

367  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**La Enfermedad Parodontal  
Etiología, Clasificación y Tratamiento**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :  
VASQUEZ VASQUEZ JAVIER

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## I N D I C E

	PAG
<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>CAPITULO I</b>	3
<b>EL PERIODONTO</b>	3
- CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS DE LA ENCIA	6
- CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS DE LA ENCIA	9
- FIBRAS GINGIVALES DEL TEJIDO CONJUNTIVO	10
- SIGNOS CLINICOS DE SALUD PERIODONTAL	16
- DIFERENCIAS HISTOLOGICAS ENTRE ENCIA FIJA Y MUCOSA ALVEOLAR	18
- EL LIGAMENTO PARODONTAL	21
<b>CAPITULO II</b>	24
<b>CLASIFICACION DE LOS PROCESOS DE LA ENFERME DAD PERIODONTAL</b>	26
- ENFERMEDADES INFLAMATORIAS	26
- ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	26

	PAG
<b>CAPITULO III</b>	32
<b>ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL</b>	32
- IMPORTANCIA DE LAS BACTERIAS	32
- CAUSAS DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y - PARODONTAL	34
<b>CAPITULO IV</b>	46
<b>CARACTERISTICAS CLINICAS</b>	46
- INSPECCION PRELIMINAR	46
- HISTORIA CLINICA	47
- METODO DE EXAMEN	47
- PREGUNTAS CLAVES	58
- EXAMEN DENTAL Y PERIODONTAL	60
<b>CAPITULO V</b>	62
<b>DIAGNOSTICO</b>	62
- SIGNOS	62
- SINTOMAS	62

	PAG
<b>CAPITULO VI</b>	71
<b>PRONOSTICO PERIODONTAL</b>	71
<b>TERAPEUTICA INICIAL</b>	82
- CONTROL DE LA PLACA DENTAL MICROBIANA	84
- RASPADO Y PULIDO CORONARIO	85
- CURETAJE GINGIVAL	85
- CURETAJE RADICULAR	86
- REDUCCIONES DE IRRITANTES YATROGENICOS	88
- MOVIMIENTOS DENTALES MENORES	88
- EL FACTOR TEMPORAL EN LA PLANEACION -- DEL TRATAMIENTO	89
- REVALUACION	90
<b>LA FASE QUIRURGICA</b>	92
- EL PLAN DE TRATAMIENTO QUIRURGICO	92
- AJUSTE OCLUSAL DEFINITIVO	111
- LA FASE DE MANTENIMIENTO	111
<b>CONCLUSION</b>	116
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	117

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

El Cirujano Dentista ha podido comprobar en los años de práctica profesional que la mayoría de los pacientes presentan padecimientos de las encías (gingivitis, parodontitis, etc.) y la incidencia de pérdida de dientes, es producida por una periodontitis crónica más que por la presencia de caries. Esta enfermedad es más predominante en los pacientes adultos.

Antes de los 25 a 34 años de edad el factor más importante, etiológicamente de la pérdida de los dientes es la caries dental; sin embargo después de este período, la causa predominante en su mayoría es la enfermedad periodontal. De hecho, un estudio muy bien documentado indica que cuando se consideran las cifras de todas las pérdidas de dientes de los pacientes de todas las edades, la enfermedad periodontal sobrepasa a la caries dental como causa principal de pérdida dentaria.

Otros estudios epidemiológicos nos revelan un porcentaje aún mayor de población afectada por alguna forma de enfermedad periodontal. De especial interés para el práctico general es el hecho de que también la población infantil se ve afectada en cierto grado. Los estudios revelan que aproximadamente el 50% de los niños de nueve a diez años presentan gingivitis y que de 80 a 85% de los adolescentes padecen la enfermedad ante la enorme cantidad de datos epidemiológicos clínicos recogidos, se puede estimar --

que 90 a 95% de la población global presenta alguna manifestación de enfermedad periodontal.

Cuando se haya manifestado la enfermedad periodontal en un grado elevado de inflamación en nuestra función es impedir que avance la enfermedad. Porque dicha inflamación puede ir aumentando y profundizando en los tejidos hasta llegar a la pérdida de la estructura de soporte.

El principal desencadenante de la gingivitis y en general de la enfermedad parodontal, es la placa dentobacteriana; que al calcificarse se convierte en sarro dental.

Nos podemos referir a la gingivitis como enfermedad inflamatoria de la encía. Generalmente la única afectada es la encía marginal, la cual comienza a enrojecer y a aumentar su volumen principal en las papilas volviéndose lisa y brillante. Hay exudado inflamatorio que fluye del crevice a la cavidad oral, que se llama fluido crevicular. Hay sangrado al cepillado, mal sa bor de boca y halitosis.

La obligación del Cirujano Dentista es detener la formación de la placa den tobacteriana y esto se podrá realizar por medio de prevención y del control de placa.

Tomando en consideración que la verdadera meta de todo buen cirujano -- dentista, es la conservación de los dientes, diremos que la parodoncia en conjunto con otras especialidades es y debe ser el futuro de una odontología conservadora.

## C A P I T U L O    N o . I

### EL PERIODONTO

El periodonto también conocido como parodoncio y parodonto, es un conjunto de tejidos de soporte y revestimiento del diente, estos tejidos están comprendidos por: La encía, el ligamento parodontal, cemento radicular y el hueso alveolar. A su vez estos tejidos, proveen un medio de fijación y de suspensión, lo cual permite resistir las fuerzas de la masticación.

El periodonto está constituido por tejidos conectivos duros (cemento y hueso), y tejidos conectivos suaves (ligamento parodontal y la encía), que a su vez se encuentra cubierta por epitelio. Por lo tanto el parodonto se considera como una unidad funcional, ya que el ligamento parodontal y la lámina propia de la encía ayudan a mantener la continuidad entre los tejidos duros y sus componentes.

El parodonto se desarrolla embrionariamente, a partir del ectodermo y del mesodermo. Del primero se forma sólo el epitelio que recubre la encía y - - del segundo todos los otros tejidos: La encía, cemento dental, ligamento parodontal y el hueso alveolar.

Cuando comienza el desarrollo del germen dentario, el tejido que lo rodea se organiza, mostrando un acúmulo de células mesenquimatosas y fibras, que se condensan envolviendo el germen, esta estructura recibe el nombre de

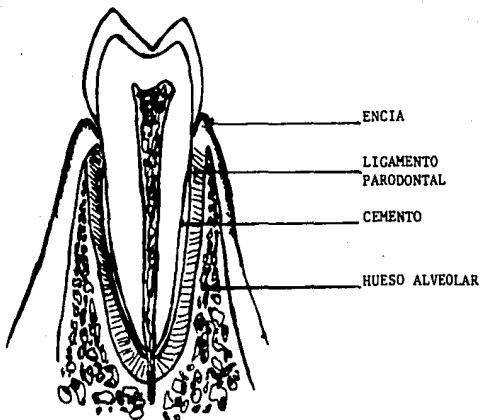


saco dentario.

Conforme evoluciona el germen dental, el saco muestra cierta organización celular. Las células que se encuentran en la parte externa formarán el futuro hueso alveolar. Las de la parte interna serán cementoblastos y formarán el futuro cemento dental y las centrales se diferenciarán en fibroblastos, que formarán el ligamento parodontal, que insertará sus fibras de colágeno en el cemento dental, durante la formación de éste.

Cuando el diente, ya formado principia a hacer erupción el tejido conjuntivo gingival se une al saco dental, fundiendose, con lo que el saco solo - se aprecia en la región radicular desapareciendo en la parte coronaria, - conforme va erupcionando, las fibras, de la porción radicular, se orientan organizandose también sus células hasta formar el ligamento parodontal.

### ESTRUCTURAS QUE FORMA EL LIGAMENTO PARODONTAL



ESTOS TEJIDOS CUANDO ACTUAN CORRECTAMENTE Y EN ARMONIA, LA BOCA PUEDE DE SEMPEÑAR SUS FUNCIONES, MANTENIENDOSE MUTUAMENTE LA INTEGRIDAD DE SUS COM-  
PONENTES, PERO CUANDO APARECEN CAMBIOS PATOLOGICOS, INFLAMATORIOS, DEGENE-  
RATIVOS O DESTRUCTIVOS, APARECE UNA SERIE DE CONDICIONES QUE CONOCEMOS --  
CON EL NOMBRE GENERICO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.

## CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS

### La encía

Es la parte de la mucosa bucal que cubre los procesos alveolares, tanto -- del maxilar como la mandibula rodea y el cuello de los dientes, como si fuera una lámina en forma de cuña que circunscribe al diente.

Anatómicamente la encía se divide en: Encía marginal libre,  
Encía insertada,  
Encía o papila intendentaria.

### Encía libre

Es la parte de la encía que se encuentra adyacente al diente, rodeándolo - en forma de collar, sin insertarse en el, por lo que puede ser rechazada, es de color rosa coral firme y resistente, tiene aproximadamente 1 mm de - ancho y esta separada de la encía insertada por una depresión llamada surco marginal, su cara interna corresponde al epitelio que tapiza el surco -- gingival, el cual es una hendidura de forma triangular que rodea al diente y en su vértice se halla la adherencia epitelial.

La profundidad promedio del surco normal es 1.8 mm. Otros estudios reve lan 2 mm, 1.5 mm y 0.69 mm. Gottlieb consideraba que la profundidad - - ideal del surco es de cero.

La encía insertada tiene el mismo color que la encía marginal, es menos -- elástica, por lo tanto más firme y esta unida al hueso alveolar subyacente; la característica principal es que presenta un puntilleo (aspecto de cáscara de naranjas), este se debe a la interdigitación del tejido conectivo (lámina propia) con el tejido epitelial.

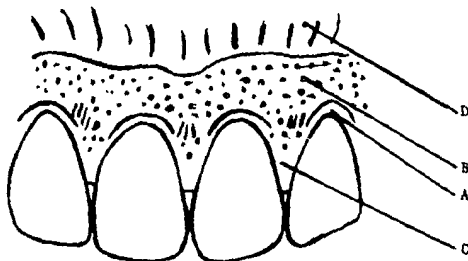
La superficie de la encía adherida presenta una capa queratinizada la cual se relaciona directamente con la salud de la encía, ya que esta desaparece junto con el punteado al presentarse la inflamación gingival. Se ha dicho - que la queratinización de la encía en relación directa con el punteado, sin embargo es posible encontrar encía clínica e histológicamente normales en donde se observa paraqueratosis.

La encía alveolar presenta un color rojo brillante y esto se debe a que no existe queratina y se translucen los vasos sanguíneos. Es muy flexible debido a la gran cantidad de fibras elásticas que tiene y esta separada a la encía insertada por la línea mucogingival, lo cual es muy fácil de localizar.

#### **LA PAPILA INTERDENTARIA**

Se describe como de forma piramidal, pero se divide realmente en dos papilas: Una vestibular y una lingual o palatina, las cuales se unen por una depresión que recibe el nombre de collado o col (paso entre dos montañas) Las papilas se localizan por debajo del punto o área de contacto, y cuando existe separación entre los dientes o hay espacios desdentados no - - existe la papila interdientaria.

**TANTO CLINICA COMO HISTOLOGICAMENTE  
LA ENCIA PUEDE SER DIVIDIDA  
EN TRES PORCIONES DISTINTAS**



- a) ENCIA MARGINAL
- b) ENCIA ADHERIDA
- c) PAPILA INTERDENTARIA
- d) MUCOSA AREOLAR

## CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS

El Tejido Conectivo de la encía cubierto por epitelio escamoso estratificado, se continua con el tejido conectivo del ligamento parodontal. Dicho epitelio desde la parte más alta de la papila hasta la línea mucogingival.

El nombre de epitelio masticatorio o epitelio externo presenta cuatro capas que son:

- A) BASAL
- B) ESPINOSA
- C) GRANULOSAS
- D) QUERATINIZADA

En la capa basal encontramos melanocitos y queratinocitos, estas células tienen forma cuboidal, pero se diferencian en que el melanocito tiene largas prolongaciones citoplasmáticas.

La capa espinosa, ocupa más de la mitad del grosor del epitelio y encontramos en la parte más superficial de esta capa unas células que tiene similitud con los melanocitos, por las prolongaciones citoplasmáticas; estas células tienen forma poligonal y se llaman células de alto nivel o de langerhans.

En la capa granulosa, las células empiezan a aplanarse preparándose para la descamación en el citoplasma de estas células se aprecian gránulos de queratonialina y el núcleo se observa hiperocrómico y contraído.

En la capa queratinizada es donde va a ocurrir la descamación. A la capa basal, y a la parte más profunda del estrato espinoso, se le conoce con el nombre de capas germinativas porque ahí se realiza la mitosis.

## **EL TEJIDO CONJUNTIVO**

Esta ricamente vascularizado, presenta una gran cantidad de fibras de colágeno que hacen posible que la encía se mantenga firmemente en su lugar, soportando los esfuerzos y masticación y uniéndola, tanto al diente como al hueso alveolar. Estas fibras llamadas Fibras Gingivales las que podemos estudiar en 5 grupos:

1. GINGIVO DENTALES
2. TRANSEPTALES
3. FIBRAS CIRCULARES
4. FIBRAS GINGIVO-OSEAS
5. DENTOPERIOSTALES

### **Fibras Gingivo Dentales**

Su inserción en el cemento es inmediatamente por debajo de la adherencia epitelial y por encima de las fibras parodontales.

**FIBRAS DEL TEJIDO CONJUNTIVO.**



**FIBRAS GINGIVODENTALES**



**FIBRAS TRANSEPTALES**



**FIBRAS CIRCULARES**



**FIBRAS GINGIVO-OSEAS**



### **FIBRAS TRANSEPTALES.**

Las cuales se extienden interproximalmente desde el cemento de un diente hasta el cemento del diente adyacente. Pasan por encima de la cresta alveolar sin tocarla, pasan también por abajo de la adherencia epitelial.

### **FIBRAS CIRCULARES**

Se encuentran exclusivamente en el tejido conjuntivo, rodeando el diente - en forma de anillo, lo que hace que la encía marginal se encuentre en íntimo contacto con el diente.

### **FIBRAS GINGIVO OSEAS**

Le dan consistencia a la encía adherida. Son cortas y se implantan, por un lado en el hueso alveolar y por el otro, en el conjuntivo de la encía, - cerca de su unión con el epitelio.

### **FIBRAS DENTOPERIOSTALES**

Se dirigen inmediatamente de la adherencia epitelial, pasan sobre la cresta, le dan vuelta y se insertan en el periostio.

### **APORTE SANGUINEO**

La irrigación de la encía se puede estudiar desde dos puntos de vista:

**MACROSCOPICA y,  
MICROSCOPICAMENTE**

**LA MACROCIRCULACION** de la encía está representada por vasos grandes que proceden de 3 vías diferentes que después de anastomosan entre sí. Este hecho tiene como significado clínico que el sangrado gingival es más abundante que en otros tejidos y que es muy difícil lograr isquemia total en el tejido gingival, por lo que rara vez se observa necrosis isquémica.

Las 3 vías macrocirculatorias son:

1. Vasos supraperiósticos que provienen del fondo del saco vestibular o lingual.
2. Vasos que proceden del ligamento parodontal y que se anastomosan con los de la encía en la procción más alta.
3. Vasos procedentes del hueso alveolar que lo atraviesan en todo lo largo y se anastomosan, con los supraperiósticos, desde el fondo, hasta el vértice de la cresta ósea.

### **LA MICRO-CIRCULACION**

Esta representada por una arteriola que llega a cada papila del tejido conjuntivo, existiendo en cada una de estas papilas un asa capilar y un vénula también; la capa capilar está ricamente representada por multitud de pequeños vasos que unen en todas direcciones las vénulas y las arteriolas, habiendo en cada capilar un esfinter llamado esfinter precapilar lo que favorece que estos vasos reciban alternadamente la corriente sanguínea.

El esfinter precapilar reacciona al mismo tiempo que la zona muscular, reduciendo el flujo sanguíneo se inyectan vasos constrictores en el área.

## **INERVACION**

La inervación de la encía sigue la misma distribución que el aporte sanguíneo. La región interproximal recibe inervación al área de las paredes del surco gingival, de dos fuentes: Una continuación del nervio combinado del ligamento parodontal que termina inmediatamente a la adherencia epitelial, y ramas de los nervios palatinos bucal y labial que terminan en la base del epitelio. La encía libre y la encía adherida se inervan principalmente de los nervios labial, bucal y palatinos todos estos nervios terminan en las papilas de conjuntivo por abajo del epitelio.

## **CUTICULAS DENTARIAS**

Gottlieb y Nasmyth describen dos estructuras que recubren la corona de las piezas dentarias, llamadas cutícula primaria y secundaria.

