis.- Esta práctica ayuda a teatralizar al paciente a la ineficacia de sus esfuerzos y revela al profesional la extensión de los depósitos mucinógenos y calcáreos.

Curetaje; es una técnica de limpieza de la superficie radicular y comprende la remoción del tártaro subgingival en variadas cantidades. Es el método ideal para la remoción de los irritantes locales, adema y éxtasis circulatorio; puede lograr la eliminación de la bolsa por contracción de la encía edematosa, tiene poco o ningún efecto sobre la encía fibrolítica.

Técnica: Sostener el instrumento entre el pulgar, índice y medio, se buscará siempre un apoyo adicional a la mano y se colocará al borde activo de la hoja contra la superficie del diente, buscando un saliente de la capa de tántaro removiéndolo con movimiento corto y enérgico dejando una superficie lisa. La sangría mínima durante la instrumentación será beneficiosa al eliminar más rápidamente la óxtasis circulatoria.

TECNICAS DE CEPILLADO.- a).- Stillman, b).- Stillman modificada, c).- Cartess, d).- Fisiológica.

a).- Stillman; es uno de los métodos más usados; el paciente debe colocarse frente al espejo y sus dientes en posición de borde, las cerdas descansando en parte de la encía y parte en la porción cervical de los dientes; se presiona con ellas sobre el margen gingival, hasta producir -- hisquemie. Se dirige el cepillo hacia incisal u oclusal en todos los dientes, por lo menos seis veces. Las cras masti

ectorias en forma circular, las caras linguales se cepillan barriendo los dientes.

b).- Stillman modificada; la única diferencia de ésta es que el movimiento de barrido empieza en la encía insertada y se continúa en la encía marginal.

c).- Chartess; el cepillo deberá colocarse en ángulo recto con respecto al eje longitudinal del diente con las cerdas en los espacios interproximales sin tocar la encía, ahí se harán movimientos para que los lados de las cerdas entren en contacto en el margen gingival.

d).- Fisiológica; se hace siguiendo el trayecto -- que sigue el bolo alimenticio, se utiliza el cepillo con -- cerdas de la misma longitud del tamaño mediano, el paciente sostiene el mango del cepillo en posición horizontal y las cerdas se dirigen en ángulo hacia los dientes y se hacen movimientos suaves de arriba hacia abajo.

Pelillo de dientes de forma fisiológica; son pelillos de madera de balsa y forma triangular, terminan en pun

ta y se usan después de cada alimento con bastante cuidado, colocándolos en los espacios interdentaes, el movimiento de saeja resíduo de alimentos y da masaje a la encía.

Capillo automático; existen varios tipos, uno de ellos mueve las cordas de adelante hacia atrás y otro provoca un movimiento en arco. Se ha observado que con este tipo de cepillado mejora la higiene bucal reduciéndose las hemorragias provocadas, aunque no es muy eficaz para remover -- restos alimenticios por lo que es necesario combinar el uso de los dos tipos de cepillo.

6).- Raspado y escurado de las raíces.- La eliminación del cálculo suele comenzarse en la primera sesión de tratamiento después de discutir con el paciente la enfermedad parodontal y de presentarle el programa de higiene oral. La primera operación será el escurado supra y subgingival, con el objeto de quitar la mayor cantidad posible de cálculo en el menor tiempo. En sesiones siguientes se lleva a ca

bo el alisado o curetaje de las raíces. Esta está encomendada a la exploración meticulosa de las raíces con el fin de eliminar los depósitos restantes y alisar y pulir las superficies. El esariado debe realizarse por cuadrantes. El curetaje puede requerir varias sesiones según la extensión -- del depósito presente. Está demostrado que existen restos -- de material calcificado en algunas biopsias y se clasifican como restos y fragmentos de cálculo que han sido empujados al interior de los tejidos blandos durante el raspado, por lo que es necesario practicar una irrigación continua en el área de la operación.

Tambien, se ha observado que se producen con mucha frecuencia cortes y desgarrros de tejido conjuntivo en la base de la bolsa con subsiguiente pérdida del esmalte de fijación originada por la proliferación epitelial hacia la profundidad de la lesión traumática.

La técnica más recomendable es insertar con pre--

caución los instrumentos hasta la base de la bolsa y ejecutar movimientos rápidos breves en dirección coronal; usando movimiento de tracción se evitan las lesiones de los tejidos y los fragmentos de los cálculos no se hacen penetrar a presión en los tejidos blandos. La medicación preoperatoria más adecuada son barbitúricos de corta acción, como el pentobarbital o secobarbital. La mafenisina y el meprobonato son menos adecuadas; la mafenisina como preparado sedante -- previene la tensión muscular, el meprobonato es derivado de la mefenisina, en dosis pequeñas es inocuo, no obstante se ha observado que pueden causar hábito. De los diversos medicamentos utilizados, el pentobarbital (Nembutal), y el secobarbital (Seconal), han demostrado ser los más eficaces para calmar la ansiedad en los pacientes aprensivos. La dosis media para adultos tomadas al acostarse, la noche anterior a la cita, es de 150 mg. por vía oral, la dosis es de 50 a 100 mg. media hora antes de la cita.

