



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

113
201

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS GENERALIZADA EN PACIENTES GERIATRICOS

[Handwritten signature]

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
FLORES CASTRO JOSE LUIS



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ASESOR: C.D. ANA ROSA CAMARILLO PALAFOX

MEXICO, D. F.

1999.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

26 9395



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES.

Con el profundo agradecimiento y reconocimiento de gratitud, por su apoyo moral que me brindaron durante toda mi carrera profesional, para forjar en mí una profesión digna, honesta y por darme lo mejor de su vida.

A MI ESPOSA

Patricia mi más sincero agradecimiento por tu apoyo, comprensión y cariño incondicional y por ser la fuente de mi inspiración para el logro de mis metas.

POR SIEMPRE GRACIAS.

A MIS HERMANOS .

Gabriela Flores Castro

Omar Flores Castro

Mi agradecimiento por su constante lucha para hacer de mi un profesionalista, y así poder llegar a realizar la más grande de mis metas.

A mis maestros, compañeros y amigos.
Ya que con sus consejos y ayuda hicieron posible esta tesina.

DRA. ANA ROSA CAMARILLO PALAFOX

Por su apoyo y amistad desinteresada para la
realización de esta tesina.

Al Honorable Jurado

GRACIAS .

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

EXAMEN Y DIAGNOSTICO	1
HISTORIA CLINICA GENERAL	1
EXAMEN CLINICO ORAL	3
EXAMEN RADIOGRÁFICO	5
EXAMENES DE LABORATORIO.....	6

CAPÍTULO II

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	8
GINGIVITIS.....	9
ATROFIA Ó RETRACCIÓN GINGIVAL.....	11
PERIODONTITIS.....	14

CAPITULO III

ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LAS ESTRUCTURAS PROFUNDAS	19
BOLSA PERIODONTAL	19
ABSCESO PERIODONTAL	27
QUISTE PERIODONTAL	29

CAPITULO IV

TRATAMIENTO PERIODONTAL	30
ENFERMEDADES GENERALES QUE PUEDEN MODIFICAR EL CURSO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	30
ENFERMEDADES QUE PUEDEN LIMITAR EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DEBIDO AL ESTADO FISICO DEL PACIENTE	34
ENFERMEDADES DEL PACIENTE QUE PUEDEN CONTAGIAR AL TERAPEUTA	39
CONCLUSIONES	40
GLOSARIO.....	43
BIBLIOGRAFIA	47

INTRODUCCION

El término periodontitis se refiere a la inflamación de los tejidos periodontales más profundos, es decir aquellos que comprenden el mecanismo de inserción. Esto significa que la inflamación involucra el cemento, hueso alveolar y ligamento periodontal.

También se podría definir como la enfermedad inflamatoria de la encía y los tejidos más profundos del periodonto. Se caracteriza por formación de bolsas y destrucción ósea¹⁴.

HISTOPATOLOGÍA

Las características citológicas de la inflamación en la periodontitis son típicas. Hay predominio de leucocitos polimorfonucleares cerca del fondo de la bolsa y en zonas ulceradas. Estas células migran desde los vasos sanguíneos dilatados en un intento de proteger los tejidos contra los microorganismos invasores mediante su acción fagocitaria y enzimática. Cuando mayor es la violencia de la agresión y la virulencia de las bacterias mayor es la migración de leucocitos hacia la zona del tejido afectado y a través del epitelio hacia la bolsa. La presencia de pus en una bolsa es signo de esta actividad leucocitaria¹⁰.

ETIOLOGIA

Para el mejor estudio de la etiología de la periodontitis podremos decir que se divide en etiología extrínseca y etiología intrínseca.

En la etiología extrínseca se consideran los siguientes factores:
Irritación, trauma oclusal, higiene, técnicas de cepillado, etc.

En la etiología intrínseca se consideran los siguientes factores:

Diabetes, Tuberculosis, Disfunción endocrina, Trastornos de la nutrición, etc.

CAUSAS DE LA ENFERMEDAD

FACTORES AMBIENTALES LOCALES

Higiene oral inadecuada

Desarrollo excesivo de la flora bacteriana local

Placa bacteriana

Materia alba

Restos alimenticios

CALCULOS

Irritación química, mecánica y térmica

Agresión repetida por medidas higiénicas orales

Cepillado rudo

Uso incorrecto de los estimuladores interproximales

FACTORES YATROGENOS

Extensión excesiva de los bordes de la restauraciones dentales

Extensión insuficiente de los bordes de las restauraciones dentales

Retención de cemento dental debajo de la encía

Penetración del borde cervical de las coronas debajo de la encía

Restauraciones impropias de la anatomía de la corona

Areas de contacto

FACTORES PREDISPONENTES

Forma del arco y de los dientes

Inclinación axial de los dientes

Grosor de los bordes

Area de contacto e interdientaria anormales

Relación incongruente de las crestas marginales

Herencia

FACTORES MODIFICANTES

Enfermedades generales:

Diabetes

Stress

Desnutrición

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Se producen alteraciones en el color, forma, tamaño, contorno, consistencia y textura de la encía, así como hemorragia gingival y exudado purulento del margen gingival. Además pueden existir los siguientes signos y síntomas característicos de la periodontitis¹⁴:

- 1) Destrucción del hueso de soporte
- 2) Formación de bolsas periodontales las cuales causan migración apical de la adherencia epitelial
- 3) Recesión gingival que indica pérdida de la inserción tanto de tejidos blandos como duros
- 4) Movilidad dental progresiva

- 5) Una zona rojiza extendiéndose del margen gingival a la mucosa alveolar
- 6) Extrusión y migración de los dientes
- 7) Desarrollo de diastemas
- 8) Inflamación de la unión mucogingival

Pacientes con enfermedad periodontal puede tener ausencia total de síntomas, es decir, el paciente puede no estar consciente, del problema mientras sufre de grave pérdida ósea.

La prevalencia de la enfermedad periodontal destructiva con el aumento de la edad de los 13 años a los 15 años en adelante, aumenta también el porcentaje de individuos con pérdida ósea y bolsas periodontales.

Después de los 25-30 años de edad hay un aumento en la prevalencia de la enfermedad periodontal destructiva. La reabsorción ósea alcanza un nivel alrededor de los 50 a 60 años de edad¹⁴.

Los factores que influyen sobre las enfermedades periodontales. Tales incluyen la edad, dieta, nutrición, educación, ubicación geográfica, higiene oral, raza, sexo y el estado socioeconómico.

Podremos mencionar que la edad por sí misma nunca es una barrera para el tratamiento médico y quirúrgico; tampoco deberán empañar nuestra apreciación de los principales aspectos médicos ni las circunstancias sociales ni psicopatológicas. El enfoque equilibrado del clínico es:

- 1) Hacer el diagnóstico correcto.
- 2) Decidir qué tratamiento médico o quirúrgico se puede ofrecer, (curativo ó paliativo.).
- 3) Considerar hasta qué grado los efectos de la edad, circunstancia psicosocial u otros factores modificarán el plan de tratamiento médico o quirúrgico.

Esta progresión lógica, enfocada en las necesidades individuales del paciente deberá incorporarse en cada discusión y decisión clínicas. Debido a la naturaleza multifactorial de esta tarea es esencial un buen trabajo de equipo, tanto en la práctica general como en el hospital. Es ideal que el paciente y personas que lo atienden participen también en las discusiones, las cuales son muy importantes como para dejarlas únicamente al médico y demás miembros del equipo. Es esencial recordar que muy pocos ancianos quieren morir cuando se sienten razonablemente bien. El alivio del dolor y de la toxicidad de una infección pueden transformar las actitudes hacia la supervivencia¹⁵.

El equipo intrahospitalario o el de medicina familiar, deberá sostener discusiones del caso en forma regular con el propósito de obtener un enfoque equilibrado, determinar los pasos a seguir, llevar a cabo las decisiones y asegurarse que cada miembro del equipo sepa lo que está sucediendo y porqué. Se requieren respuestas a muchas preguntas tales como: ¿qué pasará después?, ¿cuánto tardará el paciente en volver a ser independiente? ¿cuáles son las actitudes de las personas clave en su atención?, etc. Es crucial responder estas preguntas en forma temprana y a menos que los resultados sean particularmente claros deberá considerarse una serie de opciones que varían desde lo mejor hasta lo peor en los contextos clínico y social.

CAPITULO I

EXAMEN Y DIAGNÓSTICO

La base de un diagnóstico y un plan de tratamiento precisos es la recolección sistemática de los datos sobre el paciente que son relevantes para la prevención o el tratamiento de la enfermedad periodontal. El examen consiste en entrevistar y examinar físicamente al paciente en cuanto a los síntomas de la enfermedad¹².