**Cutícula primaria o del esmalte** y producida por los ameloblastos al terminar la formación adamantina.

**Cutícula secundaria o dentaria.**- Puede estar cubriendo tanto esmalte como cemento, en la corona clínica del diente. Esta formada por células de la adherencia epitelial, firmemente adheridas al diente y queratinizadas.

residuos de la adherencia epitelial que ha migrado apicalmente.

Las dos cutículas pueden permanecer intactas en áreas protegidas pero de saparecen por la abrasión, detartaje, curetaje y pulido de los dientes.

La adherencia epitelial, al migrar apicalmente toda la vida aumenta el tama ño de la corona clínica del diente; esto se define como **Erupción Pasiva**.

El cemento al depositarse continuamente aumenta el tamaño del diente, - - haciéndose migrar oclusalmente. Este proceso se conoce como **Erupción Ac-**  
**tiva** y ambos se conocen como **Erupción continua dentaria**.

## **SIGNOS CLINICOS DE LA SALUD PERIODONTAL:**

La encía sana tiene un color rosa coral porque su opacidad impide que -- sean visibles los capilares subyacentes.

La porción principal, la forma la encía adherida y debido a la acción de en lace de las fibras gruesas del colágeno con el corión gingival, su superficie presenta el aspecto de cáscara de naranja o granada. Posee una cubierta protectora córnea, el estrato córneo, similar al de la piel que -- resiste la agresión de los alimentos bastos y del cepillado demasiado enérgico.

La encía desciende casi verticalmente desde la corona del diente. Esto es un rasgo anatómico esencial de mecanismo de deslizamiento de la masa alimenticia que junto con las secreciones orales ha de asegurar la auto limpieza de la cavidad oral.

El vestíbulo ha de tener la profundidad suficiente para permitir que el alimento pase por encima de la encía fija hasta los fondos de saco vestibulares, de no ser así el alimento podrá quedar detenido en la zona marginal. La mucosa vestibular roja esta separada de la encía por la línea mucogingival ondulada excepto en el paladar duro en la cual no hay una línea precisa de demarcación.

Las variaciones de la forma y tamaño y disposición de los dientes y anomalías del proceso alveolar influyen sobre el perfil gingival. El fino borde -

de la encía marginal normalmente está protegido por el contorno de la corona del diente.

Las fibras circulares del ligamento periodontal mantienen el borde de la encía en estrecho contacto con el diente.

La encía sana no produce exudado y el cepillado no produce sangrado.

## DIFERENCIAS HISTOLOGICAS ENTRE ENCIA FIJA Y MUCOSA ALVEOLAR

La mucosa alveolar, a diferencia de la encía fija esta revestida de una delgada capa de epitelio no queratinizado que descansa sobre la base de tejido conjuntivo que contiene fibras elásticas sueltas y otros elementos celulares. Por eso la mucosa alveolar no esta íntimamente adherida al hueso subyacente y es fácil distinguirla y separarla del periostio.

La encía fija esta bien adaptada para funcionar como tejido marginal capaz de resistir los rigores del paso de los alimentos que rebasan el área marginal, así como los traumas asociados con diversas prácticas de higiene oral. Por el contrario la mucosa alveolar no es capaz de actuar como tejido marginal cuándo falta la encía fija.

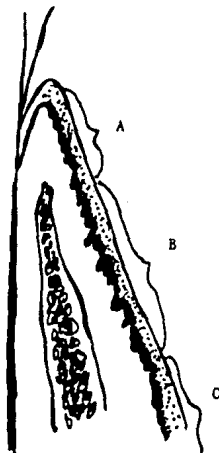
Además de su escasa capacidad para soportar traumas, la mucosa alveolar presenta otra desventaja en comparación con la encía fija. El hecho de que ésta este firmemente unida al diente y al hueso alveolar subyacente por fibras de tejido conjuntivo, crea una resistencia a la tensión sobre el borde gingival lo cual permite que los tejidos marginales permanezcan estrechamente adaptados a la raíz del diente. En realidad las fibras gingivales sanas pueden ser consideradas como una barrera mecánica o biológica a la proliferación apical del ligamento epitelial. Si embargo, la mucosa alveolar carece del elemento fibroso gingival y por ello es menos capaz de resistir la proliferación apical del epitelio. Por esta razón cuándo el tejido alveolar se ve obligado a actuar como tejido marginal, suele producir-

se la separación progresiva del epitelio de la superficie del diente lo cual -  
tiene por consecuencia la exposición de la raíz.

La distinción entre encía adherida y mucosa alveolar es muy importante en el diagnóstico de la enfermedad periodontal y aún lo es más cuando se ha de planear la terapéutica periodontal a seguir. El tipo de tejido presente en el área marginal tiene también sumo interés para el odontólogo que aplica un tratamiento restaurador, ya que la preparación del diente, los procedimientos de impresión, las restauraciones temporales, y los márgenes restaurativos subsiguientes pueden convertirse en nuevas fuentes de irritación del área marginal, con lo cual podrían exacerbar la afección periodontal en caso de faltar la encía fija.



SERRES EN 1817 Y BLACK EN 1920, FUERON LOS PRIMEROS EN REPORTAR UNA - -  
CORRIENTE DE UN FLUIDO GINGIVAL QUE SE ORIGINA EN EL SURCO GINGIVAL Y QUE  
EN MAYOR O MENOR CANTIDAD, PUEDE SER DETECTADO FLUYENDO EN DIRECCION - -  
HACIA LA CAVIDAD ORAL. ESTE FLUIDO PUEDE SER CONSIDERADO AHORA UN EXUDADO  
INFLAMATORIO, YA QUE AUMENTA CONFORME SE INCREMENTA LA INFLAMACION GINGI-  
VAL.



EL CREVICE ESTA LIMITADO POR EL DIENTE Y POR:

- A) LA ENCIA MARGINAL
- B) ENCIA ADHERIDA
- C) MUCOSA AREOLAR

ESTE FLUJO CREVICULAR SE PRODUCE EN EL CONJUNTO DE LA ENCIA Y POR LA DIFE-  
RENCIA DE PRESIONES, EN LA ENCIA Y EL CREVICE, FLUYE HACIA AFUERA POR EL -  
EPITELIO QUE SE FORMA PERMEABLE.

## **LIGAMENTO PARODONTAL**

El ligamento parodontal, es el tejido conectivo suave que se localiza entre el cemento y el hueso alveolar. Este tejido es rico en fibras de colágeno y rodea al diente en su porción radicular y se continua con el conjuntivo de la encía, sin que exista una clara demarcación entre ellos.

El ligamento parodontal actúa como si fuera periostio, tanto del hueso alveolar como cemento dentario, a los que mantiene en continua reformación.

El ligamento mantiene suspendido al diente y sirve de amortiguador ante los movimientos y fuerzas de masticación, ésto gracias a las fibras de colágeno y el líquido proporcionado por la rica red sanguínea.

En el ligamento parodontal, existen fibras colágenas, las cuales se dividen en 5 grupos llamadas "**Fibras Principales del Ligamento Parodontal**".

### **I. FIBRAS DE LA CRESTA:**

Se dirigen inmediatamente abajo de la adherencia epitelial hacia la cresta de cemento y hueso y su función es soportar cargas laterales del diente.

### **II. FIBRAS HORIZONTALES:**

Que se dirigen al cemento y están situadas un poco más apicalmente -- que el grupo anterior y su función es también la misma que la anterior.

### III. FIBRAS OBLICUAS:

Son las más numerosas y las más importantes. Se extienden oblicuamente, del hueso alveolar dirección apical hasta insertarse en el cemento dentario, su función es soportar las cargas en sentido longitudinal al diente.

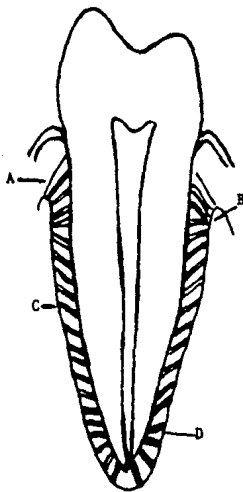
### IV. FIBRAS APICALES:

Se encuentran solamente en las raíces completamente formadas y su disposición es en forma de abanico, su función de proteger el ápice dentario y no permitirle acercarse al hueso, protegiendo así a los vasos y nervios de esa porción .

### V. FIBRAS TRANSEPTALES:

Se encuentran interproximales uniendo un diente en su vecino inmediato, y a dos raíces de un diente multi-radicular, pasando por la encima de la cresta alveolar.

### FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL



A) FIBRAS DE LA CRESTA ALVEOLAR

B) FIBRAS HORIZONTALES

C) FIBRAS OBLICUAS

D) FIBRAS APICALES

## CAPITULO No.II

### ENFERMEDAD PARODONTAL

Los trastornos patológicos que afectan a los tejidos parodontales pueden - presentar varias manifestaciones clínicas, dependiendo de su naturaleza -- etiología y extensión.

Anteriormente cada autor clasificaba los padecimientos parodontales de - - acuerdo a su propio criterio.

Esta se puede comprobar por el hecho de que cada entidad patológica ha - sido nombrada de muchas maneras. Tal es el caso de la Gingivítis Ulcera- tiva Necrosante, que se ha conocido con varias decenas de nombres distin- tos.

Actualmente los criterios se han unificado y los padecimientos que involu- cran los tejidos que forman el parodonto se conocen con el nombre genéri- co de "Enfermedad parodontal".

De acuerdo a los tejidos involucrados, la división se basa en padecimientos que atacan sólo a la encía y padecimientos que involucran al resto del pa- rodonto.

Aunque la encía forma parte del parodonto, se hace esta división porque - los padecimientos que involucran únicamente a la encía no están poniendo -

en peligro inmediato el soporte de los dientes. A diferencia de éstas, al -  
afectarse el resto del parodonto, la destrucción ha llegado a tejidos más -  
profundos, con lo que siempre obtendremos secuelas permanentes, como es  
la pérdida parcial del soporte, al finalizar el tratamiento.

Generalmente, la enfermedad periodontal comienza como un trastorno gingi  
val, cuyos síntomas y signos son las modificaciones del tejido marginal.  
Por esta razón suele considerarse como un trastorno patológico de la en-  
cía. Sin embargo, las alteraciones gingivales no permanecen limitadas por  
mucho tiempo en sólo el área marginal. Si fuera así, la enfermedad perio-  
dental no llevaría a la muerte del diente y el tratamiento sería muy senc-  
illo. En la evolución usual de la enfermedad se afectan pronto los compo-  
nentes subyacentes del periodonto con lo cual la erradicación de aquella se  
hace más compleja y difícil. La lesión extensa que conduce a la exfoliación  
del diente se produce en el tejido óseo que lo rodea. Así pues sería acer-  
tado considerar la enfermedad periodontal más como una enfermedad del --  
hueso que como una alteración de la encía, y debería tenerse en cuenta el  
estado del hueso subyacente durante el diagnóstico, así como el planear el  
tratamiento.

## CLASIFICACION DE LOS PROCESOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Aunque se han propuesto diversas clasificaciones de factores que originan los procesos periodontales, la más sencilla y que tiene mayor predicamento se basa en el tipo de alteraciones patológicas que se producen:

### ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

- A) GINGIVITIS (ORIGEN LOCAL Y SISTEMATICO)
- B) PERIODONTITIS (SIMPLE)
- C) DEGENERATIVOS -PERIODONTOSIS (SISTEMATICA, HEREDITARIA, IDIOPATICA).
- D) ATROFICOS-ATROFIA PERIODONTAL (TRAUMATICA, PRESENIL, SENIL CAUSADA POR DESUSO, - - IDIOPATICA, INFLAMATORIA).
- E) HIPERTROFICOS-HIPERPLASIA GINGIVAL (POR - - IRRITACION CRONICA, INDUCIDO POR DROGAS, - IDIOPATICA).
- F) TRAUMATISMOS-TRAUMATISMO PERIODONTAL - - (TRAUMA DE LA OCLUSION).

## ENFERMEDADES INFLAMATORIAS AGUDAS

**Gingivitis.**- Se define como lesión inflamatoria limitada a los tejidos de la encía marginal y periodontitis que fue el término aceptado para describir la lesión inflamatoria extensiva a los tejidos más profundos. Ambas lesiones inflamatorias pueden ser descritas aún más en base a la naturaleza del exudado según este fuera edematoso, seroso, purulento o necrótico, en base a las manifestaciones clínicas como ulcerativas, hemorragias, desquamativas o hipertróficas; en base a la etiología según sea relacionada con placas, nutrición (escorbutica), endocrina, como en la adolescencia o el embarazo, asociada con infecciones generalizadas como en la tuberculosis diseminada, o inducida por drogas como la hiperplasia dilatónica; y en base a la duración aguda y crónica.

La gingivitis es subdividida de acuerdo con la etiología en formas sistémica y local. Las formas de gingivitis causadas por factores locales incluyen aquellas resultantes de impacto y acumulación de alimentos, sarro, restauraciones irritantes y reacciones a drogas. La gingivitis con etiología sistémica incluye las lesiones observadas en mujeres embarazadas o en individuos con diversos trastornos sistémicos tales como diabetes, disfunciones endocrinas, tuberculosis, sífilis o leucemia. Las causas sistémicas adicionales incluyen reacciones a las drogas, alergias y predisposición hereditaria. Los casos que en los cuales se desconoce su etiología se clasifican como idiopáticas. Este sistema de clasificación de gingivitis es muy empleado.



**PERIODONTITIS SIMPLE.** Es definida como una lesión que evoluciona de la gingivitis resultantes principalmente de factores locales. Su progreso es relativamente lento presentando bolsas como profundas distribuidas a través de toda la cavidad bucal con pérdida ósea generalizada. Las bolsas -- suelen estar llenas con placas y detritus, y existe una reacción inflamatoria aguda en la encía. La reacción inflamatoria es más evidente en las regiones perivasculares, ya que progresa hacia el hueso alveolar y eventualmente hacia la membrana periodontal a través de los tejidos periovasculares.

**PERIODONTITIS COMPLEJA.** Suele observarse este padecimiento, cuando aparecen en un paciente una parodontitis simple y una parodontosis, el resultado es una gran destrucción de los tejidos parodontales y que al potencializarse los dos padecimientos nos da por resultado una enfermedad que ha destruido los tejidos, pero que ahora es de naturaleza inflamatoria. La sintomatología es la misma que la de la parodontitis simple pero más exacerbada: bolsas parodontales de más de 6 mm. movilidad dentaria grado 3, supuración y migración severa, destrucción ósea hasta el tercio apical.

Cuando la etiología es aparente, la enfermedad suele llamarse de acuerdo con la causa como tuberculosa, diabética, leucémica o sífilítica. Cuando la etiología es desconocida, la enfermedad se clasifica como idiopática. La lesión puede ser dividida aun más como aguda, crónica, ulcerativa y purulenta o supurativa.

**PERIODONTOSIS.** Es uno de los problemas parodontales que continúan sin

solución adecuada y presenta el siguiente cuadro clínico: Las piezas dentarias, principalmente los primeros molares e incisivos centrales, principlan a perder firmeza, hay migraciones y formación de diastemas. Es muy trabajosa la masticación, ya que el ligamento parodontal comienza a destruirse y con el soporte del diente. La encía entre tanto, muestra todas las características de una encía normal. Color rosa pálido, sin agrandamientos, con punteado y sin exudado.

Se mencionan varias características que distinguen a la periodontosis de - la periodontitis que son:

1. En la periodontitis la resorción ósea comienza a nivel de cresta alveolar y al progresar, se extiende hacia la porción central del tabique alveolar. En la periodontosis, el hueso es atacado desde la superficie del - ligamento periodontal, dejando el resto del tabique alveolar intacto.
2. La periodontosis es predominantemente una lesión degenerativa, no inflamatoria; la periodontitis es una lesión destructiva, causada principalmente por inflamación.
3. La periodontosis afecta con mayor frecuencia a pacientes jóvenes con dientes libres de caries. Las lesiones son aisladas y la pérdida ósea - es vertical. Por el contrario, la periodontitis se observa principalmente tanto en hombres como en mujeres mayores de 30 años, los dientes afectados pueden tener caries y la enfermedad se generaliza.

## ATROFIA PERIODONTAL

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 su madurez. Se distinguen dos tipos de atrofas. La **recesión gingival** es la forma de atrofia periodontal observada con mayor frecuencia. En esta afección - existe pérdida de tejido periodontal no inflamatoria, con movimientos apical simultáneo de la inserción de tejidos blandos al diente sin formación de -- bolsa. La etiología puede ser traumática, por ejemplo el uso vigoroso y a largo plazo de un cepillo dental duro; puede dar como resultado fuerzas - 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 una pérdida de hueso alveolar y fi- bras principales del ligamento periodontal sin recesión gingival; el hueso alveolar propiamente persiste, aunque la trabécula ósea de soporte se ha- ce delgado y finalmente desaparece al aumentar en tamaño las especies me- dulares, el espacio del ligamento se estrecha y se deposita cemento nuevo.

