

Universidad Nacional Autónoma de México

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DENTARIAS

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**Parodontopatías y su Tratamiento
Clínico**

T e s i s

Que para Obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

V. O. B. O.

TESIS PROFESIONAL

MA. DE LOURDES MONDRAGON VEGA
MA. DEL PILAR PEÑALOR AGUADO

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

S U M A R I O

- I.- *Introducción.*
- II.- *Etiología de la enfermedad Parodontal.*
- III.- *Examen Parodontal.*
- IV.- *Terapéutica.*
- V.- *Prótesis en el tratamiento parodóntico.*
- VI.- *Manejo preoperatorio, operatorio y posoperatorio en Parodoncia.*
- VII.- *Instrumental Parodontal.*
- VIII.- *Tratamiento de Parodontopatías en pacientes con enfermedades generales.*
- IX.- *Clasificación de la enfermedad parodontal.*
- X.- *Traumatismo periodontal.*
- XI.- *Técnicas Quirúrgicas en Parodoncia.*
 - Raspaje y Curetaje.*
 - Técnica quirúrgica conservadora (Barkan).*
 - Técnica de gingivectomía.*
 - Incisiones continua y descontinua.*
 - Gingivectomía total.*
- XII.- *Premedicación y Anestesia.*
- XIII.- *Gingivectomía por Quimiocirugía (Orban).*
- XIV.- *Gingivoplastia.*
- XV.- *Conclusión.*
- XVI.- *Bibliografía.*

INTRODUCCION

Cuando estamos frente al paciente para examinar la cavidad oral, generalmente nos encontramos con problemas parodontales de mayor o menor significancia.

Por eso hemos escogido este tipo padecimientos, procurando en forma sencilla y leve resumir lo que hasta hoy está escrito, sin poder aportar nada nuevo por razones obvias.

Trataremos de enfocar nuestro trabajo desde el punto particular de parodontopatías y sintomatología general por ellas causadas, procurando hacer el tema de fácil abordamiento.

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Al hablar de etiología de la enfermedad parodontal, nos vamos a referir a las causas que intervienen para su aparición; la cual es una serie de factores, clasificados de diferente manera por cada uno de los autores.

Y así tenemos que dichos factores pueden ser: metabólicos, irritativos e infecciosos; -- existiendo también otros factores como son: Factores predisponentes. Son aquellos factores que favorecen la aparición de la enfermedad parodontal.

Factores existentes.- Que realmente estimulan la enfermedad.

Factores perpetuantes.- Que hacen pasar a la enfermedad parodontal de aguda a crónica.

Factores modificantes.- Alteran el curso de la enfermedad.

Factores extrínsecos e intrínsecos es otra de las clasificaciones.

Y por último, tenemos la clasificación de factores locales y generales, la cual viene siendo factores de origen local y origen sistémico respectivamente.

Nosotros clasificaremos la etiología de la enfermedad parodontal en:

FACTORES LOCALES Y FACTORES GENERALES.- Mencionando solamente algunos de los factores más importantes.

5

PLACA BACTERIANA. - La placa bacteriana se presenta sobre la superficie dental formada por diversos compuestos orgánicos expuestos en la boca.

En un diente limpio se forman a los pocos minutos de exposición en la saliva, una pellicula adquirida, la cual es una capa delgada, clara, acelular, libre de bacterias, casi invisible y a medida que madura está fuertemente adherida, se va haciendo cada vez más gruesa y puede llegar a pigmentarse.

Después de la formación de la placa bacteriana prosigue la colonización de dicha placa.

La placa bacteriana es una matriz proteínica blanda en la cual se hallan muchas bacterias de varios tipos; esto sucede entre las doce y veinticuatro horas y el producto de crecimiento bacteriano está adherido fuertemente a la superficie del diente. La composición de la dieta ayuda a la formación de la placa bacteriana y a la relación con la enfermedad parodontal.

SARRO DENTAL. - El proceso de formación del sarro se inicia con un depósito de material blando sobre la superficie del diente, que se impregna de sales de calcio y se transforma en una masa calcificada.

El sarro se deposita dentro de la placa bacteriana y se adhiere fuertemente a la corona del diente, o bien en el surco gingival.

El sarro está clasificado en: sarro supra-gingival y sarro subgingival.

Los depósitos supragingivales del sarro pueden llegar a causar enfermedad parodontal sin formación de bolsas parodontales por destrucción

de la pared gingival a medida que se va formando el sarro.

El sarro subgingival se presenta cuando hay inflamación de la encía, siendo este a la vez un irritante mecánico y bacteriano, ya que dicho sarro se encuentra en contacto con el epitelio que reviste el surco gingival. En la superficie y en el interior del sarro purula una masa microbiana que constantemente elabora productos tóxicos que infiltran al epitelio adyacente y estimulan una inflamación inespecífica; la encía puede ponerse turgente por el edema y si la tumefacción se desarrolla en dirección de la corona, la profundidad del sulcus se hace mayor.

El sarro aumenta de tamaño y cubre una zona mayor, a medida que la bolsa se hace más profunda en sentido apical; el sarro sigue depositándose en su base.

La necrosis del epitelio que reviste el surco gingival expone al tejido conjuntivo al contenido de la bolsa. La bolsa paradontal que contiene al sarro se parece a una herida infectada que contiene un cuerpo extraño. No siempre existe sarro, aunque haya bolsas muy profundas.

En presencia de depósitos masivos de sarro, la reabsorción ósea es predominantemente de tipo horizontal y la destrucción es muy lenta.

En cambio, si la destrucción ósea se presenta en forma rápida, la reabsorción es de tipo vertical y rara es la vez que se presentan abscesos paradontales agudos en dientes con depósitos gruesos de sarro.

MATERIA ALBA.- Es una masa de residuos blanda, blanquecina, la cual contiene elementos histicos

mentos; principalmente de células epiteliales, leucocitos y bacterias, retenidos en los dientes y en las y que pueden penetrar al surco gingival. La materia alba es un irritante químico y bacteriano que actúa constantemente y que puede ser eliminado únicamente por medio del cepillado.

IRRITACION MECANICA. - Se presenta cuando hay un movimiento inadecuado del bolo alimenticio chocando contra la encla libre; produciendo empaquetamiento de alimentos, dando como resultado una pequeña inflamación.

TRAUMATISMO PERIODONTAL. - Se llama traumatismo periodontal, a la lesión mecánica producida en el periodonto por una fuerza excesiva; la fuerza puede ser debida a la oclusión enérgica de los dientes a un movimiento ortodóntico o a un hecho accidental.

El traumatismo no es producido por el tipo de oclusión o por la articulación, sino se trata de una patología bien definida, la cual no es inflamatoria, no afecta a las encías y no causa bolsas parodontales.

CLASIFICACION DEL TRAUMA. - Clínicamente el traumatismo periodontal puede clasificarse en:

- a) Primario.
- b) Secundario.

En el traumatismo primario, la fuerza que se aplica es patológica, y en el traumatismo secundario, la fuerza es fisiológica; pero la resistencia del parodonto ha disminuido debido a la pérdida del aparato de fijación.

CONSECUENCIAS DEL TRAUMA. - El trauma causa trombosis, hemorragias, degeneración, depósitos de -

calculo e hialinización del tejido conjuntivo parodontal que soporta la presión, en el lado en que la raíz ejerce presión causa necrosis apéctica, la cual desaparece sin dejar lesión al cesar el trauma, también causa la movilidad dentaria.

FUNCIÓN OCLUSAL. - Debe de existir un balance oclusal; de lo contrario se desencadena un trauma oclusal, dando como respuesta una gran cantidad de pérdida de hueso, habiendo en el futuro una gran movilidad dentaria.

FACTORES GENERALES. - Las enfermedades generales actúan como factores modificantes, pero no causan enfermedad parodontal; sino modificar la reacción inflamatoria del parodonto por:

- a) Alterar la defensa natural contra los irritantes.
- b) Limitar la capacidad de reparación del tejido.
- c) Causar una respuesta histica anormal por hipersensibilidad.
- d) Modificar la estabilidad nerviosa del paciente, de modo que interviene un nuevo factor que es la tensión nerviosa.

PENETRACION DEL ALIMENTO. - Se produce cuando se hunde entre los dientes una porción de sustancia alimenticia de tipo fibroso por medio de una presión excesiva, entonces la encía es traumatizada directamente por la presión de dicho alimento; eliminándose únicamente por medios mecánicos causando una irritación secundaria, el alimento al estar empacado entre los dientes se descompone trayendo como consecuencia, una irritación química, bacteriana y mecánica, al perderse el tono del borde marginal.

INSTRUMENTOS USADOS EN LA HIGIENE ORAL. - El uso

7

incrustación de capillos e hilos dentales causa irritación en la encía marginal y papila; llegando a producir una inflamación crónica.

FACTORES PATROGENOS. - Los contornos exagerados de una restauración proporcionan retención de los restos alimenticios y de la materia alba, dando como resultado un trauma directo sobre la encía libre a la cual se deja sin protección.

ENFERMEDAD METABOLICA. - La diabetes solamente modifica el curso de la enfermedad parodontal, porque histológicamente la inflamación de los tejidos parodontales de un individuo sano no difieren en absoluto de los tejidos de un individuo diabético.

Conocemos tres trastornos de metabolismo:

- a) **DIABETES MELLITUS.** - El almacenamiento del glucógeno y la inanición que se caracterizan por cetosis y las personas afectadas son anormalmente susceptibles a las infecciones bacterianas y micóticas.
- b) **FACTORES HORMONALES.** - Los desequilibrios dietéticos y nutritivos predisponen en ocasiones a la infección. Una avitaminosis específica puede causar lesiones en la mucosa oral y en la lengua.

La vitamina C ha sido muy estudiada en odontología a las manifestaciones orales del escorbuto. La carencia de vitamina C produce la alteración del mecanismo de la formación del colágeno y la degeneración del revestimiento endotelial de los vasos. El ácido ascórbico es necesario para la curación de las heridas, ya que desde un punto de vista fisiológico interviene en la reacción química intracelular.

MEDICAMENTOS FLAVONOIDES. - Han sido reconocidos para el tratamiento y la profilaxia de una gran variedad de trastornos que implican una enorme permeabilidad y fragilidad defectuosas, entre las que se encuentran las encías sangrantes, gingivitis y periodontitis.

PROTEÍNAS, GRASAS E HIDRATOS DE CARBONO

Las proteínas son factores muy importantes tanto en la nutrición como para la conservación de la presión osmótica de la sangre, ya que desempeñan un papel muy importante en la reacción del cuerpo ante la infección. Son esenciales para la conservación de fagocitos para la destrucción de las bacterias.

La deficiencia de las proteínas, trae como consecuencia: retraso de la curación de las heridas, susceptibilidad a la infección, lesiones hepáticas, disminución de la actividad enzimática y anemia.

Las grasas desempeñan un papel muy importante en la digestión, son fuente de energía y contribuyen a la absorción de ciertas vitaminas.

Los carbohidratos son utilizados por el organismo en ciertos estados fisiológicos y pueden influir sobre la enfermedad parodontal por medio de las bacterias por la acción bioquímica como los cambios de Ph de la placa bacteriana.

CARACTER FISICO DE LA DIETA. - Es importante en la enfermedad parodontal, ya que los alimentos fibrosos y de tipo detergente ayudan a mantener limpia la cavidad oral. Requiere de una masticación enérgica que promueva la queratinización del epitelio gingival. El alimento blando facilita la retención del alimento y no produce la -

estimulación de los tejidos parodontales.

STRESS EMOCIONAL. - Los factores emocionales pueden ejercer una reacción directa sobre el aparato de fijación, por la reacción contra la tensión o una reacción indirecta debido a los factores siguientes: Higiene oral descuidada, dieta inadecuada, insomnio, consumo excesivo de tabaco.

El stress y los trastornos emocionales pueden influir sobre la función del sistema inmunológico a través del sistema nervioso central y posiblemente por medios endócrinos.

El stress es posiblemente el factor etiológico primario en las infecciones agudas de la gingivitis ulcerosa necrosante.

FACTORES GENETICOS. - La herencia puede ser un factor intrínseco en la enfermedad parodontal, porque existe una tendencia familiar a la misma.

EXAMEN PARODONTAL

Es muy importante elaborar un examen parodontal y revisar la historia clínica general del paciente, ya que de esta manera podremos establecer un plan de tratamiento adecuado y acertado para cada uno de nuestros pacientes.

Primeramente haremos un examen clínico, el cual se inicia preguntando al paciente el motivo de la consulta; esto se hace con el fin de planear un tratamiento inmediato en caso de existir dolor.

También se hace una inspección de la cavidad oral, iniciando con los labios, mucosa oral, paladar, lengua y áreas sublinguales.

Se examinan la posición, el color, la densidad, el contorno de las papilas interproximales, de la encía marginal y encía adherida. Se localiza si existe inflamación, edema, aberturas fistulosas, pigmentación y manchas de los dientes.

Se levantan los labios del paciente y se retraen las mejillas para ver la anatomía del parodonto; tales como bordes gingivales gruesos, exostosis, y torus, así como la anatomía de las regiones maxilares con tuberosidades, ya que la forma de estas zonas es el factor primario para la etiología de la enfermedad parodontal.

Se toma en cuenta, el grado de higiene oral y se anotan también todas las lesiones cariosas; por si existiera caries muy profunda y están cerca de la pulpa; siendo necesario un tratamiento inmediato de operatoria.

HISTORIA CLINICA GENERAL.- Se registra la histo-

la clínica general del paciente, para detectar si no existe alguna enfermedad que pueda afectar la evolución y el tratamiento de la enfermedad o lesión paradontal.

Se aclara si el paciente es sensible o alérgico a los anestésicos locales u otros medicamentos que puedan aplicarse en su tratamiento.

Se toma en cuenta la historia odontológica, para incluir en la misma, las condiciones orales, y el origen y desarrollo de los síntomas actuales; por medio de las anomalías observadas por nuestro paciente.

PRUEBAS DE MOVILIDAD.- Se examina el grado de movilidad de cada uno de los dientes, se inicia del lado derecho superior con el diente más posterior y se sigue así sucesivamente con cada uno de los dientes del arco dental, hasta llegar al último diente del lado izquierdo.

Para medir la movilidad de los dientes posteriores se hace con un escariodonto falciforme, se coloca en la fosa oclusal central, aplicando presión para ver si existe desplazamiento lateral y luego se empuja alternativamente en sentido bucal y lingual y finalmente, se hace la misma operación en dirección mesial y distal.

Para medir la movilidad de los dientes anteriores se hace colocando el mango de algún instrumento grande, como un espejo o un escariador bucal, sobre la superficie lingual y un instrumento similar en la cara bucal y se empuja alternativamente en dirección lingual-bucal y por último, la presión sobre el borde incisal que determinará si es posible un movimiento vertical.

Los grados de movilidad dentaria son tres:

- a) Grado I.- Representa una movilidad ligera.
- b) Grado II.- Movilidad moderada.
- c) Grado III.- Movimientos amplios en dirección lateral o mesiodistal combinados con desplazamiento vertical en el alveolo. También se anota la falta de dientes y si están sustituidos por prótesis. Después se le indica al paciente que cierre la boca ocluyendo y que haga movimientos de vaivén, ya que puede haber dientes que no se muevan con instrumentación manual, pero al hacer fuerza muscular en dirección bucal y lingual presentan un amplio movimiento.

PERCUSION.- Precisa el estado de salud del aparato de fijación parodontal, el cemento, el ligamento parodontal y el hueso alveolar, al percudir con el extremo de un instrumento metálico (espejo dental), la cara oclusal bucal, o lingual de un diente se produce un sonido claro, en tonces el parodonto está sano, si se produce un sonido apagado, querrá decir que el aparato de fijación está lesionado.

EXAMEN DE LAS BOLSAS PARODONTALES.- Se examina con la sonda el surco gingival de todo el rededor de cada uno de los dientes; para averiguar su profundidad, estado y contenido de la bolsa parodontal.

La sonda se inserta entre la encía y el diente hasta que no opone resistencia; se aplica presión apical con ligera manipulación lateral para ver si ya se ha llegado al fondo de la bolsa.

Se registran las medidas en seis posiciones, o sea en tres puntos de cada una de las áreas vestibulares y linguales. Se anotan las medidas de ambos lados del área de contacto, distal, de

Las superficies mediovestibular y mediolingual, y de ambos lados del área de contacto mesial. El sonido se empieza en la cara distal del diente, se termina de un lado del arco maxilar y progresa rápidamente alrededor de todas las caras bucales hasta el área distal del último diente del lado opuesto.

Después se examina la cara bucal de mandíbula y luego las caras palatinas del maxilar superior y por último, las caras linguales del maxilar inferior.

PALPACION. - Esto se lleva a cabo por medio del sentido del tacto, la cual consiste en ejercer presión con los dedos, aplicando diversos grados de presión para determinar la consistencia y sensibilidad del tejido subyacente. Se palpa cuidadosamente la mucosa que recubre los ápices de las raíces, para descubrir regiones de infección profunda o sensibilidad dolorosa, densidad del tejido, ya que puede ser grueso, fino, fibroso, o bien edematoso. Para efectuar la palpación intraoral, el examinador debe estar provisto de un guante o de un dedil.

OBSERVACION DE LA FORMA ANATOMICA. - Se examinan las papilas interproximales y las encías marginales para observar si existen anomalías de la forma anatómica, inflamación, edema o ulceraciones.

Los dientes prominentes, suelen tener el hueso y la encla delgados. Los dientes en retroregresión suelen tener el hueso marginal y las encías gruesas.

FRENILLO Y VESTIBULO. - Se separan los labios del paciente, para ver si la inserción de los frenillos, superior e inferior de la línea media y a la vez se examina la profundidad del vestibulo.

Se observa la inserción muscular en la en-
cia marginal en las zonas de los premolares y mo-
lares y se inspecciona el grosor de la encla ad-
herida.

EXAMEN OCLUSAL. - Se ve si la corona tiene una -
anatomía normal, para descubrir si presenta: --
atrición, abrasión y erosión. Se observa la al-
tura y el ángulo de los planos inclinados de las
cúspides de los dientes posteriores. Se anotan
el tamaño y la posición de las áreas de contacto
y se prueba con hilo dental; si existen también
áreas de contacto inadecuadas, anchura exagerada
y la anormalidad de los bordes gingivales, ya -
que pueden haber sido destruidos por el uso. Se
registran las concordancias de las crestas margi-
nales, lo cual facilita la retención e impacta-
ción de alimentos; también se observa la relación
del plano oclusal y cresta marginal, tomando en
cuenta las cúspides que puedan actuar como pisto-
nes que impulsen alimentos entre los dientes.

Hay que tomar en cuenta también la protu--
sión y la sobreoclusión de los dientes anterio--
res y la relación bucolingual de oclusión de los
posteriores. Se anota la dificultad o anomalía
de la abertura bucal, ya que en la boca abier-
ta al máximo, la barbilla puede desviarse hacia -
un lado. El movimiento de abertura puede estar
limitado y producir o no dolor.

MODELOS DE ESTUDIO. - Se toman impresiones de la
arcada superior e inferior para permitir el estu-
dio de la corona y de la anatomía gingival. Se
observan las relaciones oclusales estadísticas;
la vista lingual es muy útil para detectar la --
existencia de las cúspides que actúan en forma -
de pistón.

Los modelos registran la inclinación axial

de los dientes, las relaciones de la cresta marginal y las huellas de desgaste. Dichos modelos sirven para efectuar un ajuste oclusal y también se puede planear el tratamiento de restauración.

PRUEBAS DE VITALIDAD. - Se hace con un vitalómetro y se complementa cuando es necesario con pruebas de sensibilidad, valiéndose de conos de hielo para aplicar frío y gutapercha o pasta de impresión calientes para aplicar calor. Para enfriar el diente se puede utilizar fluoruro de etilo también.