Los elementos que están presentes para un buen examen y diagnóstico completo son:

- 1) Historia clínica
- 2) Examen clínico oral
- 3) Examen radiológico
- 4) Exámenes de laboratorio

1) HISTORIA CLINICA GENERAL

La historia clínica provee al profesional la oportunidad de obtener el motivo de la consulta del paciente, una revisión de su enfermedad actual, su historia médica y odontológica previa y una revisión de los sistemas. Los objetivos de la historia clínica están dirigidos hacia la formulación de un diagnóstico tentativo y hacia la determinación de los factores sistémicos que pudieran afectar el diagnóstico o influir sobre el plan de tratamiento¹².

La historia clínica debe ir enfocada hacia las necesidades y preocupaciones de las personas mayores, el formato de la historia clínica debe contener los siguientes datos:

- a) Perfil del paciente (datos personales), por ejemplo: Nombre, Dirección, teléfono, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, estudios.
- b) Perfil familiar: Cónyuge, niños, estado de salud, edad, oficio.
- c) Perfil Profesional: Oficio actual, trabajos anteriores, fuentes de ingreso.
- d) Perfil del entorno vital: Tipo de vivienda, número de habitaciones, número de pisos, número de personas viviendo en esa casa, grado de intimidad.
- e) Perfil de ocio de las distracciones: Pasatiempo, intereses, miembro de alguna organización.
- f) Servicios de los que dispone: Médico de cabecera, hospital al que acude.
- g) El paciente debe hacer la descripción de un día típico para él.
- h) Estado actual de salud: estado general de salud en el último año, medicación, alergias, alimentación.
- i) Estado de salud anterior: Enfermedades de la niñez, enfermedades crónicas, traumatismos.
- j) Historia familiar: Existencia de enfermedades como, cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, hipotensión e hipertensión, convulsiones, enfermedades renales, artritis, alcoholismo, problemas de salud mental, anemia, etc.
- k) Revisión de los aparatos y sistemas y órganos, por ejemplo. Aparato digestivo, Ap. genitourinario, Ap. respiratorio, etc.

Uno de los requisitos primordiales al realizar una historia clínica es realizar la entrevista frente al paciente ya que los pacientes geriátricos tienen deficiencias auditivas y visuales por lo cual el cirujano dentista debe estar a una distancia promedio de 30 a 60 cm. Se debe considerar que las

preguntas que se realizan deben de tener un intervalo razonable entre pregunta y pregunta por la dificultad que presentan los pacientes, todas estas observaciones se contemplan para un mejor resultado de la historia clínica^{14,10}.

Estructuras Paraorales

El examen completo de las estructuras paraorales debe incluir una evaluación de la cabeza y el cráneo, los ojos, la piel, el cuello, los maxilares.

En estas estructuras para el reconocimiento de anomalías se debe observar la forma, simetría, contorno y todos los rasgos externos que se aparten de lo normal, utilizando una inspección visual, palpación, percusión, etc., buscando agrandamiento, dolor, anomalías sistémicas, enfermedades infecciosas, lesiones orales agudas ó crónicas y neoplasias^{14,12,3}.

2) EXAMEN CLINICO ORAL

El examen clínico de las estructuras orales debe comenzar con una evaluación general de la higiene oral del paciente, magnitud de las lesiones cariosas, función oclusal, estabilidad y movilidad de los dientes y el estado del periodonto

Tejidos Blandos

En esta parte del examen oral se incluye una revisión de los labios, mucosa vestibular y labial, paladar, orofaringe, piso de la boca y lengua.

- a) Los labios se examinan buscando simetría bilateral, viendo el tamaño, la consistencia y sensibilidad. En las lesiones comunes de los labios y la mucosa vestibular, las úlceras traumáticas relacionadas con los hábitos de morder o las mordeduras accidentales. Las fisuras y grietas de los labios son también lesiones comunes que se tornan importantes cuando la cronicidad, la falta de cicatrización y la hemorragia se ponen de manifiesto.
- b) El examen del piso de la boca se realiza por inspección y palpación. Se requiere un espejo bucal para empujar suavemente la lengua a un lado visualizar la posición más distal del piso de la boca y el borde lateral de la lengua.
- c) La lengua debe examinarse en todas sus superficies. Si existe ulceración crónica en la lengua debido a los dientes con bordes agudos o lesiones cariosas abiertas son comunes, pero no deben dejarse sin tratar. Las lesiones de lengua geográfica, las úlceras traumáticas, las úlceras herpéticas y aftosas igualmente son comunes en lengua y mucosa bucal^{14,10,3}

Periodonto

El examen del periodonto incluye la inspección de la encía, el sondeo de los surcos gingivales buscando profundizaciones patológicas. En la fibra periodontal se incluyen la movilidad, el nivel de la adherencia, el nivel óseo, dientes ausentes, etc.

Encía

La encía se examina buscando alteraciones de lo normal en cuanto a color, forma, consistencia y adaptación a los dientes, sangrado y exudado. En las formas de la encía se relaciona con los dientes, el hueso subyacente y la presencia o ausencia de enfermedad, la encía normal y sana es firme, consistente y depende de la densidad de los tejidos.

Para realizar un mejor diagnóstico nos apoyamos en un sondeo periodontal que se emplea para medir clínicamente la profundidad del surco gingival y el nivel de la adherencia con relación a la unión amelocementaria. También tenemos que observar la movilidad dentaria donde emplearemos el índice Miller modificado que es una técnica útil para estudios clínicos.

El Índice Miller en la práctica clínica divide el grado de movilidad en tres puntos .

El primer punto es un movimiento leve. El segundo punto es un movimiento moderado y el tercer punto es un movimiento en cualquier dirección de más de 1mm; incluyendo depresión y rotación^{12,10,3} .

3) EXAMEN RADIOGRÁFICO

Las radiografías son auxiliares valiosos para evaluación de la enfermedad periodontal y el resultado de los tratamientos. Son un auxiliar para el examen clínico, no un sustituto del mismo. Las radiografías revelan alteraciones en los tejidos calcificados que no son resultado de actividad celular actual, sino efecto de experiencias celulares anteriores sobre el hueso y las raíces, la observación de cambios en los tejidos blandos del periodonto exige técnicas especiales que aun no son de uso sistemático en clínica^{12,3,5} .

El uso correcto de las radiografías es una ayuda en las enfermedades periodontales.

Principios Radiográficos

- 1) La película debe colocarse paralela al eje longitudinal de los dientes.
- 2) La película debe colocarse paralela a las caras vestibulares para evitar superposiciones.
- 3) La película debe colocarse lo suficientemente alejada de los dientes como para que incluya todas las estructuras
- 4) El estudio radiográfico periodontal deberá incluir una evaluación de los siguientes puntos:
 - A) Presencia o ausencia de cortical alveolar
 - B) Ancho del espacio de la membrana periodontal.
 - C) Altura y forma de la cresta ósea alveolar interdientaria
 - D) Longitud y forma radicular.
 - E) Relación periapical entre el hueso y la raíz
 - F) Márgenes de restauraciones desbordantes y el estado de las zonas interradiculares.

4) EXAMENES DE LABORATORIO

Además de los exámenes de diagnóstico tradicionales que se emplean en el consultorio dental, existen otros exámenes disponibles a partir de los utilizados por los laboratorios de investigación, que serán capaces de detectar pequeños cambios en el periodonto que hasta ahora no se pueden descubrir con la sonda periodontal, inspección, palpación y evaluación radiográfica.

El desarrollo de exámenes microbiológicos potencialmente útiles para el diagnóstico clínico o de laboratorio de rutina parecería seguir lógicamente a

la demostración de los mecanismos básicos involucrados en la patogenia de la enfermedad periodontal por parte de las investigaciones. Estas se han dirigido hacia^{12,3,5}:

- 1) Detección de bacterias que predominan en las lesiones periodontales
- 2) La detección de productos bacteriológicos que parecen mediar las respuestas de los tejidos periodontales.
- 3) La evaluación de la respuesta inmune a la placa bacteriana
- 4) El desarrollo de medios selectivos para el fácil cultivo de los patógenos de los que se sospecha y la enumeración de la microflora predominante basándose en las categorías o el desarrollo de la enfermedad.

También se puede mencionar la Citología Exfoliativa, aunque no se utiliza para diagnóstico periodontal, ya que puede pedirse a la higienista que obtenga material para estudio por el patólogo y para descartar la posibilidad de cáncer bucal.

La Citología Exfoliativa es un procedimiento que consiste en el examen microscópico de células obtenidas por raspado de la superficie sospechosa o por enjuague de la cavidad bucal. La Citología Exfoliativa no es un sustituto para la biopsia, aunque resulta valioso sí no puede obtenerse biopsia por algún motivo^{11,2,5}.

CAPITULO II

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

El concepto de la periodontitis como una extensión de la gingivitis hacia las estructuras de soporte se basa en la observación de que la gingivitis es un precursor de la periodontitis y en la relación que se ha estudiado entre la placa bacteriana y la gingivitis. Aunque la gingivitis no lleva necesariamente a la periodontitis, ni el desarrollo y el avance de la periodontitis son necesariamente lineales, los resultados de estudios sugieren que los primeros estadios de la periodontitis comienza con gingivitis^{12,3}.