## HIPERTROFICOS

Las lesiones hiperplásicas se presentan primordialmente en la encía. La -- hiperplasia gingival es un crecimiento excesivo de tejido debido a un aumento en el número de sus elementos y no desempeña ninguna función. La hiperplasia gingival suele subdividirse según su etiología. Puede ser - el resultado de la irritación crónica, del desequilibrio endocrino de la - - adolescencia o embarazo del uso prolongado de ciertas drogas como el di- lantín sódico, o ser hereditaria como el caso de fibromatosis de origen fa- miliar.

## **EL TRAUMATISMO PERIODONTAL**

Definido como una forma de necrosis por presión caracterizada por trombo-  
sis hemorrágica, resorción del hueso y del cemento debido a trauma mecá-  
nico. Los dientes sufren movilidad y son muy sensibles a la percusión y -  
hacer contacto prematuro en relación céntrica y en los movimientos funcio-  
nales excéntricos de la mandíbula. El término trauma oclusal primario ha -  
sido empleado cuando los dientes afectados se encuentran sanos en perio-  
donto normal y la fuerza excesiva. El trauma oclusal secundario es el tér-  
mino empleado para dientes, cuyo periodonto ha sido patológicamente altera-  
do hasta el grado de que es incapaz de tolerar fuerzas de otra manera nor-  
males.

## CAPITULO No. III

### ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

La etiología es el estudio o teoría de las causas de una enfermedad, la suma de conocimientos relativos a dichas causas. La enfermedad parodontal es producida por múltiples y complejos factores, estos pueden ser metabólicos, irritativos e infecciosos. Pero mas a menudo es provocada por un factor local como la placa dentobacteriana. Hay factores predisponentes que favorecen a la aparición de la enfermedad parodontal, causas excitantes que realmente estimulan a la enfermedad y factores perpetuantes que tienden a prolongarla o hacer que pasen a la cronicidad. Los factores excitantes más frecuentes son las bacterias y sus productos tóxicos. Están contenidos en la placa, materia alba y depósito de cálculos dentarios. Los residuos de alimento retenido o impactado producen irritación química o mecánica.

### IMPORTANCIA DE LAS BACTERIAS.

Algunos microorganismos como los **estreptococos** producen una enzima **hialuronidasa** que destruye el cemento de unión interfibrilar de los haces de fibras del ligamento periodontal, lo cual permite la penetración del epitelio y la formación de bolsas.

Las bacterias y sus productos destruyen la unión de la adherencia epitelial, lo cual permite la penetración al abrir los espacios.

El ácido hialurónico y el sulfato de condroitina forman parte del cemento intercelular del tejido gingival.

La reacción del tejido es la inflamación específica inmune la cual es una -- respuesta agresiva a la lesión celular en la que elementos celulares y humo rales intentan destruir, neutralizar o reducir la acción del irritante y a -- continuación tratar de reparar los daños producidos.

Por desgracia, el infiltrado inflamatorio contiene factores que a la vez que obstaculizan la acción de las bacterias pueden lesionar el tejido, originan- do con ello la extensión de la enfermedad.

La inflamación va acompañada de proteólisis que puede ser perjudicial para el tejido. Los nuevos conocimientos sobre patología, se basan más en los - conocimientos o modificaciones químicas que en las estructuras materiales - susceptibles de descripción. Se conoce la patogénesis de la enfermedad pe ro como ocurre con otras enfermedades se desconocen las razones de la in- munidad. La resistencia a la enfermedad constituye un problema inmunoló- gico independiente.

**FACTORES QUE PRODUCEN  
LA ENFERMEDAD PARODONTAL Y GINGIVAL.**

**1) FACTORES AMBIENTALES LOCALES.**

Higiéne oral inadecuada.

Desarrollo excesivo de flora bacteriana local.

Placa bacteriana.

Materia alba.

Restos alimenticios.

Retención de alimento.

**CALCULO**

Irritación química, mecánica y térmica.

Agresión repetida por medidas higiénicas orales.

Cepillado duro.

Uso incorrecto de los estimuladores interproximales y del uso del hilo -  
dental.

**II) FACTORES YATROGENICOS.**

Extensión excesiva de los bordes de las reestructuraciones dentales.

Extensión insuficiente de los bordes de las reestructuraciones dentales.

Retención de cemento debajo de la encía.

Penetración del borde cervical de las coronas subgingival o supragingival.

Restauraciones impropias en la anatomía de una corona.

### III) FACTORES PREDISPONENTES.

Morfología del periodonto.

Forma del arco y de los dientes.

Inclinación axial de los dientes.

Grosor de los dientes.

Áreas de contacto e interdentarias anormales.

Herencia.

Insuficiencia funcional.

### IV) FACTORES MODIFICANTES.

Enfermedades generales.

Diabetes.

Stress.

Desnutrición.

Traumatismo periodontal.

Respiración bucal.

Hábitos.



## 1) FACTORES LOCALES AMBIENTALES.

### CALCULO DENTAL.

El calculo dental y la materia alba constituyen estructuras que sirven de -- soporte a las bacterias, las mantiene en contacto con la encía y proporciona así mismo un medio favorable para la proliferación de los microorganismos. Las caras linguales de los incisivos inferiores y los vestibulares de los molares superiores son los primeros en recibir la saliva recién segregada debido a su posición cerca de los conductos de las glándulas salivales más impor--tantes. Por lo tanto el cálculo se deposita sobre dichas superficies con más frecuencia que en las demás. El proceso de la formación del cálculo se inicia con un depósito de material orgánico blando sobre la superficie del diente. Esta película de mucina y bacterias se impregna de las sales de calcio y de transforma en una agresión calcificada. El cálculo se deposita dentro de la placa bacteriana y se adhiere firmemente al diente con respecto al borde -gingival o bien en el surco.

Los depósitos supragingivales de cálculo pueden causar atrofia sin que -- lleguen a formar bolsas por destrucción de la pared gingival a medida que se forma únicamente cuando hay inflamación gingival y los depósitos consti--tuyen un factor agravante. En la superficie y el interior del cálculo exis--ten una masa microbiana que elabora constantemente productos tóxicos que infiltran el epitelio adyacente y causan una respuesta inflamatoria inespe--cífica.

No siempre existen cálculos aunque se trate de bolsas intraóseas muy profundas.

Cuando existe el cálculo mantiene la enfermedad, pero probablemente no inicia la formación de bolsa.

#### **MATERIA ALBA.**

La materia alba es una masa de residuos blandos, blanquecinos que se forman de elementos hísticos muertos, principalmente células epiteliales, leucocitos y bacterias retenidas entre dientes y encía. Se trata de un medio de cultivo y contiene una elevada concentración de bacterias. La materia alba es un agente irritante químico y bacteriano grave que actúa sin cesar a menos que sea eliminado mediante el cepillado de los dientes o la masticación energética de los alimentos fibrosos duros. Probablemente es un agente etiológico bacteriano más potente que el cálculo.

#### **IRRITACION MECANICA.**

Las anomalías anatómicas dentarias o gingivales que interfieren el mecanismo natural de movilización de la masa alimenticia constituyen un factor predisponente para las enfermedades de la encía.

La inserción del frenillo en el borde gingival dificulta la circulación del alimento y la higiene oral en esta zona. El movimiento del labio causa la retracción del borde libre gingival y permite la acumulación de restos alimen

ticios y materia alba entre dientes y encía.

En la gingivitis se pierde el estrato córneo protector y desaparece el punteado de la encía o consistencia de cáscara de naranja por la desorientación de la red gingival y la distancia del tejido por edema. El ligero aumento de volumen del margen hace que el tejido sobresalga de los relieves protectores de la corona, de tal modo que la masa alimenticia, choca contra la encía libre y causa irritación mecánica así como retención de alimento.

### **CALCULO**

Es un irritante mecánico así como bacteriano y químico. El traumatismo sobre la pared ulcerada de la bolsa puede dar origen a una hemorragia.

### **PENETRACION DE ALIMENTO**

Se produce penetración de alimento cuando se hunde entre los dientes una porción de sustancias alimenticias de carácter fibroso mediante una presión excesiva. El alimento retenido en el borde gingival o impactado entre los -dientes se descompone y causa irritación química y bacteriana además de -mecánica.

### **INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL**

El uso incorrecto de los cepillos y de los estimuladores interproximales en la higiéne bucal constituyen una fuerte irritación de la encía marginal y -de la papila. En los pacientes con encía gruesa y fuerte el cepillado demasiado enérgico solo consigue hacer retroceder el margen gingival.

La irritación producida por el cepillado inadecuado de los dientes es una

de las principales causas de lesión de la mucosa alveolar que forma borde gingival libre allí donde se ha perdido la encía fija.

## II) FACTORES YATROGENICOS

### BORDES DE LAS RESTAURACIONES

La extensión excesiva del borde gingival de una restauración dental causa lesiones de tipo mecánico en los tejidos pero es más bien estático que dinámico y menos irritante que el cálculo. La extensión insuficiente del borde gingival de una incrustación origina una hendidura donde se acumulan las bacterias y los residuos alimenticio y puede convertirse en una causa de irritación más intensa que los bordes demasiado largos.

El cemento dental retenido en el surco gingival constituye una irritante mecánica más potente que la restauración metálica demasiado grande. El material protésico en posición apical con respecto al borde de la encía libre hace difícil la conservación de la salud gingival, en los pacientes predispuestos a la periodontitis.

### CONTORNO INADECUADO DE LAS RESTAURACIONES

Una inadecuada anatomía de la corona puede ser un factor etiológico en la enfermedad periodontal. Los contornos exagerados proporcionan un refugio a los restos alimenticios y de la materia alba, y los contornos incorrectos permiten el trauma directo sobre la encía libre a la cual dejan sin proteíñas.

Las áreas de contacto proximales demasiado grandes y planas crean una papila gingival cóncava con un pico en las caras bucal y lingual y una de presión de tejido blando entre ambos. Cuando no existe un contacto proximal firme y adecuado se facilita la impactación del alimento.

#### **PAPEL DESEMPEÑADO POR EL TRAUMATISMO PERIODONTAL**

Es la lesión mecánica producida en el periodonto por una fuerza excesiva. La puede obedecer a la oclusión enérgica de los dientes con movimientos ortodonticos o a un hecho accidental. El traumatismo no es producto por el tipo de oclusión o por la articulación.

#### **CLASIFICACION DEL TRAUMA**

Se clasifica en primario y en secundario. En el primario la fuerza es patológica y en el secundario, la fuerza es fisiológica.

#### **PAPEL DESEMPEÑADO POR LA FUNCION OCLUSAL**

La oclusión desempeña un papel en la etiología de la enfermedad periodontal, además de traumatizar la estructura de sostén de modo que las somete a fuerzas excesivas, la función enérgica estimula el periodonto y contribuye a la limpieza natural. La falta de la atricción funcional normal deja a las superficies oclusales e incisales a una distancia normal de los bordes gingivales de modo que la encía no recibe la atricción estimulante necesaria para la limpieza natural y se forman áreas de estancamiento de alimento y materia alba que propician la formación del cálculo.

Los dientes apiñonados que se superponen en parte facilitan el estancamiento de residuos al dificultar la limpieza natural y la artificial.

El desgaste excesivo podría destruir los contactos proximales permitiendo la retención del alimento. El desgaste producido por hábitos o compulsiones tales como el bruxismo va acompañado de traumatismo periodontal que lesiona el aparato de fijación.

### **FACTORES GENERALES QUE MODIFICAN LA REACCION INFLAMATORIA**

Los factores generales pueden modificar la reacción inflamatoria del periodo por:

1. Alterar la defensa natural contra los irritantes
2. Limitar la capacidad de recuperación de tejido
3. Causar una respuesta hística anormal por hipersensibilidad
4. Modificar la estabilidad nerviosa del paciente de modo que interviene un nuevo factor que es la tensión o sobre esfuerzo.

### **ENFERMEDAD SISTEMATICA**

**Enfermedad General.**- La diabetes modifica el curso de la enfermedad periodontal, pero los rasgos histológicos de la inflamación de los tejidos periodontales del enfermo diabético no difieren de los individuos sanos con enfermedad periodontal.

Se conocen tres trastornos del metabolismo.- La diabetes mellitus, el almacenamiento del glucógeno y la inanición, que se caracteriza por cetosis y las personas afectadas de cualquiera de ellos son anormalmente susceptibles a las infecciones y micóticas progresivas.

### FACTORES HORMONALES

Durante la gestación, la gingivitis pre existente tiende a intensificarse y puede modificar el carácter. A veces se observan los llamados tumores de la gestación. La gingivitis descamativa crónica es una enfermedad que se observa principalmente en las mujeres en la época de la menopausia.

### NUTRICION

La nutrición parece ser una de las muchas variables que influyen sobre la interacción huésped parásito. La absorción de las vitaminas puede estar determinada por factores digestivos y en algunos casos la vitamina de finitiva es sintetizada en el organismo.

El ácido ascórbico tiene gran importancia desde el punto de vista fisiológico e interviene en multitud de reacciones químicas intracelulares complicadas. El empleo de esta vitamina para acelerar la regeneración en la curación de las heridas, especialmente en las soldaduras de las fracturas óseas, no ha dado resultados muy brillantes.

### **TENSION (Stress).**

Los factores emocionales pueden ejercer una acción directa sobre el periodo por la reacción contra la tensión o una acción indirecta debida a una o más de los factores siguientes: Higiene oral descuidada, dieta inadecuada, insomnio y consumo excesivo de trabajo.

### **INSUFICIENCIA FUNCIONAL**

Se puede considerar de dos maneras:

1. Puede ser concebida por una insuficiencia total de los maxilares por falta de ejercicio masticatorio, lo cual puede atribuirse a la civilización moderna y los hábitos personales pues los alimentos actuales tornan innecesarios el uso intenso de los dientes y de los maxilares y en consecuencia hay una disminución en la estructura de sostén del diente.
2. La insuficiencia funcional puede estar localizada en ciertas partes de los maxilares y en ciertos dientes que no tienen antagonistas. Esto provoca una función impropia y en este caso también disminuye la estructura de sostén. También se puede observar insuficiencia funcional en caso de mordida abierta, además también es importante el hecho que en la insuficiencia funcional no sólo resultan afectar la susceptibilidad a la infección.



## LA RESPIRACION BUCAL

Se tiene en creencia que la deshidratación del tejido lleva a una resistencia disminuida por lo cual puede producirse la inflamación gingival. En -- estos casos se puede efectuar una protección nocturna de la encía contra la deshidratación mediante la aplicación nocturna de vaselina como cubierta aislante.

### HABITOS:

Los hábitos nocivos para la salud periodontal constituyen una observación común al registrar una historia dental del paciente

### CLASIFICACION DE LOS HABITOS QUE CAUSAN ENFERMEDAD PERIODONTAL:

#### HABITOS NEUROTICOS:

- Morderse el labio
- Morderse el carrillo
- Morder palillos

#### HABITOS OCUPACIONALES:

- Cortar hilo
- Sostener alfileres y agujas con los dientes
- Sostener clavos

**HABITOS MISCELANEOS:**

- Fumar en pipa
- Masticar hucos
- Métodos incorrectos del cepillado
- Mascar cigarrillos
- Presión sobre los dientes por la mano que sostiene la cabeza
- Succión del pulgar
- Masticación unilateral
- Aparatos de goma para fortalecer la encía
- Succión de naranjas en los atletas.

## C A P I T U L O    N o . I V

### **CARACTERISTICAS CLINICAS:**

Para determinar una gingivitis debemos saber la diferencia que existe entre una encía sana una encía enferma.

El reconocimiento de los procesos nasológicos están basados sobre un conocimiento del aspecto del tejido sano y de las reacciones y desviaciones que se producen cuando dichos tejidos se hayan afectados.

El examen es la observación y registro de estos cambios y la comprensión de esos datos constituyen el diagnóstico.

Por consiguiente se debe observar las características que debe presentar un parodonto sano.

### **INSPECCION PRELIMINAR:**

El examen se inicia con la inspección superficial de los labios, mucosa oral, lengua, paladar y áreas sublinguales.

Se buscan las áreas de inflamación, edema, úlceras, aberturas fistulosas, aumento de volumen, pigmentaciones y manchas de los dientes. Se observa el sangrado de limpieza oral.

### **HISTORIA CLINICA:**

Se ha de investigar y registrar la historia clínica general del paciente.

La historia puede conducir al descubrimiento de problemas inusitados en - casos que pueden parecer comunes.

Las preguntas más indicadas para un paciente con padecimiento gingival son las siguientes:

1. ¿Rechina los dientes o los cierra con mucha fuerza?