Se realizan las pruebas de vitalidad cuando una corona de un diente es opaca o anormalmente oscura, cuando existe alguna fístula o si presenta dolor, la cual nos indica que la pulpa está afectada.

SERIE RADIOGRAFICA. - Se toman veinte películas radiográficas, entre ellas se incluye una placa interproximal de cada lado, de la zona posterior.

La radiografía dental ha de ser correcta, anatómica, radiográfica y fotográficamente. De estas cualidades, la precisión anatómica es la más importante. La radiografía panorámica da una imagen de los maxilares superior e inferior y de las articulaciones temporomandibulares. Auxiliándonos en el examen de los maxilares cuando se sospecha de fracturas, quistes, o dientes retenidos.

FOTOGRAFÍAS. - Las fotografías ayudan al diagnóstico; al poner de manifiesto el color, el tejido y la posición; y al ponerlas en la pantalla aumentan de tamaño en la cual se pueden descubrir detalles que pasan inadvertidos durante la exploración clínica. Se archivan para hacer la comparación después del tratamiento.

PRUEBAS DE LABORATORIO. - Las pruebas de laboratorio han de ser un complemento en la exploración y en la historia clínica. Un informe negativo - raras veces permite llegar a una conclusión, un resultado positivo suele ser definitivo. Cualquier investigación de laboratorio que sea preciso efectuar, se llevará mejor a cabo después de hacer una historia clínica completa, y de explorar cuidadosamente al paciente.

BIOPSIA. - A menudo está indicado el estudio microscópico para el diagnóstico y estudio de tejidos gingivales. En tales casos se hace una extirpación de un trozo de tejido vivo y se remite al histopatólogo con la información siguiente:

1. Localización.- Con respecto a los puntos anatómicos de la boca.
2. Tamaño.- Con el calibrador de Boly se pueden medir tres dimensiones.
3. Color.- Se compara con el tejido normal adyacente.
4. Forma.- Configuración general.
5. Superficie.- Lisa, rugosa con papilas o ulcerado.
6. Fijación.- Pedunculado con un pie, en tallo o sésil.
7. Movilidad.- Muy móvil o firmemente adherida al tejido subyacente.
8. Modificación secundaria.- Inflamación, hemorragia, necrosis o ulceración.
9. Duración.- Tiempo que ha transcurrido desde que el paciente se dio cuenta de la lesión.
10. Velocidad del crecimiento.- Si se ha aumentado de tamaño.

11. Síntoma. - Se tenga espontáneamente o existe dolor.
12. Tratamiento anterior.
13. Linfadenopatía regional determinada por palpación.
14. Factores etiológicos. - Tales como irritación por cálculos, bacterias, prótesis o dientes cortantes.

ESTUDIOS BACTERIANOS

A veces tienen mucho valor los cultivos bacterianos, en caso de que la infección sea resistente a ciertos antibióticos y que la infección no ceda; de esta manera aplicaremos el fármaco adecuado.

TERAPEUTICA

El tratamiento de la enfermedad parodontal y gingival es generalmente llevada a cabo por medio de procedimientos locales.

ORDEN DEL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

Examen:

Clinico.

Radiográfico.

Tratamiento de urgencia para el alivio del dolor.

Alivio de la inflamación aguda.

Infección gingival.

Absceso periodontal.

Pulpitis.

Excavación de las caries profundas y obturación temporal.

Eliminación de la pulpa enferma.

Instrucción acerca de la higiene oral.

Escariodoncia subgingival y supragingival.

Extracción de los dientes que puedan causar dolor o dificultad en el tratamiento.

Preparación de los dientes que han de servir de pilares y fabricación de férulas temporales fijas, cuando están indicadas para estabilizar los dientes flojos y reemplazar los dientes anteriores que faltan.

Cirugía Periodontal y ajuste de la oclusión.

Tratamientos desensibilizantes.

Profilaxis oral.

Terminación del tratamiento de endodoncia.

Pequeños movimientos dentarios.

Tratamiento restaurador.

Construcción de un protector de uso nocturno, cuando esté indicado.

Radiografías posoperatorias, e instrucción sobre higiene oral.

El orden del tratamiento ha de ser flexible, si el paciente sufre dolor, hay que quitarlo; y esto se presenta en una infección gingival aguda como la gingivitis ulcerosa necrosante o gingivo estomatitis herpética primaria o en caso de pulpitis o en un absceso periodontal agudo.

No es conveniente efectuar métodos prolongados para la preparación inicial antes de la intervención quirúrgica en la periodontitis. Se puede hacer una incisión vertical interna en la superficie epitelial y el proceso alveolar, para extirpar una masa de tejido con inflamación de colgajos mucoperiosteicos y estas atricciones pueden eliminar rápidamente con escariodonto y cavitrón.

TRATAMIENTO ENDODONTICO Y PERIODONTICO COMBINADOS. Existen pacientes con enfermedad parodontal que presentan problemas pulpíticos; la cual requiere de un tratamiento endodóntico; dicho tratamiento no mejora la enfermedad parodontal, ya que sólo afecta a la destrucción causada por la infección en la pulpa. El tratamiento endodóntico se puede terminar antes del tratamiento parodontal a no ser que el diente tenga algún defecto intraseo.

Tratamiento parodontal.- Después de la escariodoncia subgingival y mediante una buena higiene oral; la retracción de la encía y la disminución del edema pueden eliminarse las bolsas parodontales.

Algunos pacientes con enfermedad parodontal, deben mantenerse en el mejor estado, mediante una profilaxis oral frecuente sin intervención -

quirúrgica.

Si se presentan pacientes cuya historia clínica indica un plazo corto de vida, solamente se elabora un tratamiento paliativo periodontal. Si existiera la posibilidad de reemplazar algún diente, es preferible usar prótesis removibles de diseño sencillo que prótesis fijas anchas.

EXTRACCION DE DIENTES CON MAL PRONOSTICO. - Los dientes con mal pronóstico se han de extraer antes de comenzar el tratamiento parodontal porque pueden estorbar el tratamiento a un diente contiguo.

FERULAS TEMPORALES. - Rara vez se utilizan las férulas temporales para estabilizar los dientes flojos antes del tratamiento periodontal para evitar que el paciente rechace o retrase la fase restauradora del tratamiento después de la cirugía periodontal. En estos casos se aplican férulas fijas para retener los dientes.

Para sustituir los dientes anteriores, se usan prótesis parciales removibles temporales durante el tratamiento y se aplica material acondicionador de tejido como cura quirúrgica.

CIRUGIA PERIODONTAL. - El objetivo principal del tratamiento periodontal es la eliminación de la bolsa; esto puede llevarse a cabo antes de que el proceso alveolar quede deformado o sea en los primeros estadios de la periodontitis. Se pueden eliminar las bolsas periodontales con la ayuda del paciente, suprimiendo la placa bacteriana; si no se elimina la bolsa, la curación no es completa.

Sin embargo, se ha de tratar la periodontitis antes que la forma anatómica del proceso al-

veolar está alterada y dispondremos de métodos de tratamiento que aseguren una regeneración uní-forme del proceso alveolar, cemento y ligamento periodontal.

Los defectos óseos que impiden la eliminación de las bolsas no es una indicación para la extracción de dientes funcionales.

Si el exudado y la inflamación han sido claramente eliminados, el surco gingival o la bolsa no sangran cuando se sondean y hay signos radiográficos de que el hueso se ha reparado, hay estado de salud aunque existe movilidad anormal y el surco y la bolsa sean profundos, la cirugía se dirige a los defectos de la enfermedad y el objetivo es la prevención de la extensión de la enfermedad.

ESCARIADO Y RASPADO SUBGINGIVAL.- La eliminación de irritantes tanto calcificados como sin calcificar como medio de reducir la inflamación gingival y su resultado es un procedimiento principal para corregir la periodontitis y la gingivitis.

Desde el punto de vista ideal, la terapéutica debería iniciarse antes de la destrucción de las fibras gingivales y de la migración apical de la inserción epitelial; pero en la mayoría de los casos, desgraciadamente los pacientes acuden a consulta cuando están ya formadas las bolsas periodontales.

La presencia de las bolsas parodontales no siempre indica un tratamiento quirúrgico, ya que la cirugía periodontal no siempre logra la mejora deseada; se puede no determinar ningún cambio, ya que el tratamiento debería de reducir la inflamación y detener la pérdida del hueso.

CIRUGIA GINGIVAL. - La técnica de gingivoplastia para remodelar la encía en lugar de extirparla, fue introducida por Goldman en 1950. Está indicada en los casos de hiperplasia gingival, bolsas periodontales poco profundas, erupción pasiva alterada y corrección de la forma gingival, estados precoces de gingivitis ulcerosa necrosante.

La antigua técnica de gingivectomía que extirpa la encía como método de eliminación de las bolsas periodontales, ya no es adecuado.

La gingivectomía sólo puede eliminar bolsas periodontales únicamente en los primeros estadios de la enfermedad, entonces sólo en los casos en los cuales no hay alteraciones óseas se puede utilizar; porque la extirpación de la encía con frecuencia crea problemas mucogingivales.

CIRUGIA OSEA PERIODONTAL. - La resección ósea como la presentó Schluger en 1949 sigue el principio de remodelar la forma alterada del proceso alveolar, para obtener una relación concordante con la encía, ya que éste es el único método de que disponemos para el tratamiento de las alteraciones óseas, cráteres, bordes incongruentes y hemiseptos.

La resección y la hemisección de las raíces, son útiles en el tratamiento de las invasiones de la furca y en los casos de destrucción ósea interradicular; pero estas técnicas no se han de usar profilácticamente en los problemas menores de la furca.

La técnica intraósea ha dado muy buenos resultados, cuando se aplica correctamente, la técnica de la cirugía ósea.

CIRUGIA MUCOGINGIVAL. - A menudo es posible utili

zar los pedículos de colgajo de la encía contigua o de las papilas gingivales, para reemplazar la encía que se ha perdido por retroceso sobre las superficies radiculares. La extensión vestibular cuando está indicada suele hacerse por medio de injertos autógenos libres de tejido blando. El tejido del injerto suele tomarse del paladar.

Existen pacientes que por problemas psicológicos no se les puede tratar quirúrgicamente en parodontia, solamente se realizará escariodoncia subgingival frecuente y aplicación de una buena higiene oral.

Después del tratamiento activo, se observa la higiene del paciente durante varios meses, - las radiografías permiten ver el grado de reparación ósea. Los pacientes que portan férulas se vigilan tomando radiografías periapicales anuales; y en otros casos, radiografías coronales y periapicales en determinadas zonas.

LA PRÓTESIS EN EL TRATAMIENTO PARODONTICO

A menudo es necesario utilizar la prótesis para restaurar los dientes carreados y sustituir los dientes faltantes. Las férulas fijas se han usado para estabilizar los dientes móviles afectados por la periodontitis. Son muy útiles en algunos casos ya que, en otros, cuando el paciente no lleva técnica correcta de cepillado suelen ser nocivas para el parodonto, porque no es posible eliminar perfectamente bien la placa bacteriana, la cual dificulta la salud gingival.

PRÓTESIS PARCIAL FIJA. - Las dentaduras que necesitan reemplazo de los dientes, presentan problemas diferentes, de las dentaduras que los conservan todos y que no carecen de estética y función. Solamente está indicada la prótesis fija cuando es necesaria la conservación de la dentición y la colocación de este tipo de prótesis implica una triple responsabilidad, correspondiendo una parte al paciente y otra al operador:

- 1.- El operador es responsable del diagnóstico, del tratamiento parodontal y del pronóstico.
- 2.- El operador es responsable de que las restauraciones sean realizadas satisfactoriamente.
- 3.- El paciente es responsable del cuidado de su higiene oral, para mantener su boca en buen estado.

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Tiene por objeto mantener en buena posición los dientes existentes y de la sustitución de los dientes faltantes. Dicha prótesis debe de -

estas perfectamente bien diseñada, ya que se tomara en cuenta la fuerza de tracción sobre los --
dientes pilares.

Las grapas para la retención de las dentadu
ras parciales removibles, apenas han de rebasar
en sentido apical, la altura del contorno del --
diente para evitar el balanceo del pilar durante
la inserción y la extracción del dispositivo.

El técnico deberá de preparar e identificar
cuidadosamente los puntos de apoyo y topes inci-
sales o descansos oclusales.

MANEJO PREOPERATORIO EN PARODONCIA

Primeramente se examinará la historia clínica y médica de nuestro paciente. Se revisará toda la cavidad oral, para hacer una nueva valoración y determinar toda modificación de la profundidad de la bolsa, como consecuencia de un tratamiento preoperatorio y enseñanza de la higiene oral; valorando la capacidad de nuestro paciente para el cuidado de su boca.

EXAMEN PREQUIRURGICO. - Se valoran las modificaciones de la bolsa y se inspecciona: color, forma, textura y contorno de la encía.

Indicaciones generales para la cirugía:

- 1.- Presencia de las bolsas parodontales.
- 2.- Forma no fisiológica de la encía.

Contraindicaciones:

En pacientes con ciertas enfermedades orgánicas y metabólicas tales como: enfermedad de Addison, diabetes no controlada, cardiopatías muy graves, trastornos hemorrágicos, o en pacientes que no han respondido bien en la cirugía anterior.

Cuando se está tratando con anticoagulantes o en pacientes con trastornos sistemáticos y hemorrágicos, se consulta primero con el médico general.

Estado emocional.- El dentista debe de tomar en cuenta el estado emocional del paciente, ya que si éste se atemoriza, se le hará otro nuevo tratamiento.

Estética. - Se llevará a cabo la cirugía con mucho cuidado, si el paciente se preocupa por la deformación antiestética, que pueda originar el desplazamiento apical del margen gingival.

Mala higiene personal. - Si el paciente es incapaz de realizar una higiene bucal adecuada, es mal candidato para los procedimientos quirúrgicos; en estos casos está presente el germen y existe la posibilidad de una nueva recidiva.

Planificación. - Se planificará con cuidado la zona a operar, el tipo y la extensión de cirugía, registrándose en la ficha del tratamiento del paciente. Se comunicará al paciente los planes para llevar a cabo el tratamiento para que tenga todo el tiempo necesario, y que el dentista pueda trabajar sin urgencia.

PREMEDICACION

La premedicación incluye la administración de antibióticos, en pacientes en los cuales es necesario utilizar dichos fármacos; en estos casos, la medicación comenzará 24 horas antes de la cirugía aplicándose en cantidades adecuadas, prosiguiendo unos días después de la cirugía.

MANEJO OPERATORIO

Instrumentos.

Se utilizan bandejas quirúrgicas, que contengan los instrumentos para un determinado tratamiento, dicha bandeja se colocará en una posición de fácil acceso, lejos de la vista del paciente para que no vea los instrumentos. Hay que tener a la mano cánulas para aspiración, espejos, separadores y gasa.

Anestesia local.-

Los procedimientos a elección son: infiltración local y anestesia regional, se emplearán de ~~los~~ ~~comunes~~, finalmente se incanta una gota de anestesia en la papila para que se tome más forma y sea más fácil incidirla, además de que produce un efecto hemostático por acción del vasoconstrictor de la solución anestésica.

Marcación de las bolsas.-

Si se va a realizar una gingivectomía, hay que marcar la profundidad de las bolsas; esto se hará con una pinza marcadora de bolsas, con una sonda milimétrica o bien con un explorador, que dejará un punto sangrante, que podrá ser visible. Dichos puntos se harán por vestibular y por lingual.

Iluminación del campo operatorio.-

La lámpara se colocará de manera que proporcione una luz adecuada durante la intervención, o bien, se utilizarán lámparas intrabucuales para tener más luz.

Separación para cirugía.-

Se separarán los labios, carrillos, lengua, para permitir el fácil acceso del operador, para facilitar el procedimiento quirúrgico. La separación se hará con un espejo oral, y se puede usar para alejar la lengua y distender los carrillos. La cánula aspiradora, además de quitar la sangre y saliva del campo operatorio, se usa para quitar la lengua de la zona de la cirugía.

Si se efectúa cirugía ósea, se usan diversos instrumentos de separación de colgajo, como

el periostio como y separadores de tejido.

La protección de carrillos, labios y lengua, es muy importante cuando se usan fresas, piedras o cinceles quirúrgicos.

Eliminación de líquidos y residuos.-

Se usará el aspirador, para eliminar sangre, secreciones bucales y el agua o solución salina con que se irriga. No es muy adecuado el eyector de saliva, pues ocupa mucho espacio y no es un control directo del asistente o del operador; ya que con el aspirador quirúrgico se lleva la ventaja de absorber adecuadamente los líquidos y residuos de la boca.

Control de la hemorragia.-

La hemorragia capilar se elimina por medio de presión con una gasa; mientras que la hemorragia arterial se retira suturando. La hemorragia es muy intensa al principio de la incisión, pero a medida que la operación avanza va disminuyendo, pero a pesar de esto, a veces es necesario aplicar en forma local, torundas hemostáticas con una solución de adrenalina al 1% a presión, para inhibir la hemorragia; se espera de tres a cinco minutos presionando y permitirá que la cirugía siga sin ningún problema.

SUTURA.-

Este procedimiento inhibe la hemorragia por sí misma y se puede colocar un apósito cuando sea necesario, únicamente para cubrir la herida y no dejarla expuesta al ambiente bucal.

La asistente sujeta el extremo libre de la sutura para que no salga el tejido y usa la otra

mano para separar el carrillo o el labio, también sujeta el colgajo con la pinza para tejidos, para que la aguja pase a través de él con mayor facilidad. Ya hecho esto, el cirujano separa los labios, el carrillo o la lengua y extiende la sutura, mientras el ayudante corta los cabos.

Apósitos periodontales.-

Los apósitos se utilizan para proteger la herida después de la cirugía. La protección es en contra de los alimentos, el aire, los movimientos de la lengua o carrillos, ya que estos elementos pueden causar irritación.

Hay varios tipos de apósitos:

- 1.- Apósitos a base de zinc y eugenol.
- 2.- Apósitos de mezclado rápido (éstos no contienen eugenol), contienen sulfato de calcio, óxido de zinc, acrilato, saborizantes y colorantes.
- 3.- Rosinas.
- 4.- Combinaciones de óxidos metálicos hidrosolubles y ácidos carboxílicos no ionizantes (no contienen eugenol).
- 5.- Apósitos a base de grasas.

Los apósitos a base de zinc y eugenol son los más utilizados; los más comunes están hechos a base de la siguiente fórmula:

Polvo: Óxido de zinc, Rosina, Ácido tánico, Acetato de zinc.

Líquido: Eugenol, Aceite de semilla de algodón, timol.

Se mezcla el polvo y el líquido hasta hacer una pasta semiseca, firme. El apósito se puede colocar directamente. Al colocar el apósito se divide en pequeños pedacitos para colocarlo en las caras interproximales. Para aplicar en la superficie lingual y vestibular de la herida, se cortan en trocitos más grandes. Si existen suturas, se cubren los extremos cortados con gelfoam, para que no se adhieran al apósito.

Una vez colocado el apósito, se modela con un pedacito de algodón mojado.

El apósito debe cubrir la herida, pero no impedir el cierre completo de los maxilares, ni la articulación dentaria, ya que la invasión de los tejidos móviles producen úlceras dolorosas.

Se cree que las fórmulas sin eugenol irritan al hueso, así que cabe mencionar la fórmula de un apósito sin eugenol:

Polvo: Rosina, Oxido de zinc, Bacetracina.

Líquido: Oxido de zinc, Grasa hidrogenada.

Se puede colocar apósito, cuando los colgajos están coaptados y suturados.

MANEJO POSOPERATORIO

Se le darán por escrito las indicaciones que deberá de llevar a cabo, tales como:

- 1.- No comer, ni beber, hasta dos horas después de la cirugía.
- 2.- No tocar el apósito con los dedos o con la lengua.