Medicación Posoperatoria.- En muchos casos el uso de aspirina en forma de dos tabletas de 30 cg, es adecuado en operaciones parodontales sencillas; es recomendable combinarlo con otro analgésico como el sulfato de codeína, una tableta de 30 mg. con dos de aspirina; cada tres o cuatro horas; puede aumentarse la cantidad de codeína a 60 mg. si la dosis inicial no surte efecto. Puede existir efecto secundario después de administrar codeína y es el estreñimiento pero generalmente no aparece hasta que se administran más de 350 mg. diarios. Cuando se precisa de drogas más fuertes pueden prescribirse la mepredina (demerol), en dosis de 50 a 100 mg. o tabletas de metadona de 5 a 10 mg.

Raspado del tejido blando.- Cuando la supresión de la placa bacteriana y de otros factores etiológicos locales no producen reparación de los tejidos parodontales, se debe extirpar el tejido enfermo por medio del curetaje gingival o la gingivectomía. La elección de la técnica se hace

de acuerdo al estado de los tejidos. Si la alteración de los tejidos es inflamatoria (es decir que los tejidos están tumefactos y blandos), cabe lograr el encogimiento y la reducción de las bolsas mediante el debridamiento de la pared interna de la bolsa (curetaje). Si la enfermedad ha progresado más allá de la fase inflamatoria aguda y el tejido blando presenta fibrosis, hay que extirpar toda la pared de la bolsa (gingivectomía).

Fundamentos del raspado del tejido blando.- En el período inflamatorio de la enfermedad periodontal, la infección de los tejidos blandos se caracteriza por la degeneración y ulceración del epitelio (pared interna de la bolsa); el crecimiento, alargamiento de las proyecciones del epitelio papilares que proliferan hacia los tejidos conjuntivos subyacentes; y la degeneración del aparato de fibras gingivales que son substituídas por células inflamatorias. Tras el raspado, la curación produce retracción de toda la masa-

de tejido. Se restaura la integridad del epitelio y las ---
 fibras gingivales. En casos de reinserción de encías en la -
 superficie radicular es un resultado que no es posible ase-
 gurar, por lo tanto no constituya un objetivo realista de -
 la técnica. Desde el punto de vista clínico, la curación se
 manifiesta por la retracción del tejido marginal y el aspec-
 to normal y sano de las encías.

Indicaciones.- La bolsa supraóssea cuya profundi-
 dad varía de ligera a moderada (3 a 6 mm), en la cual la-
 modificación del tejido es inflamatoria, el tratamiento es-
 por raspado de tejido blando con resultados satisfactorios.
 La inflamación se manifiesta por blandura, tumefacción y en-
 rojecimiento de las encías y la alteración de tejido puede-
 manifestarse además por la desaparición de los gránulos y -
 por la retracción y eversión de bordes y papilas. Las modi-
 ficaciones óseas, determinadas por sondaje clínico y confir-
 madas por Rx., deben de ser mínimas o haber dado lugar a u-

na topografía horizontal aceptable. La persistencia de hiperemia, cianosis, y la misma profundidad de la bolsa, después del escariado, indican que es aconsejable proceder al raspado radicular.

Contraindicaciones: La principal contraindicación del curataje es que el tejido se haya vuelto firme y fibroso por el depósito de colágeno como componente de la cicatrización en respuesta a la inflamación crónica, no es de esperar que el tejido fibrótico se retraiga después del raspado, por lo tanto, cuando se observa la fibrosis de la encía, hay que recurrir a algún otro tipo de escisión así también cuando más profunda sea la bolsa menos indicado está al raspado.

C A P I T U L O V I

T E R A P I A L O C A L .

a).- Legrado y detartraje.

Legrado o curetaje; es un procedimiento quirúrgico y se deben tomar todas las precauciones relativas a la esterilidad quirúrgica. En la clínica Integral, basta con una trayectoria esteril con el siguiente equipo;

Syector quirúrgico, jeringa, xilocaína [tónica y solución], espejo, explorador, pinzas de curación, sonda, cucharillas, curetas numeradas, retractores de carrillo y gases estériles.

Método; Antes de realizar el raspado, se complementa el escariado y alisado de las raíces y dejar transcurrir un intervalo para que se normalice el proceso inflamatorio agudo. Se realizará el curetaje si después de tres semanas de la eliminación definitiva del cálculo, no ha desaparecido la inflamación. Se anestesia por infiltración, de vestibular y en cada una de las papilas del área por tratar (la amplitud de la zona, dependerá de la necesidad del pa-

ciente y de la preferencia del operador). Una vez inyectado se inserta la cucharilla a la bolsa con el borde cortante hacia el tejido blando en vez de hacia la superficie radicular; se imprime la cureta con un movimiento alrededor de la pared de la bolsa, se raspa el tejido enfermo, se repiten los movimientos hasta que se extirpa todo el tejido blando, como pasta y la cucharilla se desliza sobre la base de tejido conectivo firme, después del curetaje se oprimen los tejidos marginales contra la superficie radicular y se mantiene en esta posición con torundas de gasa hasta cohibir la hemorragia. Se puede colocar apósito quirúrgico, no siendo muy necesario. En caso de colocarlo, se instruye al paciente para la mantención del apósito por lo menos durante veinticuatro horas. No es necesaria la medicación posoperatoria. Se observa un cambio natable en la primera semana, y deben estar completamente normales los tejidos en cuatro semanas.

b).- Detartraje o tartrectomía; Es una interven--

ción mecánica, que requiere fuerza con los instrumentos manuales, pues se trata de desprender masas fraccionándolas. La utilización de los instrumentos se hace apretando en los espacios interdenterios la lámina de los cinceles con un punto de apoyo firme para no lesionar otras estructuras. El movimiento del cincel es por la rotación del dedo de apoyo de la mano izquierda produciendo un movimiento dirigido; en seguida se introduce la hoz en los espacios interdenterios; finalmente se introduce la azada gruesa para eliminar en las caras linguales y vestibulares.

b).- Gingivectomía, (técnicas).