- Lo hace durante el sueño

- Lo hace durante el día

2. Nota cansancio en los músculos de la cara al despertar

3. Se le disloca la mandíbula al abrir mucho la boca o le duele?

4. Examinar si el paciente después del tratamiento o antes de este presenta herpes febril, y preguntar desde cuando las padece, si son muy comunes y cuanto tiempo es la duración.

Es muy necesario utilizar todos los medios disponibles de examen, de modo de obtener la mayor información disponible. El examen debe ser metódico y con extremada habilidad y detallado estudio.

### **METODO DE EXAMEN:**

**INSPECCION.**- La observación constituye la esencia primordial del examen hay que notar las alteraciones mínimas y por consiguiente es - -

preciso realizar una inspección agudizada.

En general se puede emplear un método rutinario con revisión ordenada de las diversas zonas. Primero se estudia la cara, su forma y tumefacciones o lesiones labiales. Se nota la calidad del aliento y se inspecciona el interior de la boca, los carrillos, el paladar, la lengua y finalmente la oclusión y la capacidad masticatoria se estudia con los labios levantados y los carrillos separados.

Las encías deberán ser cuidadosamente examinadas. Se debe observar el tono y color y las pequeñas tumefacciones, puntos rojos, úlceras y aperturas fistulares. El márgen gingival puede estar retraído o hiperplásico. Las papilas interdentes se pueden encontrar destruidas o sobresalientes, puede haber una pseudopapila; la hendidura gingival puede contener residuos alimenticios, exudado purulento o tártaro.

El examinador debe determinar que dientes están altos o bajos, con puntos de contacto abiertos o cerrados; si son lisos y bien formados, si han tenido un cuidado adecuado, si hay muchas o pocas restauraciones, la calidad de las obturaciones, si hay dientes decolorados como un posible indicio de enfermedad pulpar.

Al secar los tejidos con gasa con chorros de aire caliente revelará modificaciones hísticas pertinentes para el diagnóstico. El examen de la oclusión exige no sólo la inspección de las relaciones dentadas, sino también de las facetas. Enfrentamiento de las facetas en relación céntrica pueden ser

a menudo una clave importante para explicarse la movilidad de un diente.

### **PALPACION**

Esto es el uso del sentido al tacto. La habilidad para sentir y palpar los tejidos, para probar la consistencia, es de máxima importancia. Se prueban los dientes en busca de movilidad anormal, se examina cada uno de los dientes y este examen se efectúa de una manera sistemática; la movilidad de los dientes posteriores se prueban colocando la punta de un explorador en la fosa central, se aplica presión para ver si hay desplazamiento lateral, bucal y lingual o mesiodistal. Los dientes anteriores se examinan colocando el mango de un instrumento grande, la movilidad se puede graduar de medio a tercer grado. El uno representa movilidad ligera, el dos movilidad moderada, y el tres movimientos amplios en dirección lateral o mesiodistal.

### **EXPLORACION**

El examen de los dientes y de las encías con la ayuda de un espejo y un explorador es importante, puesto que este método muestra los pequeños defectos de los dientes así como el estado de las hendiduras gingivales. El examen debe ser sistemático iniciado por un lado de la boca. Hay que explorar en su totalidad cada diente y sus tejidos de revestimiento, con apreciación cuidadosa de cualquier defecto. Hay que estudiar la adherencia epitelial, y observar si hay cambios clínicos de color, densidad y forma; hay que buscar la retracción de las encías por ser uno de los indicios de

formación de bolsas ; hay que notar la presencia de tartarosubgingival y de cualquier exudado de descarga purulenta.

La mucosa vestibular, el paladar duro y blando, el piso de la boca, la - - lengua, deben ser cuidadosamente inspeccionados.

### **PERCUSION**

La calidad de la percusión puede tener un marcado valor de diagnóstico, - un diente sano percutido con un instrumento metálico da un sonido metálico, en tanto que otro incluido en tejido inflamado de un sonido mate y - - apagado. Más a menudo la persecución sirve para probar la sensibilidad - de un diente, por ejemplo un diente con infección pulpar o periapical.

### **PRUEBAS ELECTRICAS Y TERMICAS**

El propósito fundamental de estas pruebas es determinar si una pulpa esta viva o no. Estas pruebas se realizan principalmente con el vitalómetro.

### **PRUEBAS QUIMICAS**

Se les emplea principalmente para el diagnóstico de los depósitos de los -- dientes. El empleo de una solución reveladora es el procedimiento común - para demostrar las placas de mucina y de materia alba.

## EXAMEN RADIOGRAFICO

Lo utilizamos para diagnosticar , confirmar, clasificar o localizar la enfermedad, puede dar un diagnóstico temprano al revelar el origen de los síntomas y la causa de la enfermedad. Las comprobaciones radiográficas deben ser correlacionadas con el cuadro clínico y los resultados de otra prueba de laboratorio.

El examen de las superficies coronarias incluye el hallazgo de todas las -- cavidades, obturaciones desbordantes, incrustaciones, coronas o puentes. Todos los dientes que se sospeche de falta de vitalidad serán señalados - para verificar su estado radiográficamente, los cambios de color de las en ci ás serán observadas para constituir síntomas visuales primarios de la en fer med ad par iod on ta l.

El color puede ser más claro que en el tejido adyacente, indicio de anemia, o más oscuro indicio de congestión e inflamación.

Las alteraciones de color varían también con la duración de la lesión, un proceso patológico de larga duración puede no descubrir alteración alguna de color, sino que tomaría un tono rosado o aún más claro. Esto se debe al factor de reparación presente en el curso del proceso nosológico.

La desviación de la forma y de las estructuras normales de las en ci ás es - lo siguiente que se observará. La en ci á normal forma una festón en torno a los cuellos de los dientes con un margen adherente delgado.



La irritación por sarro causa una pérdida de vitalidad y del tono en los tejidos que se tornan susceptibles a la infección, lo cual causa una retracción gradual del contorno normal.

Se debe observar la erosión o grieta de la encía que pueden ser signo de un cepillado defectuoso que puede provenir de un cepillo dental nuevo o de un cepillado de método impropio.

El examen de la encía proximal puede revelarla inflamada, hiperplásicas, atrofiadas o destruidas; todos estos signos de una alteración periodontal; normalmente la arquitectura de la papila proximal depende de la relación de los dientes adyacentes. Los dientes apiñonados con raíces muy próximas o inclinadas en angulaciones pobres son a menudo las causas de la enfermedad gingival.

El tártaro supragingival debe ser cuidadosamente buscado. El supragingival se observa fácilmente, pero el subgingival es factible que se pase por alto. La exploración cuidadosa de las bolsas revelará ese tártaro, como pueden hacerlos las desviaciones de color gingival. El uso del aire a presión en la bolsa la separará del diente dejando ver el tártaro, que suele ser pardo oscuro; el empleo de un explorador fino posado sobre la superficie radicular revelará las concreciones.

La profundidad de la bolsa debe ser determinada con una sonda dividida en mm. La profundidad no coincide necesariamente con la pérdida del hueso alveolar, de modo que hay que anotar el examen radiográfico del diente.

A veces esta afectado una sola cara pero generalmente afecta a todas las caras del diente; hay que determinar el fondo de la bolsa, ocasionalmente puede estar situada en la mucosa alveolar y ello constituye un problema terapéutico especial. Aunque el sondeo se haga con delicadeza puede producir una hemorragia si el epitelio que tapiza el zurco esta ulcerado.

El examen de la oclusión es esencial puesto que su mal funcionamiento es un factor potente en la producción de enfermedad periodontal. La oclusión puede ser clasificada como sigue: Funcional, potencialmente disfuncional y disfuncional; hay muchas clases de oclusión disfuncional: dientes ausentes, inclinaciones y migraciones, entre las más comunes. En el examen de la -- oclusión el odontólogo debe tener cuidado en la determinación de la verdadera relación central de los maxilares, pues el examen de la oclusión en -- casos de lesión periodontal es un factor importante en el diagnóstico y -- plan de tratamiento.

El examen cuidadoso de los focetas en las superficies contactantes es útil para el diagnóstico. Si sólo unos pocos dientes presentan esas facetas ca be inferir que son los únicos dientes en los cuales recae el esfuerzo.

La sensibilidad del diente suele ser un síntoma tardío del tratamiento -- oclusal y está relacionada con las alteraciones del periodonto que permiten la extrusión del diente.

## BOLSA PARODONTAL



LA SONDA MILIMETRICA SE INTRODUCE EN LA BOLSA PARALELA AL DIENTE. SE HACEN TRES MEDICIONES POR CARA LIBRE.

PARA QUE LA BOLSA PARODONTAL SE PRODUZCA, ES NECESARIO QUE AL MIGRAR LA ADHERENCIA EPITELIAL, EL MARGEN GINGIVAL PERMANEZCA EN SU LUGAR O QUE SE AGRADE UN POCO. SI POR EL CONTRARIO, AL MIGRAR LA ADHERENCIA EL MARGEN - TAMBIEN MIGRA POR DESTRUCCION TISULAR (PRESIONES HACIA APICAL, CEPILLADO DEFECTUOSO, ETC), ENCONTRAREMOS RESECCION GINGIVAL SIN FORMACION DE BOLSAS.

LAS BOLSAS SE DIVIDEN SEGUN SUS MANIFESTACIONES CLINICAS, EXTENSION Y LOCALIZACION, TOMANDO COMO BASE EL LUGAR DONDE SE ENCUENTRE LA ADHERENCIA EPITELIAL Y LAS RELACIONES DE ESTA CON LAS ESTRUCTURAS VECINAS.

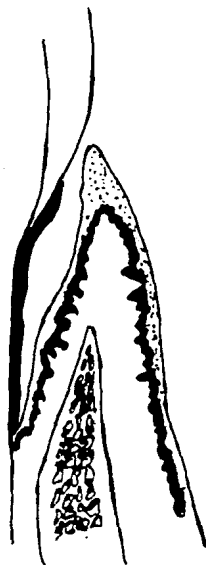
LA PRIMERA DIVISION ES DE ACUERDO A SU COLOCACION SOBRE EL DIENTE. HAY BOLSAS VIRTUALES (PSEUDO BOLSAS, BOLSAS RELATIVAS, BOLSAS GINGIVALES), DONDE NO HAY DESTRUCCION DE TEJIDOS PROFUNDOS; Y BOLSAS VERDADERAS (BOLSAS PARODONTALES, BOLSAS ABSOLUTAS). EN ESTAS ENCONTRAMOS PERDIDA OSEA Y PRESENCIA DE PARODONTITIS.

ATENDIENDO A SU POSICION CON RESPECTO AL HUESO ADYACENTE LAS BOLSAS PARODONTALES SE DIVIDEN EN BOLSAS SUPRAOSEAS, AQUELLAS EN LAS CUALES LA ADHERENCIA EPITELIAL SE ENCUENTRA COLOCADA OCLUSALMENTE CON RELACION A LA ALTURA DE LA CRESTA ADYACENTE; E INFRAOSEAS QUE SON AQUELLAS EN LAS CUALES LA ADHERENCIA EPITELIAL SE ENCUENTRA MAS APICALMENTE QUE EL HUESO VECINO.



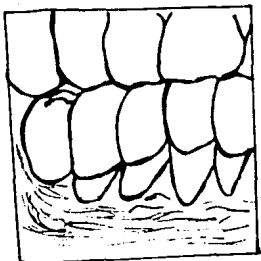
**BOLSA SUPRA OSEA**

LA ADHERENCIA EPITELIAL SE ENCUENTRA COLOCADA OCLUSALMENTE CON RELACION A LA CRESTA OSEA.

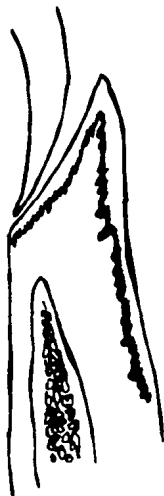


**BOLSA INFRA OSEA**

LA ADHERENCIA EPITELIAL SE ENCUENTRA COLOCADA APICALMENTE CON RELACION A LA CRESTA OSEA.



EN LA MIGRACION APICAL DE LA ADHERENCIA EPITELIAL Y DEL AMRGEN GINGIVAL, NO SE ENCUENTRAN BOLSAS, PERO HAY ME NOS SOPORTE.



BOLSAS VERDADERAS



ABARCA

1 SOLA CARA



ABARCA

2 CARAS



ABARCA

3 CARAS O VARIAS CON TRAYECTO ONDULADO

PSEUDOBOLSAS: EN ELLAS LA ADHERENCIA EPITELIAL PERMANECE EN SU LUGAR, AUMENTANDO SOLO EL TAMAÑO DE LA ENCIA.

A) BOLSAS SIMPLE

B) BOLSAS COMPUESTA

C) BOLSAS TORTUOSA

## **EXAMEN RADIOGRAFICO**

Jamás deberá tomarse como único método de diagnóstico, sin embargo el examen de este tipo es indiscutiblemente uno de los medios más valiosos para descubrir la enfermedad periodontal y hay que observar cualquier desviación de la normalidad. Se toma en cuenta tres procedimientos:

- A) CANTIDAD ADECUADA DE RADIOGRAFIAS
- B) ANGULACION CORRECTA
- C) ESTUDIOS SERIADOS

A) El primer requisito son las radiografías suficientes para observar la mayor parte del hueso posible que circunde a los dientes. Por lo menos se deben tomar 14 radiografías; un buen examen resulta de un mayor número de radiografías. Hay que tomar en cuenta los casos en que no bastarán 14 radiografías para obtener un cuadro verdaderamente completo.

B) El segundo requisito es una correcta angulación, si la angulación vertical es demasiado elevada para los dientes superiores y demasiado baja para los inferiores, la imagen se acortará o de lo contrario saldrá - elongada. La mala angulación horizontal nos dará imágenes superpuestas.

C) Se deben efectuar estudios seriados por lo menos cada dos años pues su propósito es triple:

1. Revelar si hubo nueva destrucción ósea
2. Probar que el proceso se ha detenido
3. Descubrir cualquier otro factor que pueda contribuir a ocasionar la pérdida del diente

En la gingivitis radiográficamente no se observan alteraciones debido a la ausencia de la encía en la película dental. Se podrán utilizar las radiografías en los casos de gingivitis hiperplásica para medir la longitud de las coronas anatómicas de los dientes.

#### **PREGUNTAS CLAVES**

1. Sangra su encía cuando se cepilla los dientes
2. Le han tratado alguna vez su encía
3. Coloca cuerpos extraños entre los dientes
4. Se muerde los labios, carrillos o lengua
5. Siente flojos los dientes
6. Rechina los dientes a los cierra con mucha fuerza
  - ¿Lo hace durante el sueño?
  - ¿Lo hace durante el día?
7. Nota cansancio en los músculos de la cara al despertar
8. ¿Se le disloca la mandíbula al abrir mucho la boca?
9. Se examina al paciente si presenta herpes febril y se le pregunta desde cuando los presenta, si son muy comunes y cuanto tiempo es la duración.

Para hacer el examen intraoral se realiza como sigue:

**1. Labios**

Color, evidencia de situaciones anormales tales como hipertrofia, úlcera fisura, quiste, chancro, herpes, placas mucosas, neoplasias.

**2. Lengua**

Tamaño, recubrimiento, placas mucosas, úlceras, fisuras, lecoplasias, - neoplasias, marcas típicas ocasionadas por alguna enfermedad.

**3. Zona Subgingival**

Evidencia de inflamación, úlceras, quistes, placas mucosas, neoplasias.

**4. Paladar duro**

Forma, posible presencia de neoplasias, fístulas, úlceras, traumatismos por restauraciones protésicas.

**5. Paladar Blando**

Inflamación, úlceras, perforación, hendiduras, neoplasias, color y aspecto con respecto a manifestaciones típicas por ciertos trastornos orgánicos.

**6. Higiene general de la boca**

**7. Estado General de la Encia**

Evidencia de gingivitis, hiperplasia, artofia, envenenamiento metálico

**8. Presencia de tártaro supragingival**

**9. Evidencia de inmunidad o susceptibilidad a la caries**



10. Impresión general de la eficiencia masticatoria en relación con los contactos oclusales de los dientes presentes.

## **EXAMEN DENTAL Y PERIODONTAL**

1. Dientes ausentes
2. Vitalidad comparativa
3. Reacciones anormales a la percusión de cada diente
4. Evidencia de movilidad dentaria, con variaciones clasificadas con números.
5. Evidencia de mala oclusión en restauraciones protésicas
6. Restauraciones en lo que respecta a la convexidad, puntos de contacto, rebordes marginales, márgenes servicales.
7. Todas las caras distales (caries y erosión), con exploradores finos y una buena luz bucal; radiografía.
8. Hipoplasia e incisivos de Hutchinson
9. Gingivitis, hiperplasia, congestión, retracción de la encía.
10. Tejido subgingival: bolsas periodontales, surcos profundos, exudado purulento, presencia de tártaro.
11. Zonas sensibles o dolorosas, congestión, exudado purulento a la palpación del tejido gingival supraradicular
12. Anomalías de forma, tamaño y número de dientes.