- 3.- Evitar los alimentos ácidos o condimentados.
- 4.- Tomar jugos de frutas con popote.
- 5.- Si el apósito se rompe o se cae, se acudirá inmediatamente a colocarlo nuevamente. Pero como medida de emergencia, se colocará el mismo paciente orabase o parafina.
- 6.- Para evitar molestias posoperatorias, tomar se los medicamentos que se le recetaron.
- 7.- Cepillarse las zonas no operadas de la boca y en los dientes donde se hizo la operación, cepillarse únicamente las superficies oclusales.
- 8.- Enjuagarse la boca con cuidado, después de comer, limpiarse la parte externa del apósito con un algodón mojado.

Dieta.-

Se le indicará al paciente nuevamente que evite los alimentos ácidos o condimentados, porque producirán dolor, por la misma razón los líquidos se tomarán con popote; será suficiente la dieta normal a excepción de lo dicho anteriormente. Estaría muy indicado o más bien sería una buena medida, la aplicación de vitaminas.

Medicación.-

Es necesaria la medicación posoperatoria, para eliminar el dolor, la sedación, hemorragias, inflamación o infección.

Se utilizarán analgésicos y según el grado de dolor se recetan: aspirina, darvón compuesto y codeína, estos medicamentos se administrarán cada 4 hrs.

Los pacientes con tratamiento antiagregante, no tomarán aspirina, ya que será reemplazado por Tylenol.

En casos en que el dolor es muy intenso, se aplicará demerol por vía intramuscular o bien una tableta cada 4 horas, por vía oral.

Sedantes.- Después de la cirugía se administran sedantes a pacientes ansiosos o aprensivos.

Con mayor frecuencia se recetan tranquilizantes y barbitúricos, tales como: meprobamato - 200 ó 400 mg. una o dos tabletas cuatro veces al día, o valium 5 ó 10 mg. tres veces al día; o bien, fenobarbital 0.16 g. dos veces al día, -- cuando están contraindicados los tranquilizantes.

Hemorragia.-

La hemorragia puede ser controlada por nuestro paciente por medio de un saquito de té mojado, presionando el apósito, pero si el paciente no puede cohibir la hemorragia, deberá ir urgentemente con su dentista.

Los pasos que se deben llevar a cabo, son los siguientes:

- 1.- Limpiar la herida.
- 2.- Hallar la zona sangrante.
- 3.- Ligar, aplicar presión o usar electrocauterio.
- 4.- Aplicar celulosa oxidada (OXYCEL) a la herida con presión.

En caso de que hubiera inflamación posoperatoria, se previene mediante el uso de hielo. Una vez que la inflamación se ha producido, se recomienda aplicar compresas mojadas calientes y la-

vados de solución salina tibia.

No toda hinchazón se origina de la inflamación, ya que algunos son producidos por la hemorragia, que se disemina dentro de los tejidos; esto sucede después de las operaciones por colgajo y generalmente va acompañada de un cambio de color debajo de la mejilla o del ojo.

Administración de antibióticos.-

Los antibióticos se recetan después de la cirugía para prevenir infecciones. Se emplean estrictamente, después de injertos óseos u operaciones de reinsección y también se utilizan, después de cualquier tipo de intervención periodontal. Principalmente se administran antibióticos de amplio espectro.

El último paso que se lleva a cabo, es lavando, afilando y esterilizando todos los instrumentos, utilizados en nuestro paciente. El equipo utilizado también se desinfecta, principalmente, la manija de la lámpara, piza de mano, cavitron, los tubos del aspirador y las llaves del agua de los controles del sillón.

Por último, se hará una ficha de informe -- completo de la operación, incluyendo el número -- de suturas y los medicamentos empleados.

INSTRUMENTAL PERIODONTAL

Los instrumentos periodontales están diseñados para finalidades muy específicas, como la eliminación de cálculos, alisado de las superficies oclusales, curetaje de la enca o remoción del tejido enfermo.

Su clasificación es la siguiente:

Sondas periodontales y pinzas marcadoras de bolsas.- Se utilizan para la localización y marcado de las bolsas y determinación de su curso - sobre superficies dentarias individuales.

Exploradores.- Para localizar los depósitos sobre los dientes.

Raspadores superficiales pesados.- Para la remoción de cálculos supragingival.

Raspadores profundos.- Para remover los cálculos subgingivales.

Azadas.- Eliminan cálculos subgingivales y aislamiento de superficies radiculares.

Curetas.- Remueven la superficie interna de la pared de la bolsa y la adherencia epitelial y para aislar las superficies radiculares.

Instrumentos ultrasónicos.- Para el raspaje y limpieza de superficies dentarias y curetaje - de la pared gingival de las bolsas periodontales.

Instrumentos periodontales quirúrgicos:

Instrumentos para limpieza y pulido.- Tazas de goma, cepillos de cerda, portapulidores, tiras de papel para limpiar y pulir las superfi-

cies dentarias.

Cada grupo de instrumentos posee rasgos característicos y las partes de que están formados son:

- a) Mango
- b) Cuello
- c) Hoja o punta de trabajo

Sondas periodontales.- Son utilizadas para medir la profundidad de las bolsas y determinar su forma; es una hoja en forma de varilla tronco cónica calibrada con marcas de uno o dos milímetros y punta roma.

En algunas sondas, el cuello y la hoja están unidos por una curva en forma de cuello de ganso para mayor acceso en las superficies del diente.

Para medir una bolsa se introduce la sonda con presión firme y suave hasta el fondo y la hoja debe estar alineada con el eje mayor del diente.

Pinzas marcadoras.- Es de forma similar al de una pinza para algodón. Una punta es aguda y está doblada en ángulo recto; las hojas están unidas al cuello mediante una curva en forma de cuello de ganso, para hacer más accesible a las diferentes caras del diente.

Se alinea la parte roma de la pinza con el eje mayor del diente y se le introduce hasta el fondo de la bolsa, se presionan los extremos hasta que se unen creando un punto sangrante externo, la cual corresponde al fondo de la bolsa. Se hacen varias marcas para seguir el curso de las bolsas cada una de las superficies del diente.

Exploradores. - Se recomienda el uso combinado de los números 13 y 17; el primero tiene forma de hoz y el otro consiste en una hoja en "S" con una curvatura en ángulo recto, en el extremo y se usan para localizar los depósitos subgingivales, antes de raspar y para controlar la lisura de la raíz después del tratamiento.

Raspadores superficiales. - Es un juego de tres raspadores de extremo doble, para quitar depósitos supragingivales. El número uno-G (1 G) y dos-G (2 G) es un raspador universal con dos hojas de trabajo.

El 1 G tiene forma de hoz con los lados aplanados y el 2 G es trapezoidal en el corte transversal.

El número 3G y 4G, tiene dos puntas de trabajo pesadas en forma de hoz y cuellos angulados. La superficie interna es ancha y se afina hacia la punta. El extremo es redondo para preservar la eficacia del instrumento cuando se achica por el afilado. Los dos bordes cortantes están formados por la unión de las superficies interna y laterales.

El número 5G y 6G. - Es un raspador superficial más fino, con dos hojas trapezoidales, cada una con bordes cortantes.

Para no hacer muescas en los dientes, estos instrumentos deben tener una angulación menor de 90 grados, con respecto a la superficie dentaria. El borde cortante toma el cálculo supragingival a la altura de la cresta del margen gingival y desprende el cálculo con un movimiento firme hacia la corona, se repite esto así sucesivamente hasta que se eliminan todos los cálculos.

Raspadores Superficiales de Jaquette.-

Números 1, 2 y 3.- En el número 1 la hoja y el cuello están en la misma línea con el mango. Los números 2 y 3 son un par, con cuellos angulados para facilitar accesibilidad a todas las caras del diente.

El número 1 por lo general se usa en la parte anterior de la boca. Los números 2 y 3 en la parte posterior.

Raspadores profundos.-

Números 7G y 8G.- Se utiliza para la remoción de depósitos profundos. Es más fino que los raspadores superficiales, proporcionan accesibilidad en las bolsas profundas y no existe casi traumatismo de los tejidos blandos. Es un instrumento de doble extremo con puntas de trabajo largas, estrechas y en forma de hoz; cada una de ellas tiene una superficie interna, que es cóncava, y una superficie externa redondeada. Los bordes cortantes están formados por la unión de los bordes laterales de las superficies internas y externas.

La superficie interna entre los bordes es plana. La superficie externa e interna terminan en una punta aplanada y redondeada.

La angulación con respecto al cuello permite accesibilidad a todas las caras del diente.

Este instrumento se utiliza introduciendo la hoja hasta la profundidad de la bolsa, de manera que forma un ángulo inferior a los 90 grados con el diente. Se toma el cálculo subgingival en su extremo inferior cerca del fondo de la bolsa y se desprende con un movimiento firme en

dirección a la corona, en las superficies vestibular y lingual se puede introducir la hoja dentro de la bolsa con la punta redondeada orientada apicalmente y la hoja contra la superficie dentaria. El instrumento se activa a lo largo de la superficie del diente.

Raspadores profundos números 7G y 8G.- Sirven para la remoción de depósitos subgingivales, pero también se pueden utilizar para alisar la superficie radicular y quitar la adherencia epitelial.

Raspador profundo números 9G y 10G.- Es un instrumento de doble extremo con una pequeña hoja en forma de uña. La hoja es levemente curva con un borde cortante recto, biselado a 45 grados y redondeado en los bordes.

El instrumento está diseñado para el raspaje profundo de dientes posteriores, particularmente en las furcaciones.

Azadas números 11 G, 12 G, 13 G y 14 G.- Las azadas se utilizan para alisar y pulir superficies radiculares eliminando restos de cálculos y cemento reblandecido. Estas azadas son instrumentos de doble extremo diseñadas para proporcionar accesibilidad a todas las superficies radiculares. La hoja está angulada a 90 grados y está formada por la unión de la superficie terminal - aplanada, con la superficie interna de la hoja y el borde cortante está biselado a 45 grados, la hoja es arqueada para que se mantenga en contacto con dos puntos sobre una superficie convexa. La parte posterior de la hoja es redondeada y tiene un espesor mínimo para permitir el acceso a las raíces con bolsas profundas, sin que inter vengan los tejidos adyacentes.

TESTES DONADA POR D. G. B. - UNAM

Este instrumento se usa introduciendo la hoja hasta la base de la bolsa periodontal de modo que haga contacto en dos puntos con el diente, - esto estabiliza al instrumento, previene muescas en la raíz; se activa el instrumento con un movimiento firme hacia la corona, tratando de conservar el contacto con dos puntos con el diente.

Azadas de Mc. Call 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9.- Es un juego de azadas diseñadas para proporcionar acceso a todas las superficies dentarias. En cada instrumento hay diferente relación angular en el cuello y mango.

Cinceles 15 G y 16 G.- Los cinceles diseñados para superficies proximales de dientes demasiado juntos para permitir el uso de otros raspadores, que por lo general se utilizan en la parte anterior de la cavidad oral.

Es un instrumento de doble extremo con un cuello curvo y en ángulo recto; las puntas de trabajo son algo curvas y el borde cortante recto con un bisel de 45 grados.

El raspador se introduce desde la superficie vestibular, la curva suave de la hoja hace posible que se estabilice contra la superficie proximal, mientras que el borde cortante toma el cálculo sin hacer muescas en el diente. El instrumento se activa con un movimiento de empuje o impulsión, mientras el costado de la hoja se mantiene apoyado con firmeza contra la raíz.

Curetas.- Son instrumentos que básicamente se usan para las paredes blandas de las bolsas periodontales, para eliminar el tapiz interno y la adherencia epitelial, también para eliminar fibras periodontales de paredes de defectos óseos correspondientes a bolsas infraóseas. Así mismo,

se usan para desprender fragmentos de cálculos y alisar superficies radiculares.

Cureta Universal números 17 G y 18 G.- Presenta un cuello angulado con una hoja en forma de cuchara, la superficie interna es plana y la externa es redondeada; se forman dos bordes donde se unen.

La hoja se introduce hasta el fondo de la bolsa y se activa hacia la corona de modo que el borde cortante toma el revestimiento de la pared de la bolsa. Para impedir que la pared de la bolsa se separe de la cureta se ejerce presión digital sobre la superficie externa.

Para eliminar la adherencia epitelial se ejerce una suave presión vertical, para empujar la punta dentro de la zona de adherencia y se mueve el instrumento a lo largo del fondo de la bolsa.

La cureta también se puede usar para la remoción parcial de la papila gingival interdentaria (papilectomía) introduciendo la cureta por un costado de la papila y se activa a través de ella para quitar la cantidad de tejido deseado.

Curetas Gracey.- Juego de curetas, vienen como pares sueltas o instrumentos de doble extremo, los juegos constan del número 3, 9, 10, 13 y 14; adecuadas para la mayoría de las necesidades. La hoja es muy fina y consiste en una cara redondeada delgada con dos bordes cortantes, formada por la unión de la superficie interna y externa.

Se usa para eliminar fragmentos de cálculos y alisar las superficies radiculares, así como para curetear los tejidos blandos; tiene un margen amplio de movimientos, sobre las superficies

de los dientes.

Limas. - Ya no se usan porque se dejaban estrías y rugosidades sobre la superficie radicular, a veces se les utilizaba para eliminar márgenes desbordantes de obturación.

Instrumentos Quirúrgicos. -

Azada quirúrgica número 19G. - Es un instrumento con hoja aplanada en forma de cola de pescado con una convexidad. El borde cortante está biselado y redondeado de las puntas de trabajo.

Se utiliza para desprender las paredes de las bolsas, después de la gingivectomía, también es útil para alisar superficies radiculares.

Bisturios periodontales números 20G y 21G. - Es un instrumento de extremo doble para gingivectomía y otras cirugías periodontales. Consta de un juego de hojas en forma de raspador unidas a cuellos angulados.

Toda la periferia se une al borde cortante formado por la unión de las superficies interna y externa.

La punta del bisturí es alargada para que tenga acceso a las caras proximales.

Interdent números 23G y 24G. - Instrumento de doble punta de trabajo, especial para eliminar tejido interdentario durante la gingivectomía, también es útil para colgajos periodontales y para incidir la pared interna de bolsas infraóseas.

Consta de un par de hojas semejantes, alargadas y levemente curvadas.

Existen muchos tipos de bisturles, entre los cuales mencionaremos los siguientes:

- a) Bisturles de Orban número 1 y 2.
- b) Bisturles de Buch, y
- c) Bisturles de Honahan Lents.

Instrumentos quirúrgicos de Kirkland.- Es un juego completo especial para la gingivectomía y son los siguientes números: 12K, 13K, 14K útiles para remover tejido enfermo después de la incisión de gingivectomía y limpieza de las superficies radiculares.

Instrumentos 2K, 3K, 4K, 5K, 6K, 7K, 8K, 9K, 17K, 18K, 19K, 20K, 21K y 22K.- Se utilizan para la eliminación de depósitos y el alisamiento de las raíces.

Los bisturles periodontales de Kirkland números 15K y 16K, son instrumentos pares, que constan de una hoja delgada, aplanada, unida al mango por un cuello angulado. El borde externo es elíptico y el interno es recto.

Elevador Periódstico número 24G.- Los elevadores periódsticos con extremo redondeado y hojas, sirven para todo lo que se quieran utilizar.

Tijeras.- Se utilizan en cirugía periodontal, para eliminar lengüitas de tejido, durante la gingivectomía, recortar los márgenes de colgajo, agrandar incisiones de abscesos periodontales y eliminar inserciones musculares en la cirugía mucogingival. Hay muchas clases de tijeras, entre las que sobresalen las siguientes:

25G con mango curvo y hoja biselada curva con es triaciones, tijeras curvas y rectas.

48

Aspiradores. - Son indispensables en los procedimientos periodontales quirúrgicos.

Habiendo muchos tipos de aspiradores y cánulas aspiradoras.

La cánula de Frazier número 3. - Es simple y eficaz; su tamaño y su forma permiten el acceso a todas las zonas, tiene un estilete adaptado para eliminar el tejido y los residuos atrapados.

Instrumentos para limpieza y pulido. - La taza de goma, el portapulidor, el cepillo de cerda, y la tira de papel se emplean para pulir y limpiar las superficies dentarias.

Las tazas de goma constan de una pieza ahuecada, con estrías en el interior o sin ellas. Se utilizan en la limpieza de mano con contra-ángulo especial para profilaxis.

Hay muchas clases de pastas limpiadoras, pulidoras que hay que mantener húmedas para disminuir el calor friccional a medida que gire la taza.

El portapulidor es un instrumento de mano - diseñado para sostener una punta de madera. La punta de madera con pasta pulidora, se aplica sobre el diente con firme acción bruñiendo.

Hay cepillos de cerda en forma de rueda y de taza. El cepillo se utiliza en una pieza de mano, con pasta pulidora, angulado a 60 grados - en la parte posterior de la boca. Se debe tener cuidado en el momento de pulir, ya que se puede lesionar el cemento.

La tira de papel con pasta pulidora se utiliza en las superficies proximales inaccesibles.

La cinta se pasa por la zona interproximal, se aplica en un plano perpendicular al eje mayor del diente y se activa con un firme movimiento vestibulolingual.

Instrumentos ultrasónicos.-

Las vibraciones ultrasónicas se pueden usar para hacer raspaje, curetaje y remoción de pigmentaciones. Su acción se deriva de las vibraciones físicas de partículas de materia, similares a las ondas sonoras, que producen más de 29000 vibraciones por segundo.

Hay puntas ultrasónicas de diferentes formas:

- 1.- Para raspaje.
- 2.- Curetaje.
- 3.- Alisado de raíces.
- 4.- Cirugía gingival.

Todas las puntas están hechas para trabajar en un campo mojado y tienen incorporadas salidas de agua; para disminuir el calor generado por las vibraciones ultrasónicas.

Se utilizan con toques leves y una cantidad limitada, por una unidad de superficie, ya que el uso impropio puede producir muescas y rugosidades sobre las raíces. Dichas puntas trabajan mejor sobre superficies duras, pero también se pueden utilizar en los tejidos blandos.

Este instrumento limpia mecánicamente, las acumulaciones superficiales o tejido necrótico.

Hay que mantener el aparato lejos del hueso, para evitar una necrosis o una formación de sequestros óseos. No debe ser usado en tejidos jó

40

venes en crecimiento y mucho menos recomendable en tratamientos para niños.

Es eficaz para eliminar cálculos y desprender el revestimiento epitelial de las bolsas paradontales. Al limpiar la pared gingival de las bolsas paradontales, tiende a eliminar menos tejido conectivo subyacente, que la instrumentación manual, pero no alisa bien las raíces, las deja rugosas y con mayor eliminación de sustancia dentaria.

TRATAMIENTO DE PARODONTOPATIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES GENERALES

Hay que planear el tratamiento periodontal, ya que debe tomarse muy en cuenta el estado general de nuestro paciente. Puede ocurrir que las condiciones orgánicas de éste, impongan un tratamiento determinado, pues en algunas enfermedades solamente puede aplicarse un tratamiento paliativo.

La relación entre la enfermedad periodontal y la enfermedad general, las clasificaremos en tres categorías:

- 1.- Enfermedades 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 cirujano dentista.

Enfermedades que pueden afectar el curso de la enfermedad periodontal.

Diabetes

Una enfermedad puede alterar el curso de la enfermedad periodontal modificando las defensas naturales, contra los irritantes, o limitando la capacidad restauradora del tejido; también puede afectar al parodonto, provocando respuestas histicas anormales por hipersensibilidad o modificando a la estabilidad nerviosa del paciente, de tal forma que aparezca el factor stress; aunque cualquier enfermedad puede influir sobre otros sistemas orgánicos, solamente son algunas pocas las que pueden clasificarse en este grupo.