La gingivectomía es el método de eliminación de las bolsas parodontales, consistente en la remoción de la encía enferma, que forma la pared de la bolsa; sin embargo, consta de dos fases; remoción de encía y raspado y alisamiento radicular (si no se lleva a cabo el raspado no se llega al fin deseado).

La gingivectomía brinda visibilidad y accesibilidad al eliminar la obstrucción del campo operatorio que produce la pared blanda de la bolsa, permitiendo al operador ver los depósitos existentes sobre las superficies radiculares, su fin es no dejar librado solo a la sensación táctil, la localización y eliminación del tártaro. Otro aspecto fundamental es que acelere la curación al eliminar el tejido gingival enfermo.

Indicaciones; bolsas supraóseas profundas, bolsas supraóseas con paredes profundas, agrandamientos gingivales lesiones de bifurcación y trifurcación, abcesos parodontales, cepuchonas pericoronarios, cráteres gingivales interdentarios, bolsas infraóseas.

Preparación previa a la intervención ; eliminación de factores ambientales locales, restauraciones desbordantes, zonas de impactación de alimento, si es necesario, utilizar férula, [en movilidad severa].

Premedicación del paciente.- Es aconsejable la -
premedicación con Nombutal (100 mg.).

Anestesia.- Regional o infiltrativa.

Antes de comenzar la gingivectomía, el operador --
divide la boca en cuadrantes que se operan individualmente,
uno por semana; la selección del primer cuadrante lo deter-
mina la urgencia del tratamiento, aunque es preferible co--
menzar por el cuadrante inferior derecho pues en la mandíbu
la se obtiene anestesia con menor número de inyecciones y -
ser operada con mayor facilidad, la segunda operación, en -
el cuadrante superior derecho, inferior izquierdo, y por úl ,
tímo el superior izquierdo. Se hace generalmente por cua---
drante, pero en casos especiales se opera toda la boca en u
na sesión, requiere de hospitalización y anestesia general.

Método: Una vez lograda la anestesia, se exploran
las bolsas de cada superficie con una sonda parodontal y se
marcan con una pinza marcadora de bolsas. El instrumento se

sostiene con el extremo marcador alineado con el eje longitudinal del diente; el extremo recto se introduce hasta la base de la bolsa y el nivel se marca al unir los extremos de la pinza, produciendo un punto sangrante en la superficie externa, las bolsas se marcan comenzando por la superficie distal del último diente, siguiendo por la superficie vestibular hacia la línea media; se repite esta operación por la superficie lingual. Cada bolsa se marca en varias partes para dibujar su curso sobre cada superficie.

Corte de la encía; puede realizarse con bisturí - parodontal, escalpelo o tijera.

Incisiones continuas o discontinuas; se utilizan según se prefiera. La incisión discontinua se comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector anterior, siguiendo el curso de las bolsas y extendiéndose a encía interdientaria hasta -

el ángulo distovestibular del diente siguiente. La otra incisión se comienza ahí donde la anterior cruza el espacio interdentario y se lleva hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. Estas incisiones se repiten hasta alcanzar la línea media.

Incisión continua; se comienza en la superficie vestibular del último diente y se lleva hacia el sector anterior sin interrupción, siguiendo el curso de las bolsas hasta la línea media. Se repite el proceso en la superficie lingual, para evitar los vasos y nervios del conducto incisivo y establecer un mejor contorno gingival posoperatorio. Las incisiones se hacen a los lados de la papila incisiva no en sentido horizontal a través de ella.

Incisión distal; es la que une las incisiones vestibular y lingual y se hace en la superficie más distal.

Forma de hacer la incisión; Se realiza por apical a los puntos que marcan el curso de las bolsas, entre la ba

se de la bolsa y la cresta del hueso. Debe estar lo más cercana posible del hueso sin exponerlo, para eliminar el tejido blando coronario del hueso. La eliminación del tejido blando que está entre el fondo de la bolsa es importante porque brinda posibilidad de eliminar la totalidad de la adherencia epitelial, asegura la exposición de todos los depósitos radiculares del fondo de la bolsa, elimina el tejido fibroso que interfiere en el contorno fisiológico cuando la encía cicatriza, esto evita la necesidad de una segunda operación para modelar encía y no es conveniente exponer hueso, si ocurre, la cicatrización es problemática; la incisión se bisela con un ángulo de 45° , con la superficie dentaria. Al eliminar la pared de la bolsa, se observa tejido de granulación de aspecto granular, cálculo que se extiende hasta donde estaba insertada la bolsa, zona clara semejante a una banda sobre la raíz donde se encontraba la bolsa. El tejido de granulación se elimina antes de comenzar el tejido de --

granulación se elimina antes de comenzar el raspado minucioso para que la hemorragia que proviene del tejido de granulación no entorpezca la operación. Para este propósito se utilizan curetas introduciéndolas por la superficie dentaria y por debajo del tejido de granulación para separarlo del hueso subyacente. La eliminación de el tejido de granulación dejará al descubierto a la superficie del hueso subyacente o una capa de tejido fibroso que lo cubra, se elimina el cálculo y el cemento necrótico y se alisa la superficie radicular con raspadores superficiales y profundos, curetas. Después de retirar el tejido de granulación se raspan y alisan las raíces, de lo que depende el éxito de la gingivectomía. El hueso alveolar se remodela en el tratamiento de determinadas clases de bolsas infraóseas, pero en las supraóseas no.