## **EXAMEN RADIOGRAFICO**

1. Toda desviación marcada de lo normal en la constitución ósea alveolar.
2. Evidencia de osteitis condensantes o rarefacientes alveolares.
3. Evidencia de alteraciones radiculares, ausencia de lámina dura, ensanchamiento anormal del periodonto rarefacción apical.
4. Presencia o ausencia de obturaciones radiculares
5. Estado de las crestas alveolares y cualquier ensanchamiento periodontal, evidencia de atrofia alveolar.
6. Indicios de caries, abrasión o erosión.

## C A P I T U L O    N o . V

### **DIAGNOSTICO**

Diagnóstico es el proceso por el cual se reconoce la naturaleza de un proceso de enfermedad. Requiere un conocimiento de la anatomía normal, y sus variaciones y una comparación con ella, así como con respecto a la fisiología de los tejidos involucrados. El diagnóstico descansa en la valoración de las observaciones efectuadas durante el examen.

### **SIGNOS Y SINTOMAS PARA EL DIAGNOSTICO**

Para el reconocimiento de las manifestaciones periodontales son importantes los signos y síntomas de perturbaciones de los tejidos gingivales y periodontales. Algunos son visibles, otros son reconocibles en el examen clínico. Pueden ser enumerados como sigue:

#### **I. CAMBIOS EN EL COLOR GINGIVAL**

- a) Zona marginal
- b) Zona papilar
- c) Zona adherida
- d) Mucosa alveolar

**II. AUMENTO DE VOLUMEN**

**III. CAMBIOS EN LA FORMA, POSICION Y ASPECTO SUPERFICIAL DE LA ENCIA.**

- a) Hiperplasia
- b) Retracción
- c) Pérdida del punteado
- d) Pérdida de la consistencia
- e) Aspecto brillante
- f) Grietas
- g) Festoneado exagerado

**IV. RECESION DE LOS TEJIDOS GINGIVALES**

**V. FORMACION DE BOLSAS**

**VI. HEMORRAGIA**

**VII. PRESENCIA DE EXUDADO**

**VIII. CAMBIOS EN LA APOFISIS ALVEOLAR**

**IX. MOVILIDAD**

**X. MIGRACION**

**XI. ALTERACION DE LA OCLUSION**

**I. COLOR GINGIVAL**

El color gingival es un factor importante en el reconocimiento de un proceso patológico. Si bien el valor del color normal de la encía sana

que va desde el rosado hasta el coral, dependiendo en gran medida de las variaciones de compleción individuales, hay una clara diferencia de tono - entre la encía adherente y la mucosa alveolar.

Los cambios en el valor del color pueden ser evidencias de alteraciones -- hísticas, inflamación y reparación. En tanto que en las etapas tempranas - de la inflamación gingival el color tiene a asumir un tono más intenso, en los estados inflamatorios de larga duración el corión tiende a convertirse en fibrótico, momento en el cual puede volverse rosado. A menudo el cambio de color puede estar limitado al márgen gingival sólo, en tanto que -- otras veces puede extenderse en forma difusa, con involucración no sólo - en la encía adherente, sino también de la mucosa alveolar.

En las etapas iniciales de la inflamación gingival hay una ligera intensificación del color. Gradualmente hay una transformación progresiva en el - tono de los diversos grados de rojo dependiente de la acción reparadora.

Los cambios de color se producen en la encía en otros estados patológicos que no son inflamatorios. Una manifestación gingival de una enfermedad - orgánica puede influir en el color del tejido. En la enfermedad de Addison las encías presentan manchas pardo oscuras, o negras discretas. La icteri - cia altera a menudo el color gingival.

## II. AUMENTO DE VOLUMEN DE LA ENCIA

El aumento de tamaño de la encía constituye un signo clínico corriente de la enfermedad gingival. Los tejidos aumentan de volumen por hiperplasia -

y por hipertrofia; la hipertrofia consiste en el aumento de volumen de las células que componen el tejido estimulado por exigencias funcionales.

Los tejidos gingivales no aumentan por hipertrofia sino por hiperplasia - que es un aumento de número de células. Los aumentos de volumen por inflamación aguda se deben a edema y a formación de abscesos. Se producen aberraciones de la forma anatómica ósea que pueden estar cubiertas por encía de espesor normal, generalmente es posible hacer el diagnóstico mediante la observación el sondeo y la palpación.

La hiperplasia ligera que causa aumento de volumen y redondeamiento de los bordes gingivales produce una línea festoneada.

La hiperplasia gingival se observa con frecuencia durante el tratamiento de la epilepsia con dilantin sódico. En tales casos la encía hiperplásica es firme, elástica e indolora a no ser también que haya inflamación por irritación local. El aumento de volumen parece ser debido al crecimiento de las papilas.

La fibromastosis gingival hereditaria presenta un aumento más uniforme de la encía marginal.

En los estados inflamatorios gingivales, el aparato fibroso gingival se destruye y con el edema la infiltración celular y la tumefacción concomitante, desaparece el punteado superficial. La encía toma un aspecto edematoso brillante.

## **FORMA Y POSICION**

La posición puede estar a diferentes alturas del diente; la edad del paciente es importante en cuanto a que, si el margen gingival estuviera localizado en la corona en una persona de 12 años, sería visto de manera distinta al correspondiente a un individuo de 35 años.

La forma gingival suele ser la de un festoneamiento con bordes ligeramente elevados, pero aún terminado en filo de cuchillo y redondeado hacia la encía adherente. A menudo, en la lesión gingival temprana el margen adquiere un espesamiento y festoneado claramente mayores. Con la inflamación del epitelio de la hendidura y la subsiguiente destrucción del tejido gingival por la inflamación se produce la retracción. Así ambos procesos se producen al mismo tiempo.

Los márgenes gingivales se tornan irregulares al no tener un aspecto redondeado parejo.

Es común que en los estados inflamatorios la encía aumente de tamaño pero a veces dicho aumento no se debe a gingivitis inferior periodontal o gingivitis como en el caso de la dilatada, la infiltración leucémica, los agrandamientos por influencia hormonal y las neoplasias gingivales pueden exponerse como modificaciones de tamaño.

## **GRIETAS**

Estas pueden ser causadas por muchos factores etiológicos que afectan el

el tejido gingival. También se asocian a la formación de bolsas. Las formas de las grietas varían, pues el desprendimiento de tejidos puede producirse casi en cualquier disposición, cuando las grietas provienen de un cepillado incorrecto, se originan en la superficie, causadas por la irritación.

### **CAMBIOS EN LA PAPILA PROXIMAL**

Se producen diversas alteraciones en la forma de la papila interdental; al parecer esta zona es la más vulnerable. Los estudios sobre localización de la incidencia de enfermedad periodontal revelan que la papila proximal está afectada en más casos que la zona marginal; además, suele ser más abundante el tártaro en esta región proximal.

### **HEMORRAGIA Y EXUDADO**

Se considera a la gingivorragia y al exudado como signos de una inflamación gingival. Ambos son posibles solo cuando esta afectado el epitelio de la hendidura, pues un recubrimiento intacto no permitirá el paso de sangre o exudado a la boca por lo que en tal forma se puede denominar surco gingival. La lesión de epitelio de la hendidura da por resultado la formación de una úlcera y más tarde de una hiperplasia pseudoepiteliomatosa inflamatoria, característica de la gingivitis. La cantidad de la supuración no depende de la profundidad de la bolsa, sino más bien del estado del proceso del corión. (Capa profunda vascular de las mucosas subyacentes al epitelio).



## **MOVILIDAD**

El aflojamiento de los dientes o de uno solo, es un signo clínico importante que el diagnosticador debe reconocer. Revela la severidad de la lesión.

A menudo se observa movilidad dentaria aún sin formación de bolsa, con lo cual es evidente que la movilidad se debe a alteraciones en el aparato de inserción. En su mayor parte, la movilidad puede ser correlacionada -- con alteraciones de grado de pérdida de inserción por reabsorción ósea -- marginal en la periodontitis marginal y con cambio en el aspecto de inserción evidentes en el traumatismo periodontal.

## **MIGRACION**

La migración dentaria es un signo característico de lesión periodontal. La migración esta asociada a diversos factores, como formación de bolsa, impactación alimenticia y acuñaamiento, traumatismo periodontal y hábitos.

Característicamente los centrales, laterales y caninos tienden a migrar hacia vestibular, y hacia mesial o distal.

Los molares se mueven hacia mesial, cuando un diente pierde su antagonista suele desplazarse hacia una supraoclusión.

En el maxilar inferior, los dientes tienden a separarse y migrar con pérdida de contacto; sin embargo, no es usual observar el desplazamiento -- hacia vestibular de los anteriores.

## DIAGNOSTICO DE LA GINGIVITIS

La gingivitis inflamación del tejido gingival, es por lo común un proceso - patológico.

En la gingivitis hay una variabilidad considerable en las manifestaciones - generadas. Además hay numerosas causas de inflamación gingival pero la - causa principal es la placa dentobacteriana.

La forma crónica de gingivitis es la más común y se le suele distinguir por las alteraciones de las encías marginales y de las papilas interdentes. El primer cambio visible es el de color, que se torna más oscuro que en el - tejido gingival circundante. Asociada al cambio de color existe una tomefacción que es otro signo de inflamación. Una vez generada la inflamación gingival, ya no es normal la hendidura y hay una infiltración marcada en el corión gingival. Asociada a estas modificaciones histológicas hay una vascularización mayor del tejido observable con cualquier inflamación.

Estas alteraciones patológicas explican el síntoma de sangrado encontrado - en la gingivitis.

A la menor perturbación de la encía, esta sangra a través del epitelio ul- cerado de la hendidura hacia la bolsa y a la superficie del diente.

La inflamación y destrucción de las fibras gingivales explica también la -- pérdida del punteado normal en ese tejido a causa de la destrucción de --

las fibras gingivales hay una retracción del tejido gingival respecto a la superficie dental con lo cual el margen se redondea. Esta combina con la tumefacción concomitante de la inflamación, permite la separación de la encía; evidencia de gingivitis.

La gingivitis muy comunmente esta asociada a depósitos de tártaro. En la manifestación precor, no todas las papilas o zonas marginales están afectadas del mismo modo y se pueden ver zonas de inflamación gingival localizada donde existen depósitos.

La gingivitis producida por la impactación alimenticia y otras irritantes como los bordes desbordantes de las obturaciones es de un carácter similar a la vinculada al tártaro. La irregularidad en la posición de los dientes, la inclinación impropia de los dientes y la convexidad anormal dentaria permiten el choque alimentario central al margen gingival durante la masticación, y esa irritación causa una gingivitis.

#### **TRAUMATISMO OCLUSAL**

La importancia del traumatismo oclusal como factor etiológico en una enfermedad periodontal no puede ser pasada por demás y es esencial la comprensión de su mecanismo en la producción del daño a los tejidos.

## CAPITULO No.VI

### PRONOSTICO PERIODONTAL

1. ¿Cuánto tiempo ha estado el diente (o toda la dentición) seriamente --  
afectado?
2. Edad del paciente
3. Número de dientes presentes
4. Cantidad de soporte óseo existente para el diente
5. Importancia de la supervivencia del diente para el plan de tratamiento
6. ¿Puede lograrse una retirada estratégica si el diente clave fracasa?
7. ¿Puede restaurarse la arcada con prótesis fija?
8. ¿Cuánto puede cambiarse el clima de la boca?
9. ¿Cuánto afectan a la dentición las exigencias para-funcionales?
10. ¿Qué tan bien puede controlar el paciente la formación de placa?
11. Existen las posibilidades necesarias para un plan de tratamiento óptimo

Aunque la parodencia tiene enfocado su interés a la dentición general, la supervivencia depende en ocasiones de la conservación de la salud de ciertos dientes clave que hacen posible la restauración. En un número conside

rable de pacientes, estos dientes clave son en realidad críticos y merecen mayor interés por parte del parodontista.

### **1. CUANTO TIEMPO HA ESTADO EL DIENTE O TODOS LOS DIENTES GRAVEMENTE AFECTADO.**

En ocasiones es difícil obtener datos precisos sobre la resistencia a la destrucción periodontal. La reacción del paciente no constituye una fuente de confianza ni tampoco, la historia clínica o datos obtenidos de dentistas anteriores. Las historias clínicas y los periodontogramas suelen realizarse en forma superficial. En la mayoría de los casos las mejores fuentes de información son las radiografías viejas aunque los datos radiográficos no son -- pruebas decisivas, pueden hacerse una comparación entre las radiografías viejas y las recientes ya que la comparación es del mismo tipo. Si por el contrario, la diferencia entre las viejas y las nuevas series es leve, puede pensarse que las lesiones de resorción progresan en forma lenta y deberán ceder al tratamiento. En otras palabras el pronóstico sería favorable.

Si por el contrario, la comparación de las radiografías revelan una diferencia definida y de consideración a nivel del hueso que rodea a los dientes, entonces se considerará que la destrucción periodontal ha sido constante -- y rápida con la posibilidad de que continúe el proceso de resorción . El -- pronóstico será entonces malo.

## 2. EDAD DEL PACIENTE

Este es un dato importante para el pronóstico. Mientras mayor sea el paciente, mejor es el pronóstico. La razón es de que con la edad avanzada, el proceso de resorción es más lento. Otro factor a considerar aunque poco entendible es que la resistencia a la destrucción periodontal en el paciente mayor es más alta que en el paciente joven, habiendo una destrucción similar en ambos. Otro aspecto que se tomará en cuenta es de que a mayor edad, menos serán los años que servirá la dentición. Por lo tanto el plan de tratamiento para el paciente joven está encaminada a proporcionar soluciones más definitivas a los problemas terapéuticos. El resultado deberá funcionar durante un tiempo prolongado, y la historia natural, hasta ese momento de la enfermedad, ha sido mala. En el paciente de edad mayor, la situación es inversa, por lo que debemos ser más conservadores.

## 3. NUMERO DE DIENTES PRESENTES

Mientras haya un mayor número de dientes presentes, serán menos las exigencias sobre cada dientes individual dentro de la arcada. La posición de los dientes es un factor importante. Aunque el número de dientes es muy útil, la posición de los dientes restantes es crítica en especial cuando hay dientes ausentes o desahuciados. La presencia de dientes clave en sitios estratégicos es de gran valor para un pronóstico más favorable. Un complemento total de dientes o al menos si existen la mayor parte de los integrantes en la arcada, representa menos problema. El desplazamiento es mínimo en tal arcada y la oclusión, es más estable que si hubieran espacios

desdentados. Así también, la extrusión y el colapso de la arcada serán --  
mínimos.

#### 4. CANTIDAD DE SOPORTE OSEO EXISTENTE PARA EL DIENTE

Existe un gran número de formas que son ignoradas al querer enfocar este problema mediante una fórmula . Por ejemplo, ¿Cuál es la forma de la raíz? Es obvio que una raíz gruesa, con forma de mazo, se encuentre mucho más anclada por unidad lineal que un diente con raíces delgadas y en forma de hueso.

La posición de los dientes puede constituir una complicación seria en muchos pacientes , sin importar la pérdida ósea proporcional. La proximidad radicular puede ser otra complicación. Otro caso es el primer premolar superior que posee una invaginación proximal en la superficie radicular profunda que suele penetrar hasta furcación haciendo el mantenimiento imposible, generalmente este diente se pierde aunque la bolsa no sea profunda.

Deberán hacerse y contestarse preguntas con respecto al efecto de la extrusión sobre los nichos interproximales que por su relación de contacto dificulte su restauración adecuada.

Las extrusiones no son las únicas variantes anatómicas que deberán ser --  
consideradas en el pronóstico de los efectos del tratamiento. Aún en dientes normales pueden haber obstáculos imposibles para eliminar las bolsas.

Por ejemplo , un segundo molar inferior puede sufrir una lesión infraósea profunda en su aspecto bucal. Debido a una cresta oblicua externa desplazada horizontalmente y un véstibulo poco profundo, es evidente que la eliminación de las bolsas por medio de resección es imposible.

##### **5. IMPORTANCIA DE LA SUPERVIVENCIA DEL DIENTE PARA EL PLAN DE TRATAMIENTO.**

El diente clave, generalmente considerado como indispensable, puede carecer de soporte. En ocasiones, el destino de los otros dientes depende de la supervivencia del diente clave, si en realidad el diente clave es crítico depende en un gran número de pacientes al tamaño del espacio desdentado a cada lado del mismo.