Se ha desarrollado una cantidad de clasificaciones de las enfermedades periodontales para tomar en consideración las variaciones de opinión con respecto a la etiología de la enfermedad y para seguir los énfasis colocados en los hallazgos clínicos e histopatológicos. Basándose en estas consideraciones se han clasificado las enfermedades en:

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

1) GINGIVITIS

- a) Gingivitis simple
- b) Gingivitis compleja
- c) Gingivitis necrosante

2) ATROFIA O RETRACCION GINGIVAL

- a) Factores sistemáticos
- b) Causas locales
- c) Trauma oclusal

3) PERIODONTITIS

- a) Simple
- b) Compleja

1) GINGIVITIS

La gingivitis es un proceso inflamatorio que se origina generalmente en la unión dentogingival y afecta al componente gingival funcional del periodonto. Es principalmente una enfermedad de la encía.

- a) Gingivitis simple es inducida por la placa bacteriana y comienza en la superficie de la unión dentogingival. Una de sus características de la gingivitis simple son: Encía rojiza, márgenes engrosados, papilas redondeadas, y tumefactas.

La profundidad del surco puede estar aumentada debido a la tumefacción pero el nivel de la inserción se encuentra en la unión amelocementaria. Hay una marcada tendencia al sangrado frente a una ligera provocación y mínimo dolor al tacto. Dado que la placa bacteriana es la causa directa de la gingivitis simple, todo el tratamiento debe apuntar a la eliminación total de la placa bacteriana o a la reducción de la misma a un nivel tolerable en términos de masa total y cantidades de microorganismos patógenos.

b) Gingivitis compleja es la respuesta gingival a la placa bacteriana y otros irritantes. Ha sido modificada, por influencias tanto locales como sistémicas que no están habitualmente presentes. Basándose en el aspecto clínico, a menudo hay un grupo de diversas manifestaciones de ese tipo que se denomina hiperplasia gingival ó agrandamiento gingival. La hiperplasia gingival incluye un aumento en el tamaño de la encía debido a un aumento reactivo en las células y los líquidos de los tejidos y a la presencia de células inflamatorias. Se incluye en esta categoría la gingivitis de los respiradores bucales, fibromatosis gingival hereditaria, gingivitis del embarazo y la gingivitis leucémica.

c) Hay varias formas de lesiones necrotisantes agudas o crónicas, progresivas o autolimitantes que pueden tomar la encía, periodonto y las estructuras adyacentes como resultado de agentes físicos o químicos, irradiación, infecciones y factores desconocidos. La lesión más común es la gingivitis ulceronecrosante aguda ó infección de Vincent.

Las características clínicas de la gingivitis ulceronecrosante comienza como una tumefacción y un enrojecimiento doloroso agudo, generalmente en las puntas de las papilas interdentarias en zonas de gingivitis previa asociada con la placa, tártaro y las malas restauraciones dentales.

En el término de horas o muy pocos días después de haber experimentado la sensación dolorosa quemante inicial, aparece la ulceración y la hemorragia frente a la menor provocación.

Las úlceras se cubren de un exudado fibrinoso gris amarillento que constituye una pseudomenbrana que es fácilmente removida y descubre una superficie sangrante y muy dolorosa. El desprendimiento de las papilas interdentarias progresivamente necróticas crea lesiones en forma de cráter rodeadas por un intenso halo rojo y los bordes tumefactos de la ulceración.

El tratamiento recomendado es la eliminación del tártaro, se dan instrucciones al paciente sobre un cepillado de frotamiento circular y sobre el uso del hilo dental.

Otros autores recomiendan como mejor tratamiento para tales lesiones las sesiones repetidas de alisado radicular, curetaje bajo anestesia local, seguido de un control de placa supervisado muy de cerca^{12,3}.

2) ATROFIA Ó RETRACCIÓN GINGIVAL

a) Origen sistémico

El concepto de la erupción pasiva de los dientes con una retracción gingival fisiológica gradual con la edad no ha sido sustentado y parecería que con una higiene oral adecuada y no traumática el límite entre la inserción de tejido epitelial y conjuntivo al diente puede mantener en la unión amelocementaria aun con la edad. Sin embargo, debido a la presencia común de inflamación gingival y a la presencia común de inflamación gingival y a la tendencia al cepillado defectuoso, ningún grupo ha sido capaz de demostrar, bajo condiciones controladas, el mantenimiento de esta relación ideal en forma longitudinal en grupos de población, y la retracción gingival se encuentra en casi el 50% de los adultos jóvenes y en hasta el 100% en personas de más de 45 años de edad¹².

Generalmente después de los 60 años de edad se produce una atrofia generalizada y uniforme de la piel y la mucosa. La atrofia puede desarrollarse con una superficie grisácea en la encía que se asemeja a la leucoplasia temprana y el paciente puede tener sensación de sequedad y de una leve quemazón cuando se expone a alimentos condimentados, caliente o

frío. Este estado ha sido denominado gingivitis atrófico senil aunque no hay necesariamente evidencia alguna de inflamación.

b) Causas locales

La retracción gingival aparece con mayor frecuencia en las caras vestibulares de los caninos, premolares y primeros molares superiores. La causa más común de la atrofia gingival ó retracción gingival, es debido al uso defectuoso de los cepillos de dientes u otros elementos empleados para la higiene oral, y a menudo se acompaña por una abrasión en forma de V de la sustancia dentaria.

La retracción gingival es de importancia principalmente porque provoca un mal aspecto estético y sensibilidad radicular. Las caries se encuentran rara vez en zonas de retracción gingival e inflamación mínima o nula con abrasión de la superficie radicular, es diagnóstica de hábitos de cepillado defectuoso. El redondeamiento y la retracción de las papilas interdentarias pueden ser provocados por el uso indebido de palillos y estimuladores interdentarios. Como tratamiento deben darse instrucciones al paciente sobre la técnica de cepillado de base con un cepillo blando y una cantidad mínima de un dentífrico no abrasivo.

Malposición dentaria

Otra causa importante de las retracciones gingivales es la malposición de los dientes. En la malposición extrema, a menudo se desarrollan fisuras gingivales que denudan las caras vestibulares o linguales de los dientes dependiendo del estado de higiene oral y de la presencia o ausencia de encía adherida, puede haber o no inflamación asociada con la retracción. El tratamiento de la malposición debe incluir la corrección ortodóntica de la maloclusión y la higiene oral cuidadosa.

c) Traumas oclusales

Cuando la magnitud de las fuerzas oclusales aumenta, el periodonto responde con engrosamiento del ligamento periodontal, aumento en el número y ancho de las fibras del ligamento periodontal y aumento en la densidad del hueso¹².

Las causas del traumatismo oclusal pueden ser causado por:

Traumatismo oclusal primario

- 1) Inserción de una obturación alta
- 2) Inserción de una prótesis que aplica fuerzas excesivas sobre los dientes de soporte y dientes antagonistas.
- 3) Desplazamiento o extrusión de los dientes hacia los espacios creados por dientes faltantes no reemplazados.
- 4) Movimientos ortodónticos de los dientes hacia posiciones funcionalmente inaceptables.

Estos cambios no alteran el grado de inserción de tejido conectivo ni provocan la formación de bolsas parodontales.

Traumatismo oclusal secundario

El traumatismo oclusal se considera una causa secundaria de destrucción periodontal cuando la capacidad de adaptación de los tejidos para resistir las fuerzas oclusales ha disminuido. El periodonto se vuelve vulnerable a las lesiones y, las fuerzas oclusales anteriormente bien toleradas se hacen traumáticas, la pérdida de hueso por inflamación marginal reduce el área de inserción periodontal. Esto aumenta la carga sobre los tejidos restantes, ya

que existe menos tejido para dar apoyo y contrarrestar las fuerzas y aumenta el efecto de palanca sobre los tejidos restantes, la pérdida avanzada de hueso suele ser la causa más frecuente de traumatismo secundario y resulta difícil de tratar^{12,3}.

El trauma por oclusión no puede inducir destrucción del tejido periodontal, pero puede dar por resultado una reabsorción del hueso alveolar que conduzca a una movilidad dentaria, incrementando que podrá ser de carácter transitorio o permanente, esta reabsorción ósea con la resultante movilidad dentaria incrementada debe ser considerada como una adaptación fisiológica del ligamento periodontal y del hueso alveolar circundante a las fuerzas traumatizantes.

En los dientes con enfermedad periodontal asociada a placa bacteriana, continúa el trauma de la oclusión, y puede, sin embargo, en ciertas condiciones impulsar el ritmo de progreso de la enfermedad desde el punto de vista clínico, este conocimiento refuerza la exigencia de un tratamiento correcto de la enfermedad asociada a la placa bacteriana el que deberá detener la destrucción de los tejidos periodontales aun cuando persista el trauma oclusal, es decir, al ajuste oclusal o la ferulización puede reducir la movilidad de los dientes traumatizados, pero no detendrá el ritmo de la destrucción ulterior del aparato de soporte^{12,3}.