Los pacientes diabéticos presentan menor resistencia a la infección a menos que tengan un tratamiento oportuno. La enfermedad periodontal puede causar una rápida destrucción. Si el paciente coopera y se le trata de una forma adecuada, no habrá necesidad de modificar el tratamiento periodontal y el pronóstico es favorable; este paciente debe de ser mayormente escrupuloso que el paciente sano, lo que se refiere a higiene oral, porque su parodonto se desintegra con mayor rapidez.

Modificaciones hormonales.- Puesto que las afecciones hormonales afectan al parodonto; al planear un tratamiento, debe tomarse atención especial a los pacientes grávidos.

Durante el embarazo la reacción a una irritación es muy exagerado, debido a las modificaciones hormonales, ya que algunas veces se desarrolla hiperplasia gingival y los llamados tumores de la gestación. En algunas pacientes es mejor retrasar el tratamiento parodontal específico hasta después del parto. Durante el embarazo suele ser suficiente la escariedad subgingival y una buena higiene oral; pero en casos avanzados, la infección oral puede constituir un riesgo para la salud general.

Si no hay complicaciones durante el embarazo, puede ser aconsejable el tratamiento completo, de ser éste el caso, las intervenciones quirúrgicas han de quedar terminadas, entre el tercer y sexto mes.

Menopausia.- La menopausia puede alterar de tal modo a una paciente, que están indicadas medidas paliativas, hasta que se haya adaptado a este período de modificaciones hormonales.

La gingivitis desquamativa crónica se observa principalmente en esta época de la menopausia. Es una enfermedad de los tejidos superficiales - que se caracteriza por pequeñas áreas de inflamación en la encía y en la mucosa alveolar; hay una deficiencia en la queratinización y el epitelio tiende a separarse de la lámina propia; la dieta se limita a los alimentos blandos, debido a las lesiones producidas durante la masticación.

La aplicación de pulverizaciones de Kenalog en Orabase, proporciona protección y alivio temporalmente; pero las lesiones reinciden.

Hay un mejoramiento con corticoesteroides general, pero esta terapéutica no está justificada si no existen complicaciones generales como el pénfigo.

Stress.- La malnutrición, el stress, los desequilibrios endocrinos influyen sobre la resistencia y capacidad de restauración de los tejidos y hay que hacer un tratamiento periodontal paliativo hasta que se eliminan estos factores. La terapéutica periodontal en pacientes con colitis ulcerosa no es muy satisfactoria; solamente toleran un tratamiento paliativo por el exceso de stress emocional, ocasionado por dicho padecimiento.

Después de la curación, la intervención quirúrgica puede tener éxito, pero hay que proceder con la mayor precaución.

Los efectos psicológicos del tratamiento provocan algunas veces, reacciones adversas en pacientes, al aparecer normales, por lo contrario los pacientes sometidos a alguna tensión, a menudo, se benefician con el tratamiento parodontal, aplicado conjuntamente con el tratamiento

médico adecuado.

Afecciones dermatológicas. - Algunas enfermedades de la piel y alteraciones de la sustancia colágena, también afectan al parodonto. La esclerodermia difusa, algunas veces produce alteraciones en el parodonto, que hacen insegura la terapéutica parodontal; pues los efectos de la misma enfermedad forman una contraindicación de la misma.

El escleroderma localizado, no impide el tratamiento periodontal completo.

La epidermolísis bullosa, es una enfermedad cutánea de carácter hereditario, en la cual la aplicación de presión y traumas, provocan la formación de ampollas que son hemorrágicas. Se desconoce la etiología y la patosis no es muy específica, aunque algunas veces hay disminución o ausencia de tejido elástico en el corión.

Déficit de ácido ascórbico. - El escorbuto es una enfermedad que afecta al parodonto. No se presenta muy frecuentemente en los adultos, a excepción de los alcohólicos, enfermos mentales o a personas sometidas a dietas extravagantes.

En el escorbuto se producen hemorragias capilares generalmente en los puntos que sufren traumatismos ligeros, sometidos a esfuerzos o en aquellos en que la presión hidrostática de capilares es muy elevada.

Suelen aparecer petequias o equimosis en la piel de las extremidades inferiores, la mitad inferior del tronco, el antebrazo, la cara y el cuello.

Son muy comunes las hemorragias en las arti

culaciones y en los músculos. Una de las manifestaciones orales del escorbuto, es la presencia de bultos de sangre que se rompen con la más ligera presión. Las manifestaciones orales no se presentan en la boca edéntula. Se observa la mejoría a las 72 horas de haber administrado grandes dosis de vitamina C.

En el escorbuto los recuentos leucocitarios y diferencial, suelen ser normales y el número de plaquetas no está disminuido. Los tiempos de sangrado y coagulación son normales. También hay alteraciones en el calcio, fósforo inorgánicos, pero no sucede constantemente; la fragilidad capilar generalmente es positiva.

Epilepsia.- Los pacientes que toman dilantín sódico, para combatir la epilepsia, tienden a presentar hiperplasia gingival. La enfermedad no constituye una contraindicación de un tratamiento quirúrgico de la hiperplasia. A veces es necesaria la intervención quirúrgica aunque son probables las recidivas.

Enfermedades que limitan el tratamiento en la enfermedad periodontal debido al estado físico de nuestros pacientes.

Afecciones cardiovasculares.- Constituyen un amplio grupo de enfermedades que afectan al corazón, los vasos sanguíneos y sangre. Los pacientes con cardiopatías deben de ser seleccionados para llevar a cabo un tratamiento parodontal.

Los pacientes que se han restablecido satisfactoriamente de una cardiopatía coronaria, pueden someterse al tratamiento periodontal completo.

Los cardiópatas con corazones débiles o descompensados y los que toman anticoagulantes, se limita su tratamiento únicamente a escaradentado y una buena higiene oral. Las mismas limitaciones sucederán a los pacientes con alguna operación en el corazón, aunque pueden presentarse algunas excepciones.

Los pacientes con historia de cardiopatía reumática, generalmente pueden llevar el tratamiento parodontal es un foco infeccioso para los pacientes con soplos cardíacos o con antecedentes de cardiopatía reumática; no deberá dejarse en estos pacientes áreas de infección, ni tolerar su existencia y se deberá consultar con el médico general, antes de iniciar el tratamiento parodontal.

Discracias hemáticas y enfermedades hemorrágicas.- Las discracias sanguíneas generalmente van acompañadas de lesiones orales y en los casos crónicos, puede ser necesaria la terapéutica parodontal paliativa, para comodidad del paciente.

Es necesario que el cirujano dentista sepa las manifestaciones de las discracias sanguíneas, especialmente en la extracción y cirugías profundas.

El cuadro gingival en la leucemia aguda suele manifestarse por necrosis, ulceraciones, hemorragia espontánea e hiperplasia hemorrágica; con frecuencia requiere de un tratamiento periodontal para mejorar la salud de la encía, lo suficiente para evitar las hemorragias espontáneas.

Dichas hemorragias suelen ser un serio problema para el paciente, la cual precisa ser resuelto para el bienestar y mejoría de nuestro paciente.

Puede ser también el primer síntoma de una discracia hemática y su tratamiento es más limitado, que en los casos corrientes.

Muchas de las discracias sanguíneas tiene gran importancia odontológica, porque la hemorragia gingival o la inflamación del tejido oral pueden ser las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad general.

Muchas de las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, afectan al parodonto y su correcto tratamiento requiere simultáneamente de un diagnóstico preciso y una estrecha relación entre el dentista y el médico general.

En algunos casos el tratamiento médico puede preparar al paciente para usar las técnicas periodontales de una manera normal. Pero en otros casos hay que modificar el tratamiento parodontal para hacerlo compatible con el estado general.

En el caso que se presenten trastornos hemáticos graves, suele ser satisfactorio el resultado, si el estado periodontal puede mejorar lo suficiente para impedir las hemorragias orales espontáneas.

A los pacientes parodontales con trastornos hemorrágicos se les ha de elaborar un examen de sangre como sigue: Tiempo de coagulación, tiempo de sangrado, tiempo de protombina, retracción del coágulo, recuento de plaquetas, prueba del torniquete y recuento hemático completo.

Hemorragia debido a defectos de la sangre.-

Hemofilia.- Es una enfermedad hereditaria -

hemorrágica, en la cual el tiempo de sangrado es normal, pero no el tiempo de coagulación, ya que es muy alargado. El defecto fundamental es la deficiencia de un componente de plasma llamado tromboplastinógeno; no puede formarse la cantidad normal de protombina, la cual produce una alteración en el mecanismo hemostático; sin embargo, estudios recientes indican que la hemofilia es un proceso más complicado y actualmente se conocen cuatro cuadros hemofílicos diferentes. No se produce púrpura y los elementos hemáticos son normales, a menos que se hayan alterado por una hemorragia frecuente.

La hemorragia de la hemofilia es profunda, en contraste con la hemorragia del púrpura que puede observarse en la piel o en la mucosa.

La transfusión de sangre íntegra, es eficaz para dominar la hemorragia activa; pero no en todos los casos resulta todo un éxito.

Recientemente un producto del fraccionamiento del plasma, llamado globulina antihemofílica, da buen resultado en el tratamiento de esta enfermedad. La globulina es fraccionada del plasma humano normal.

La hemofilia es considerada como la más hereditaria de las enfermedades, padeciéndola únicamente los varones y siendo transmitida por las mujeres. En todos los casos, se presentan hemorragias considerables, después de las intervenciones quirúrgicas; por lo tanto, la cirugía periodontal está contraindicada en personas que padecen hemofilia.

Policitemia Vera (Eritema).- Es una enfermedad progresiva, crónica, que se caracteriza por un aumento del número de eritrocitos, de la can-

idad de la hemoglobina y del volumen hemático vital.

Aparece en la madurez, se desconoce su causa y se cree que es una enfermedad parecida a la leucemia, representando un tipo neoplásico o maligno de hiperplasia de la médula ósea eritropoyética.

El dato clínico más sobresaliente es la coloración oscura, rojo ladrillo de la piel y de las mucosas. La lentitud de la circulación permite una mayor pérdida de oxígeno que en el estado normal; lo cual, origina una ligera cianosis. Son muy frecuentes las cefaleas, vértigos y confusión debido a la dilatación de los vasos sanguíneos cerebrales. El volumen de la sangre puede alcanzar casi hasta diez litros; casi el doble del valor normal. Los tiempos de coagulación y de sangrado son normales. La velocidad de sedimentación está disminuida, y la retracción del coágulo es débil, aunque el número de plaquetas puede estar muy elevado, porque la masa de eritrocitos es muy grande. Los capilares presentan dilatación difusa y aumenta la presión capilar que favorece la tendencia hemorrágica:

Esta enfermedad no se clasifica en la literatura médica; como enfermedad hemorrágica, pero hay una tendencia muy pronunciada a las hemorragias con frecuencia, a pérdida espontánea de sangre por la nariz y por la boca, así como en diversos órganos y debajo de las superficies serosas y ésta es una de las hemorragias más difíciles de cohibir.

Púrpura hemorrágico. - Es una manifestación de hemorragia anormal, el término alude a las extravasaciones en la piel, que presentan un color rojo oscuro o púrpura. Pueden presentarse en -

forma de petequias diseminadas o como grandes zonas equimóticas).

La púrpura trombocitopénica primaria, es una enfermedad de etiología desconocida y curso variable asociada a una disminución de plaquetas, tiene un tiempo de sangrado alargado, disminución de la retracción del coágulo y aumento de la fragilidad capilar, con tiempo de coagulación y concentración de protombina normales. La enfermedad se presenta generalmente en niños y en adultos jóvenes, con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Su principal síntoma es la hemorragia en la piel o en las mucosas y existe un defecto del endotelio capilar.

La púrpura trombocitopénica secundaria, se produce cuando hay una disminución del número de plaquetas, debido a un agente etiológico conocido, tales como: drogas, productos químicos, sustancias radioactivas, infección aguda o alergias. El tratamiento periodontal será escariodoncia subgingival e higiene oral correcta, si se tiene perfectamente bien controlado a este paciente, se le puede llegar a hacer intervención quirúrgica si el caso lo amerita.

Diatesis hemorrágica hereditaria. - Afecta a ambos sexos, con anomalías irregulares no específicas en las pruebas hemostáticas. Son muy comunes las epistaxis y las hemorragias de las mucosas, pero la púrpura es rara; el tiempo de sangrado es alargado, la retracción del coágulo a menudo es normal, las hemartrosis son raras, y con frecuencia se obtiene una historia familiar positiva.

Se le ha designado también con el nombre de Pseudohefemia, ya que se le comprende en ese grupo.

El tratamiento periodontal será: escariodon-
cia subgingival de preferencia,

Hemorragias debidas a anomalías o anomalías
de vasos sanguíneos:

Hemangiomas. - Pueden producirse hemorragias
por tumores o anomalías de los vasos sanguíneos
de la boca.

Histológicamente, la acumulación de vasos -
en un hemangioma, no está delimitado por una cápsu-
la fibrosa; está irrigada por su arteria y ve-
na propias. La radiografía está contraindicada,
ya que el hemangioma es radio-resistente.

Telangiectasia hemorrágica. -

Telangiectasia hemorrágica hereditaria. - Es
una anomalía vascular muy rara que se caracte-
riza por dilataciones múltiples de los capilares y
vénulas de la piel y membranas mucosas. Las pa-
redes de los vasos afectados son delgadas y por
lo común constan de una sola capa de endotelio.
Estas anomalías pueden tener el tamaño de un al-
filer o ser aracneiformes con una lesión central
del tamaño de un guisante.

La hemorragia puede ser espontánea o conse-
cutiva a un trauma o fricción; siempre se produ-
cen en la superficie, nunca en el intersticio, a
veces no se produce ninguna molestia o muy poca;
su tamaño y su número aumentan a medida que el
paciente se acerca a la madurez y las hemorra-
gias van aumentando de intensidad.

Hemorragias por gingivitis. - En este estado
parodontal pueden producirse hemorragias por al-
teraciones gingivales, ulceración del epitelio -
del surco, estas hemorragias pueden ser espontá-

ness en gingivitis ulcerosa necrosante, ya que quedan expuestos los vasos sanguíneos al ocurrir el fenómeno de descamación.

Los vasos sanguíneos gingivales están contenidos en las membranas de tejido conjuntivo papilar entre las protuberancias del tejido suprayacente. Normalmente el epitelio escamoso estratificado con una capa superficial córnea; protege al tejido conjuntivo y a los vasos sanguíneos de las lesiones. Durante la inflamación el epitelio se adelgaza, desaparece la capa córnea y pueden desarrollarse varios grados degenerativos. La combinación de la dilatación capilar, el aumento de la permeabilidad y la disminución de la cubierta; constituye a facilitar las hemorragias gingivales. Debido a estas modificaciones histicas y vasculares; la instrumentación para eliminar depósitos subgingivales puede presentarse una hemorragia gingival prolongada.

Tratamiento de pacientes con trastornos nerviosos. - Existen gran cantidad de pacientes con trastornos generales no específicos, especialmente personas afectadas por manifestaciones mentales nerviosas, que requieren cuidados especiales durante el tratamiento de la enfermedad parodontal.

Enfermedad ósea metabólica. - Son enfermedades que afectan al hueso como tejido, a consecuencia de trastornos bioquímicos ya sean genéticos, nutritivos, endocrinos, y renales; esta definición incluye afecciones locales del esqueleto, incluso en el caso que afecten a la mayor parte de él.

Hay tres tipos principales de osteopatías metabólicas:

- 1.- Ausencia de matriz (osteoporosis).
- 2.- Incapacidad de la matriz para calcificarse y formar hueso (raquitismo y osteomalacia).
- 3.- Resorción excesiva de hueso que con frecuencia se debe a hiperactividades paratiroideas.

La enfermedad metabólica del hueso, afecta a todo este tejido, no solamente al borde. Producen alteraciones en el trabeculado y calidad de hueso. Los maxilares reflejan la disfunción endócrina igual que las otras partes del esqueleto.

El efecto de la periodontitis sobre el hueso; siempre se inicia en el borde o cresta del proceso alveolar y la resorción progresa apicalmente.

Todos los problemas sistémicos influyen sobre el tratamiento dental o son influidos por éste hasta cierto punto y dichos problemas deberán de ser eliminados antes de comenzar el tratamiento parodontal.

Enfermedades del paciente que pueden contagiar al cirujano dentista.

Enfermedades infecciosas. - Las lesiones orales de dichas enfermedades tales como: sífilis, tuberculosis y hepatitis. Los pacientes que han padecido hepatitis, son portadores permanentes de la enfermedad y constituyen una fuente de infección para el cirujano dentista.

Todos los instrumentos se han de meter al autoclave y se han de emplear agujas desechables. En caso de que se sospeche de alguna contaminación; el paso a seguir, es tomar dosis elevadas de gamaglobulina para estar preparados.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEZAS PERIODONTALES

INFLAMATORIAS: gingivitis, periodontitis.

DISTROFIAS: estados degenerativos, atróficos, hiperplasia gingival.

TRAUMATICAS: trauma periodontal; primario y secundario.

ETIOLOGIA DESCONOCIDA: periodontosis.

INFLAMATORIAS

GINGIVITIS: Es la inflamación de los tejidos gingivales, que se producen en forma aguda, subaguda o crónica, con agrandamiento evidente o sin ellos.

La intensidad de la gingivitis depende de la magnitud, duración y frecuencia de irritaciones locales y resistencia de tejidos bucales.

La gingivitis aguda y subaguda de cualquier naturaleza no es común y raras veces se presenta en personas de buena salud; sin embargo, la gingivitis crónica es muy común y, en los pacientes dentados mayores es casi universal.

ETIOLOGIA: La etiología de la gingivitis es variada y fue dividida en factores locales y sistémicos.

- FACTORES LOCALES:**
- Microorganismos.
 - Cálculos.
 - Impacción de alimentos.
 - Respiración bucal.
 - Malposición dental.
 - Aplicación de sustancias químicas o medicamentos.

FACTORES SISTEMATICOS: Trastornos nutricionales.
 Acción de medicamentos.
 Embarazo, diabetes, y --
 otras disfunciones endo--
 crinas.
 Alergia.
 Herencia.
 Fenómenos psíquicos.
 Infecciones granulomato--
 sas específicas.

Frecuencia: Se han dedicado muchos estudios a establecer la frecuencia de la enfermedad periodontal. Es un hecho aceptado que la enfermedad periodontal es de distribución universal y no hay grupo cronológico, excepto los niños muy pequeños, en el que no existe.

Aunque están afectadas todas las razas, hay cierta diferencia de una raza a otra y de un -- país a otro.

Características clínicas: Las formas específicas de gingivitis crónica y primeras manifestaciones consisten en alteraciones leves del color de la encía libre o marginal, de un tono rosado pálido a uno más intenso, que progresa hacia el rojo a rojo azulado, a medida que la hiperemia y el infiltrado inflamatorio se intensifican. La salida de sangre del surco gingival después de una irritación aunque sea leve, es un rasgo temprano de la gingivitis. El edema, que acompaña a la respuesta inflamatoria, causa una tumefacción leve de la encía y pérdida del punteado normal -- característico. La tumefacción inflamatoria de las papilas interdenciales suele dar aspecto abul--
 tado a estas estructuras.

El aumento de tamaño de la encía favorece -- la acumulación de gran cantidad de residuos y --

bacterias, lo que genera mayor irritación gingival.

Cuando la hiperemia o hinchazón de la encla marginal se confinan a una zona localizada de la encla, ésta adopta, a veces, la forma de una media luna, denominada media luna traumática.

En la gingivitis crónica avanzada puede haber supuración de la encla, manifestada por la capacidad de expulsar pus del surco gingival por presión.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS: La gingivitis crónica, en la cual la inflamación se limita estrictamente a la encla, no produce cambios en el hueso subyacente (cuando tales cambios se tornan evidentes la afección recibe el nombre de periodontitis).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: En la gingivitis crónica, la encla presenta infiltración del tejido conectivo con cantidades variables de linfocitos, monocitos y plasmocitos, en ocasiones, se observan leucocitos polimorfonucleares, en particular debajo del epitelio del surco. Este epitelio suele ser no queratinizado e irregular. Está infiltrado por células inflamatorias y con frecuencia es ulcerado.