Gingivectomía-gingivectomía [Técnica de Dehlsen-bain].- Esta técnica se realiza haciendo la incisión inicial en forma horizontal en la base marcada de las bolsas,-

lo cual evita los problemas acerca del punto en que hay que penetrar en el tejido y acerca del ángulo necesario para alcanzar el fondo de la bolsa; otra ventaja es la oportunidad que proporciona de completar la exploración de la morfología del hueso antes de hacer el bisel en el tejido blando, - esto elimina que el operador exponga el hueso inadvertidamente mientras corta el bisel.

Las dos técnicas quirúrgicas que han sido usadas en la evolución de la terapia parodontal son la gingivectomía y la operación de colgajo. La operación de colgajo se utiliza para poder exponer el hueso y modificar su contorno.

Gingivoplastia.- Es una técnica de cirugía plástica para obtener una forma fisiológica a la encía marginal e insertada. La enfermedad gingival y parodontal con frecuencia produce deformaciones en la encía, que entorpece la excursión normal de los alimentos, grutas gingivales, cráteres, papilas interdenciales en forma de meseta causadas por-

gingivitis ulceronecrotizante aguda, por lo general se realiza como segunda operación.

Indicaciones.- Se realiza como procedimiento complementario cuando el remodelado se incluye en el tratamiento incisal o cuando la cicatrización produce enormalidades gingivales. Se puede realizar con bisturí paradontal, escapelo, piedras rotatorias de diamante de grano grueso o electrocirugía. Se compone de procedimientos que se asemejan a los realizados en el festoneado de dentaduras artificiales afinamientos del margen gingival festoneado; creación de un contorno marginal festoneado y adelgazamiento de la encía insertada con creación de surcos interdenciales verticales y remodelado de la papila interdenteria para proporcionar vías de escape a los alimentos.

Instrumental; Para la gingivectomía y gingivoplastia usamos; eyector quirúrgico, jeringa para aspiración con agujer corta, xilocaína, espejo, explorador, pinza para algo

don, sonda paradental, bisturíes, cucharillas, pinzas de tejido, tijeras dentarias, torundas de gasa, cura paradental, espátula y loceta, fresas para festonear, retractores de carrillo y en ocasiones aguja e hilo para sutura, porta aguja, agua bidestilada o suero fisiológico.

c).- Frenectomía (técnica).

Existen varias técnicas de frenectomías, pero -- las usadas en Clínica Integral, fueron solamente tres; Mead Guralnick y técnica simple.

a).- Mead; en esta técnica se toma el frenillo -- en sus dos inserciones con pinzas hemostáticas, circunscribiendo el frenillo en sus dos inserciones y se realiza una incisión por dentro de las pinzas.

Guralnick; aquí realizamos dos incisiones convergentes en la encía adherida, se despegó el frenillo y se h con dos incisiones en la cara interna del labio.

c).- Técnica simple de frenectomía; después de l

yectar la anestesia por infiltración se hace una incisión horizontal recta con bisturí, a través del frenillo y del periostio subyacente. generalmente a nivel de la unión mucogingival, la incisión se ha de extender hasta abarcar al menos la anchura de un diente a cada lado del defecto. Para asegurar la eliminación completa de las fibras profundas -- del frenillo se separa el periostio del hueso raspando el área con el bisturí de gingivectomía. Se raspan y alisan las superficies radiculares y ésto produce un recubrimiento posoperatorio mayor de la superficie radicular por encía fija madura.

En las tres técnicas suturamos y colocamos apósito quirúrgico de una a tres semanas, con revisión semanal. Pueden combinarse la frenectomía y gingivectomía; llevándose a cabo la frenectomía antes de poner el apósito quirúrgico.

Instrumental.- Es el mismo que para una gingivac-

tomía. Para diagnosticar una anomalía del frenillo, basta traccionar el labio y se observa en esa región una zona blanqueza, el frenillo ejerce acción desfavorable cada vez que el paciente mueva los labios durante la fonación o masticación, es cuando está indicada la frenectomía.

d).- Cirugía mucogingival.- está indicada cuando la encía tiene el ancho indicado, sin embargo, en algunos casos la encía es demasiado estrecha. Las bolsas paradontales se extienden por debajo de la línea mucogingival; en tales casos se hace un intento para ensanchar la zona de la adherencia gingival.

Técnica de colgajo.- El diagnóstico del absceso paradontal se hace mediante sondeo clínico, pruebas de vitalidad y Rx; se alivia el estado inflamatorio agudo mediante el desagüe del absceso antes de efectuar el colgajo; se administra anestesia local en el vestíbulo y caras laterales del absceso. Se desprende un colgajo mucoperiostico median-

te bisturí, al menos a un diente del absceso en las caras -
mesial y distal; con el mismo se cortan las papilas inter--
dentales y se despegan el colgajo con elevador de periostio,
se raspan las superficies radiculares con curetas, extirpán--
dose el tejido inflamatorio crónico de la pared interna del
colgajo, recortando con tijeras parodontales dentadas. Se -
reponen el colgajo, se sutura en su posición original con o--
guja curva atraumática y seda de tres o cuatro zeros, se cu--
bre el área con apósito parodontal retirándose a los cinco--
días al igual que las suturas; si es necesario se aplica un
nuevo apósito por otro período similar.