3) PERIODONTITIS

Es la respuesta inflamatoria de los tejidos del parodonto a los irritantes locales o factores generales con cambios atróficos inflamatorios y destructivos de los elementos histológicos del parodonto. También se puede definir como una enfermedad inflamatoria de la encía y los tejidos más

profundos del periodonto, se caracteriza por formación de bolsa paradontal y destrucción ósea. La periodontitis es considerada como la extensión directa de la gingivitis que avanzó y ha sido descuidada.

Los síntomas y signos de la enfermedad denominada parodontitis, son semejantes a los que se mencionaron en la gingivitis. Además debido a la destrucción de la cresta ósea y el cambio consiguiente en la localización del margen gingival, dicho signos pueden estar modificados.

El diagnóstico clínico de la periodontitis se basa en la inflamación gingival, en la formación de bolsas y exudado purulento, en la resorción alveolar; otro signo importante aunque tardío, es la movilidad. Generalmente la enfermedad es indolora^{12,3}.

Los principales factores etiológicos de la parodontitis son:

- *Factores extrínsecos.* La irritación local es un factor etiológico primario en la parodontitis, la irritación, debido a depósitos con sus invisibles gérmenes es un factor fundamental en la profundización de las bolsas y de la reacción inflamatoria que la acompaña, sin embargo, estos factores locales no explican adecuadamente el desarrollo de algunas formas de parodontitis.
- *Factores intrínsecos:* Sin duda, los factores generales juegan importante papel en el desarrollo, forma y gravedad de algunos casos de esta enfermedad, pero no se puede afirmar que una enfermedad general, o alguna deficiencia nutritiva tenga como resultado una parodontitis a continuación de una gingivitis persistente, sin embargo, hay enfermedades que predisponen a la desorganización de los tejidos y a las reacciones inflamatorias, un ejemplo de ellas es la Diabetes Mellitus.

La irritación local, es el factor etiológico primario de la parodontitis y puede ser modificado por los factores generales. Entre los factores generales debe incluirse la constitución orgánica del individuo¹⁰.

Las enfermedades inflamatorias del parodonto abarcan enfermedades gingivales y periodontales, que son las principales causas de pérdidas de dientes en los adultos.

La periodontitis destructiva crónica puede clasificarse de la siguiente manera:

1) La periodontitis se caracteriza por formación de bolsas y pérdida de hueso.

- a) La periodontitis marginal o simple de los adultos se caracteriza por la formación de bolsas y pérdida de hueso y puede presentarse en forma progresiva lenta o progresiva rápida.
- b) La periodontitis compuesta consta de periodontitis marginal con cambio adicional provocado por el traumatismo oclusal.
- c) Las formas juveniles de la periodontitis pueden presentarse de manera generalizada o localizada. El traumatismo de la oclusión es una lesión periodontal provocada por excesivas.

2) El traumatismo por oclusión es la lesión al periodonto inducido por fuerza excesiva.

3) La atrofia periodontal es la reducción de altura del hueso alveolar acompañada por recesión gingival, se debe a los efectos acumulativos de lesiones repetidas al periodonto.

- a) La atrofia presenil es la reducción de altura del hueso que es uniforme en toda la boca y sin causa local evidente.
- b) La atrofia por desuso es resultado de la falta de estímulo funcional en el periodonto.

Tanto el traumatismo de la oclusión como la atrofia del periodonto, en sus formas más puras, son fenómenos de acomodación a cambios en el entorno bucal. Durante muchos años se pensó que la pérdida de inserción producida por la enfermedad periodontal era un fenómeno progresivo continuo y lento. En años recientes y como consecuencia de los estudios sobre la especificidad de las bacterias de la placa bacteriana, este concepto de la enfermedad y su actividad ha cambiado. Ahora se piensa que las bolsas periodontales pasan periodos de reposo y exacerbación, los periodos de reposo se caracterizan por una reacción inflamatoria reducida y poca o ninguna pérdida de hueso y tejido conectivo¹⁰.

Un aumento en la cantidad de placa no adherida con bacterias gramnegativas, móviles y anaeróbicas, da inicio a un periodo de exacerbación en que el hueso y la inserción de tejido conectivo se pierden y se profundiza la bolsa. Los periodos destructivos pueden durar días, semanas o más, y casi siempre van seguidas por periodos de remisión o reposo, en los que se presenta una situación más estable caracterizada por la presencia de flora grampositiva.

Estos periodos de reposo y exacerbación también se conocen como periodos de actividad e inactividad. Clínicamente, los periodos activos presentan mayor frecuencia de sangrado y mayor cantidad de exudado gingival. Histológicamente, hay un epitelio en la bolsa adelgazado o ulcerado y una infiltración inflamatoria.

La infiltración está formada principalmente por células plasmáticas, leucocitos polimorfonucleares c ambos. Las muestras bacterianas de la luz de la bolsa, analizadas por microscopio de campo oscuro, revelan mayor proporción de organismos móviles y espiroquetas. Después de un tiempo, la pérdida de hueso puede descubrirse mediante radiografía¹⁰.

CAPITULO III

ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LAS ESTRUCTURAS PROFUNDAS

Cuando la inflamación de la encía se extiende hacia los tejidos de soporte más profundos y se ha destruido parte del ligamento periodontal, se puede hacer el diagnóstico de periodontitis. El rasgo característico de la periodontitis es la bolsa periodontal. La bolsa periodontal de la periodontitis no tiene un origen en el agrandamiento e inflamación del margen gingival, si no en la invasión progresiva de la bolsa sobre el ligamento¹⁰.

BOLSA PERIODONTAL.

La bolsa periodontal se define como un surco gingival patológicamente profundizado. Es una de las características clínicas importantes de la enfermedad periodontal que conduce a destrucción de los tejidos periodontales de soporte y a la pérdida de los dientes.

Las bolsas periodontales suelen ser indoloras, aunque pueden dar lugar a los siguientes síntomas; dolor localizado o sensación de presión después de comer, que disminuye gradualmente sin embargo el único método confiable para la localización de las bolsas periodontales y la determinación de su extensión es el sondeo cuidadoso del margen gingival a lo largo de cada superficie dentaria³.

Varios signos clínicos sugieren la presencia de bolsas periodontales estas son:

- 1) Encía agrandada, con margen rojo azulado con un borde enrollado y separado de la superficie dentaria.
- 2) Una zona vertical roja azulada que se extiende desde el margen gingival hasta la encía insertada y en ocasiones hasta la mucosa alveolar.
- 3) Solución de continuidad en la encía interdentaria, de facial a lingual.
- 4) Encía brillante, con cambio de coloración y edematosa relacionada con superficies radiculares expuestas.
- 5) Sangrado gingival.
- 6) Exudado purulento del margen gingival o su aparición como reacción a la presión digital sobre la cara lateral del margen.
- 7) Movilidad, extrusión y migración de los dientes.
- 8) Desarrollo de diastemas donde no existían con anterioridad.

CLASIFICACION.

Las bolsas periodontales se clasifican como bolsas gingivales o bolsas periodontales, según su morfología y relación con las estructuras adyacentes^{3,14}.

La bolsa gingival se forma por agrandamiento de la encía sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes.

El surco se profundiza debido al aumento de volumen de la encía.

Las bolsas periodontales se presentan cuando los tejidos periodontales y de soporte son destruidos y pueden ser de dos tipos:

- 1) Supraóseas (supracrestales, supraalveolares), en las que el fondo de la bolsa se encuentra en dirección coronaria al hueso alveolar subyacente.

2) Infraósea (intraósea, subcrestal o alveolar), en las que el fondo de la bolsa se encuentra en dirección apical respecto del nivel del hueso alveolar adyacente. En este tipo, la pared lateral de la bolsa se encuentra entre la superficie dentaria y el hueso alveolar.

Las bolsas también se clasifican como simples, cuando afectan sólo una superficie radicular; compuestas, cuando afectan dos o más superficies radiculares; y complejas que son bolsas espirales alrededor de dos o más superficies radiculares.

PATOGENIA

La formación de bolsas principia con un cambio inflamatorio en la pared de tejido conectivo del surco gingival causado por placa bacteriana. El exudado celular inflamatorio provoca la degeneración del tejido conectivo circundante, incluyendo las fibras gingivales.

Se han descrito dos zonas en el proceso de destrucción del tejido conectivo de inserción. Justo en dirección apical al epitelio de unión se encuentra una zona de fibras colágenas destruidas, que es ocupado por células inflamatorias y edema, en dirección apical a esta zona hay una zona de destrucción parcial, y a continuación un área de inserción normal.