Los capilares del tejido conectivo están congestionados y su cantidad aumenta. La unión de la adherencia epitelial con el diente representan un punto débil en la barrera epitelial contra el medio bucal, y aquí se encuentra una acumulación de leucocitos asociada con la inflamación crónica.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

La mayor parte de casos de gingivitis crónica se deben a la irritación local. Si se eliminan los irritantes en esta fase antes de que se produzca la periodontitis verdadera con bolsas o pérdida ósea, o ambas, la inflamación, edema y la infiltración leucocitaria desaparecerá en cuestión de horas o pocos días, sin dejar una lesión permanente. Esto acentúa un tratamiento cuidadoso, con un cepillado adecuado, profilaxis a cargo del odontólogo para mantener al periodonto normal, si hay una mala respuesta a un tratamiento local, se investigarán los factores sistémicos que podrían ser factores complicantes.

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA

(Infección de Vincent, boca de trinchera, gingivitis ulceromembranosa aguda, gingivitis fagedémica, gingivitis fusoespiroquetal, gingivitis ulcerativa aguda, etc.)

La gingivitis ulceronecrotizante es específica y común; presenta una forma aguda y una recurrente (subaguda), también forma crónica; la mayoría de investigadores opinan que no se debe considerar esta gingivitis como una entidad separada, ya que ni clínicamente ni histológicamente es específica.

Esta afección inflamatoria ataca fundamentalmente el margen gingival libre, cresta de la encla y papilas interdientales, en raras ocasiones se extiende a paladar blando y zona amigdalina y entonces se le aplica el término "Angina de Vincent".

EPIDEMIOLOGIA

La gingivitis ulceronecrotizante aguda frecuentemente se produce con características epidémicas. Brota en grupo de personas en estrecho contacto, especialmente las que viven en condiciones similares. Esto fue evidente en la primera guerra mundial, fue en esta época que se originó el nombre de "Boca de Trinchera", ya que era común en las tropas de trinchera. También en la segunda guerra mundial hubo brotes esporádicos similares.

La manera de propagarse de esta enfermedad es en grupo de personas de condiciones similares, lo cual puede causar que se produzca la gingivitis en cada una de ellas, aunque no haya contacto real mutuo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La gingivitis úlcero-necrotizante aguda, se presenta en cualquier edad pero es más común en adultos jóvenes y de edad mediana, entre 15 y 35 años. Es muy rara en niños, pero suele ser mal diagnosticada la confunden con gingivoestomatitis herpética primaria.

La afección se caracteriza por una encla hialina y dolorosa, con erosiones socavadas en papilas interdentales.

Los restos ulcerados de las papilas y encla libre sangran al ser tocados y por lo general están cubiertos de una pseudomembrana necrótica gris; la ulceración tiende a extenderse al llegar abarcar todos los márgenes gingivales.

Con frecuencia comienza como un foco aislado, que se origina con rapidez. Hay un olor fétido que puede ser desagradable.

El paciente se queja de no poder comer y de hemorragias gingivales. El dolor es de tipo superficial, de presión. También padece dolor de cabeza, malestar general, y fiebre de baja intensidad, se suele notar salivación excesiva y gusto metálico de la saliva, y la linfadenopatía, siempre está presente.

En casos más avanzados y serios puede haber manifestaciones generalizadas o sistemáticas que incluyen leucocitosis, trastornos gastrointestinales y taquicardia.

ETIOLOGIA

La mayoría de autores opinan que este tipo de gingivitis es una enfermedad primaria causada

por un Bacilo Fucéforme y la Borrelia Vincentii.

En esta enfermedad fusoespiroquetal, los dos microorganismos siempre están presentes aunque también hay otras espiroquetas y microorganismos fuciformes y filamentosos. Algunos autores también incluyen los vibriones y cocos como agentes importantes de la etiología de esta enfermedad.

Hay factores predisponentes para producir esta enfermedad como lo es la mala alimentación, falta de higiene bucal, malas condiciones sanitarias y los fenómenos psíquicos también son importantes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El examen microscópico de la encía revela una gingivitis aguda con necrosis extendida. El epitelio escamoso estratificado de la superficie está ulcerado y reemplazado por un exudado fibroso espeso, que contiene muchos microorganismos.

El tejido conectivo está infiltrado por densas cantidades de leucocitos y presenta una intensa hiperemia. El cuadro microscópico es totalmente inespecífico.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento de la gingivitis úlcernecrotizante aguda es muy variado, según la experiencia del odontólogo respecto a la enfermedad, algunos tratan la enfermedad por medios conservadores haciendo sólo limpieza superficial de la cavidad bucal en la fase aguda, seguida de un raspado minucioso en cuanto a las condiciones lo permitan. En estos casos se consigue una rápida curación aún sin medicación. Otros utilizan sus

encías oxigenantes o antibióticas junto con el tratamiento local.

El caso común de gingivitis úlceronecrotizante aguda comienza a ceder en 48 horas. Cuando el tratamiento es el adecuado, y pueden quedar muy pocas señales de la presencia de la enfermedad. A veces hay considerable destrucción de tejidos; las papilas interdientales y encía marginal, esto queda en evidencia después de la regresión. Se suele requerir el remodelado de las papilas; esto se efectúa mediante el uso apropiado de mondadientes redondos y por gingivoplastia. El tratamiento no está completo hasta que el contorno del tejido gingival no se acerque a la normalidad.

HIPERPLASIA GINGIVAL

Frecuentemente hay un aumento de tamaño de la encía, de manera que el tejido blando sobrepasa los espacios interproximales y protuye sobre dientes y hacia la cavidad bucal. El agrandamiento de encía se localiza en una papila o afecta varias de ellas, o todas. El agrandamiento suele ser más voluminoso en superficies vestibulares, aunque a veces aparece en la encía lingual. No abarca la mucosa vestibular.

Un aumento de volumen de cualquier tejido puede deberse a la hipertrofia.

La hiperplasia gingival es un término general, es el aumento de tamaño de la encía que puede originarse por diferentes causas.

Hay muchas clasificaciones de la hiperplasia gingival, pero la más aceptada es la siguiente:

- 1.- Agrandamientos gingivales inflamatorios.
- 2.- Agrandamientos gingivales no inflamatorios (Fibrosos).
- 3.- Combinación de agrandamientos inflamatorios y fibrosos.

HIPERPLASIA GINGIVAL INFLAMATORIA

La hiperplasia inflamatoria de la encía es, agrandadas y blandas, edematosas, hiperémicas o cianóticas y sensibles al tacto. Sangran con facilidad y presentan una superficie brillante sin punteado. En la hiperplasia no inflamatoria o fibrosa de la encía el tejido agrandado es firme, denso, elástico, de color normal, a veces bien punteado, insensible. Con frecuencia hay una combinación de los dos tipos de agrandamientos. La mayoría de las veces, el agrandamiento es pro ducto de irritaciones locales como mala higiene, acumulación de cálculos o respiración bucal.

La hiperplasia inflamatoria de la encía es, por consecuencia de la inflamación crónica prolongada de tejidos gingivales. El examen clínico suele revelar la naturaleza de la irritación, pero el cuadro histológico es inespecífico.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA ASOCIADA CON DEFICIENCIA DE VITAMINA C.

Las encías esponjosas y sangrantes del escorbuto, deficiencia de vitamina C han sido reconocidas desde hace tiempo como una entidad específica. Aunque ahora el escorbuto es raro, se ven algunos casos.

Los casos subclínicos o asintomáticos son -

comunes; puesto que muchos pacientes no incluyen la cantidad adecuada de vitamina C. En tales casos, las encías se tornan sensibles, hinchadas y edematizadas, sangran a la mayor provocación. Los surcos gingivales están llenos de sangre parcialmente coagulada y las crestas de las papilas son rojas o violáceas. A veces, las papilas se ulceran y necrosan cuando la infección se sobregrega a los tejidos susceptibles.

TRATAMIENTO.- Incluye el mejoramiento de la higiene bucal y administración de vitamina C.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA ASOCIADA CON LEUCEMIA

La hiperplasia gingival es un hallazgo temprano en la leucemia monocítica aguda, linfocitaria o mielocítica. Los tejidos gingivales son agrandados y blandos, edematosos, y muy sensibles. No presentan punteado. El color del tejido gingival es a veces rojo azulado, y la superficie es brillante.

Las encías están inflamadas por la infección local.

El estudio histológico de este tipo de hiperplasia muestra que los tejidos gingivales están repletos de leucocitos inmaduros, cuyo tipo depende de la leucemia en cuestión. Los capilares están congestionados, y el tejido conectivo es edematoso y mal organizado.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA ASOCIADA CON ENTERITIS REGIONAL (ENFERMEDAD DE CROHN)

Es una enfermedad lentamente progresiva de etiología desconocida que se presenta en perso--

nas de todas las edades y de ambos sexos. Se caracteriza por úlceras superficiales granulomatosas del aparato intestinal, se informó recientemente que esta enfermedad tiene manifestaciones bucales o extensiones bucales, que consisten en hiperplasia gingival y lesiones nodulares de la mucosa vestibular. La encía aparece muy enrojecida, blanda y a veces granular. Las lesiones bucales preceden o siguen a la aparición de las intestinales, y éstas presentan períodos de quietud alternados con exacerbaciones.

Los hallazgos microscópicos de lesiones de encía y mucosa vestibular son las de una enfermedad granulomatosa crónica.

HIPERPLASIA FIBROSA DE LA ENCIA

Esta hiperplasia con frecuencia estará agrandada una papila o varias y la palpación revela que el agrandamiento es denso, insensible y difícilmente irritable. No tiene tendencia a sangrar y presenta una superficie punteada de color normal.

El estudio microscópico muestra un aumento de volumen del tejido conectivo fibroso maduro.

La irritación crónica de poca intensidad de los tejidos gingivales puede generar la hiperplasia localizada del tejido fibroso.

El tratamiento consiste en la eliminación de la irritación local. Si esta hiperplasia es demasiado extensa, lo aconsejable es la escisión quirúrgica.

HIPERPLASIA FIBROSA IDIOPÁTICA

A veces se ven pacientes cuyos tejidos gingivales están tan agrandados que los dientes se encuentran completamente cubiertos o, si el agrandamiento existe antes del brote dental, el tejido fibroso denso interfiere con el brote o lo impide.

Otros nombres de esta afección son: Fibromatosis, Fibromatosis gingival, Elefantiasis gingival, y Macrogingiva congénita. No se conoce la causa de este agrandamiento gingival del desarrollo. Probablemente sea genético en algunos casos, ya que se sabe que varios casos se han producido en una misma familia.

La hiperplasia fibrosa idiopática presenta grandes masas de tejido fibroso firme, denso, -- elástico e insensible que cubre las apófisis alveolares y se extiende sobre los dientes. Es de color normal y el paciente sólo se queja de la deformidad.

Esta hiperplasia se registra en edades tempranas y en algunos casos al nacer. Los dientes no erupcionan normalmente a causa del tejido fibroso denso.

Los cortes histológicos de esta hiperplasia fibrosa idiopática de la encía muestra una hiperplasia moderada del epitelio con hiperqueratosis leve y papilas epiteliales largas. El estroma subyacente se compone casi en su totalidad de haces densos de tejido fibroso maduro con algunos fibroblastos jóvenes. En ocasiones también hay inflamación crónica causada por la irritación local.

El tratamiento es: la eliminación quirúrgica.

ca del tejido fibroso excedente. Puede haber re-
civivas.

HIPERPLASIA FIBROSA CAUSADA POR DILANTINA

Está bien establecido que la hiperplasia fi-
brosa de la encía se produce como consecuencia -
del consumo de un medicamento anticonvulsivo, la
defenilhidantolna (dilantina). Esta droga es -
muy eficaz para controlar los ataques epilepti-
cos, pero posee un desafortunado efecto colate-
ral bucal de originar, en algunos casos, hiper-
plasia fibrosa.

La hiperplasia puede aparecer a poco de ini-
ciado el tratamiento con dilantina. Comienza -
con un agrandamiento indoloro de una o dos papi-
las interdentes que presentan un mayor puntea-
do y una superficie irregular con lobulaciones;
los tejidos son densos, elásticos e insensibles,
tienen poca tendencia a sangrar, o ninguna.

El volumen del agrandamiento se debe princi-
palmente a la proliferación del tejido conectivo
fibroso con abundantes fibroblastos. Puede ha-
ber inflamación crónica. El agrandamiento no -
suele presentar dificultades, sólo estético. Tam-
bién llega a ser tan pronunciado que perturba la
función masticatoria, y por esta razón debe ser
eliminado quirúrgicamente.

Se comprobó que la higiene bucal minuciosa
hace que el desarrollo de la hiperplasia sea más
lento. Si se suspende el consumo del medicamen-
to, se consigue la regresión de la hiperplasia.

PERIODONTITIS

(Periodontoclasia; piorrea; piorrea alveolar; piorrea sucia)

La forma más común de enfermedad periodontal es la relacionada con la irritación local.

Comienza como una gingivitis marginal que avanza si no se trata o se trata inadecuadamente, hasta convertirse en una periodontitis crónica grave. Este tipo de periodontitis, a veces denominada periodontitis marginal, es muy común en el adulto, aunque a veces se encuentra en niños, en especial cuando falta una buena higiene bucal, o en ciertos casos de mala oclusión. En el adulto, la enfermedad periodontal de este tipo es la causa de más del 90% de los trastornos periodontales y de una mortalidad dental mayor que la producida por caries.

ETIOLOGIA

El progreso de la gingivitis va hacia la periodontitis más avanzada que afecta a la encía y también al hueso alveolar, cemento y ligamento periodontal, ya que esta última enfermedad es una extensión insidiosa de la gingivitis. Los factores etiológicos de la enfermedad en general son los mismos que actúan en la gingivitis, pero suelen ser de mayor magnitud o duración. Los factores locales: placa microbiana, cálculos, impacción de alimentos y márgenes irritantes de obturación son de importancia en la generación de esta forma común de enfermedad periodontal.

Los factores sistemáticos pueden desempeñar un papel mayor que en la etiología de gingivitis.

FRECUENCIA

Es difícil determinar las cifras, ya que varían según el criterio utilizado por cada uno de los investigadores.

Según un estudio de Marshall-Day, la enfermedad periodontal se produce raramente antes de los 18 años, pero aumenta con tanta rapidez que después de los 45 casi todas las personas presentan signos de pérdida ósea, localizada o generalizada. La frecuencia de la pérdida ósea es algo más elevada en varones que en mujeres. La frecuencia de la bolsa aumenta con la edad. Es raro encontrar movilidad dental anormal antes de los 25 años.

Hay un rápido incremento de la pérdida de dientes después de 35 años, de manera que a los 60, se han perdido el 60% de los dientes, y el 26% de pacientes son desdentados totalmente.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La periodontitis empieza con una gingivitis simple, por irritación local, placa o cálculo.

Un signo patológico temprano, quizá el primero, será una minúscula ulceración del epitelio del surco. Salvo que se eliminen los irritantes, se seguirán depositando cálculos con el paso del tiempo y la gingivitis marginal se agravará.

La encía se torna más inflamada, y la adherencia epitelial tiende a extenderse o emigrar apicalmente sobre el diente, el surco gingival se va profundizando gradualmente y se clasifica como bolsa periodontal.

Otro factor que contribuye a la tumefacción

de la encía es la proliferación de fibroblastos en respuesta a la irritación crónica. Esto origina una hiperplasia inflamatoria leve.

Clinicamente en este momento se detecta la presencia del cálculo y en especial, el subgingival. Las encías tienden a sangrar con facilidad, también hay casi siempre una halitosis desagradable.

Cuando la periodontitis se agrava, los dientes adquieren movilidad y emiten un sonido opaco cuando se golpetean con un instrumento de metal. A veces, es posible expulsar material supurativo y otros residuos de la bolsa adyacente al diente, mediante presión leve de la encía.

Los nichos pueden estar vacíos, porque las papilas interdentes son deficientes. No se observa el festoneado normal, y las encías están fofas a causa de la hiperemia y edema; no hay punteado y los tejidos gingivales son lisos, brillantes y quizá más rojos o azulados que los normales.

A la periodontitis avanzada se le ha aplicado a veces el término "piorrea" (esta palabra significa flujo de pus, no es una denominación adecuada).

La recesión gingival es un fenómeno común; por lo tanto, la frecuencia anormal y dirección inadecuada del cepillo, las fuerzas oclusales o inserción alta de músculos conducen a veces a la recesión gingival. Esta va precedida por pérdida ósea alveolar. Se requerirá una minuciosa profilaxis por el odontólogo para impedir que el daño periodontal prosiga.

TRATAMIENTO

El tratamiento de esta enfermedad como en las otras, depende de la eliminación de los factores etiológicos, tanto locales como generales; el mantenimiento de una buena higiene bucal y el establecimiento de una articulación estable.

CLASIFICACION DE BOLSAS PERIODONTALES

Cuando hay inflamación, el volumen de tejidos gingivales aumenta, lo cual origina un incremento de la profundidad de la bolsa alrededor del diente. Si las alteraciones se limitan a la encía, hay una bolsa gingival (o falsa).

Si el fondo de la bolsa penetra más en el periodonto, se denomina bolsa periodontal. El fondo de la bolsa está sobre la raíz dental, y la adherencia epitelial sobre el cemento. Aunque la enfermedad periodontal suele avanzar apicalmente, a veces la profundidad de la bolsa se extiende apicalmente a la cresta del hueso alveolar. Esta bolsa, que tiene hueso en su pared lateral, lleva el nombre de bolsa infrabsea, y es la excepción, ya que generalmente el fondo de la bolsa está al mismo nivel o es coronaria a la cresta ósea alveolar (bolsa suprabsea).

La bolsa infrabsea puede generarse por la impacción de alimentos y es frecuente encontrarla en dientes que se han desplazado considerablemente de su posición normal o que han estado sometidos a un intenso trauma oclusal.

Las bolsas infrabseas también se clasifican según su forma (anchas y angostas) y la cantidad de paredes óseas. De acuerdo con Goldman y Cohen, en un estudio completo de este tema, es común observar este tipo de bolsas de tres paredes en las zonas interdentes donde hay una pared proximal intacta así como una vestibular y una lingual de la apófisis alveolar. Las bolsas infrabseas de dos paredes se encuentran en zonas interdentes y, tienen las paredes vestibular y lingual intactas, pero la proximal está destruida. Las bolsas de una pared se encuentran ocasionalmente en la zona interdental.

el puntado retorna, y el aspecto es normal, aun cuando los tejidos gingivales y la cresta alveolar estén en una posición apical con respecto a la original.

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA (Gingivosis)

La gingivitis descamativa crónica es una --
afección que muchos investigadores consideran --
una enfermedad degenerativa de los tejidos gingi-
vales. Es poco común el término de gingivosis y
es preferible la denominación de gingivitis des-
camativa crónica por ser más descriptiva.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Esta enfermedad se produce en los dos sexos,
a cualquier edad desde la adolescencia hasta la
vida adulta avanzada, pero predomina en mujeres
entre los 40 y 50 años, en particular en las que
padecen irregularidades hormonales como la meno-
pausia.

En el paciente con esta gingivitis, las en-
cias son rojas, tumefactas, y de aspecto brillan-
te, a veces con vesículas múltiples y muchas zo-
nas denudadas que tienen una superficie conecti-
va sangrante expuesta.

Las lesiones, que aparecen tanto en bocas -
dentadas como desdentadas, presentan una distri-
bución por placas. Si a las encías no ulceradas
se les da masaje, el epitelio se desprende o des-
liza fácilmente del tejido conectivo para dejar
una superficie viva y sensible que sangra sin di-
ficultad.