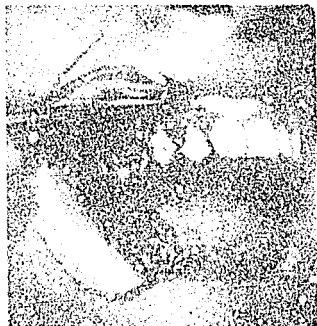
En la Clínica Integral, durante el segundo semestre del año de 1975, se realizó una Plastia con legrado. -
Esta intervención la realizaron; el C.D. Filiberto Enríquez Habib, Periodoncista; C.D. Federico H. Barceló S. Profesor de Clínica Integral; participando también Ma. del Carmen P. Márquez Alvarado y Gloria Rocío Reyes Ruiz.

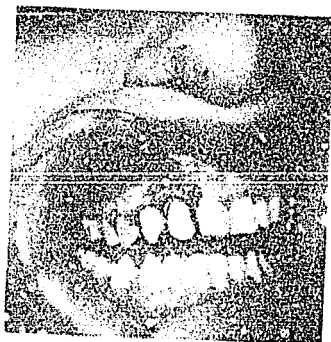
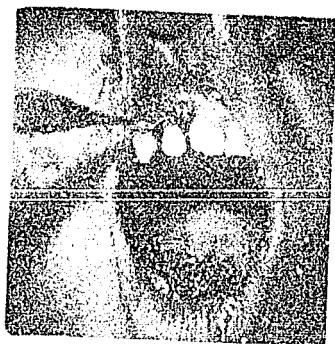
Etiología: Sarro y traumatismo.

El paciente presentaba oclusión clase III, falta de función en 12, movilidad, tejido fibroso, bolsas paradontales, en las cuales no se pudo determinar la profundidad.

Una vez terminada la intervención, fué preciso suturar de paletino a vestibular para dar forma entre la cara distal del lateral y cara mesial de canino.







C A P I T U L O V I I

T E R A P E U T I C A F U N C I O N A L

a).- Oclusión.- Los factores locales se consideran irritantes locales sumados a traumatismos oclusales; en caso de que los pacientes presenten traumas oclusales es necesario realizar un ajuste oclusal debido a que la agresión de los tejidos causada por una fuerza oclusal desfavorable, es reversible.

Las distribuciones anormales de fuerzas fisiológicas normales, de fuerzas excesivas, de distribuciones anormales en el parodonto, producirán patologías a nivel de las fibras de anclaje del diente y parodonto.

La etiología de la oclusión traumática es; desequilibrios neuromusculares iniciales, maloclusión, disarmonía oclusoarticular, hábito de masticación unilateral, pérdida de dientes, pérdida de cantidad de soporte parodóntico, caries dentaria, restauraciones dentarias deficientes, mala ortoduncia, amoldos defectuosos, manías, desplazamiento dentario, fracturas y resecciones mandibulares y macrodon-

cia relativa.

El traumatismo oclusal lo podemos determinar radiográficamente por diversos signos como son el ensanchamiento del espacio del ligamento parodontal, pérdida de lámina dura, lágrimas de cemento, fractura de la raíz, resorción de la raíz o hipercementosis; pueden existir festones, movilidad, migración dentaria, bolsas infraóseas, etc.

b).- Equilibrio Oclusal. Es una de las fases preliminares en la terapéutica, se puede realizar por simple tallado o bien por restauración de las piezas dentarias. Para el reconocimiento y la corrección de las interferencias oclusales hay que tener en cuenta la fisiología del movimiento mandibular. Las interferencias laterales de balance, afectan principalmente a los molares. Para decidir el punto donde hemos de tallar deben de observarse las cúspides (las cuales nunca deben de tallarse), y debemos crear vías de sa (surcos distobucales en dientes inferiores o mesiolingua-

les en los superiores). Si las cúspides vestibulares inferiores no tienen corrección, la realizamos en las antagonistas. Las interferencias del lado de trabajo son menos importantes. Debemos eliminar las interferencias protusivas y retrusivas.

Complicaciones oclusales; las principales complicaciones son movilidad y dolor de los dientes, músculos y articulaciones temporomandibulares.

c).- Ortodoncia.- La movilización dental ortodóntica es auxiliar en la terapéutica periodontal, este tratamiento puede ser realizado por periodoncistas o rehabilitadores bucales cuando dichos tratamientos son menores. Considerando la posición relativa diente-encía, es considerable toda malposición como factor etiológico de las periodontopatías. Para cualquier tratamiento ortodóntico debemos considerar;

a).- El factor etiológico que implica la malposición debe ser eliminado o neutralizado a toda terapéutica ortodóntica.

b).- Los fenómenos inflamatorios deben ser dominados previamente por un logrado-tartrectomía cuidadoso.

c).- El plan de tratamiento ortodóntico debe elegirse de forma que no conduzca a una situación de relaciones oclusales incompatibles.

d).- La contención ortodonticoperodontológica debe ser prevista y realizada después de extraer el dispositivo mecanicortodóntico.

En parodontología son muy usadas técnicas como Li de-Berliner, los espacios interproximales están rellenos por lazos reunidos de los espacios interproximales, lo cual es nocivo a la higiene oral.

Los dispositivos móviles son muy prácticos pero traumatizan los bordes gingivales y necesitan que el paciente sea cooperador y se pueda controlar el tratamiento.

Para realizar el tratamiento ortodóntico hay que tomar en cuenta el problema que hay que resolver, el pronóstico

tico parodonta, cooperación del paciente y el tratamiento -

gingival durante el enderezamiento.

C A P I T U L O V I I I

T E R A P E U T I C A G E N E R A L .