Además de la destrucción de colágeno, el epitelio de unión prolifera a lo largo de la raíz en forma de proyecciones digitales de dos a tres células de grosor. La porción coronal se separa de la raíz al desplazarse en dirección apical, como resultado de una mayor invasión de leucocitos polimorfonucleares. Por esto, el fondo de surco se desplaza en dirección apical, y el epitelio del surco abarca una mayor superficie de la cubierta del mismo surco.

Si persiste la inflamación, la encía aumenta de volumen y la cresta del margen gingival se extiende hacia la corona. El epitelio de unión continua desplazándose a lo largo de la raíz y separándose de la misma.

El epitelio de la pared lateral de la bolsa prolifera para formar extensiones a manera de cuerdas hacia el tejido conectivo inflamado.

Los leucocitos y el edema del tejido conectivo inflamado infiltran la cara epitelial de la bolsa, dando como resultado diversos grados de degeneración y necrosis^{3,14}.

La justificación por la reducción de las bolsas se basa en la necesidad de eliminar áreas de acumulación de placa.

HISTOPATOLOGIA

El equilibrio entre los cambios exudativos y constructivos determina el color, la consistencia y textura superficial de la pared de la bolsa.

Si el exudado inflamatorio líquido y celular predomina, la pared de la bolsa será roja azulada, blanda, esponjosa y friable, con una superficie lisa y brillante.

Si hay predominio relativo de células de tejido conectivo recién formadas y fibras, la pared de la bolsa será firme y color de rosa. Clínicamente, la primera aparece como una bolsa edematosa, y la segunda como una fibrosa, las bolsas edematosas y fibrosas representan extremos opuestos del mismo proceso patológico y no entidades patológicas diferentes.

El aspecto externo de una bolsa periodontal puede ser engañosa, ya que no siempre es indicador de lo que realmente está sucediendo en toda la pared de la bolsa. Los cambios más importantes en las bolsas periodontales se presentan a lo largo de su cara interna. En algunos casos la inflamación y la ulceración en el interior de una bolsa se ocultan, dando como resultado un aspecto externo de encía color de rosa y fibrosa, no obstante la degeneración que se lleva a cabo en su interior³.

MICROTOPOGRAFIA DE LA PARED GINGIVAL DE LA BOLSA

La microscopia electrónica por centelleo ha demostrado los diferentes tipos de actividad que tienen lugar en la pared de tejido blando de la bolsa.

Las áreas de actividad diferentes son ovaladas alargadas en forma irregular y adyacentes entre si, de 50 a 200 micras de tamaño . Esto sugiere que la pared de la bolsa cambia continuamente como resultado de la interacción entre el huésped y las bacterias y se han descrito las siguientes áreas.

- 1) Areas de reposo relativo, que muestran una superficie casi plana con depresiones menores y montículos, y en ocasiones descamación de células.
- 2) Las áreas de acumulación bacteriana aparecen como depresiones en la superficie epitelial, con residuos abundantes y aglomeraciones de bacterias que penetran en los espacios intercelulares agrandados . Estas bacterias son principalmente cocos, bacilos o filamentos con algunas espiroquetas.
- 3) Se observan áreas de salida de leucocitos a través de la pared de las bolsas en perforaciones localizadas en los espacios intercelulares.
- 4) Aparecen áreas de interacción entre leucocitos y bacterias, mostrando numerosos leucocitos cubiertos con bacterias al parecer en proceso de fagocitos. La placa bacteriana asociada al epitelio se aprecia como una matriz organizada cubierta por un material similar a la fibrina en contacto con la superficies de las células o como bacterias que penetran en los espacios intercelulares.
- 5) Se observan áreas de intensa descamación epitelial, formadas por escamas epiteliales dobladas o semiadheridas en ocasiones cubiertas parcialmente por bacterias.
- 6) Las áreas de ulceración muestran tejido conectivo expuesto.

7) Las áreas de hemorragia se caracterizan por numerosos eritrocitos.

La transición de un área a otra sucede al acumularse bacterias en áreas previamente en reposo, lo que desencadena la salida de leucocitos y la interacción entre leucocitos y bacterias. Esto conduce a intensa descamación epitelial, y por último a ulceración y hemorragia³.

CONTENIDO DE LA BOLSA

Son principalmente restos de microorganismos y sus productos (Enzimas, endotoxinas y otros productos metabólicos), placa bacteriana, líquido gingival, restos alimenticios, micina salival, células epiteliales descamadas y leucocitos.

Si hay exudado purulento, consiste en leucocitos vivos, degenerados y necróticos, bacterias vivas y muertas; suero y una pequeña cantidad de fibrina.

IMPORTANCIA DE LA FORMACION DE PUS

El pus es una característica frecuente de enfermedad periodontal, pero solo es un signo secundario. La presencia del pus o la facilidad con la que se extrae de la bolsa sólo refleja la naturaleza de los cambios inflamatorios en la pared de la misma. No es un indicador de la profundidad de la bolsa o de la intensidad de la destrucción de los tejidos de soporte³.

LA PARED RADICULAR

En las bolsas periodontales, esta pared con frecuencia sufre cambios importantes que pueden perpetuar la infección periodontal, producir dolor, y

complicar el tratamiento periodontal. En el cemento, los cambios se clasifican en estructurales, químicos y citotóxicos³.

1) Cambios estructurales se observa lo siguiente:

- a) Presencia de glándulas patológicas
- b) Areas de mayor mineralización
- c) Areas de desmineralización

2) Cambios químicos

En las superficies radiculares enfermas aumentan los siguientes minerales; Calcio, magnesio, fósforo, flúor. Sin embargo la microdureza permanece sin cambios.

3) Cambios Citotóxicos

En el fondo de la bolsa periodontal se encuentran las siguientes zonas.

- a) Cemento cubierto por cálculos
- b) Placa adherida, que cubre los cálculos y se extiende desde ellos hacia apical en grado variable.
- c) La zona de placa no adherida que rodea la placa adherida y se extiende hacia apical de ella.
- d) La zona en la que el epitelio de unión se adhiere al diente.
- e) Apical al epitelio de unión, puede haber una zona de fibras de tejido conectivo semidestruido.

CAMBIOS PULPARES VINCULADOS CON LAS BOLSAS PERIODONTALES

La diseminación de la infección desde las bolsas periodontales ocasionan cambios patológicos en la pulpa. Dichos cambios originan síntomas dolorosos o afectan en forma adversa la respuesta pulpar a los procedimientos restaurativos.

La afección de la pulpa por la enfermedad periodontal ocurre a través del foramen apical o de los conductos laterales en la raíz después de que la infección se disemina de la bolsa a través del ligamento periodontal. En tales casos ocurren cambios pulpares atróficos e inflamatorios³.

RELACION DE LA RECESION GINGIVAL Y PERDIDA OSEA CON LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.

El grado de recesión depende de la localización de la base de la bolsa en la superficie radicular, mientras que la profundidad es la distancia entre la base de la bolsa y el borde de la encía.

La intensidad de la pérdida ósea suele correlacionarse con la profundidad de la bolsa, aunque no siempre. La pérdida extensa de hueso se puede encontrar en bolsas superficiales y con bolsas profundas puede ocurrir una pérdida ósea ligera. Es factible que la destrucción de hueso alveolar ocurra en ausencia de bolsas periodontales, con traumatismo oclusal y en casos de recesión marcada^{3,2}.

RELACION DE LA BOLSA PERIODONTAL CON EL HUESO

En bolsas infraoseas, la base es apical al hueso alveolar y la pared de la bolsa descansa entre el diente y el hueso. Con mayor frecuencia, las bolsas

infraóseas ocurren en la zona interproximal, pero en factible localizarias en las superficies vestibular y lingual.

La bolsa supraósea tiene su base coronal a la cresta del hueso. Los cambios inflamatorios, proliferativos y degenerativos en las bolsas infraóseas y supraóseas son los mismos y todos ellos conducen a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte.

BOLSAS SUPRAOSEAS E INFRAOSEAS

En la bolsa infraósea, la base se encuentra en dirección apical respecto del nivel del hueso alveolar y la pared de la bolsa se encuentra entre el diente y el hueso.

La bolsa supraósea tiene su base en dirección coronal respecto de la cresta del hueso, los cambios inflamatorios proliferativos y degenerativos en las bolsas infraóseas son iguales, y conducen a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte^{3,2}.

ABSCESO PERIODONTAL

Un absceso periodontal es una inflamación purulenta localizada en los tejidos periodontales. También se conoce como absceso lateral o parietal. La formación de un absceso ocurre de la siguiente manera:

Extensión profunda de la infección de una bolsa periodontal dentro de los tejidos periodontales de soporte y localización del proceso inflamatorio supurativo a lo largo de la cara lateral de la raíz.

Extensión lateral de la inflamación desde la superficie interior de una bolsa periodontal hacia el tejido conectivo de la pared de la bolsa. La localización

del absceso resulta cuando se obstruye el drenaje hacia el espacio de la bolsa.