Los pacientes con gingivitis descamativa -
crónica se quejan de la extremada sensibilidad -
de tejidos gingivales. Suelen tener dificulta-
des para comer cosas calientes, frías, o condi-
mentadas, y el cepillado es casi imposible por -
el dolor y hemorragia que produce.

La cronicidad es una de las características comunes de la enfermedad que los pacientes llegan a padecer por años.

ETIOLOGIA

Engel y Col. propusieron que las modificaciones del tejido conectivo son debidas, por lo menos en parte, a formación de cantidades anormales de enzimas despolimerizantes que afectan la sustancia fundamental y sustancia cementante de las células epiteliales, lo cual lleva a la despolimerización de la glucoproteína.

El predominio de la enfermedad en mujeres - ha sugerido que hay una intervención de hormonas sexuales.

Esta enfermedad puede tener relación con el eritema multiforme, liquen plano, o penfigoide. Todavía queda por aclarar la verdadera naturaleza de la enfermedad.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento es insatisfactorio y empírico, puesto que la etiología se desconoce. Se ha efectuado la escisión quirúrgica completa del tejido afectado, pero es un tratamiento drástico. También se aplicó la terapéutica hormonal, pero los resultados positivos obtenidos generalmente fueron sintomáticos.

La aplicación local de hormonas sexuales, - andrógeno en hombres y estrógenos en mujeres, - puede fomentar reepitelización y protección del tejido conectivo lesionado. Este tratamiento no surte efecto en todos los casos. Esta enfermedad es crónica y puede persistir por años.

PERIODONTOSIS

(Atrofia alveolar difusa; Pericementitis fibrosa rarefaciente)

Baer definió la periodontosis como "una enfermedad del periodonto que se puede producir en adolescentes sanos; en todo otro sentido, que se caracteriza por una rápida pérdida de hueso alveolar en más de un diente de la dentición permanente. Se presenta en dos formas básicas; en: 1.- Los únicos dientes afectados son los incisivos y primeros molares. 2.- Más generalizada, afecta gran parte de los dientes. La magnitud de la destrucción no guarda relación con la cantidad de irritantes locales presentes".

En los casos no complicados, la periodontosis no está en relación con los estados inflamatorios que ya han sido considerados en la gingivitis y periodontitis.

ETIOLOGIA

Muchos investigadores opinan que en la periodontosis hay una deficiencia nutricional o un trastorno metabólico que subyace a la falla de elementos mesenquimatosos.

Sin embargo, es notable que la destrucción del tejido no es generada solamente por el factor predisponente; siempre hay un factor local importante, y los tejidos de soporte son incapaces de contener el esfuerzo funcional.

Varios investigadores demostraron que en esta enfermedad hay una tendencia familiar. Bare, por ejemplo, encontró que se da en gemelos idénticos, padres e hijos, hermanos, primos primeros, tíos y sobrinos. También informó que la enferme

dad tiende a seguir la línea materna.

Con la debilidad del periodonto, provocada por la herencia o por alguna deficiencia nutricional o un trastorno metabólico, la reparación del tejido está dificultada y se produce la destrucción. La localización de las lesiones puede deberse, o no, a factores funcionales o irritativos presentes en la zona afectada.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La periodontitis se produce en la adolescencia, entre los 12 y 20 años, pero prevalece entre los 18 y 25 años. Las mujeres son afectadas con mayor frecuencia que los varones. Puede aparecer en bocas cuyo estado higiénico es impecable y que no tienen caries.

Se produce en la ausencia completa de inflamación marginal, pero suele no ser descubierta hasta que ésta no se sobreagrega al proceso degenerativo.

El primer indicio que el paciente tiene de la presencia de la periodontosis es un súbito desplazamiento patológico simétrico de los dientes, por lo común los primeros molares permanentes y luego los dientes anteriores. Es posible que dichos dientes claudiquen primero porque brotan antes que los otros dientes.

La periodontosis no se reconoce clínicamente en sus fases incipientes, si bien la radiografía revelaría una pérdida ósea localizada.

El primer signo clínico observado por el odontólogo es una bolsa profunda, con frecuencia en un solo diente, con el hueso del adyacente normal. En este punto, los líquidos, microorga-

nísmos y residuos bucales penetran en la bolsa y aparecen los síntomas inflamatorios.

A medida que la periodontosis avanza desde sus etapas iniciales, se observa resorción ósea antes de que haya bolsa clínica. Las alteraciones óseas comienzan en la cresta del proceso alveolar, o cerca de ella.

La degeneración y pérdida de las fibras -- principales del ligamento periodontal son seguidas por la proliferación epitelial a lo largo de la superficie radicular.

En la periodontosis no hay dolor sino hasta que está avanzada la enfermedad, cuando entran -- las influencias traumáticas, o una vez producida la bolsa, cuando puede haber una infección de la misma. En esta circunstancia es frecuente ver -- un absceso lateral en el tejido periodontal.

PERIODONTOSIS JUVENIL (PRECOZ) CON HIPERQUERATOSIS PALMOPLANTAR (SINDROME DE PAPILLON-LEFEVRE)

Desde que Papillon y Lefevre descubrieron el primer caso en 1924, fueron publicados muchos casos de periodontosis en niños, junto con ciertas lesiones cutáneas.

El síndrome de Papillon-Lefevre se caracteriza por la pronunciada destrucción del hueso alveolar, tanto en la dentadura primaria como en la permanente.

Es frecuente que haya agrandamiento gingival inflamatorio, úlceras gingivales y bolsas profundas, aunque a veces no hay inflamación y sólo está afectada la dentadura permanente.

Las lesiones cutáneas características correspondientes a alteraciones bucales consisten en la queratosis de la palma de las manos y planta de los pies (hiperqueratosis palmoplantar). Además, algunos pacientes presentan hiperhidrosis generalizada, pero muy fina y piel de color sucio peculiar. Estas últimas características son reminiscentes de la displasia ectodérmica hereditaria, y en algunos casos están presentes todos los aspectos de la enfermedad. La calcificación de la hoz del cerebro o la duramadre también es frecuente.

La etiología de este síndrome es desconocida, pero se sugirió su relación con una displasia epitelial generalizada. Se cree que la enfermedad es familiar, probablemente transmitida como una característica recesiva autosómica.

También se sabe que hay una periodontosis juvenil sin manifestaciones cutáneas, y esto apoya la opinión de algunos autores de que existen

diferentes tipos de periodontosis con diferentes etiologías.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Las radiografías de pacientes con periodontosis revelan diversos grados de bolsas verticales con pérdida ósea alveolar y ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal. Esta bolsa vertical, cuya pérdida ósea suele ser más extensa en un diente que en el adyacente, difiere de la pérdida ósea horizontal de la periodontitis.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Orban y Weilmann describieron la histopatología de la periodontosis en etapas:

Primera etapa: Se produce la degeneración de las fibras principales del ligamento periodontal con un ensanchamiento localizado del mismo, por la resorción del hueso alveolar. No hay inflamación ni proliferación de la adherencia epitelial.

Segunda etapa: Se caracteriza por la proliferación de la adherencia epitelial a lo largo de la superficie radicular; hay una infiltración celular leve en el tejido conectivo.

Tercera etapa: El epitelio de la adherencia proliferante se separa de la superficie radicular y se forman hendiduras gingivales profundas.

La inflamación aumenta por la irritación e infección generadas en los surcos profundos.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El primer paso en el tratamiento de la pe--

Periodontitis ha de ser la extracción de dientes -
 cuyo pronóstico sea malo a causa de su afloja-
 miento o la pérdida de soporte o porque se ha
 alejado mucho de su posición que no pueden ser
 utilizados. También se extraerán los dientes
 que hayan erupcionado tanto que sea imposible
 restablecer la oclusión. Algunos dientes pare-
 cen insalvables cuando hay inflamación y es fre-
 cuente que la radiografía revele una considera-
 ble pérdida de hueso alveolar. A menudo tales
 dientes serán propicios para un tratamiento ulte-
 rior una vez efectuada la descamación y pulido e
 instituido el cuidado casero.

El pronóstico de la periodontosis es menos
 favorable que el de otros tipos de enfermedad pe-
 riodontal. Los diversos factores que entran en
 su etiología hace que sea difícil de manejar, y
 al mismo tiempo la corrección de los trastornos
 sistemáticos no siempre redundan en una respuesta
 inmediata de la lesión periodontal.

Si se corrige una deficiencia nutricional,
 el diente afectado puede repararse antes de que
 se produzca la bolsa. A veces, se consigue un
 cambio favorable en el estado general, y hay re-
 paración de estas zonas; los dientes se afirman
 en su nueva posición, y no se observa que la en-
 fermedad siga avanzando.

TRAUMATISMO PERIODONTAL

Las fuerzas oclusales excesivas producen -- cambios típicos en el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Si estas fuerzas oclusales anormales son crónicas y se repiten por períodos prolongados, el ligamento se va tornando gradualmente denso, y el espacio periodontal se ensancha.

El hueso alveolar se torna denso, y los --- dientes presentan patrones de desgaste, con facetas características en las coronas de los dientes.

Una fuerza traumática aguda suficiente para producir una lesión traumática en el periodonto, también ocasiona alteraciones específicas en el aparato de inserción del diente.

Por ejemplo, una fuerza que inclina un diente hacia vestibular acaba por aplastar las fi---bras del ligamento periodontal y quizá la cresta ósea alveolar. Los vasos sanguíneos de la zona afectada se trombosan y hay edema y extravasa---ción de sangre. En el lado opuesto del diente - el ligamento se desgarrar, y a veces, el cemento se afloja por la tracción. En estos cambios hay sensibilidad del diente por uno o varios días, - pero si las fuerzas no son intensas, la cresta - alveolar dañada terminará por reabsorberse; se - generan nuevas fibras periodontales, cemento y - hueso y al cabo de unas semanas, los tejidos tonnan a la normalidad.

Cuando las fuerzas excesivas actúan en di---recciones diferentes y alternadas, como sucede - en interferencias cuspidas, la destrucción del hueso de soporte se produce en toda la periferia de la raíz, lo que provoca un ensanchamiento más

grande del espacio del ligamento periodontal. Es lo a su vez, el interferir con la masticación, favorece la acumulación de residuos en dientes y predispone a un incremento de la enfermedad periodontal.

Si la agresión no es suficiente como para provocar la caída del diente, el periodonto se adapta gradualmente para soportar la carga complementaria.

En los casos en que el trauma no se autocorriga inmediatamente, se impone la corrección de la relación oclusal, eliminación de la interferencia cusplda y fijación o ferulización de dientes flojos para prevenir mayores daños.

TECNICA DE RASPAJE Y CURETAJE

La técnica de raspaje y curetaje es el procedimiento básico más comúnmente empleado para la eliminación de las bolsas periodontales y el tratamiento de la enfermedad gingival. Consiste en el raspaje para eliminar cálculos, placa y otros depósitos, el alisado de la raíz para emparejarla y eliminar la sustancia dentaria necrótica, y el curetaje de la superficie interna de la pared gingival de las bolsas periodontales para desprender el tejido blando enfermo.

El raspaje y curetaje se realiza en una zona limitada; debe ser suave y minucioso y producir el mínimo de trauma a los tejidos infectados y a la superficie dentaria. Cada instrumento debe cumplir su finalidad la primera vez que se use, para evitar repeticiones innecesarias.

INDICACIONES

Raspaje y curetaje es la técnica de elección para lo siguiente:

- 1.- Eliminación de bolsas suprabseas.
- 2.- La mayoría de las gingivitis, excepto el agrandamiento gingival.
- 3.- El raspaje y curetaje también es una de las diversas técnicas del tratamiento de bolsas infrabseas.

PRINCIPIOS DEL RASPAJE Y CURETAJE

RASPAJE

El raspaje quita la placa dentaria y cálculos y pigmentaciones, así elimina los factores -

que provocan inflamación. Hay que apreciar la extensión de los cálculos subgingivales antes de tratar de retirarlos. Ello supone el deslizamiento de un instrumento (explorador o raspador fino) a lo largo de los cálculos, en dirección del ápice, hasta que se sienta la terminación de los cálculos sobre la raíz.

Por lo general, la distancia entre el borde de los cálculos y la placa y el fondo de la bolsa varía entre 0.2 y 1.0 mm; las distancias más cortas y la menor accesibilidad son las de las bolsas más profundas.

El operador debe tratar de ver toda la masa de cálculo insuflando aire tibio entre el diente y el margen gingival, o separando la encla con una sonda o una torunda de algodón pequeña. Por lo común, el cálculo subgingival es pardo o de color chocolate, o puede ser más claro, casi de color del diente, y así escapar a la detección. Muchas veces, es difícil ver los cálculos en bolsas profundas a causa del volumen de la pared blanda.

Hay que tener presente que, con frecuencia, existe un surco vertical pequeño en la superficie radicular proximal en los dientes posteriores. Los cálculos alojados en estos surcos dan un contorno liso a la raíz y transmiten la impresión equivocada de que el cálculo ha sido eliminado por completo. Los cálculos retenidos impiden la curación total.

ALISADO RADICULAR

No es suficiente eliminar los cálculos; también se debe alisar la raíz hasta que quede suave. Una vez eliminados los cálculos, puede haber zonas en que la raíz se sienta algo blanda -

(allí donde el cemento ha experimentado cambios necróticos). El material ablandado será eliminado hasta que se llegue a sustancia dentaria firme. La remoción del cemento necrótico puede exponer la dentina; a veces es imposible evitarlo; aunque esto no sea la meta del tratamiento.

COMO RASPAR Y ALISAR

El raspaje y el curetaje consiste en un movimiento de tracción, excepto en las superficies proximales de dientes anteriores muy juntos, donde se usan cinceles delgados con un movimiento de empuje o impulsión. En el movimiento de tracción, el instrumento toma el borde apical del cálculo y lo desprende con un movimiento firme en dirección a la corona.

El movimiento de raspado comienza en el antebrazo y es transmitido desde la muñeca hacia la mano mediante una leve flexión de los dedos. La retención de la muñeca está sincronizada con el antebrazo.

En el movimiento de empuje, los dedos activan el instrumento. Este movimiento se usa con el cincel, en las superficies proximales de dientes anteriores apiñados. El instrumento se apoya en los bordes laterales del cálculo y los dedos hacen un movimiento de empuje que desprende al cálculo. Para no introducir cálculo dentro de los tejidos de soporte, evítese empujar el instrumento en dirección apical.

El cálculo se desprende en su totalidad, comenzando por debajo de su borde, no se va adelgazando hasta alcanzar la superficie dentaria.

Una vez eliminado el cálculo de una parte del diente, se desprenden los depósitos adyacentes.

El raspaje se limita a una zona pequeña del diente a los dos lados de la unión amelocementaria, donde se localizan los cálculos y otros depósitos.

CURETAJE

El curetaje consiste en la remoción del tejido degenerado y necrótico que tapiza la pared gingival de las bolsas periodontales.

El curetaje acelera la cicatrización mediante la reducción de la tarea de las enzimas orgánicas y fagocitos, quienes de ordinario eliminan los residuos tisulares durante la cicatrización.

El raspaje y curetaje exagerado causa dolor posoperatorio y retarda la cicatrización.

ELIMINACION DE LA BOLSA POR RASPADO Y CURETAGE

Guía para el tratamiento. Las bolsas periodontales se pueden dividir en tres zonas fundamentales:

ZONAS FUNDAMENTALES EN LA ELIMINACION DE LA BOLSA

ZONA 1. Pared blanda de la bolsa y adherencia epitelial.

La pared blanda de la bolsa está inflamada y presenta diversos grados de degeneración y ulceración, con vasos sanguíneos ingurgitados cerca de la superficie, con frecuencia separados del contenido de la bolsa únicamente por una capa delgada de residuos tisulares. En esta zona determinese lo siguiente:

Si la pared de la bolsa se extiende en línea recta desde el margen gingival o si sigue un trayecto tortuoso alrededor del diente.

La cantidad de superficies dentarias que abarca la bolsa.

La localización del fondo de la bolsa sobre la superficie dentaria, y la profundidad de la bolsa.

La relación de la pared de la bolsa con el hueso alveolar.

ZONA 2. Superficie dentaria.

Adherida a los dientes hay cálculos y otros depósitos de la superficie dentaria, en cantidad y textura variables. Por lo general, el cálculo superficial es de consistencia arcillosa, visi-

ble y se desprende fácilmente mediante una instrumentación bien hecha. Sin embargo, en la profundidad de la bolsa, el cálculo es duro, ptreo y muy adherido a las superficies.

Las bolsas propiamente dichas contienen bacterias, productos bacterianos, productos de la descomposición de alimentos y cálculos, todo ello bañado por un medio mucoso viscoso. Puede haber pus o no.

ZONA 3. Tejido conectivo entre la pared de la bolsa y el hueso.

En esta zona, determínese si el tejido conectivo es blando y friable, o firme y unido al hueso. Esto es una consideración importante en el tratamiento de bolsas infraóseas.

ELIMINACION DE BOLSAS SUPRAÓSEAS

POR RASPAGE Y CURETAJE

Es un procedimiento de paso por paso para eliminar bolsas supraóseas. La eliminación de la bolsa debe ser sistemática y comenzar en un orden hasta tratar toda la boca. Por lo general, el tratamiento comienza en la zona molar superior derecha, salvo que se precise con urgencia en otro sector.

Paso 1. Aíslase y anestésiese la zona.

El campo se aísla con rollos de algodón o trozos de gasa, y se pincela con un antiséptico suave, como merthiolate o metaphen.

Durante el raspaje y curetaje, se limpia la zona intermitentemente con torundas de algodón -

Antes de comenzar con la mezcla de partes iguales de agua tibia y agua oxigenada al 3%. No se usan antisépticos fuertes, porque puede producir lesión en los tejidos y retardar la cicatrización. Se usa anestesia tópica, por infiltración o regional, según las necesidades.

Paso 2. Elimínese los cálculos supragingivales.

Se eliminan los cálculos y residuos visibles con raspadores superficiales. Esto tendrá por consecuencia la retracción de la encía debido a la hemorragia desencadenada, incluso por la instrumentación más suave.

Paso 3. Elimínese los cálculos subgingivales.

Se introduce un raspador profundo hasta el fondo de la bolsa, inmediatamente debajo del borde inferior de cálculo y se desprende el cálculo. El cincel se usa para superficies proximales que están tan juntas que no permiten la entrada de otra clase de raspadores.

Paso 4. Alísese la superficie dentaria.

Ahora, se usan azadas para asegurar la eliminación de depósitos profundos, de cemento necrótico, y el alisamiento de las superficies radiculares. El alisado final se obtiene con curetas, que producen superficies significativamente más suaves que las que se consiguen con las azadas. Una vez eliminados los cálculos subgingivales, la flora bacteriana de la bolsa periodontal disminuye.

Paso 5. Curetése la pared blanda.

El curetaje se emplea para eliminar el revestimiento interno enfermo de la pared de la

bolsa, incluso la adherencia epitelial.

La eliminación del revestimiento interno de la bolsa y la adherencia epitelial es un procedimiento en dos etapas. Se introduce la cureta de modo que tome el tapiz interno de la pared de la bolsa y se la desliza por el tejido blando hacia la cresta gingival.

Se separa la adherencia epitelial con un movimiento de pala o cuchara hacia la superficie del diente. El curetaje elimina el tejido degenerado, brotes epiteliales en proliferación y tejido de granulación, lo cual en conjunto forma la pared interna de la pared blanda de la bolsa, y crea una superficie de tejido conectivo cortado y sangrante.

Paso 6. Pálase la superficie dentaria.

Las superficies radiculares y superficies coronarias adyacentes se pulen con tazas pulidoras de goma con zicarte mejorado o una pasta de piedra pómez fina con agua. Una vez pulidas las superficies radiculares, el campo se limpia con agua tibia y se ejerce presión suave para adaptar la encla al diente.