A mayor espacio (o espacios) serán necesario mayor soporte. La introducción de implantes dentarios y metálicos puede hacer menos grave este problema, aunque de acuerdo con el estado actual de la odontología, éste no es el caso.

Al pensar en un diente clave, el periodontista suele considerar la prótesis periodontal. En muchos casos, la arcada puede terminar en la región del -segundo premolar. El uso adecuado de un p<sup>o</sup>ntico volado bien anclado también deberá considerarse.



**6. ¿PUEDE LOGRARSE UNA RETIRADA ESTRATEGICA SI EL DIENTE CLAVE FRACASA?**

¿EXISTEN PILARES DIFERENTES CERCA?

¿QUE TAN LARGO ES EL ESPACIO?

Todas estas preguntas son necesarias para hacer un plan de tratamiento útil. Confrecuencia la supervivencia de la dentición de una arcada depende del plan de tratamiento restaurador para unir todo a manera de una unidad funcional. El lograr este requiere la unión de todos los métodos al alcance de la odontología general y de las habilidades especiales aplicadas dentro de una técnica más sofisticada en el problema restaurador.

**7. ¿PUEDE RESTAURARSE LA ARCADA CON UNA PROTESIS FIJA?**

Esta pregunta se aplica a uno de los problemas más fundamentales en la odontología restauradora las exigencias hechas sobre los diente de soporte o pilares. Se impone ahora una definición de la prótesis parcial removible. Lo que suele considerarse en el contexto es la dentadura parcial de extensión distal ya sea unilateral, o más habitualmente bilateral. Esto implica que no existen pilares posteriores útiles. También significa que uno de los pilares principales es la zona de la silla. Como ésta se forma por mucosas y tejidos blandos subyacentes, puede comprimirse debido al desplazamiento del contenido del líquido de los tejidos sobre lo que descansa el aparato. Se afirma que si uno o más de los pilares están formados por mu

cosas, la fuerza de torsión y desplazamiento de los pilares dentales sería mayor que si todos los pilares estuvieran sobre dientes firmes.

Expuesto de manera diferente, una prótesis removible, demanda mayores exigencias a los dientes restantes que los aparatos fijos.

Los efectos de desplazamiento de una prótesis removible son aliviados en cierta medida, por la ferulización de los dientes restantes para presentar mayor resistencia al desplazamiento. El grado de resistencia varía, aunque la ferulización no elimina el desplazamiento como un factor serio.

Se puede suponer que una retirada de una prótesis parcial removible, reduciría la vida de los dientes naturales restantes dentro de la arcada. Si tal retirada es inevitable constituye un mal signo en el pronóstico.

En defensa de lo anterior se citará el aparato removible complicado que utiliza segmentos ferulización en los dientes pilares y pilares distales adecuados.

## **8. ¿CUANTO PUEDE CAMBIARSE EL CLIMA BUCAL?**

La evaluación de los factores etiológicos involucrados en la condición del paciente es traída a colación por la pregunta sobre cambiar el clima de la boca. Como la evaluación se limita a determinar los efectos de los factores locales irritantes sobre los tejidos y como el nivel de la enfermedad periodontal puede tomarse como una expresión de la reacción de los tejidos a -

la irritación, así como una medida de la magnitud del irritante, podemos apreciar lo arduo de esta labor. Especialmente los cambios tisulares son la razón primaria por la que el pronóstico resulta una labor difícil. Deberá ser el producto de una experiencia amplia con las sutilezas de los cambios tisulares en un ambiente funcional alterado.

Hay varias zonas en las cuales los cambios deberán presentarse. Si los factores locales incluyen fuerzas oclusales que pueden ser corregidas, podemos entonces tratar un grave factor etiológico. Si una redistribución de las fuerzas oclusales destructivas, ya sea por el ajuste de la dentición natural o por el cambio de la superficie de toda una oclusión aunado a una estabilización de sus integrantes más débiles puede lograrse una mejoría -- definida en el clima dental, no es solo sino probable. Ese es un signo favorable dentro del pronóstico. Si la reacción de los tejidos blandos es de hiperemia definida con la clásica imagen inflamatoria y factores irritantes, podemos anticipar entonces una buena reacción mediante la desbridación, mantenimiento y buena odontología. No tan favorable es el pronóstico para una dentición con encías pálidas y flácidas, una relación oclusal adecuada, buena relación de contacto, buena odontología y poca o ninguna placa o factores irritantes.

Una dentición fracasada periodontalmente deja poco lugar para el optimismo. En tales casos, los factores no son comprendidos por lo que no podrán ser cambiados y el pronóstico tendrá que reservarse.

## 9. CUANTO AFECTAN A LA DENTICION LAS EXIGENCIAS PARAFUNCIONALES

Los efectos nocivos del bruxismo y el apretamiento de los dientes son ampliamente conocidos. Además, el porcentaje de la población general que frota y aprieta sus dientes en actividades que no son funcionales es muy grande. Gran parte de información reunida concuerda en que la gran mayoría de las personas son víctimas de neurosis oclusal, como es llamada -- por algunos. El bruxismo infantil es fácilmente corroborado y las denticiones de la gente de mayor edad suelen estar desgastadas en la forma típica característica de los bruxadores nocturnos. Aún los craneos de los aborígenes revelan bruxismo extenso en los patrones de desgaste dental.

Siendo esta situación en cierta forma generalizada, podemos cuestionar 2 preguntas:

1. Si una gran parte de la población es víctima del bruxismo ¿Puede considerarse anormal a esta actividad? y,
2. ¿Porqué no está más ampliamente distribuida la destrucción periodontal que lo que está realmente? .

Ambas preguntas obedecen una sola respuesta. El bruxismo tiene una gran variedad en cuanto a intensidad y duración. El frotamiento nocturno y -- diurno constante y el rechinamiento de los dientes es evidentemente un -- factor mayor en cuanto a la destrucción que el frotamiento ocasional. En -- otras palabras, es un asunto de grado así como de presencia de la neurosis en primer lugar.

## **10. QUE TAN BIEN PUEDE EL PACIENTE CONTROLAR LA FORMACION DE PLACA.**

Sin duda alguna que el éxito o el fracaso en casi todos los casos estriba en el control de la formación de placa. En un error admitir que existe cooperación por parte del paciente que mucho depende de su formación psicológica. Mucha gente, en otros aspectos meticulosa y bien arreglada, sencillamente no puede conservar su dentición en estado adecuado durante un período bastante largo. La instrucción las amenazas y todas las formas de motivación fracasan en grado extremo.

Siempre habrá pacientes que parecen no tener esperanza en el control de placas, pero que se convierten en buenos alumnos con instrucción adecuada.

Si el terapeuta tiene un paciente que no es un buen mantenedor de su boca puede decirse que carece de paciente. El tratamiento invariablemente irá al fracaso, lo contrario también es verdad. El buen paciente puede lograr milagros en cuanto al éxito del tratamiento.

## **11. ¿EXISTEN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA UN PLAN DE TRATAMIENTO OPTIMO?**

La solución a cualquier problema es la habilidad de conjugar métodos y técnicas existentes. Sin embargo, ningún método es mágico. La efectividad

de la técnica estriba en su desempeño así como en el poder ser aplicada. Aunque es importante un plan de tratamiento preciso y bien dirigido, el desempeño habilidoso y eficiente es igualmente importante. El trauma innecesarios a los colgajos y la deshidratación de los tejidos, ejecución inepta y brusca de los procedimientos y cierre impreciso de las heridas son factores que contribuyen ampliamente al fracaso terapéutico o resultados poco perentorios inadecuados. Aunque esto ya constituye un factor importantes en procedimientos de rutina en los que existe algún margen para error, en el caso de la enfermedad periodontal grave suele ser la diferencia entre el éxito o el fracaso. Como todas las otras habilidades, las habilidades periodontales no son difíciles de adquirir. La práctica constante y el examen cuidadoso del fracaso son los únicos caminos del éxito.

Es más fácil para el crítico adjudicar el fracaso a falta de habilidad. Sin embargo, no podemos argumentar que la habilidad sea el factor más importante. Debemos recordar que las habilidades restauradoras son tan importantes como las habilidades periodontales básicas. La buena terapéutica es ineficaz si es seguida por una restauración defectuosa.

C A P I T U L O      N o . V I I

**PLANEACION DE TRATAMIENTO PERIODONTAL**

**TERAPIA INICIAL**

- Control de la placa dental microbiana
- Raspado y pulido coronario
- Curetaje gingival
- Curetaje radicular
- Reducciones de irritantes yatrogénicos
- Movimientos dentales menores
- El factor temporal en la planeación del tratamiento reevaluación

**LA FASE QUIRURGICA**

- El plan de tratamiento quirúrgico
- Ajuste oclusal definitivo
- La fase de mantenimiento

Es de suma importancia pensar en un plan de tratamiento ordenado basado en datos dignos que nos lleven a un resultado funcional y favorable .

Un plano preciso del tratamiento propuesto puede intentarse después de que la condición clínica de la dentición haya sido consignada en el periódontograma aunque es necesario comprender que el plan de tratamiento -- que surja deberá considerarse como un auxiliar para el tratamiento que -- surja deberá considerarse como un auxiliar para el tratamiento racional y no como una línea forzosa de seguir. El parodontista deberá estar preparado en todo momento para separarse ya sea completa o parcialmente, si ésto fuera necesario y si la situación clínica justifica el cambio.

Anteriormente, la labor de hacer un plan de tratamiento era más sencilla. Los métodos existentes eran menos y su disposición dentro del plan constituía una medida más directa. Actualmente, sin embargo, el número de técnicas son muchas y se confunden entre sí. Algunas han sido desechadas debido a su poca utilidad; otras han sido incorporadas bajo un punto de vista diferente, de tal manera que la construcción y elaboración de un plan de tratamiento, exige no sólo el conocimiento de los métodos y habilidades existentes, sino también un sentido temporal muy desarrollado. El tiempo se hace importante por lo que éste no debe extenderse, esperando reacciones tisulares tardadas de procedimientos que pudieran haberse realizado al principio del tratamiento.



## **TERAPIA INICIAL**

En casi todos los casos puede tomarse una serie de medidas antes de las disposiciones definitivas. Estas están diseñadas para reducir o eliminar -- factores etiológicos a nivel clínico. Como los factores irritantes desempeñan un papel muy importante en la etiología de la enfermedad periodontal, su reducción o eliminación puede resultar ser una medida difícil, ya que estos factores irritantes pueden ser factores yatrogénicos, dientes en mal -- posición o hábitos, así como placa y sarro que suelen ser considerados los factores etiológicos habituales.

### **1. CONTROL DE LA PLACA DENTAL MICROBIANA**

La eliminación y control de la placa son quizá, los procedimientos más críticos del tratamiento. Se hará un enorme esfuerzo posteriormente, dentro del tratamiento para lograr la eliminación de las bolsas. El primer beneficio que obtendremos es que la eliminación de bolsas, frecuentemente por -- medios de rescisión hace posible un mejor mantenimiento por parte del pa -- ciente. La introducción del control de placa oportunamente dentro del tra -- tamiento es, por lo tanto, tan lógica como efectiva.

## 2. RASPADO Y PULIDO CORONARIO

Si no hay alguna otra urgencia dental que sea necesario introducir en el plan de tratamiento, la primera labor en el manejo de un caso será ~~destrucción~~ destrucción general y la instrucción minuciosa del paciente en cuanto al control de placa bacteriana. Estos son factores importantes basados en el conocimiento actual, la placa constituye el primer factor importante en la etiología de la destrucción periodontal.

La eliminación de sarro supragingival y pulido de los dientes son siempre los procedimientos utilizados para principiar un tratamiento. No solamente logran provocar una reacción inicial de la encía, sino que son preliminares para la instrucción en el control de placa.

## 3. CURETAJE GINGIVAL

El curetaje gingival es el raspado de la pared del surco de la encía, esto fue utilizado anteriormente mucho más que ahora. Su intención básica era eliminar el epitelio ulcerado de revestimiento; siempre se dudo incluirlo como un método formal y técnico dentro del plan de tratamiento.

La razón fue que aunque nadie se oponía al "raspado" de una papila individual o dos refractorios al curetaje radicular invirtiendo la cureta y haciendo varios movimientos de curetaje ginival, puede realizarse un procedimiento más efectivo de toda la boca bajo anestesia si esto fuera necesario mediante un procedimiento de incisión limpia, biselando la encía por su parte interna con un bisturí en lugar de raspar y arañar la encía del - -

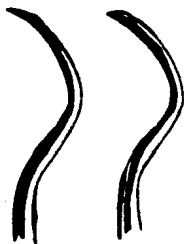
surco con una cureta.

#### **4. CURETAJE RADICULAR**

El curetaje radicular es un tratamiento básico en periodoncia. Puede combinarse idealmente con el control de placa un esfuerzo conjunto entre el terapeuta y paciente. Pueden observarse ciertos cambios tisulares en este momento, lo que puede beneficiar a todo el resto del plan del tratamiento. Para lograr la máxima reacción de los tejidos a la eliminación o reducción de los factores irritantes, deberán eliminarse los mecanismos yatrogénicos.

## EL CURETAJE

EL CURETAJE ESTA INDICADO EN BOLSAS PARODONTALES NO MUY PROFUNDAS Y DE TRAYECTO TAL QUE PERMITA SU MANIPULACION, SIENDO POR ESTO DIFICIL EFECTUARLO EN BOLSAS CURVAS, ANGOSTAS O TORTUOSAS. AUNQUE ES EFECTIVO EN PRESENCIA - DE FIBROSIS NO ESTA INDICADO PARA TRATARLA, YA QUE ESTA PERMANECE DESPUES DE LA CICATRIZACION, SIENDO NECESARIO QUE ESTA SE CONTORNEE QUIRURGICAMENTE.



CURETAS No.13 Y 14 PARA DIENTES ANTERIORES



CURETAS No.17 Y 18 PARA POSTERIORES

CURETAS DE  
Mc.CALL.

EL CURETAJE DEBE EFECTUARSE UNA VEZ QUE SE HA ELIMINADO LA INFLAMACION GINGIVAL POR MEDIO DEL DETARTAJE EN COMBINACION CON EL BUEN MANEJO DE CEPILLO DENTAL POR PARTE DEL PACIENTE.

EL OBJETIVO DEL CURETAJE ES RETIRAR LOS RESTOS DE SARRO QUE HAYA QUEDADO SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE EN LA ZONA RADICULAR Y ALISAR LAS IRREGULARIDADES, ADEMAS DE RETIRAR LA PARED DEL EPITELIO Y TEJIDO GRANULOMATOSO -- QUE RECUBRE LA PARED GINGIVAL DE LA BOLSA PARA QUE, AL DEJAR TEJIDO CONJUNTIVO SANO EN RELACION CON EL TEJIDO DE LA SUPERFICIE CEMENTARIA O DENTARIA, SE EFECTUE LA READHERENCIA.

## REDUCCION DE IRRITANTES YATROGENICOS

La eliminación de restauraciones mal ajustadas es un punto importante y no tan difícil de llevar a cabo, sin embargo existen otras deficiencias más difíciles de corregir como contactos abiertos o defectuosos que se pueden deber a (1) odontología restauradora inadecuada y (2) dientes en mala posición.

Para corregir lo primero, se deberá reponerse un número diverso de restauraciones, ya sea temporal o permanente, dependiendo del plan restaurador que se contemple después de la terapéutica periodontal. Los dientes en mala posición o mal alineados requieren de una forma de corrección ortodónica.

## MOVIMIENTOS DENTALES MENORES

En estos tiempos actuales, los movimientos dentales menores ya han dejado de ser solo un auxiliar en el tratamiento periodontal y han pasado a ocupar un lugar de proporciones mayores. Sin embargo, hay preocupación y se ha creado controversia en el campo de la periodoncia y esto se debe a la justificación para insertar un procedimiento que ocupa gran cantidad de tiempo en el marco de un tratamiento periodontal.

Se han citado beneficios al mover dientes en cuerpo hacia hueso sano no afectado por las lesiones periodontales eliminando así o reduciendo las le-

siones óseas causadas por la resorción, haciendo innecesario recurrir a -- otros medios para la eliminación de las bolsas. Hasta hora, las pruebas no han sido decisivas, sin embargo se han logrado obtener resultados satisfactorios o hasta exitosos en algunos casos individuales.

### **EL FACTOR TEMPORAL EN LA PLANEACION DEL TRATAMIENTO**

En la elaboración de un plan de tratamiento, el factor temporal, desde lugo, deberá tomarse en consideración. Un tratamiento continuado en forma activa durante uno o dos años parece requerir una serie de circunstancias especiales. No obstante esta situación, si se considera una alteración importante en la posición de los dientes, la ortodoncia deberá emplearse necesariamente. Sería desde luego más conveniente realizar este tratamiento una vez que se haya eliminado las bolsas y preparando las mucosas, pero esto no es aconsejable. Es evidente que la remodelación ósea, si está indicada, deberá ser pospuesta hasta que los movimientos dentales se hayan completado. El hueso eliminado para la resección ósea puede ser necesario para el recubrimiento de las raíces en la nueva posición.