En una bolsa que describe un trayecto tortuoso alrededor de la raíz, se puede formar un absceso periodontal en el conducto, en la parte más profunda cuya comunicación al exterior está cerrada^{3,2}.

La remoción incompleta de los cálculos durante el tratamiento de una bolsa periodontal. En este caso, la pared gingival se encoge y ocluye el orificio de la bolsa y un absceso periodontal ocurre en la porción sellada de la bolsa.

Se puede presentar un absceso periodontal en ausencia de enfermedad periodontal, como consecuencia del traumatismo de los dientes o perforación de la pared lateral de la raíz en la terapéutica endodóntica.

Los abscesos periodontales se clasifican de acuerdo con su localización de la siguiente manera:

- a) Absceso en los tejidos periodontales de soporte a lo largo de la cara lateral de la raíz
- b) Absceso en la pared de tejido blando de una bolsa periodontal profunda.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS

Un absceso es una acumulación localizada de polimorfonucleares viables y necróticos dentro de la pared de la bolsa periodontal. Los leucocitos muertos liberan enzimas que digieren a las células y a otras estructuras hísticas, formando el producto líquido que se conoce como pus, el cual constituye el centro del absceso. Una reacción inflamatoria aguda rodea el área purulenta,

y el epitelio que la cubre muestra edema intracelular y extracelular e invasión de leucocitos.

El absceso agudo localizado se vuelve un absceso crónico cuando el contenido purulento drena a través de una fistula hacia la superficie gingival externa o hacia la bolsa periodontal^{3,2}.

QUISTE PERIODONTAL

Es una lesión poco frecuente que produce destrucción localizada de los tejidos periodontales a lo largo de la superficie radicular lateral, con mayor frecuencia en el área canino-premolar inferior. Se sugieren las siguientes como posibles causas:

- 1) Quiste odontogénico debido a la proliferación de los restos epiteliales de Malassez ; no se conoce el estímulo que inicia la actividad celular.
- 2) Quiste dentígero lateral retenido en la mandíbula después de la erupción dental.
- 3) Quiste primordial o germen de un diente supernumerario.
- 4) Estimulación de los restos epiteliales del ligamento periodontal por la infección de un absceso periodontal o de la pulpa a través de un conducto radicular accesorio.

Un quiste periodontal suele ser asintomático y sin cambios microscópicos detectables, pero puede presentarse como una tumefacción suave localizada. Radiográficamente, cuando el quiste periodontal se localiza en interproximal aparece del lado de la raíz como un área radiolúcida limitada por una línea radioopaca.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO PERIODONTAL

Al planear un tratamiento periodontal debe tenerse muy en cuenta el estado de salud del paciente geriátrico puede ocurrir que las condiciones orgánicas de éste impongan un tratamiento determinado, pues en algunas afecciones sólo es posible aplicar un tratamiento periodontal paliativo.

Las relaciones entre las enfermedades generales y el tratamiento periodontal se estudiarán en tres categorías generales y el tratamiento periodontal se estudiará en tres categorías generales:

- 1) Enfermedades generales que pueden afectar el curso de la enfermedad periodontal.
- 2) Enfermedades que pueden limitar el tratamiento de la afección periodontal debido al estado físico del paciente.
- 3) Enfermedades que pueden contagiar al médico¹¹.

ENFERMEDADES GENERALES QUE PUEDEN MODIFICAR EL CURSO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

DIABETES

Es una alteración crónica donde faltan los mecanismos normales que mantienen la glucosa en un nivel constante, y esto ocasiona la hiperglucemia y glucosuria.

Una enfermedad como la Diabetes Mellitus puede alterar el curso de la afección periodontal modificando las defensas naturales contra los irritantes, o limitando la capacidad restauradora del tejido. También puede afectar al periodonto, la estabilidad nerviosa del paciente, de tal suerte que aparezca el factor stress.

Diabetes y el periodonto. Los datos periodontales más significativos en los diabéticos no controlados son la reducción de los mecanismos de defensa y el aumento de la susceptibilidad a las infecciones, que pueden conducir a la enfermedad periodontal crónica. Los diabéticos controlados presentan reacciones tisulares normales y defensas normales contra las infecciones.

Se han descrito diversos cambios periodontales en los pacientes diabéticos, como tendencia a la formación de abscesos, encías agrandadas, proliferaciones gingivales en forma de pólipos y dientes con movilidad.

Los pacientes con diabetes franca durante más de 10 años presentan mayor pérdida de estructuras periodontales que aquellas con historia de diabetes mas limitada. Clínicamente señalan que la enfermedad periodontal en los diabéticos no sigue un patrón consistente, con frecuencia ocurre inflamación gingival marcada, bolsas periodontales profundas y abscesos periodontales frecuentes en diabéticos con mala higiene bucal.

La diabetes no causa la gingivitis ni la formación de bolsas periodontales, aunque las alteraciones en la reacción de los tejidos a los irritantes locales acelera la pérdida de hueso en la enfermedad periodontal y retrasa la cicatrización después del tratamiento periodontal.

Si la enfermedad general del paciente se trata del modo adecuado y el paciente coopera, no hay necesidad de modificar el tratamiento periodontal, y el pronóstico es favorable. El paciente diabético debe ser aún más

escrupuloso que el paciente normal, en lo que a higiene oral se refiere, porque su periodonto se lesionará con mayor rapidez.

INFLUENCIAS NUTRICIONALES

Hay diversas manifestaciones bucales de enfermedades nutricionales. Estas incluyen alteraciones de los labios, mucosas bucales, hueso y tejidos periodontales. Las deficiencias nutricionales no causan gingivitis ni enfermedad periodontal, aunque pueden afectar la condición de todos los tejidos y agravar los efectos nocivos de los irritantes locales. Puede haber circunstancias en que los irritantes locales de intensidad baja puedan causar trastornos gingivales y periodontales si sus efectos son potenciados por alguna deficiencia nutricional.

PROTEINAS

Las proteínas son un componente principal de la dieta y muchos de los aminoácidos que la forman se sabe que son esenciales para el crecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la mayoría de los tejidos.

MINERALES

El calcio es un mineral fundamental para la formación ósea, las transmisiones nerviosas, la contracción muscular y la coagulación sanguínea. Una deficiencia de la vitamina D y el calcio o un desequilibrio calcio/fósforo trae como resultado osteomalacia en adultos.

VITAMINAS

Vitamina A

Es importante en la visión, el crecimiento, la formación de esmalte y el mantenimiento de la piel. La hipervitaminosis A trae como resultado un daño permanente hepático y renal, dermatitis y pérdida de cabello.

Vitamina C

La deficiencia de la vitamina C también se caracteriza por mayor permeabilidad capilar y susceptibilidad a las hemorragias traumáticas.

Así una deficiencia franca de vitamina C no provoca gingivitis ni bolsas periodontales pero modifica desfavorablemente la respuesta inflamatoria de manera que la enfermedad periodontal inflamatoria existente es más grave².

Evidentemente las enfermedades por deficiencias nutricionales deben ser tratadas porque representan un estado patológico, sin embargo, la enfermedad periodontal no es una enfermedad por deficiencia nutricional y debe ser tratada por la eliminación de los irritantes que son la causa de las lesiones periodontales. En el caso poco probable de que un paciente periodontal tenga una enfermedad por deficiencia nutricional, está debe ser tratada poniendo al paciente bajo el cuidado de un médico, antes de proceder al tratamiento periodontal definido, aunque el tratamiento periodontal local puede ser totalmente exitoso en presencia de una alteración nutricional, y el tratamiento higiénico con el control de placa debe iniciarse inmediatamente, a pesar de que el paciente tenga una enfermedad por deficiencia nutricional^{2,12}.

EPILEPSIA

Los pacientes que toman dilantin sódico para combatir la epilepsia tienden a presentar hiperplasia gingival, la enfermedad no constituye contraindicación de la extirpación quirúrgica de la hipertrofia, a menudo es necesario proceder a la misma aunque son posibles, las residivas¹¹.

Los epilépticos pueden tratarse adecuadamente empleando anestesia local, algunos autores mencionan como prevención la administración de un anestésico general para cirugía bucal con objeto de prevenir un ataque durante el tratamiento.

ENFERMEDADES QUE PUEDEN LIMITAR EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DEBIDO AL ESTADO FISICO DEL PACIENTE⁶.

AFECCIONES CARDIOVASCULARES

Las afecciones cardiovasculares constituyen un amplio grupo de enfermedades que afectan al corazón, los vasos sanguíneos y la sangre. Considerados en conjunto, los pacientes cardiacos soportan bastante bien las intervenciones quirúrgicas, pero las intervenciones periodontales solamente deben efectuarse en pacientes cuidadosamente seleccionados los pacientes que se han restablecido satisfactoriamente de una cardiopatía coronaria pueden beneficiarse del tratamiento periodontal completo. Las cardiopatías con corazones débiles o descompensados y los que toman preparados anticoagulantes se han de limitar a la escaridondia subgingival y a la instrucción sobre higiene oral.