Con el fin de cuidar los detalles clínicos de la terapéutica general, nos debemos ocupar de la tención del paciente como individuo. Tanto el operador como el paciente, deben cooperar, para evitar complicaciones, si el paciente realiza todas las indicaciones del profesionista.

Después de realizar una historia clínica tomando en cuenta la etiología, agentes locales, coadyuvantes, etc realizaremos un estudio para evitar complicaciones en la terapéutica que comprende; a).-preparación preoperatoria del paciente, b).-Premedicación, c).-Anestesia local, d).-reacciones alérgicas, e).-historia de las lesiones cardiacas, f).-diabetes, g).-gestación, h).-higiene oral antes del apósito, i).-Aplicación del apósito, j).-Indicaciones posoperatorias, k).-medicación posoperatoria, l).-dolor posoperatorio, m).-hemorragias posoperatorias, n).-curación deficiente ñ).-sensibilidad de las raíces.

a).-Preparación del paciente previa a la inter -

vención.- Antes de iniciar cualquier intervención debemos-
eliminar los factores ambientales, restauraciones desbor--
dantes, zonas de impactación de alimentos y en caso de mo-
vilidad severa, debemos utilizar férulas.

b).- Premedicación; la quimioterapia solamente se
utilizará, en pacientes con antecedentes de fiebre reumáti-
ca, problemas cardiovasculares, diabetes. En caso de pacien-
tes aprensivos, se utilizan los barbitúricos de acción cor-
ta, en dosis de 100 mg. la noche anterior a la intervención,
siendo el barbitúrico principal el nembutal. No obstante --
la premedicación administrada en forma de tabletas o cápsu-
las es útil, mas no siempre debe confiarse en ella pues su
acción depende del tiempo transcurrido desde la última co-
mida, del estado de stress, de la velocidad de absorción -
y de las variaciones individuales en la respuesta a los me-
dicamentos. La inyección endovenosa de hipnótico, es fe--
cil, cómoda, y se obtiene mayor seguridad en los resulta--

dos, la inyección endovenosa lenta de 75 a 125 mg. de secobarbital o pentobarbital sódico antes de administrar el anestésico local, disminuye el temor que la intervención quirúrgica produce en el paciente.

Antes de administrar cualquier medicación debe revisarse la historia clínica del paciente en lo relativo a medicamentos.

c).-Anestesia local; los anestésicos locales mas usados son; carbocaina, dynacaina y xilocaína, tambien utilizamos la anestesia tópica previa a la inyección de la solución anestésica.

d).-Reacciones alérgicas; pueden presentarse reacciones alérgicas a los anestésicos locales que pueden ser benignas o graves, las principales son dermatitis que se caracteriza por la aparición de salpullido y erupción en las zonas en que la droga entra en contacto con los tejidos, en este caso administramos un antihistamínico por vía oral en dosis de 50 mg. y evitamos el uso de la droga cau -

sante.

Puede haber una reacción retardada de la enfermedad, comenzando entre el cuarto y décimo día después de administrar el medicamento, suele haber fiebre, erupción cutánea, urticaria, artralgia, o linfadenopatía, puede hincharse las articulaciones y existir diarrea. El tratamiento es sintomático con aspirina y antihistamínicos.

Otro problema es la reacción anafiláctica, que es una reacción rápida, grave, que origina un shock profundo, - falta de pulso, disminución de la tensión sanguínea y respiración superficial e irregular. Se debe de restablecer la respiración y la circulación. La respiración artificial puede ser con mascarilla o con respiración boca a boca. Para reforzar la circulación se aplica masaje cardíaco, y posiblemente epinefrina, de .3 a .6 mg. por vía endovenosa o intramuscular. En ocasiones se administra el anestésico local con epinefrina, proporcionan una anestesia mas profunda y -

mas prolongada evitando que el dolor provoque una liberación de epinefrina orgánica, ya que ésta tiene un efecto de finido sobre el corazón. En pacientes cardíacos debemos usar no mas .08 mg. de epinefrina; en paciente hipertiroideo que no está sometido a tratamiento médico debemos evitar el uso de este anestésico.

e).-Historia de las lesiones cardíacas.-Los pacientes con una historia de cardiopatía reumática, u otras formas de lesiones cardíacas son susceptibles a lesiones cardíacas y cualquier bacteremia como la producida tras una manipulación de los tejidos orales, por lo que estos tratamientos son peligrosos para estos pacientes. A pacientes con historia de cardiopatías, se les prescribe antibióticos por 2 razones; para prevenir cualquier bacteremia y erradicar cualquier bacteria que pueda desarrollarse en las válvulas cardíacas, con el fin de evitar su colonización que -

causaría una endocarditis.

F).-diabetes.-La diabetes es un trastorno crónico del metabolismo de los carbohidratos, producido por una deficiencia de insulina. Estos pacientes suelen padecer un trastorno secundario a la diabetes de larga duración que se manifiesta en forma de alteraciones parodontales. Los pacientes con abscesos parodontales o gingivales múltiples con historia familiar diabética, puedan ser diabéticos no diagnosticados. Si los resultados de las pruebas son positivos, se ha de remitir al paciente a un médico familiar para que compense el trastorno diabético, antes de instituir la terapéutica parodontal.

g).-Gestación.-La movilidad que se observa a veces durante el último trimestre de la gestación, se cree que es debida a el aumento de relaxina, que es una sustancia que circula en el torrente sanguíneo de grávidas próximas al término del embarazo. Si se ha de realizar cualquier

er técnica quirúrgica, es preferible realizarla en el segundo trimestre.