Se deberá proceder con cuidado para asegurar un alto grado de conservación de los tejidos durante los movimientos dentales. Las bandas y los -- aparatos crean dificultades para el paciente en cuanto al control de placa y su nivel óptimo, aunque esto resulta obligatorio.

La observación del periodoncista debe ser muy cuidadosa durante el movimiento, buscando variaciones en la forma de los nichos interproximales, --

así como algún traumatismo oclusal transitorio que pudiera ocurrir.

## REVALUACION

El examen constante de los tejidos marginales es indispensable en la terapéutica periodontal. El establecimiento de la revaluación del esfuerzo y la reacción, durante un plan de tratamiento sistemático exige una revaluación formal y registrada. La profundidad de las bolsas deberá ser registrada nuevamente y la imagen mucogingival deberá ser valorada de nuevo en relación con los procedimientos que se hagan posteriormente, así como con las exigencias que se harán al diente o dientes en una zona determinada. El tratamiento posterior deberá ser proyectado tomando como base el periodontograma de la revaluación. Se tendrá así mayor control del caso en ese momento. Sabrá el potencial de respuesta de la encía así como el nivel en que se ha desempeñado su paciente. Ambos factores son de suma importancia para el éxito. La decisión de proceder hacia una fase quirúrgica o por el contrario hacia un sistema de curetaje definitivo puede hacerse en este momento en un gran número de pacientes. Muchas de las veces se pueden elaborar planes de tratamiento en el examen inicial que deberán hacerse definitivas en el momento de la revaluación. No importa si esto se hace sistemáticamente. En el momento de la revaluación formal el operador estará en posición de comprometerse hacia una forma de tratamiento que afectará en forma importante el resultado final del mismo.

En ese momento se tienen ciertas ventajas. Las decisiones que deberán hacerse, son términos generales, más sencillas que las realizadas en el momento del examen inicial. La encía estará sana y la profundidad de las bolsas se habrá reducido con las técnicas de desbridación, de tal manera - - que puede en este momento realizarse un plan para procedimientos futuros, tomando en consideración las reacciones de los tejidos y la respuesta del paciente.



## LA FASE QUIRURGICA

La implementación de la fase quirúrgica del tratamiento total se hace con el objeto de eliminar las bolsas y preparar las mucosas. Una vez que se haya establecido la necesidad de uno o ambos objetivos en el plan de tratamiento revisado hecho durante la revolución formal, el operador se enfrenta ahora a una confusa variedad de alternativas para lograr sus objetivos terapéuticos. No sólo tiene la responsabilidad de realizar ciertos procedimientos sino que la secuencia de los mismo también será de mucha importancia.

### EL PLAN DE TRATAMIENTO QUIRURGICO

Existe una gran variedad de procedimientos quirúrgicos para lograr los objetivos terapéuticos de logran variedad de lesiones del aparato de inserción en donde el método diseñado para tratarla puede complicarse y no dar los resultados satisfactorios y favorables en el tratamiento.

Este problema sin embargo, puede disminuirse considerablemente si se clasifica el caso, osea describiendo las situaciones clínicas y construyendo un plan de tratamiento quirúrgico. A continuación se describen cuatro casos diferentes:

#### C A S O 1

Al examinar las características de las mucosas se observó que existía una grave falta de encía en el canino superior derecho e izquierdo, así como -

en la región de premolares. Este no presentó problemas anormales en - - cuanto a la eliminación de bolsas. Se pensaba con justificación que los mé todos sistemáticos tendrían éxito para lograr un buen resultado postoperatorio. Sin embargo hubo problemas con la encía.

Al elaborar el plan de tratamiento, la consideración gingival se encontraba en lugar prominente debido a que faltaban ambos primeros molares que se restaurarían una vez terminado el tratamiento periodontal. Los premo res presentaban caries de clase V, los que serían restaurados con coronas completas.

La necesidad de que existiera una banda adecuada de encía marginal en - esta zona era evidente. Para lograr la formación de una banda de encía - nueva y más adecuada se utilizó uno de estos procedimientos:

1. Colgajos de espesor total desplazados en dirección apical dejando hueso marginal expuesto.
2. Colgajos de grosor parcial desplazados en dirección apical, dejando el - lado correspondiente al periostio de manera que sea delgado y firme.
3. Colgajos pediculados girados (de grosor parcial o total).
4. Injertos gingivales autógenos y libres.

La elección entre estos cuatro métodos depende de los factores locales - existentes:

1. La falta o presencia de hueso sobre las prominencias radiculares y su grosor y dimensiones si existen.
2. La anchura de encía deseada.
3. La existencia de encía.

En el caso de los colgajos desplazados en dirección apical (grosor parcial o total) la reparación mucogingival puede incorporarse al procedimiento básico de eliminación de bolsas como una sola operación. Si se decide resolver el problema con un injerto gingival autógeno libre, suele requerirse en ocasiones, de una operación dividida en dos etapas.

Esto obviamente deberá considerarse al planear el progreso del tratamiento, deberán hacerse al principio de la fase quirúrgica.

El injerto girado de un sólo pedículo también es factible en forma de grosor parcial o total, sin embargo, depende de la existencia de una fuente adyacente, tal como una zona desdentada para proporcionar la encía. También - este método sólo permite dotar a uno o dos dientes de encía.

Suponiendo que en un paciente teórico el sondeo preparatorio cuidadoso reveló que en el lado izquierdo, la placa vestibular de hueso era extremadamente delgada sobre las prominencias radiculares. Este dato contraindicaría la elevación de colgajos de grosor total sobre la zona, ya que puede provocar una resorción considerable de la placa cortical labial.

Como la zona carente de encía involucra varios dientes, se descarta el pedículo girado aún si existe una fuente de aprovisionamiento. Quedan dos alternativas:

1. Un colgajo de grosor parcial desplazado en dirección apical, dejando el hueso marginal cubierto con el remanente de la encía original (que se consideró deficiente) o
2. Un injerto gingival autógeno libre.

La primera de estas alternativas puede o no ser factible. Si la zona original de encía era tan minúscula que la duplicación de sus dimensiones al partirla y el desplazar una capa, en dirección apical a la otra no es suficiente, deberá considerarse al injerto gingival libre como una alternativa útil y la mejor solución para el problema. Esto es aún más importante en preparaciones para coronas totales en los que se necesitan más milímetros de encía adicional para protección contra accidentes menores durante la instrumentación. Y un factor todavía más importante que debemos considerar es la irritación subgingival más permanente que provocará el margen de la corona.

Como el injerto gingival libre es un procedimiento de dos etapas, se deberá considerar primero realizar los injertos de los premolares superiores a la vez que se efectúe la corrección principal de los cuadrantes inferiores para ahorrar tiempo de cicatrización. Esta combinación de métodos ayuda a manejar el caso en forma eficaz y rápidamente.

## C A S O 2

En este caso hipotético, las lesiones de los tejidos blandos y duros son la variedad encontrada habitualmente. Se observan cráteres óseos en los segmentos posteriores. Sin embargo, existe una lesión en forma de cripta muy profunda con tres paredes óseas en el aspecto distal del canino superior derecho. Esta lesión pone definitivamente en peligro al canino si no se puede inducir la reconstitución de su inserción perdida. Como los segmentos posteriores requieren cirugía resectiva que puede reducir un poco la cantidad de soporte total óseo, la retención del canino reviste especial importancia. La pérdida de un canino es un acontecimiento grave en cualquier dentición, pero en este paciente es muy dañino para el pronóstico general.

La topografía de la lesión ósea es tal que la anchura de su boca a nivel de la cresta ósea es un poco amplia, y se requiere de mucha habilidad para inducir un llenado óseo adecuado y reparación de la inserción mediante el tratamiento usual empleando sólo un método de curetaje abierto.

La decisión terapéutica que deberá hacerse aquí es la de emplear uno de los tres materiales existentes:

1. Hueso molido que se obtiene del hueso adyacente reducido al nivelar los cráteres y de la fabricación de surcos intrarradiculares durante la resección ósea.
2. Desplazamiento de la pared ósea distal de la lesión contra la raíz.

3. Un injerto de médula ósea ya sea de la tuberosidad o de la cadera.

La primera técnica es positiva en algunos casos. Sin embargo, su índice de éxito es bajo aunque no hay mayor problema si se fracasa ya que puede volver a hacerse si la exposición no provoca la resorción de alguna pared bucal o lingual delgada al cicatrizar.

Si el fracaso es total con las dos primera técnicas, se intentará buscar la reparación utilizando un injerto de hueso autógeno de la médula ósea de la tuberosidad o de cresta iliaca . La ventaja de aprovechar la tuberosidad es de que es adyacente al campo quirúrgico, sólo que contamos con la duda de que cumpla con el tamaño requerido para el injerto. La segunda opción exige mayor esfuerzo, siendo necesario recurrir a una preparación -- adecuada para obtener el material para el injerto y tenerlo listo para el momento de la operación. En este momento se decidirá si se utilizará un injerto fresco o congelado.

Una vez tomadas las decisiones se comenzará a realizar el tratamiento con cuidado para no hacer peligrar la realización misma, tomando precauciones como por ejemplo, al revisar la topografía del cuadrante superior derecho se descubrirá que desde los premolares en dirección distal, existe una -- banda de encía angosta de 3 mm, en toda su longitud. El tratamiento original estipulaba una técnica de colgajo de grosor total, lo que era necesario debido a que se iba a intentar nivelar los cráteres, haciendo un colgajo de desplazamiento apical para extender la zona de encía insertada.

El colgajo de desplazamiento apical es inconsistente con un cierre distal firme y seguro en el canino. Esto significa que deberá hacerse una incisión - liberatriz vertical en el aspecto bucal de la encía interproximal entre los - premolares, de tal forma que el colgajo distal puede liberarse y desplazarse apicalmente mientras que la encía interproximal entre el canino y el premolar pueda fijarse con seguridad.

La utilización de un injerto de médula ósea autógena exige un cierre firme y seguro por lo que se empleará la técnica de dos niveles al realizarse el colgajo en combinación con un colgajo de reposición en el aspecto bucal. Deberá hacerse una anotación en el plan de tratamiento ya que puede ser necesario realizar una reparación de las mucosas en el área donde se intentará realizar la reparación de la lesión intraósea. Las zonas tratadas de - esta manera suelen cicatrizar dejando un margen gingival irregular.

### C A S O 3

Este caso tiene las siguientes características: No obstante la existencia de bolsas profundas con lesiones de resorción ósea distribuidas generalmente a través de toda la dentición, el paciente fue tratado con curetaje definitivo y control de placa durante tres años ya que no podría pagar el costo de un tratamiento completo así como una prótesis periodontal subsecuente. Al eliminarse el factor económico, se realizó la terapéutica definitiva incluyendo una prótesis periodontal extensa. No obstante que el paciente fue revaluado con frecuencia, fue necesario realizar un nuevo examen para -- construir un plan de tratamiento nuevo y diferente con el fin de confor

marse a las condiciones nuevas.

El paciente tenía 50 años de edad y cooperaba con los procedimientos de mantenimiento. Poseerá arcadas completamente intactas. A pesar de las -- bolsas profundas, la movilidad dentaria era mínima o inexistente. En el -- plan de tratamiento original, la integridad de la arcada fue una gran ventaja no obstante las lesiones tan profundas en todas las zonas de la boca.

La construcción de una prótesis fija extensa permitió (1) la extracción de dientes sin esperanzas aunque hubieran sido conservados con éxito, y (2) la elaboración de una oclusión para lograr un funcionamiento más eficiente dentro de la capacidad de los tejidos de soporte.

En el nuevo examen se consideraron otras normas de desempeño. Se agregó la responsabilidad de una restauración que perdurará además de la mejoría en la condición periodontal del paciente.

Los dientes dudosos ahora deberían de considerarse con más dudas y menos esperanzas con el fin de clasificar los dientes que serían pilares.

Había cierto riesgo de determinar los dientes sanos y que pudieran pasar por alto uno de los principios básicos del pronóstico periodontal el nivel de desempeño en cuanto al control de placa así como la accesibilidad de -- todas las zonas para el mantenimiento.

Como en todos los principios generales existen excepciones lógicas en su -- aplicación. La estabilización temporal, restaurando los dientes faltantes, --



suele ser una forma útil de proceder cuando se piensa que la movilidad o la presencia de dientes demasiado afectados comprometen el resultado final de los dientes remanentes. La estabilización temporal, dentro de un plan de tratamiento, deberá realizarse oportunamente para poder así derivar la máxima ventaja del tiempo transcurrido antes de la revaluación quirúrgica.

Al revisar la fase quirúrgica del plan de tratamiento, la eliminación de las bolsas es, como siempre, una consideración importante aunque existen - - otros factores que exigen consideración especial, como son las invasiones - de furcación potencialmente nocivas así como la proximidad entre raíces.

Entre uno de los muchos detalles que se presentan, es la dificultad adicional para el buen mantenimiento que representa la presencia de un punto de soldadura, aunque la unión no sea en el área de contacto y exista una buena forma en el nicho proximal, ya que esto eviatá el paso del hilo dental y el mantenimiento general de limpieza bucal.

La proximidad entre las raíces se convierten en un problema especialmente molesto cuando los dientes en cuestión deberán ser provistos con coronas, ya que los integrantes de una reconstrucción conectados entre sí y el nicho interproximal restringido deberán resistir los dos márgenes coronarios adyacentes. Esto en ocasiones, requiere la extracción de uno de los dientes involucrados.

Las amputaciones de las raíces, especialmente de los molares superiores, - en ocasiones funcionan mal cuando se incorporan dentro de una reconstrucción. Este parece ser el caso, en especial, cuando la corona se conserva - con un soporte radicular cuando se utilizan como pilares. Esto explica quizá porque los molares inferiores a los que se les ha amputado una raíz - - funcionan mucho mejor como premolares.

La amputación de las raíces solamente se hará si estas han sido tratadas - con endodoncia previamente. La resección deberá ser planeada y dispuesta para la fase prequirúrgica del tratamiento.

Aún cuando un diente claramente requiera la resección de una raíz, puede realizarse y eliminarse en la fase prequirúrgica del tratamiento periodontal. Esto es para evitar una de las complicaciones de la resección y preparación de los muñones ya que al levantarse los colgajos, alguna partícula o detritus de la operación puede penetrar en la herida. La incorporación de polvo las restauraciones viejas suele provocar un tatuaje de mal aspecto en la en cía en cicatrización. Y aún es más importante la cantidad y la condición de hueso existente en la zona central del proceso alveolar entre las raíces.

Analizando finalmente este caso, aún persiste el problema en el paciente, - ya que deberá alterar sus técnicas de mantenimiento de acuerdo a los cambios anatómicos que vayan adquiriendo sus piezas dentarias y su aspecto - parodontal.

#### C A S O     4

Suponiendo que el paciente tiene 30 años de edad, de sexo masculino, y con antecedentes de fiebre reumática durante la niñez, con evidencia de daños en las válvulas cardíacas y estenosis mitral. El examen periodontal ha sido completo y minucioso y realizado bajo protección con antibióticos, ya que la historia clínica reveló el daño a las válvulas cardíacas antes de proceder al sondeo.

El examen reveló enfermedad periodontal avanzada, quizá una secuela de un caso de periodontitis precoz juvenil (periodontosis). Las bolsas eran generalizadas de profundidad variable aunque las lesiones óseas verticales eran numerosas, especialmente en las zonas de premolares y molares en los cuatro segmentos posteriores.

El sarro no constituyó un factor significativo, aunque si existía gran cantidad de placa en toda la boca. Esto reflejaba una higiene dental deficiente cepillo dental en condiciones malas además de su mal manejo.

Las arcadas dentarias estaban casi intactas, sólo faltaban los cuatro terceros molares.

La oclusión era de relación clase I y no había características de anormalidad en su ajuste.

Era evidente que la eliminación de bolsas por el método habitual de resección sería demasiado destructivo en este caso.

El método de inducción de médula ósea o fragmentos de hueso molido no era factible, debido a la gran masa de material necesario y la condición física del paciente.

Se ópto por levantar colgajos en toda la boca e intentar el curetaje abierto, eliminando el tejido granulomatoso y estableciendo un alto nivel de mantenimiento.

Considerando el estado físico del paciente todos los procedimientos se realizaron bajo una adecuada protección con antibióticos. Las visitas para el tratamiento eran reducidas y no tan largas y agotadoras, dado el estado de salud del paciente. Se eliminaron algunos procedimientos como por ejemplo la preparación prequirúrgica, salvo el sondeo y control de placa. Todo esto bajo un régimen de tratamiento con antibióticos.