Las mismas limitaciones son aplicables a los pacientes que han sufrido una operación en el corazón, aunque hay excepciones. Los pacientes con una historia de cardiopatía reumática, por lo común pueden soportar el tratamiento periodontal completo si hay una protección antibiótica adecuada. La enfermedad periodontal es un foco peligroso para los pacientes con soplos cardiacos o con antecedentes de cardiopatía reumática. El área difusa de tejido inflamado, o infectado, comprendido en una red vascular abundante es una región fértil para la diseminación de bacterias, aunque no se someta a manipulación. En estos pacientes no deben dejarse áreas infectadas ni tolerar su existencia. Es obligada la consulta con el médico de cabecera del paciente antes de iniciar el tratamiento¹¹.

ANGINA DE PECHO

Los pacientes con antecedentes de angina de pecho inestable deberán ser tratados únicamente en caso de urgencia.

Los pacientes que pueden someterse a procedimientos dentales selectivos se toman las siguientes precauciones:

- 1.-Premedicar según sea necesario con diacepam, óxido nitroso y oxígeno o barbitúricos de acción corta como pentotal (30 a 60 mg.) o secobarbital (60 a 100 mg.).
- 2.-Se requiere anestesia adecuada.
- 3.-Si el paciente está tenso, se sugiere administrar premedicación con nitroglicerina por vía sublingual (1/200 gramos) cinco minutos antes del procedimiento.

Los medicamentos del paciente deberán encontrarse a la mano sobre la mesa del odontólogo. Deberá verificarse la fecha de caducidad de la nitroglicerina del paciente, así como el equipo médico de urgencias del consultorio ya que este fármaco pierde rápidamente su potencia si el paciente se fatiga o presenta algún cambio repentino en el ritmo o frecuencia cardiaca, deberá suspenderse el procedimiento dental tan pronto como sea posible².

Un paciente con algún episodio de angina de pecho en el sillón dental exige el siguiente tratamiento médico de urgencia.

- a) Suspender el tratamiento
- b) Administrar una tableta (0.3 a 0.6 mg.) de nitroglicerina por vía sublingual
- c) Dar seguridad al paciente
- d) Liberar la ropa apretada
- e) Administrar oxígeno con el paciente en posición supina
- f) Si los signos y síntomas cesan en un lapso de tres minutos, terminar el procedimiento, si es posible, asegurándose de que el paciente esté cómodo.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva no controlada no son candidatos para tratamientos dentales selectivos. Deberá consultarse al médico respecto de las precauciones necesarias para los individuos que han sido tratados por esta enfermedad⁶.

HIPERTENSION

El sistema de visitas periódicas al dentista constituye una situación ideal para detectar hipertensión.

La primera visita deberá incluir dos determinaciones de la presión arterial, que se promedian y registran como una medición básica. Salvo que los resultados sean muy altos, la presión arterial del paciente deberá ser vigilada por un periodo de dos visitas como mínimo antes de remitirlo a un médico para valorar los resultados elevados.

No deberá principiarse el tratamiento periodontal hasta que haya realizado una historia clínica y se haya determinado la presión arterial, que deberá ser aceptable².

No deberá efectuarse ningún tratamiento periodontal en un paciente hipertenso que no se encuentre bajo control médico. Si el problema dental es urgente, deberá tratarse en forma conservadora con antibiótico y analgésicos⁶.

En pacientes con hipertensión pueden emplearse anestésicos sin adrenalina para procedimientos de poca duración, aunque es muy importante llevar a cabo procedimientos indoloros o evitar la liberación de adrenalina endógena. La dosis de anestésicos deberán ser mínimas aunque adecuadas para el control del dolor y el estrés².

DISCRASIAS HEMATICAS Y ENFERMEDADES HEMORRAGICAS

Las discrasias hemáticas a menudo van acompañadas de lesiones orales y en los casos crónicos puede ser necesaria la terapéutica periodontal paliativa para comodidad del paciente. Es muy importante que el dentista esté alerta sobre los signos y síntomas orales característicos de las discrasias sanguíneas y de las consecuencias graves del tratamiento dental, especialmente de la extracción dentaria

Los pacientes con una enfermedad hemorrágica requieren con frecuencia un tratamiento periodontal para mejorar la salud gingival lo suficiente para evitar las hemorragias espontáneas. El tratamiento clínico de los trastornos periodontales de estos pacientes plantea muchas dificultades. Las hemorragias orales constituyen en ellos un problema serio que precisa ser resuelto para el bienestar del paciente y a veces, incluso, para salvar su vida¹¹.

En muchos de estos pacientes los objetivos terapéuticos han de ser más limitados. El pronóstico de la enfermedad general suele ser grave, y la finalidad de la terapéutica periodontal es proporcionar comodidad al paciente. Los trastornos hemorrágicos complican la vida de mucha gente esto tiene importancia en odontología porque la hemorragia gingival, o la infiltración del tejido oral, pueden ser las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad general. Muchas enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos afectan a las estructuras del periodonto y su tratamiento correcto requiere simultáneamente un diagnóstico preciso y una estrecha colaboración entre dentista y médico.

En algunas enfermedades hemorrágicas el tratamiento médico puede preparar al paciente para usar las técnicas periodontales de una manera normal, pero en otras hay que modificar el tratamiento periodontal para hacerlo compatible con el estado general. En estos casos, también se altera un resultado periodontal aceptable para conformarse a la limitación impuesto al tratamiento por la enfermedad¹¹.

ENFERMEDADES DEL PACIENTE QUE PUEDEN CONTAGIAR AL TERAPEUTA

HEPATITIS

Los pacientes que han padecido una hepatitis viral son portadores permanentes de la enfermedad y constituyen una fuente potencial de infección para el odontólogo y sus auxiliares. Hay dos tipos de hepatitis viral, la sérica y la infecciosa, causada por dos agentes virales diferentes. Las enfermedades pueden transmitirse por un rasguño producido por un instrumento o por un pinchazo con la aguja, el contacto directo con la sangre o la saliva del paciente puede producir la infección.

La hepatitis infecciosa, menos grave que la serica, también puede transmitirse por los alimentos o el agua. Es muy recomendable el empleo de guantes durante el tratamiento del paciente y la preparación de los instrumentos para la esterilización después del tratamiento¹¹.

CONCLUSIONES

Como conclusión podremos mencionar que el tratamiento de los pacientes geriátricos es sumamente complejo, en el cual tenemos que realizar una buena historia clínica, que abarque una forma integral tanto general, mental, y el estado físico en que se encuentra el paciente geriátrico.

Es muy importante tener una buena historia clínica para un buen diagnóstico ya que de este depende un mejor plan de tratamiento. Los pacientes geriátricos presentan una serie de enfermedades paradontales pero a su vez se relacionan con otras enfermedades comunes de la edad como por ejemplo; Diabetes, hipertensión, etc.

El plan de tratamiento se hace más complicado y muchas veces demasiado paliativo.

Realizando la tesina me pude dar cuenta de que hay poca información existente con relación a los pacientes geriátricos, es preocupante no estar capacitado para saber como tratar los problemas intrabucales, médicos, social, mental y físicos significando un reto ilimitado para el odontólogo.

Si se quiere satisfacer las necesidades del paciente geriátrico, se debe estar dispuesto a cuidar de cada individuo con paciencia, una vez más la boca debe apreciarse como un reflejo de la condición sistémica y de acuerdo con esto se llega al tratamiento.

En el año 1990 se realizó un estudio para medir la prevalente severidad y extensión de periodontitis en pacientes geriátricos en la clínica de posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México el cual arrojó que el número

fue a la alta, esto nos da como reflexión la importancia de prepararnos para una mejor atención a nuestros pacientes geriátricos.

Se han realizado en las dos últimas décadas diversas investigaciones encaminadas a lograr un mejoramiento en la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Se efectuó un estudio para establecer un perfil epidemiológico geriátrico, encontrando que más del 65% de los ancianos presentan afecciones físicas entre las que predominan las del sistema nervioso, y que más del 45% padece depresión de leve a moderada, debida principalmente a factores de tipo socioeconómico; En su estudio hacen especial énfasis en la atención primaria de la salud en geriatría y gerontología en lo relativo a los programas integrales de autocuidado¹⁵.

Con el avance de la investigación biomédica, se tendrá que aumentar el conocimiento y el entendimiento de la etiología y del tratamiento de ciertas enfermedades como artritis, cáncer, enfermedades cardiovasculares, demencia y otras. Y para aquellos que sufran dichos padecimientos se les tendrán que brindar los servicios adecuados, ya sea a través de programas gubernamentales o no gubernamentales, con organizaciones privadas y voluntarias; mejorando las instituciones, los servicios domiciliarios y el apoyo a los familiares.