Se despide al paciente y se le recomienda seguir sus hábitos normales de alimentación, pero que tenga en cuenta que sentirá molestia por algunos días. Deberá prestar especial atención en la limpieza de sus dientes, primero será suave, y luego aumentará gradualmente el cepillado dental correcto, que será indicado por el cirujano dentista.

CICATRIZACION DESPUES DEL RASPAGE Y CURETAJE

Los estudios electromicroscópicos revelan lo siguiente, respecto a raíces que fueron raspadas y alisadas a fondo:

Inmediatamente después del tratamiento, las superficies son lisas, puede haber algunas zonas agrietadas y fragmentadas. En algunos sectores el cemento está completamente eliminado.

A las pocas horas, se deposita una película y placa dentaria sobre la superficie, seguido de calcificación de la raíz. A veces, se forma caries en siete días.

Inmediatamente después del raspaje y curetaje, un coágulo llena el surco gingival. A esto sigue la proliferación de tejido de granulación, con disminución de la cantidad de vasos sanguíneos pequeños a medida que el tejido madura. Por lo general, la restauración y epitelización del surco demanda de dos a siete días.

En el proceso de cicatrización se reparan - fibras gingivales sanas cortadas inadvertidamente durante el raspaje, alisado radicular y curetaje, y desgarros del epitelio del surco y adherencia epitelial.

Aspecto de la encía después de dos semanas:

Si el paciente hace la fisioterapia adecuada, se consiguen color, consistencia, textura superficial, y contorno de la encía normales, y el margen gingival está bien adaptado al diente.

Secuelas de la eliminación de la bolsa con la técnica de raspaje y curetaje:

Por lo general, la cicatrización evoluciona sin novedad, pero pueden aparecer diversos tipos de complicaciones:

1.- Sensibilidad a la percusión. Puede producirse inflamación del ligamento periodontal, uno o dos días después del tratamiento.

El diente está algo extrauído, sensible a la percusión, y el paciente se queja de dolor pulsátil. Puede haber linfadenitis localizada.

En estos casos se administran antibióticos por vía general, como medida profiláctica. Se desgasta levemente el diente afectado o su antagonista para aliviar la oclusión.

2.- Hemorragia. Es consecuencia de la inflamación que rodea los vasos superficiales y la rotura de las paredes vasculares. Cuando el paciente se presenta, la zona suele estar cubierta parcialmente por un pequeño coágulo de aspecto granular. Para corregir esto, se retira el coágulo con una torunda de algodón empapada en agua oxigenada, al 3%, y se localiza el punto sangrante. Se curetea la superficie y se eliminan los irritantes. Se aplica presión con un apósito de gasa o torunda acuñada interproximalmente, durante 20 minutos.

3.- Sensibilidad a cambios térmicos y a la estimulación táctil. El paciente se puede quejar de sentir sensibilidad al frío y a la estimulación táctil. Esto tiene por causa, ya a la eliminación del cemento y exposición de la capa granular de Thomes, extremadamente sensible.

La sensibilidad radicular se trata con pasta desensibilizante de fluoruro de sodio u otros agentes.

El bruído de la superficie radicular esfrico levemente entibado resulta útil para eliminar zonas sensibles localizadas.

TECNICAS DE APOSITOS PARA LA ELIMINACION DE LA BOLSA

Los apósitos se componen de ácido bórico, - aceite de menta, oxígeno y otros productos medicinales incorporados en una base de parafina, a la cual se da forma de barra. La parafina se calienta y se introduce en las bolsas; por presión digital o con una jeringa diseñada a propósito, y queda allí de 24 a 48 horas. Cuando se retira, los cálculos expuestos por la retracción de la encía se quitan por raspaje.

En este momento, o más tarde, se hace una segunda aplicación, y se repite hasta eliminar la enfermedad gingival. Los apósitos individuales pueden ser cambiados diariamente o en días alternos, pero no pueden ser dejados más tiempo. El período de tratamiento es de dos a tres meses, al final del cual se obtienen excelentes resultados. La eficacia del procedimiento mencionado aumenta si va precedido del lavado de las bolsas con una mezcla especial de glicerina (Mentho-Borate).

Las ventajas de esta técnica es que favorecen la reparación al cubrir la encía inflamada con una capa blanda y separarla del diente. El apósito actúa como cierre protector que previene la reinfección durante la cicatrización.

La presión mecánica origina atrofia del margen gingival y dilatación de la bolsa, lo cual facilita el raspaje, con un mínimo de traumatismo de la encía.

TECNICA QUIRURGICA CONSERVADORA (BARKANN)

Barkann describe una modificación de la técnica de raspaje y curetaje de la encla, que incluye la escisión de la pared interna de la bolsa y una mezcla coagulante de fenol-alcanfor.

El procedimiento es el siguiente:

Se usa anestesia tópica, y después de pinchar la bolsa con un antiséptico, se empaqueta con un hilo de algodón impregnado con una mezcla de 25% de fenol y 75% de alcanfor. El hilo se deja en la bolsa un instante, y una vez retirado se comienza el curetaje. El proceso de empaquetado de los hilos y curetaje se repite, agrandando la abertura de la bolsa. Se elimina la mayor cantidad posible de tejido coagulado y contenido de la bolsa.

Con un bisturí curvo, diseñado a propósito, se corta la papila con una incisión semilunar y un bisel interno. Con la hoja afilada, se raspan las partes internas de las paredes blandas de las bolsas, para crear superficies sangrantes. Hay que tener cuidado en conservar las paredes vestibulares y linguales de las bolsas, las cuales forman un hueco para la retención del coágulo, mediante el cual tendrá lugar la regeneración del tejido conectivo.

Una vez eliminadas las sustancias extrañas, y que la pared interna sangre libremente, la bolsa se empaqueta con un apósito de gasa de 0.5 cm por 4 ó 5 cm. de largo, humedecido con agua esterilizada a la cual se incorporó la mezcla coagulante del fenol-alcanfor. Raras veces es preciso empaquetar una bolsa marginal ancha ahuecada.

Al día siguiente, se retira la gasa y se irriga la zona con solución salina normal, y se pincela con un antiséptico como metaphen o merthiolate.

En cuanto las condiciones lo permitan, se comienza el control de placa.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA

En un sentido literal limitado, la denominación gingivectomía significa esclisión de la enclia. En realidad, es una operación en dos tiempos, que consiste en la eliminación de la enclia enferma y el raspaje y alisado de la superficie radicular.

La gingivectomía obtiene su eficacia de lo siguiente:

1.- Al eliminar la pared enferma de la bolsa que oculta la superficie dentaria, proporciona la accesibilidad y visibilidad fundamentales para la remoción completa de los depósitos superficiales irritantes y el alisado a fondo de las raíces.

2.- Al eliminar el tejido enfermo y los irritantes locales, crea un medio ambiente favorable para la cicatrización gingival y restauración del contorno gingival fisiológico.

Cuando se usa para los fines a que se destina, la gingivectomía es la forma más eficaz de tratamiento existente.

Cuando usarse la gingivectomía.- La gingivectomía es un procedimiento definitivo para eliminar bolsas suprabseas profundas, bolsas suprabseas con paredes fibrosas, cualquiera que sea su profundidad, agrandamientos gingivales, lesiones de furcación, abscesos periodontales, capuchones pericoronarios, determinados cráteres gingivales interdentarios y determinadas bolsas infrabseas.

ELIMINACION DE LA BOLSA POR GINGIVECTOMIA

El uso más común de la gingivectomía es la eliminación de las bolsas suprabasales profundas, en las cuales no es posible ver en su totalidad los depósitos sobre la raíz.

La gingivectomía también se usa para la eliminación de las bolsas suprabasales, haciendo caso omiso de su profundidad, si la pared de la bolsa es fibrosa y firme. Y a que el tejido gingival fibroso no se contrae después del raspaje y curetaje, es preciso utilizar alguna forma de tratamiento quirúrgico para eliminar la bolsa.

El operador debe establecer el diagnóstico preciso para decidir, antes de comenzar el tratamiento, ya que se puede hacer por raspaje, curetaje o gingivectomía, y así no someter al paciente a dos operaciones para obtener un resultado que se puede conseguir con una.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA GINGIVECTOMIA

Premedicación del paciente aprensivo: Se -
premedica con nembutal (100 mg) o con otros sedantes.

Anestesia.- La gingivectomía es una operación indolora. Se le asegura esto al paciente desde un principio y se anestesia bien, con inyecciones regionales o infiltrativas. Por lo general, no se necesita la inyección directa en la papila, pero a veces puede ser de utilidad.

Orden del tratamiento.

Una boca con bolsas generalizadas se trata por cuadrantes, a intervalos semanales. Es aconsejable

sejable adoptar un orden para tratar los cuadrantes en todos los pacientes, modificándolo si hay prioridades urgentes en una zona determinada.

Se comienza por el cuadrante inferior derecho, puesto que la anestesia se consigue con menor cantidad de inyecciones y esta zona se opera con mayor facilidad, se simplifica la primera sesión quirúrgica del paciente. Se tratan todas las lesiones periodontales del cuadrante; se trata la zona superior derecha, dejando el lado izquierdo libre para que el paciente mastique. En las semanas sucesivas se trata el cuadrante inferior y superior izquierdo.

Para realizar la gingivectomía, es indispensable contar con un aspirador. Proporciona la visión clara de cada superficie dentaria, y permite la apreciación exacta de la extensión y forma de las lesiones del tejido blando y hueso, y previene la filtración de sangre hacia el piso de la boca y la bucofaringe.

Márquense las bolsas.

Las bolsas de cada superficie se exploran con una sonda periodontal y se marcan con una pinza marcadora de bolsas número 27G.

El instrumento se sostiene con el extremo marcador alineado con el eje mayor del diente. El extremo recto se introduce hasta la base de la bolsa y el nivel se marca al unir los extremos de la pinza, produciendo un punto sangrante en la superficie externa.

Las bolsas se marcan sistemáticamente, comenzando por la superficie distal del último diente, siguiendo por la superficie vestibular, yendo hacia la línea media. Este procedimiento

se repite en la superficie lingual.

Cada bolsa se marca en varias partes, para dibujar su curso sobre cada superficie.

Corte de la encía.

La encía se puede cortar con bisturíes periodontales, escapelo o tijeras. De la encía en ferma se hace su remoción es parte importante de la gingivectomia, el instrumento que para ello se emplea no afecta el resultado del tratamiento.

La elección se basa casi siempre en la experiencia individual. Algunos doctores utilizan bisturíes periodontales N.ºs. 20G y 21G para las incisiones en las superficies vestibular y lingual, y distal al último diente del arco.

Los bisturíes periodontales interdentes - N.ºs. 22G y 23G se usan para complementar las incisiones interdentes donde se precise, y los bisturíes Bard-Parker N.ºs. 11 y 12 y las tijeras, se usan como instrumentos auxiliares.

INCISIONES CONTINUA Y DISCONTINUA

Se pueden usar las incisiones continua o discontinua, según lo prefiera el operador.

La incisión discontinua se comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector anterior, siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose a través de la encía interdental hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. La otra incisión se comienza allí donde la anterior cruza el espacio interdental, y se lleva hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente.

Las incisiones individuales se repiten hasta alcanzar la línea media.

La incisión continua se comienza en la superficie vestibular del último diente y se lleva hacia el sector anterior sin interrupción, siguiendo el curso de las bolsas, hasta la línea media. Las inserciones de los frenillos que estén en la trayectoria de las incisiones se relocalarán para evitar tensiones sobre la encía durante la cicatrización.

Una vez hechas las incisiones en la superficie vestibular, el proceso se repite en la superficie lingual. Para evitar los vasos y nervios del conducto incisivo y asimismo para establecer un mejor contorno gingival posoperatorio, las incisiones se harán a los lados de la papila incisiva, no en sentido horizontal a través de ella.

Incisión Distal.

Una vez concluidas las incisiones vestibular y lingual, se las une mediante una incisión en la superficie distal del último diente erupcionado. La incisión distal se hace con un bisturí periodontal Núm. 20G o Núm. 21G colocado de bajo del fondo de la bolsa y biselado de modo que coincida con las incisiones vestibular y lingual.

La incisión se hace por apical a los puntos que marcan el curso de las bolsas, debe estar lo más cerca posible del hueso sin exponerlo, para eliminar el tejido blando coronario al hueso. La eliminación del tejido blando que está entre el fondo de la bolsa y el hueso es importante, porque brinda la mayor posibilidad de eliminar la totalidad de la adherencia epitelial; asegura la exposición de todos los depósitos radiculares -

del fondo de la bolsa, y elimina el tejido fibroso excesivo que interfiere la consecución del contorno fisiológico cuando la encla cicatriza. Esto evita la necesidad de una segunda operación para remodelar la encla una vez hecha la gingivectomía.

No es conveniente que se exponga hueso. Si esto ocurriera, la zona se cubre adecuadamente con el apósito.

La incisión se biselará aproximadamente en 45° , con la superficie dentaria. En la medida de lo posible, la incisión, debe recrear la forma festoneada normal de la encla, pero ello no significa dejar intacta parte de la pared de la bolsa. La bolsa enferma se eliminará por completo, incluso si esto demanda apartarse de la forma normal de la encla.

La incisión debe traspasar completamente los tejidos blandos, en dirección al diente.

Dientes adyacentes a una zona desdentada.

Para bolsas de dientes adyacentes a una zona desdentada, se hacen las incisiones corrientes sobre las superficies vestibular y lingual.

Además, se hace una incisión individual a través del reborde desdentado por apical a las bolsas y cerca del hueso. Las bolsas que lindan con espacios desdentados no deben ser eliminadas como unidades separadas, porque esto crea espacios en la encla que complican la prótesis.

Elimínese la encla marginal e interdientaria.

Comenzando en la superficie distal del último diente erupcionado, se desprende el margen

gingival por la línea de incisión, con una azada cilíndrica y raspadores superficiales n.ºs. 30 y 40. El instrumento se coloca profundamente en la incisión, en contacto con la superficie del diente y se le mueve en dirección coronaria con un movimiento lento y firme.

Se aprecia el campo de operaciones.

A medida que se elimina la pared de la bolsa y se limpia el campo, se observan las siguientes estructuras:

- 1.- Tejido de granulación de aspecto globular.
- 2.- Cálculo que se extiende hasta donde estaba insertada la bolsa. Es pardo oscuro, de consistencia pálida, pero algunas partículas son casi del mismo color que la raíz.
- 3.- Una zona clara semejante a una banda sobre la raíz donde se insertaba la bolsa.

Otras características que se observan son el ablandamiento de la superficie radicular, indentaciones producidas por la resorción celular y protuberancias cementarias.

Se elimina el tejido de granulación.

El tejido de granulación se elimina antes de comenzar el raspaje minucioso, para que la hemorragia que proviene del tejido de granulación no entorpezca la operación de raspado.

Con este propósito se utilizan curetas. La cureta se introduce por la superficie dentaria y por debajo del tejido de granulación, para separarlo del hueso subyacente.

Se elimina el cálculo y la sustancia radicular necrótica.

Se elimina el cálculo y el cemento necrótico y se alisa la superficie radicular con raspadores superficiales y profundos y curetas.

El éxito de la gingivectomía depende en gran medida de la minuciosidad con que se raspe y alise la raíz. Esto deberá hacerse inmediatamente después de que se retiró el tejido de granulación y no se postergará para sesiones futuras por las siguientes razones:

- 1.- Las raíces son más visibles y accesibles una vez eliminado el tejido de granulación.
- 2.- La encía no cicatrizará adecuadamente si se dejan depósitos sobre las raíces hasta la sesión siguiente, cuando estarán enmascarados por encía inflamada.
- 3.- La postergación introduce una operación más, innecesaria.

Manejo del margen óseo alveolar.

El hueso se remodela en el tratamiento de determinadas clases de bolsas infraóseas, pero en el tratamiento de bolsas supraóseas no hay que tocar el hueso. El hueso que está debajo de las bolsas periodontales es tejido vivo, no está infectado ni necrótico. El limado o alisado del hueso para crear un margen redondeado, parejo, es innecesario y perjudicial, retarda la cicatrización y reduce la altura posoperatoria del hueso.

El limado de la superficie ósea lesiona las células osteógenas que cubren las trabéculas óseas y espacios endosteales, que forman hueso nuevo durante la cicatrización.

El limado del hueso desprende fragmentos que se necrosan y actúan como irritantes que prolongan la fase exudativa de la inflamación y retardan la cicatrización.

Higiene previa a la colocación del apósito.

Antes de colocar el apósito periodontal, se observa cada superficie de cada diente para detectar restos de cálculo o tejido blando, después de lo cual la zona se lava varias veces con agua tibia y se cubre con un trozo de gasa doblada en forma de U. Se indica al paciente que ocluya sobre la gasa, la cual se deja puesta hasta que cese la hemorragia.

La hemorragia persistente interfiere la adaptación y colocación del apósito periodontal. Por lo general, proviene de un punto sanguíneo parcialmente cubierto por el coágulo; se quita el coágulo con una torunda de algodón empapada en agua oxigenada. Después, se ejerce presión sobre el punto sangrante con la torunda de algodón. Si la hemorragia es interproximal, se acuña el algodón entre los dientes. En casos rebeldes, el punto sangrante se toca levemente con una punta de electrocirugía o electrocauterio.

El coágulo sanguíneo.

Antes de colocar el apósito, la superficie debe estar cubierta por el coágulo. El coágulo protege la herida y proporciona un andamio para los nuevos vasos sanguíneos y células del tejido conectivo que se forman durante la cicatrización. El coágulo no debe ser muy voluminoso. El exceso del coágulo entorpece la retención del apósito periodontal. Además, es un medio para la proliferación de bacterias y aumenta la posibilidad de infección y retarda la cicatrización.

Apósito periodontal.

Hay muchas clases de apósitos periodontales, y muchos materiales nuevos actualmente en investigación, se prefiere el cemento de kirkland-kaiser para las gingivectomías. Es de fácil manipulación y aplicación, suficientemente firme para soportar la masticación, bien tolerado por los tejidos y se retira con facilidad.

Preparación.

El apósito consiste en un polvo y un líquido que se mezclan sobre un papel encerado con una espátula de madera. El polvo se va incorporando gradualmente al líquido hasta que se forma una pasta consistente. Se amasa más polvo en la pasta, con los dedos, hasta que se torna consistente como la masilla, no pegajosa. La consistencia adecuada es importante. El primer impulso es hacer una mezcla demasiado blanda, y por lo tanto, difícil de aplicar. La tintura de jabón verde o disolvente de naranja quita eficazmente la mezcla de los dedos.

Cómo aplicar el apósito periodontal.

El apósito se modela en dos cilindros de la longitud aproximada del cuadrante tratado.

El extremo de un cilindro se dobla en forma de gancho y se adapta alrededor de la superficie distal del último diente, desde la superficie vestibular. El resto del cilindro se lleva hacia adelante, sobre la superficie vestibular, hacia la línea media presionándolo suavemente en posición a lo largo del margen gingival incidido e interproximalmente. El segundo cilindro del cemento se aplica desde la superficie lingual. Se une al apósito de la superficie distal del

Último diente, y después se lleva hacia adelante a lo largo del margen gingival cortado, hacia la línea media.

Los cilindros se unen en las zonas interproximales mediante la aplicación de presión suave sobre las superficies vestibular y lingual del apósito.

Cuando hay dientes aislados separados por espacios desdentados, el apósito será continuo, de diente a diente, cubriendo la zona desdentada. La unión de los dientes con una ligadura de hilo dental ayuda a retener el apósito sobre la zona desdentada. Si el espacio desdentado es largo, se pueden cubrir los dientes separados, para aminorar la posibilidad de un desplazamiento.