El ajuste oclusal no es un factor de importancia en este caso. Este se realiza en forma habitual. La cirugía sin embargo, constituye otro factor.

Estas operaciones pueden realizarse en cuadrantes sencillos y la boca puede ser tratada en cuatro visitas quirúrgicas después del examen inicial y la institución de control de placa.

La gingivoplastia esta indicada para muchos de estos pacientes una vez que la cirugía correctiva básica haya sido realizada y los tejidos hayan cicatrizado. Sin embargo, se deben recordar ciertos factores importantes que son:

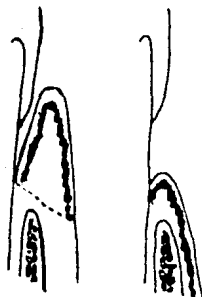
1. Debido a los problemas encontrados es casi imposible la eliminación de bolsas, lo que entorpecería los resultados óptimos y se tendrían que aceptar surcos después de la operación.
2. Debido a los problemas dentro del tratamiento, la base de mantenimiento resulta crítica. El control de placa deberá ser meticuloso y las visitas subsiguientes al periodotista para curceteo deberán ser frecuentes.
3. El manejo quirúrgico prolongado provoca tensión por lo que no deberá ser empleado. El paciente con estenosis mitral resiste con mayor seguridad tiempos quirúrgicos de un sólo cuadrante.

Se han presentado brevemente cuatro casos tomando en cuenta los aspectos más sobresalientes que colocaron su plan de tratamiento fuera del sistema de terapéutica habitual.

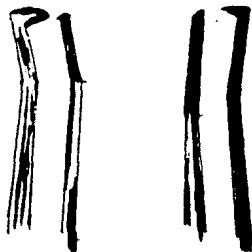
Solamente se consideró la fase quirúrgica. Las medidas sistemáticas pueden ennumerarse más fácilmente y fijarse en un orden en el que serán aplicadas. Al elaborar un plan de tratamiento conviene escoger un orden tan simple como sea posible en cuanto a las técnicas que se aplicarán, utilizando la lógica y el sentido común libremente.

## GINGIVECTOMIA

BASICAMENTE ES UNA OPERACION MUY SIMPLE. CONSISTE EN LA ELIMINACION QUIRURGICA DE LA ENCIA QUE SE ENCUENTRA SIN SOPORTE HASTA EL FONDO DE LAS BOLSAS. EL RESULTADO FINAL ES UN DIENTE CON MENOS ENCIA Y A VECES CON EL CUELLO EX PUESTO.



PROCEDIMIENTO Y RESULTADO -  
FINAL DE LA GINGIVECTOMIA.



PARTE ACTIVA DE LAS PINZAS MARCA  
DORAS DE LA PROFUNDIDAD DE LAS -  
BOLSAS PARODONTALES.

COMO LA GINGIVECTOMIA DEJA EL CASO CON MENOS TEJIDO GINGIVAL DEL QUE ORIGINALMENTE TENIA EL PACIENTE, SUS INDICACIONES SON LIMITADAS. DEBE PRACTICARSE EN CASOS DONDE HAYA HIPERPLASIAS, COMO EN PACIENTES BAJO TERAPIA DE DILANTINA, EN LOS CUALES EL TEJIDO HA CRECIDO CUBRIENDO LOS DIENTES: EN DONDE HAYA FIBROSIS GINGIVAL DENSA EN BOLSAS MUY PROFUNDAS DONDE NO SE PUEDA EMPLEAR CURETAS Y EN CASOS DONDE LA DESTRUCCION OSEA HA DEJADO EL TEJIDO GINGIVAL SIN SOPORTE.

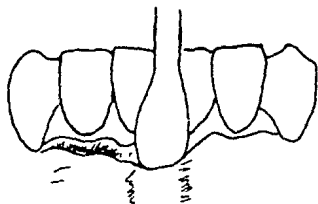
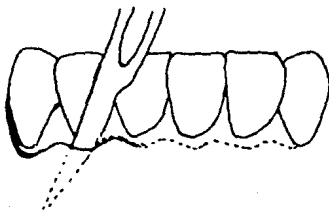
LOS INSTRUMENTOS BASICOS PARA ESTE PROCEDIMIENTO SON: 1) INSTRUMENTAL DE ANESTESIA: 2) MARCADOR DE BOLSA: 3) BISTURIES DE HOJA ANCHA: 4) BISTURIES DE HOJA ANGOSTA: 5) TIJERAS PARA ENCIA Y 6) CURETAS Y ESCARIADORES.

### OPERACIONES DE COLGAJO

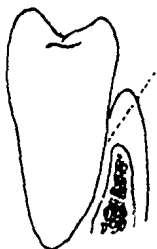
EL COLGAJO ES EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR MEDIO DEL CUAL SE EXPONEN LAS AREAS AFECTADAS, ASEGURANDO UN ACCESO DIRECTO A ELLAS. LA PORCION DEL TEJIDO BLANDO QUE LAS CUBRE ES RECHAZADO DE SU LUGAR MIENTRAS DURA LA OPERACION, REPONIENDOLA EN SU SITIO UNA VEZ TERMINADA.

EL INSTRUMENTAL UTILIZADO ES EL MISMO QUE SE UTILIZA EN LA GINGIVECTOMIA, - MAS ELEVADORES DE PERIOSTIO, MATERIAL DE SUTURA Y DE HEMOSTASIA.

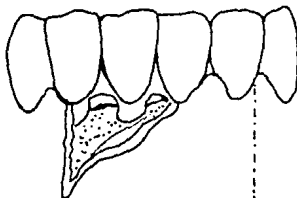
EXISTEN VARIOS TIPOS DE COLGAJOS DEPENDIENDO DE COMO SEA: A) SU INCISION INICIAL; B) EL GROSOR DEL TEJIDO A DESPRENDER: C) EL TRATAMIENTO QUE RECIBAN LOS TEJIDOS Y D) EL LUGAR FINAL DONDE SE REPONGA EL TEJIDO.



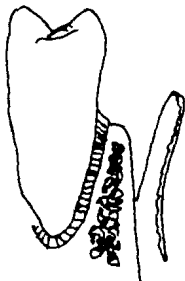
COLGAJO EN FORMA DE BOLSILLO



COLGAJO CUYA INCISION ES DE  
BISEL INVERTIDO



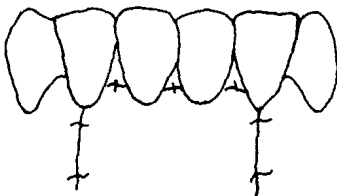
COLGAJO CON INCISIONES LATERALES



COLGAJO DE ESPESOR  
COMPLETO

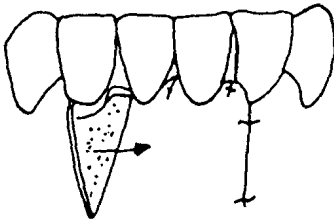


COLGAJO DE ESPESOR PARCIAL  
POR UN LADO ESTAN EL EPITE-  
LIO Y LA LAMINA PROPIA, POR  
EL OTRO EL PERIOSTIO UNIDO  
AL HUESO

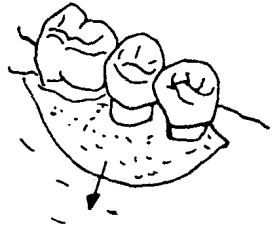


COLGAJO REPUESTO  
EN EL MISMO LU-  
GAR





COLGAJO DESLIZANTE LATERAL



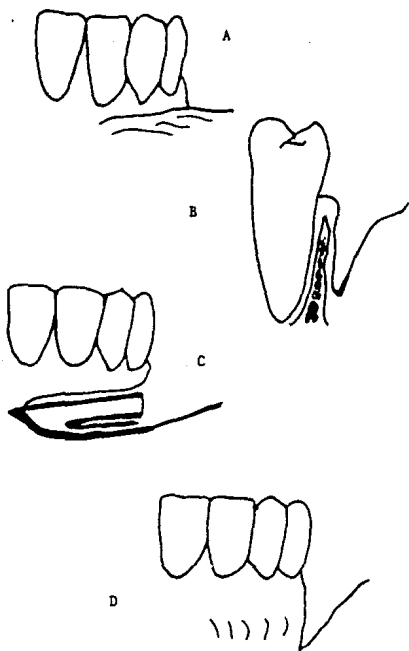
COLGAJO DESLIZANTE APICAL

LAS OPERACIONES A COLGAJO ESTAN INDICADAS EN BOLSAS TORTUOSAS, BOLSAS INFRAOSEAS, ABCESES CRONICOS CON BOLSAS PROFUNDAS, OSTEOTOMIAS Y OSTEOPLASTIAS.

#### VESTIBULOPLASTIAS

ESTOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ESTAN INDICADOS CUANDO SE NECESITA AUMENTAR LA EXTENSION DE LA ENCIA ADHERIDA QUE SE HA PERDIDO POR CAUSA DE RECESION GINGIVAL, Y TAMBIEN PARA LIBERAR A LA ENCIA DEL TIRO QUE REPRESENTA - SOBRE ELLA LA INSERCIÓN ALTA DE LOS FRENILLOS Y OTRAS INSERCIÓNES FIBROSAS, QUE DIFICULTAN LA COLOCACION DE LAS PROTESIS O QUE POR ESTAR DEMASIADO ALTAS PUEDEN TIRAR DE LA ENCIA LIBRE FAVORECIENDO LA RECESION GINGIVAL.

EL INSTRUMENTAL USADO PARA LLEVAR A CABO LAS VESTIBULOPLASTIAS ES EL MISMO QUE SE USA EN LAS GINGIVECTOMIAS.



#### VESTIBULOPLASTIA

- A) ESTADO ORIGINAL; HAY Poca ENCIA ADHERIDA
- B) SE EFECTUA UN COLGAJO, COMBINACION DE BOLSILLO Y ESPESOR PARCIAL
- C) SE DESCUBRE EN EL FONDO UNA PORCION DEL HUESO
- D) CASO TERMINADO, CON NUEVA ENCIA ADHERIDA

### **AJUSTE OCLUSAL DEFINITIVO**

Al planear la terapéutica postquirúrgica resulta mejor revisar cualquier ajuste oclusal realizado previamente. Los dientes se desplazan con frecuencia de sus posiciones después de la intervención quirúrgica debido a la movilidad post-operatoria que suele encontrarse en ese momento.

Sin embargo existen una gran variedad de opciones en cuanto a la secuencia del plan de tratamiento para realizar el ajuste oclusal.

Algunos operadores ajustan la oclusión durante las visitas quirúrgicas cuando el anestésico disminuye efectivamente la posibilidad de un sentido oclusal negativo postoperatorio (así se distrae la atención del paciente disminuyendo la tensión).

Aunque puede optarse por el ajuste oclusal prequirúrgico, la corrección de las discrepancias oclusales después de los procedimientos quirúrgicos es el método preferido por un pequeño margen. Sin embargo, tarde o temprano deberá planearse más cuidadosamente.

### **LA FASE DE MANTENIMIENTO**

El mantenimiento de los tejidos por el paciente constituyen una lucha desde el principio.

No hay paciente estándar, por lo que no debe haber un régimen de visitas periódicas sistemático o de rutina. Algunos pacientes requieren cuatro citas al año, tanto, con la higienista como con el periodontista; otros pueden ser mantenidos adecuadamente con visitas para raspado coronario y pulido alternados con curetaje y separadas por un tiempo de tres meses o más.

Cada paciente requiere una prescripción precisa dentro del plan de tratamiento.

Los pacientes deben dividirse en tres clases o tipos generales.

## **T I P O I**

### **1. PROCEDIMIENTOS DE EXAMEN Y REGISTRO DE DATOS**

- a) Evaluación radiográfica
- b) Topografía de las mucosas y la encía
- c) Registro de las lesiones periodontales
- d) Valoración de placa y sarro

### **2. TERAPEUTICA INICIAL**

- a) Raspado y pulido coronario
- b) Comienzo del régimen de control de placa

**3. CURETAJE RADICULAR**

Varios periodos operatorios

**4. AJUSTE OCLUSAL**

a) Inicial

b) Definitivo

**5. ESTABLECIMIENTO DE UN REGIMEN DE VISITAS PERIODICAS Y SU FRECUENCIA.**

**6. MOVIMIENTOS DENTALES MENORES**

**7. MANTENIMIENTO**

**8. REVALUACION**

**9. REGIMEN QUIRURGICO**

a) Eliminación de bolsas

b) Reparación de mucosas y gingivoplastias requeridas

**10. AJUSTE OCLUSAL DEFINITIVO**

**11. REVALUACION POSTQUIRURGICA**

**12. ESTABLECIMIENTO DE REGIMEN DE MANTENIMIENTO**

El tipo I es el más sencillo y es el aplicable como terapéutica definitiva -- para pacientes con inflamación gingival o enfermedad periodontal incipiente.

## **T I P O    I I**

1. EXAMEN Y REGISTRO DE DATOS
2. TERAPEUTICA INICIAL
  - a) Raspado y pulido coronario
  - b) Establecimiento de régimen de control de placa
3. CURETAJE RADICULAR (PREQUIRURGICO)
4. AJUSTE OCLUSAL INICIAL
5. REVALUACION
6. TERAPEUTICA QUIRURGICA
  - a) Eliminación de bolsas
  - b) Reparación de las mucosas incluyendo gingivoplastias, cuando sean necesarias por cicatrización burda.
7. AJUSTE OCLUSAL DEFINITIVO
8. REVALUACION
9. ESTABLECIMIENTO DE PROGRAMA DE MANTENIMIENTO

## **T I P O    I I I**

1. EXAMEN, ELABORACION DEL CASO, REGISTRO DE DATOS
2. TERAPEUTICA INICIAL

a) Raspado y pulido coronario

b) Control de placa

### 3. CURETAJE RADICULAR (PREQUIRURGICO O DEFINITIVO)

## CONCLUSIONES

Debido a la naturaleza de la enfermedad periodontal es necesario que el cirujano dentista conozca y diagnostique las lesiones así como los factores etiológicos y pueda eliminarlos o corregirlos hasta donde más sea posible, evitando con esto un daño que sería irreparable.

Tan importante es la enfermedad periodontal que el cirujano dentista debe tener especial interés en la prevención de la misma, considerando la importancia básica que tiene el cuidado y conservación del estado de salud en la cavidad bucal.

En conclusión son dos los puntos de importancia de la enfermedad periodontal.

- 1) Es indispensable el estudio de normalidad del parodonto para poder -- distinguir las alteraciones patológicas.
- 2) Los factores etiológicos, tanto locales como sistemáticos deben ser eliminados y corregidos respectivamente, para obtener un pronóstico y - tratamiento favorables.

Por último se deben prevenir las enfermedades que afecten los tejidos parodontales, eliminando los factores causales, este es el mayor y mejor servicio que podemos prestar a nuestros pacientes.



## BIBLIOGRAFIA

### PERIODONTOLOGA CLINICA

Irving Glickman

5ª Edición 1985

Editorial Interamericana

### MANUAL DE PERIODONTOLOGIA CLINICA

War, H. Simring, M.

Editorial Mundi 1975

LINDHE J.

Healing following surgical/nonsurgical treatment of periodontal disease

A. Clinical Study

J. Clin Periodontol 9:115-128, 1982.

### PERIODONCIA DE ORBAN

Daniel A. Grant.

Sterny Frank G.

4ª Edición 1975

Editorial Interamericana

### PARODONCIA

Dr. Carlos A. Rodríguez Figueroa

4ª Edición 1985

Editorial Méndez Oteo.

**ENFERMEDAD PERIODONTAL**

Saúl Schluger D.D.S.  
Ralph A. Yuodelis D.D.S. MSD.  
Roy e Page DDS MSD  
4º Edición 1979  
Editorial Continental

A.H. MELCHER  
W.H. Bowen  
Biology of the Periodontum (1979)

**PERIODONTOLOGIA CLINICA**

Van Linde  
1º Edición 2º Reimpresión 1986  
Editorial Médica Panamericana

**ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA**

John F. Prichard  
2º Edición 1971  
Editorial Labor, S.A.

**RAMFJORD S.P. ASH MM.**

Oclusión  
Editorial Interamericana 1972

**SCHLUGER S. OSSEUS RESECTION A BASIC**

Principle in Periodontal Surgery  
Oral Surg. 2:316 1949.

**BEHSNILIAN, V.**

**Oclusión y Rehabilitación  
Montevideo Uruguay 1971**

**BAER P.N. AND KASLICK R.S. SHOR COMMUNICATION**

**Periodontosis: A Confusión of Terminology  
"Journal of Periodontology 49' 1978, 153.**