h).-Aplicación del apósito.-Actualmente se prefieren el cemento de Kirkland, que se compone de polvo y líquido. Se modela la masilla en 2 cilindros de la longitud de el cuadrante tratado, el extremo de un cilindro se dobla en forma de gancho y se adapta alrededor de la superficie distal del último diente desde la superficie vestibular; el resto del cilindro se lleva hacia delante sobre la superficie vestibular, hacia la línea media presionándolo suavemente en posición a lo largo del margen gingival incidido e interproximalmente. El segundo cilindro del cemento se aplica en la superficie lingual, se une en la superficie distal del último diente llevándolo después hacia delante a lo largo del margen gingival, cortar hacia la línea media. Los cilindros se unen en las zonas interproximales mediante ligera presión. Si hay espacio entre diente y diente debe cu-

brirse esta zona con apósito. En pacientes desdentados el apósito se sostiene ayudándonos de una ligadura de hilo dental. Una vez colocado el apósito esperamos 15 minutos para recortar el excedente. El apósito no debe tocar mucosa sana ni llegar a bordes incisales u oclusales.

1).-Higiene oral antes del apósito.-Se debe hacer un control sistemático de la superficie de cada diente por si quedan depósitos adherentes o pequeños fragmentos de tejido. Los fragmentos desprendidos de tártaro en el espacio interproximal retardan la curación y deben ser removidos con curetas. Una vez que se ha controlado el campo se lava con solución antiséptica tibia. No debe aplicarse el apósito quirúrgico hasta que se observa un coagulo bien formado; la hemorragia dificultará la adaptación y el fraguado del cemento. Si la zona se encuentra parcialmente cubierta por un coagulo se elimina limpiando la superficie con una torunda de algodón saturada en agua oxigenada, se mantiene -

bajo presión hasta que la hemorragia se detenga. En casos severos de hemorragia es útil tocar la zona con una punta de electrocauterio.

j).-Indicaciones posoperatorias.-dieta; debe ser semisólida, evitando ingerir alimentos muy calientes, irritantes y grasas.

También debe evitar el paciente ejercicios como tenis, golf, natación, tomar baños de sol, fumar.

El cemento se remueve a la semana, en el borde vestibular a pequeña presión y en los espacios con instrumento cortante de mano, lavando con agua tibia. No se coloca apósito después de una semana; solamente en casos de hipersensibilidad o cicatrización lenta. Cuando se retira el apósito las superficies deben de ser lisas y firmes, esto se logra con tacita de goma, pomex y tiras de pulir.

En casos de hipersensibilidad podemos utilizar desensibilizantes, como pasta de solución acuosa de fluoru-

no de sodio al 2 %; mójese el capillo y llévase a los dientes. En casos de persistencia colocar sobre los dientes pastas de fluoruro de sodio .

k).-Medicación posoperatoria.-En caso de dolor se prescribe 2 tabletas de analgésico, con un promedio de 3 a 4 horas cada dosis.

Puede recetarse penicilina sódica en caso de que se dude cuando hay inflamación, la cuál desaparece al cuarto día, acompañándose de antiinflamatorio. En pacientes con fiebre reumática es indispensable la quimioterapia profiláctica.

l).-Dolor posoperatorio.-Hay que advertir al paciente sobre la posibilidad del dolor posoperatorio y se le prescribirán analgésicos. Una de las causas del dolor puede ser el cambio de posición de la cura o por una exposición del tejido a los alimentos y la lengua. Otra causa puede ser la infección de la herida. En el primer caso se

retira el apósito colocando otro nuevamente; en el segundo-
recurrimos a la terapéutica antibiótica.

m).-Hemorragias posoperatorias.-Suelan aparecer-
en las primeras 8 horas posteriores a la operación. En cuan-
to el paciente acuda a la clínica, debemos quitar el apósito
y lavar el área para determinar el punto exacto de la -
hemorragia. La inyección de un anestésico local con un va-
soconstrictor contribuye a aliviar las molestias y a dete-
ner la hemorragia. En el caso de persistencia, se hace la li-
gadura y una hora después de cohibir la hemorragia se colo-
ca el apósito.

n).-Curación deficiente.-El retraso o las defi-
ciencias de la curación desarrolladas en el tejido de gra-
nulación en las áreas interproximales. Este tejido es de as-
pecto granuloso y color rojo intenso; sangra con facili-
dad pero no es doloroso. Está formado por tejido conjuntivo
proliferativo joven con abundantes células epiteliales pe-

no carece de fibras nerviosas. El tratamiento consiste en -
 recortar con tijeras dentadas, pinzas de tejido blando y -
 cucharillas, sin necesidad de anestésicos pues aún cuando -
 se ha desarrollado la inervación. Y es muy necesaria la --
 cooperación del paciente.

ñ). -Sensibilidad de las raíces. -Cuando la sensi--
 bilidad posoperatoria es muy molesta, se instituyen métodos
 de desensibilización; el que mas resultados ha dado es el -
 de aplicaciones de aceite de oliva caliente, puede ser neces
 sario repetir cada semana; se puede usar tambien pasta de -
 fosfato dicálcico, soluciones y pastas con fluoruro de Na.

C A P I T U L O IX.

C O N C L U S I O N

Y

E V A L U A C I O N C L I N I C A.