La mayoría de los ancianos están en condiciones de cuidar su propia salud, sin embargo, el autocuidado a veces es rechazado, debido a que tienen opiniones erróneas y negativas sobre lo que significa ser viejo. Se ha podido comprobar, a través de las investigaciones en instituciones, que muchos pacientes dependientes recuperan cierto grado de actividad independiente con los programas diarios en los que se hace hincapié en la interacción, el autocuidado y el sentido de autodominio.

Resulta urgente, en consecuencia, un programa financiero y asistencial que tenga a la vez la participación conjunta y coordinada de los sectores público y privado, y que se sustente en los principios de bienestar social, a efecto de que su realización permita alcanzar la meta de que la ancianidad disfrute de su derecho a una existencia digna¹⁵.

G L O S A R I O

Abrasión dental. Pérdida de sustancia provocada por desgaste mecánico ajeno a la masticación.

Alveolar, hueso. El hueso que forma los alveolos de los dientes y da soporte a los mismos.

Anticuerpos. Proteínas, derivadas principalmente de células plasmáticas maduras, que son efectores de la inmunidad humoral.

Ascórbico, ácido Vitamina C

Atrificación dental. Desgaste de los dientes causados por los dientes antagonistas.

Bruxismo. Apretamiento o rechinamiento de los dientes cuando el individuo no se encuentra masticando o deglutiendo.

Bucal, mucosa. Tejido que cubre la cavidad bucal, incluyendo la encía también llamada membrana mucosa.

Bucal, respiración. Inspiración y espiración de aire a través de la cavidad bucal debido a un hábito u obstrucción nasal; puede dar como resultado patología gingival.

Caries. Desmineralización y cavitación de las estructuras dentarias mineralizadas.

Cemento. Tejido mesenquimatoso calcificado que forma la cubierta exterior de las raíces de los dientes; puede ser acelular o celular

Colgajo. Sección de encía, mucosa, o ambos, separada quirúrgicamente de los tejidos subyacentes para permitir visibilidad y acceso al hueso y a las superficies radiculares. El colgajo también permite colocar a la encía en una posición diferente en pacientes con problemas mucogingivales.

Conectivo, tejido. La lámina propia, formada por colágena densa con pocas fibras elásticas.

- Curetaje.** Raspado de la pared gingival de una bolsa periodontal para separar y eliminar los tejidos blandos enfermos.
- Curetaje inadvertido.** Eliminación parcial del tejido blando inflamado en dirección lateral a la pared de la bolsa, realizado sin intención durante procedimientos de raspado y alisado radiculares.
- Diabetes.** Enfermedad caracterizada por hipofuncionamiento de las células beta de los islotes de Langerhans en el páncreas, que conduce a concentración elevada de glucosa en sangre y excreción de azúcar en la orina.
- Diente.** Estructura dura y calcificada localizada en los procesos alveolares de la mandíbula o el maxilar.
- Encía.** Porción de la mucosa bucal que cubre a los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.
- Encía adherida.** Tejido gingival unido íntimamente al periostio subyacente del hueso alveolar .
- Epidemiología.** Estudio del patrón y dinámica de las enfermedades dentales en una población humana.
- Epitelial, inserción.** Mecanismos de unión de las células epiteliales con la superficie dentaria.
- Estomatitis.** Cualquier enfermedad inflamatoria de la mucosa bucal.
- Exfoliativa, Citología.** Procedimiento diagnóstico consiste en el examen microscópico de células obtenidas por raspado del área sospechosa o el enjuague de la cavidad bucal.
- Festones.** Agrandamientos a manera de salvavidas de la encía marginal, que se presenta con mayor frecuencia en el camino y región de premolares en las superficies faciales.
- Furcación, Afeción de la.** Situación que suele presentarse con frecuencia, en la cual la bifurcación o la trifurcación de un diente multiradicular es desprovista de hueso por enfermedad periodontal.
- Gingival, Absceso.** Inflamación purulenta localizada en la encía.

- Gingival, Atrofia.** Recesión de la encía sin inflamación franca.
- Gingival, Bolsa.** Bolsa formada por agrandamiento gingival sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes.
- Gingival, curetaje.** Eliminación del tejido lateral inflamado de la pared de la bolsa.
- Gingival, recesión.** Exposición del diente por migración apical de la inserción epitelial.
- Gingivitis.** Inflamación de la encía.
- Gingivitis descamativa crónica.** Enrojecimiento intenso y descamación de las superficies epiteliales de la mucosa bucal debido a causas desconocidas.
- Gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA).** Enfermedad inflamatoria destructiva de la encía, causada quizá por un complejo de organismos bacterianos y cambios tisulares subyacentes que facilitan la actividad patógena de las bacteria.
- Hendidura, epitelio de la.** Cubierta epitelial del surco o bolsa periodontal.
- Hipertensión.** Presión arterial alta.
- Incisión.** Corte producido por un instrumento afilado para producir el campo en una intervención quirúrgica.
- Infraóseas.** Bolsas periodontales que se extienden en dirección apical al nivel del hueso alveolar adyacente.
- Movilidad.** Movimientos del diente dentro de su alveolo en reacción a varias fuerzas puede ser fisiológica o patológica.
- Mucogingival, cirugía.** Procedimientos de cirugía plástica para la corrección de relaciones anormales entre la encía y las mucosas.
- Mucogingival, unión.** Línea que separa a la encía insertada en la mucosa alveolar también denominada línea mucogingival.
- Nutrición.** Relación compleja entre la salud total del individuo e ingestión, digestión y utilización de nutrimentos.
- Periapical, absceso.** Inflamación purulenta localizada en tejido periapical.

Periodontal, absceso. Inflamación purulenta localizada del tejido periodontal.

Periodontal, bolsa. Surco gingival patológicamente profundo.

Periodontal, ligamento. Estructura del tejido conectivo que rodea la raíz del diente y lo une al hueso.

Periodontitis. Tipo más frecuente de enfermedad periodontal producida por la extensión del proceso inflamatorio iniciado en la encía hasta los tejidos periodontales de soporte.

Raíz. Porción del diente incrustada en el hueso alveolar o aquella porción del diente cubierta con cemento.

Raspado. Eliminación de placa y sarro de la corona y superficies radiculares de los dientes, utilizando curetas y raspadores.

Subgingival, sarro. Placa bacteriana mineralizada abajo de la cresta del margen gingival.

Supráosea, bolsa. Una bolsa periodontal que se extiende en dirección coronaria a nivel del hueso alveolar adyacente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Dra. Barbara Bates
Propedeutica médica.
Editorial Interamericana, MC GRAM-HILL
Quinta edición 1992.

- 2) Fermin A. Carranza
Manual de Periodontología Clínica
Editorial Interamericana, MC GRAM-HILL
Primera edición 1988

- 3) Fermin A. Carranza
Periodontología Clínica de Glickman
Nueva editorial Interamericana
Sexta edición 1986.

- 4) Jan Lindhe
Periodontología Clínica
Editorial Médica Panamericana
Primera edición 1986.

- 5) Prof. Dr. Klaus H. Rateitschak
Dr. Edith M. Rateitschak- Pluss
Dr. Herbert F. Wolt
Atrás de periodoncia
Editorial Salvat Editores S. A.
Edición 1988.
- 6) Lawrence Cohen
Medicina para estudiantes de Odontología
Editorial El Manual Moderno S. A. De C. V.
Segunda edición 1984.
- 7) Annette Giessier Lueckenotte, M.S., R.N., GN.P.
Valoración Geriátrica
Editorial Interamericana. MC GRAW-HILL
Primera Edición 1992.
- 8) Luis Legarreta Reynoso
Clínica de parodoncia
Editorial Prensa Médica Mexicana
Edición 1967.
- 9) Pietro de Nicola
Geriatría
Editorial El Manual Moderna, S. A. De C. V.
Primera edición 1981.

- 10) Daniel A. Gran.,D.D.S.
Irving B. Stern.D.D.S.
Frank G Everest D.M.D.,MD.MS.
Periodoncia
Editorial mundi S:A.I.C y F
Edición 1979.
- 11) John F. Prichard.
Enfermedad periodontal avanzada
Editorial Labor, S.A.
Cuarta edición 1981.
- 12) Siguard P. Ramfjord.
Periodontología y periodoncia
Editorial Médica Panamericana 1982.
- 13) Saul Schluger. D.D.S.
Enfermedad periodontal
Cía. Editorial Continental S.A. de C. V. México
Tercera Impresión 1984.
- 14) Dr. Stephen Stone, Dr. Paul J. Kalis
Periodontología
Editorial Interamericana.
Primera edición en español 1978.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

15) Zoila Edith Hernández Zamora

Elaboración de un Índice de calidad de vida para personas de la tercera edad

<http://bugs.invest.uv.mx/-cancer/revista/rev0703.htm>

16) Jiménez García Gustavo Adolfo

Herrera Echauri, Rogelio

Borges Yáñez, Aida

Separata de la facultad de odontología

Práctica odontologica

Vol.16 Nos.1.6 1995.