En la clínica integral en el período correspon--
dientes el séptimo y octavo semestre del año de 1975, se -
realizaron; a).- Frenilectomías, b).- Profilaxis, c).- Le-
grados, d).- Curetajes, e).- Gingivectomías.

a).- Frenilectomías; cinco, las cuales se reali-
zaron con diferentes técnicas;

Tres se realizaron con la técnica de Mead; en --
dos observamos buenos resultados posoperatorios, hubo bue-
na cooperación de los pacientes; en el tercero, el pacien-
te no cooperó con el tratamiento posoperatorio.

Otra se realizó con la técnica de Guralnick; en-
esta intervención fué satisfactorio el resultado, presen-
tándose algunas complicaciones posoperatorias (inflama-
ción), debido a la falta de cooperación del paciente; pos-
teriormente lo instruímos sobre la necesidad de su coopera-
ción y el tratamiento posoperatorio se normalizó.

La última la realizamos por método simple de frenectomía, hubo bastante buena cooperación del paciente y observamos resultados posoperatorios satisfactorios.

b).-Profilaxia: Ciento noventa y tres en las que después de realizar la tartrectomía se instruyó a los pacientes diversas técnicas para su higiene oral;

Al 50 % se les indicó la técnica de Stillman modificada, observándose buenos resultados en un 98 %, en el otro 2 % algunos no continuaron el tratamiento y otros no siguieron constantemente el tratamiento.

Otro 10 % se les indicó la técnica fisiológica observándose resultados más deficientes.

Un 12 % se realizó con la técnica de Bass, observando resultados similares a la técnica de Stillman modificada.

Un 5 % se realizó con la técnica de Chartess; ésta la consideramos deficiente ya que en ningún caso dió re-

sultados satisfactorios, aún con buena cooperación del paciente.

El 23 % restante se realizó con el método de Stillman no modificado, observándose resultados ligeramente más deficientes en comparación con la técnica de Stillman modificada.

En todos los casos se usó tableta reveladora. En un 50 % se indicó el hilo dental e hidroterapia, y en el otro 50 % palillos y enjuagues observándose mejores resultados en los pacientes que usaron hilo dental e hidroterapia.

En conclusion, es más recomendable la técnica de Stillman modificada y como complemento hilo dental e hidroterapia.

c).- Logrados; treinta y tres completos; quince - únicamente un cuadrante.

Se realizó el 85% con curetas e instrumentos de mano y el 15 % restante con Cavitron (electrocirugía), sien

do necesario complementario con instrumentos manuales. En estos tratamientos se observaron buenos resultados.

Los quince cuadrantes separados que se realizaron fueron con instrumentos de mano, de éstos, cinco pacientes no continuaron tratamiento, por lo que no se puede mencionar el resultado; los diez pacientes que si continuaron el tratamiento, cooperaron bastante y el resultado posoperatorio fué satisfactorio.

d).- Cúretajes; únicamente se realizó uno, y el resultado fué satisfactorio.

e).- Gingivectomías; realizamos siete; de las que cinco se realizaron con la técnica convencional. Sólo una presentó reincidencia por no cooperar el paciente a una buena higiene oral; las otras cuatro no presentaron alteraciones posoperatorias.

Únicamente se realizaron dos con la técnica de Oschsenbein, con buenos resultados debido al control.

Conclusión.- Se utilizan curetas finas en el detartraje y curetaje para que penetren hasta el fondo de la bolsa parodontal y se extirpe el tártaro o tejido de granulación presentes en la bolsa.

La incisión oblicua debe comenzar por encima del punto que indica la profundidad de la bolsa parodontal, -- porque representa la profundidad de la bolsa; si la hacemos en V , ésta no es eliminada por completo. También representa el punto en que ha de practicarse la incisión.

El deslizamiento apical del colgajo, debe realizarse una incisión oblicua inversa a nivel de las bolsas parodontales, hacer un curetaje de todo residuo tisular y suturar sin tensión del colgajo en posición apical.

C A P I T U L O X I

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

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

1.- Las especialidades odontológicas en la práctica -
general.

Alvin L. Morris; Harry M Bohannon.

Cap. VII. Págs 363 a 465.

2.- Periodontología clínica.

Irving Glickman.

2a. Edición: Cap. XLII Págs. 496 a 540.

4a. Edición. Caps. XLI, XLII, XLIII, XLIV, XLVI, y L.

3.- Periodoncia.

Gridman. 4a. edición, síntesis.

4.- Enfermedad periodontal avanzada.

John F. Frichard. 6a. Edición, síntesis.

5.- Histología y embriología.

Ham. 5a. edición. cap. XXIV; págs. 612 a 635.

6.- Parodontología. Nociones fundamentales y problemas prácticos.

Henri- Petit. Primera edición. Cap. IX. Págs. 233, 239
261 y 263.

7.- Importancia de la Odontología Preventiva. Síntesis
de la Facultad de Odontología.

Cap. XX, hojas 1, 2 y 3.

Cap. XXXI, Pág. 1, 2, 3, 4 y 5.

8.- Apuntes sobre conferencia efectuada por el C.O. Fl
liberto Enríquez H. Parodontista.

9.- Apuntes sobre Clínica Integral.

C.O. Pedro González Huerta, C.O. Federico H. Barceló S
y C.O. Manuel García Luna.

10.- Apuntes de Cirugía Maxilo-Facial.

Dr. Jaime Ostria. Cirujano Maxilo-Facial.

11.- Apuntes de Oclusión I y II.

C.O. Rogelio Rey B.

12.- Apuntes de Ortodancia.

Dr. Jorge Salero.

13.- Oclusión.

Ramfjord y Ash. Segunda edición. Cap. IX. Pags. 189

a 200.