El apósito debe cubrir completamente la superficie cortada de la encía pero se evitará la sobreextensión hacia la mucosa no afectada. El exceso de apósito irrita el pliegue mucovestibular y el piso de la boca, y dificulta los movimientos de la lengua. El apósito que interfiera la oclusión se recortará antes de despedir al paciente. El no hacerlo causa molestias y arriesga la retención del apósito.

Una vez colocado el apósito, el operador deberá esperar 15 min. antes de recortarlo. Esto permite que los labios, carrillos y lengua modelen el apósito mientras esté blando.

El paciente no será despedido hasta que no cese el filtrado de sangre por debajo del apósito.

Funciones del apósito periodontal.

No hay ningún apósito con propiedades curativas demostradas. El valor del apósito es indirecto. Ayuda a la curación al proteger al tejido y cumple las siguientes funciones:

- 1.- Controla la hemorragia posoperatoria.
- 2.- Minimiza la posibilidad de infección y hemorragias posoperatorias.
- 3.- Proporciona cierta ferulización de dientes móviles.
- 4.- Facilita la cicatrización al prevenir el traumatismo superficial durante la masticación y la irritación provenientes de la placa y residuos de alimentos.

Otros factores referentes al apósito periodontal.

Como regla general, el apósito se deja una semana después de la gingivectomía. El período de una semana se basa en el tiempo de cicatrización y la experiencia clínica. No es un requisito rígido; puede ser extendido por más tiempo.

Si se produce hemorragia a través del apósito en cualquier momento durante la semana, el operador debe de quitar el apósito, localizar el punto sangrante y tratarlo.

Durante la semana, se desprenderán fragmentos de la superficie del apósito, pero esto no ofrece problemas. Si se perdió una parte de apósito en la zona operada, y el paciente se siente molesto, por lo general es mejor volver a colocar cemento en todo el cuadrante.

Los pacientes pueden sentir dolor porque -

las bordas sobreactuados que irritan el vestibulo, el piso de la boca o la lengua; se recorta el exceso de cemento, asegurándose de que el nuevo margen no sea áspero, antes de que el paciente se retire.

Los pacientes dicen que la boca se siente sucia cuando está puesto el apósito. Resulta útil enjuagar la boca con un enjuagatorio de sabor diluyendo una parte en 3 partes de agua tibia, comenzando el segundo día posoperatorio.

Instrucciones para el paciente después de la gingivectomía del primer cuadrante.

Una vez colocado el apósito, se entregan al paciente las siguientes instrucciones impresas para que las lea antes de dejar el sillón:

La operación que se ha realizado en sus encías ayudará a conservar sus dientes. Se ha preparado la siguiente información para responder las preguntas que el paciente desearía hacer sobre cómo cuidar su boca.

Cuando la anestesia desaparezca, puede sentir una leve molestia, no dolor. Dos tabletas de aspirina de 30 mg. harán sentirse bien. Se puede repetir cada 3 horas en caso necesario.

Se ha colocado un apósito periodontal sobre las encías para protegerlas de la irritación. El apósito previene el dolor, ayuda a la cicatrización, soporta las fuerzas de masticación sin romperse, pero puede requerir un poco de tiempo acostumbrarse a él.

Por beneficio del paciente, el apósito debe estar colocado el mayor tiempo posible. No lo quite. Si se desprenden partículas del apósito

durante la semana, no se preocupe mientras no sufra dolor. Si se rompe un trozo de apósito y hay dolor, o bordes ásperos irritan la lengua o carrillo, se va al consultorio. El problema se remedia reemplazando el apósito. El apósito se retirará en la próxima visita.

En las tres primeras horas después de la operación, se evitan los alimentos calientes para permitir que el apósito endurezca. Después se comerá todo lo que se pueda manejar sin romper el apósito. Huevos, gelatina, cereales, sopas, leche, pescado, alimentos semisólidos o finamente picados es lo que se aconseja. Evítense frutas cítricas o jugos de fruta, alimentos muy condimentados o bebidas alcohólicas. Causarán dolor. Por lo general, no se precisan complementos de alimentos o vitaminas. Se le recetarán si fuere necesario. No fumar; el calor y el humo irritan las encías y demoran la cicatrización. No se enjuagará el primer día hasta el día siguiente y lo puede hacer con enjuagatorios populares de sabor agradable, no se debe usar en forma concentrada, se diluye 1/3 de enjuagatorio en 2/3 de agua tibia.

Las encías sangrarán más que antes de la operación. Esto es normal en el período inicial de la cicatrización y remitirá gradualmente.

Desarrolle las actividades diarias corrientes, pero se evita el ejercicio excesivo de cualquier tipo.

Se puede experimentar cierta sensación de debilidad o estremecimiento durante las primeras 24 horas. Esto no debe de alarmar, pero debe de ser informado en la visita siguiente.

La hinchazón no es rara, en particular en -

zonas que demandaron procedimientos quirúrgicos extensos. La hinchazón, pasa a los 3 ó 4 días, si la hinchazón es dolorosa o empeora, se irá al consultorio o llamar por teléfono. Puede haber una que otra mancha de sangre en la saliva las 4 ó 5 horas inmediatas a la operación. Esto no es raro, se corrige. Si sangra considerablemente más que esto, se toma un trozo de gasa, se le da forma de U, se toma entre los dos dedos del pulgar e índice, se aplica sobre los dos lados del apósito y se sostiene bajo presión durante 20 minutos. No se retira durante este lapso para examinarlo. Si la hemorragia no cesa en 20 min. hay que ponerse en contacto con el consultorio. No hay que tratar de detener la hemorragia mediante enjuagatorios.

El paciente durante la primera semana postoperatoria.

Realizada con propiedad, la gingivectomía no presenta problemas posoperatorios serios.

Las secuelas desfavorables son la excepción y no la regla; en la primera semana postoperatoria puede surgir lo siguiente:

1. Hemorragia preristente. Se retira el apósito, localizar los puntos sangrantes y detener la hemorragia por presión, electrocirugía o electrocauterio. Una vez detenida la hemorragia, se vuelve a colocar el apósito.
2. Sensibilidad a la percusión. Esta puede originarse en la extensión de la inflamación hacia el ligamento periodontal. Hay que interrogar al paciente sobre la evolución de los síntomas. La intensidad que disminuye progresivamente es un signo favorable. Se retira el apósito y se examina la encía para determinar si hay zo-

nas localizadas de infección o irritación, que se deban limpiar o incidir para proporcionar drenaje.

La sensibilidad a la percusión también se puede originar por el exceso de apósito que se interpone en la oclusión, la eliminación del exceso suele corregir la molestia.

3. Hinchazón. A veces, dentro de los dos primeros días posoperatorios, los pacientes se presentan con una hinchazón blanda e indolora en la zona de la operación. Puede haber agrandamiento de nódulos linfáticos y la temperatura puede estar algo elevada. Por lo general, la zona de la operación propiamente no presenta síntomas. Este tipo de lesión es consecuencia de la reacción inflamatoria localizada a los procedimientos operatorios.

La administración de 250 miligramos de penicilina cada cuatro horas, durante 48 horas, es útil como medida profiláctica en la siguiente operación.

4. Sensación de debilidad. A veces, los pacientes informan haber experimentado una sensación de debilidad alrededor de 24 horas después de la operación. Esto representa una reacción orgánica a la bacteremia pasajera, inducida por el procedimiento quirúrgico. Se previene mediante premedicación con 250 mg. de penicilina cada 3 horas, comenzando 24 horas antes de la siguiente operación y por un período de 24 horas después de ella.

Retiro del apósito periodontal y sesión de cuidados.

Quando el paciente vuelve después de una se

mana, se retira el apósito introduciendo una aza de quirúrgica n.º. 196 en el margen y ejerciendo presión lateral suave.

Los trozos de apósito que queden retenidos en interproximal y partículas que se adhieran a las superficies dentarias se eliminan con raspadores. Puede haber partículas incrustadas en la superficie cortada y hay que extraerlas cuidadosamente con pinzas finas para algodón. La zona se lava con agua tibia para eliminar residuos superficiales.

Lo que se observa durante el retiro del apósito.

La superficie gingival cortada está cubierta por una trama friable de nuevo epitelio que no hay que perturbar.

La mucosa vestibular y lingual puede estar cubierta por una capa amarillo-grisácea o blanca, granular, de residuos de alimentos que se han escurrido por debajo del apósito. Se elimina fácilmente con una torunda de algodón. Las superficies radiculares pueden presentar sensibilidad a la sonda o a cambios térmicos, y los dientes pueden estar pigmentados. Puede haber remanentes prominentes de aspecto globular, de cálculos y tejido de granulación.

Tejido de granulación persistente.

Cuando los cálculos no se eliminan por completo, persisten protuberancias rojas, de aspecto globular, de tejido de granulación. El tejido de granulación se elimina con una cureta que expone el cálculo para eliminarlo y alisar la raíz.

Cálculo.

Los fragmentos de cálculo retardan la cicatrización. Todas las superficies dentarias se volverán a examinar visualmente y con una sonda para asegurarse de que no quede cálculo. A veces, el color del cálculo es similar al de la raíz.

Una vez retirado el apósito se trata el cuadrante que sigue. Por lo general, no es preciso reponer el apósito. Sin embargo, es aconsejable repetir el apósito una semana más en pacientes con: 1) Umbral doloroso bajo, que se sienten muy incómodos cuando se les quita el apósito; 2) Lesiones periodontales muy extensas; o 3) Cicatrización lenta. El criterio clínico ayudará a decidir si volver a colocar el apósito sobre la zona o si dejar el primer apósito más de una semana.

Movilidad dentaria.

La movilidad dentaria aumenta inmediatamente después de la gingivectomía, pero a la cuarta semana disminuye más allá del nivel anterior al tratamiento.

Control final de la lisura de las superficies radiculares.

Una semana después que se retira el apósito del último cuadrante, se controlan todas las superficies radiculares para ver si están lisas y firmes. En este momento se usa una taza de goma con piedra pómez fina o zircate mejorado, y tiras de pulir para el alisado de las raíces.

CUIDADO DE LA BOCA MIENTRAS SE HACE LA GINGIVECTOMIA

El cuidado de la boca del paciente entre el tratamiento del primer cuadrante y el último, al igual que después de la gingivectomía, es muy importante. Comienza una vez que se retiró el apósito del primer cuadrante. El paciente ya ha pasado por un período prequirúrgico de instrucción del control de la placa, o se le enseña en este momento.

Se le dice al paciente que la placa y acumulación de alimentos retardan la cicatrización, y se le aconseja tratar de mantener la zona lo más limpia posible, mediante el uso suave de limpiadores interdentarios, hilo dental e irrigación suave con agua. El cepillado se introduce cuando los tejidos en cicatrización lo permitan, el vigor del régimen de higiene total se va aumentando a medida que avanza la cicatrización; en caso de que haya hemorragia irá disminuyendo con la cicatrización; y esto no debe impedir al paciente que siga su régimen de higiene bucal.

TRATAMIENTO DE RAICES SENSIBLES

Cuando se retira el apósito, hay una sensación de vacío alrededor de los dientes, porque el paciente se ha acostumbrado al apósito. Las raíces pueden estar sensibles a los cambios térmicos y al tacto. Es preferible esperar alrededor de dos semanas para ver si la sensibilidad disminuye. Después, la sensibilidad se alivia indicando al paciente que use la siguiente solución:

Solución acuosa de fluoruro de sodio al 2%: 250 g color y sabor.

Indicaciones: Suméjase el capillo de dientes en una pequeña cantidad de solución contenida en un vaso. Úsese la solución en vez de dentífrico. No tragar.

Por lo general, el paciente mejora cuando termina de usar toda la solución. Las zonas con sensibilidad persistente se tratan con pasta de fluoruro de sodio u otro agente desensibilizante. La eliminación de la sensibilidad causada por caries radiculares demanda el tallado y la restauración.

Cicatrización después de la gingivectomía.

La primera respuesta después de la gingivectomía es la formación de un coágulo superficial de protección; el tejido subyacente presenta inflamación aguda con cierta necrosis. El coágulo es reemplazado por tejido de granulación. Entre las 12 y 24 horas, las células epiteliales de los márgenes de la herida presentan un aumento de glucógeno y de la síntesis de DNA, migran sobre el tejido de granulación para separarlo de la capa superficial contaminada del coágulo. La actividad epitelial en los márgenes alcanza un pico entre las 24 y 36 horas, y por lo general la epitelización superficial termina entre 5 y 14 días. Durante las primeras cuatro semanas posteriores a la gingivectomía, la queratinización es menos completa que antes de la cirugía; es más común observar paraqueratinización.

Los cambios tisulares que se producen durante la cicatrización que sigue a la gingivectomía son los mismos en todos los individuos, pero el tiempo que se requiere para la cicatrización completa varía considerablemente, según la zona de la superficie cortada y la interferencia proveniente de la irritación local y la infección. La

el cicatrización gingival es afectada por la edad, pero no por el sexo, o el nivel socioeconómico.

Se estimó que treinta y dos días es el tiempo promedio requerido para la preparación completa del epitelio después de la gingivectomía, y 49 días para la del tejido conectivo.

GINGIVECTOMIA TOTAL

Por lo común, la gingivectomía es un procedimiento de consultorio, que se realiza por cuadrantes, a intervalos semanales. En determinadas circunstancias, sin embargo, al paciente le interesa que a la boca se le trate en una sola operación, siendo hospitalizado. Además de la gingivectomía, en el mismo momento se harán los procedimientos periodontales que sean necesarios.

INDICACIONES

Protección del paciente. Hay pacientes con estados sistémicos que no son de gravedad suficiente para contraindicar la cirugía, pero que pueden demandar medidas de precaución especiales, que se brindan mejor en un hospital.

Este grupo incluye pacientes con enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertiroidismo, los sometidos a tratamientos prolongados con esteroides, y los que tienen antecedentes de fiebre reumática, o tendencias hemorrágicas anormales.

La finalidad de la hospitalización es proteger al paciente previendo su carencia específica, no es realizar la cirugía periodontal cuando está contraindicada por el estado general del paciente. Hay pacientes para quienes la cirugía está contraindicada, se le realice en el consultorio o en el hospital. Cuando la consulta con el médico de paciente lleva a esta decisión, la transacción obligatoria es hacer un tratamiento periodontal paliativo, en forma de raspaje y curetaje, si se puede.

El Paciente Aprensivo. La amabilidad, la -

comprensión y la sedación preoperatoria suelen ser suficientes para aquietar los temores de la mayoría de los pacientes.

Con la gingivectomía total, el paciente tiene menor tensión. Se realiza después de una noche de reposo en el hospital y bajo sedación amplia y no después de venir de la calle al consultorio dental. Después de la gingivectomía, el paciente es enviado de vuelta a su habitación para que se controle su estado físico y para que haga reposo posoperatorio, en vez de salir del consultorio y hacer el viaje a su casa.

Cirugía Mucogingival Extensa. Para pacientes que requieren procedimientos mucogingivales extensos, el hecho de que la operación se realice en condiciones de esterilidad de la sala de operaciones, reduce el riesgo de infecciones, complicaciones y retardo de la cicatrización.

Cuando se hace este tipo de cirugía, el período posoperatorio inmediato que se pasa en el hospital es particularmente beneficioso. Se prescribe asistencia del enfermo para la aplicación de compresas frías.

Con la técnica total, el cemento por lo general se deja una semana. Los pacientes hallan que esto es una alternativa aceptable a un mes de complicaciones del apósito.

Admisión en el hospital y examen médico previo a la gingivectomía.

Una vez considerados todos los factores, se escoge la técnica de gingivectomía total como procedimiento de elección, se fija la fecha en el hospital. Se evitan los días que coincidan con el período menstrual, o el día inmediato an-

terior, porque en ese momento puede haber hemo--
rragia posoperatoria excesiva.

El tiempo de permanencia en el hospital es de 48 horas. El paciente ingresa temprano en la tarde que precede al día de la operación para - que haya tiempo para hacer el examen físico, he--
mograma y otras pruebas de laboratorio y consul--
tas médicas.

Se hacen los preparativos para las medidas de precaución especiales que puedan precisarse - antes de la gingivectomía, durante ella o des---
pués.

PREMEDICACION Y ANESTESIA

Premedicación. Para la sedación se usan muchas combinaciones de drogas. La que sigue se considera eficaz.

La noche anterior de la gingivectomía, antes de acostarse: Seconal 100 mg; una hora antes de la gingivectomía: Nembutal, Intramuscular; media hora antes de la anestesia: Escopolamina 0.7 mg. y sulfato de morfina, 10 mg. Los pacientes con antecedentes de fiebre reumática, enfermedad cardiovascular, diabetes o tratamiento prolongado de corticoesteroides se premedica con antibióticos.

Anestesia. Se utiliza la anestesia local o general.

La anestesia local es nuestro método de elección, excepto para pacientes especialmente aprensivos. Ello permite los movimientos libres de la cabeza, lo que es necesario para tener visibilidad y accesibilidad óptimas en las diversas superficies dentarias.

Las siguientes inyecciones se usan para el maxilar inferior; inyección mandibular bilateral e inyección vestibular larga; para el maxilar superior: inyecciones bilaterales del nervio palatino anterior en el foramen palatino posterior y la inyección del nervio nasopalatino en el foramen incisivo, más infiltración vestibular en las regiones molar, premolar y anterior. De ordinario, no se precisa hacer la inyección directa en la papila interdentaria; se puede hacer en zonas donde la sensibilidad persiste.

La Operación.

La gingivectomía se realiza en la mesa de operaciones con la espalda del paciente elevada aproximadamente un ángulo de 30° y la cabeza a nivel de los codos del operador. El ayudante responsable de la aspiración se coloca en el lado de la mesa opuesta al operador.

Por lo general, se trata primero la mandíbula. La técnica es la misma que la empleada cuando la gingivectomía se realiza por cuadrantes, junto con otra cirugía periodontal necesaria. El apósito periodontal se aplica una vez que cesó la hemorragia.

Instrucciones posoperatorias en el hospital.

El paciente es enviado a su habitación, en la ficha se incluyen las siguientes instrucciones posoperatorias:

Solamente alimentos fríos semisólidos.

Demerol, 50 mg. cada 4 horas, si es necesario.

Alta, mañana (fecha) por la mañana.

El apósito debe quedar colocado; se retira en el consultorio del dentista.

Si se realizó la cirugía mucogingival:

Compresas frías en la zona apropiada, a intervalos de 15 minutos, durante 4 hrs.

El paciente se retira del hospital la mañana siguiente a la operación con una cita para la semana siguiente en el consultorio del dentista.

Instrucciones para el paciente después de la gingivectomía total.

Al paciente se le entrega un folleto que contiene las siguientes instrucciones:

La operación que fue realizada en sus encías ayudará a conservar sus dientes.

Se ha preparado la siguiente información para responder a preguntas sobre el cuidado de su boca.

Se ha colocado un apósito periodontal sobre sus encías para protegerlas de la irritación; el apósito previene el dolor, ayuda a la cicatrización y permite realizar la mayoría de actividades cómodamente. El apósito debe de quedar colocado el mayor tiempo posible. No lo quite. Si se desprenden partículas del apósito no hay problema, mientras no sienta dolor, si se desprende un trozo y hay molestia o estorba, se hablará al consultorio.

Coma todo lo que pueda sin romper el apósito: alimentos semisólidos o finamente picados. Evite frutas cítricas, alimentos muy condimentados o bebidas alcohólicas. Durante las dos semanas consecutivas, puede complementar la dieta con multivitaminas.

No fumar, el calor y el humo irritan las encías y demoran la cicatrización.

Los enjuagatorios no son parte del tratamiento, pero ayudarán a que sienta su boca fresca, se puede enjuagar con enjuagatorios populares, no se debe usar en forma concentrada, diluya 1/3 de enjuagatorio en 2/3 de agua tibia.

Limpie las superficies del apósito con un cepillo de dientes blando, humedecido en agua sin dentífrico. También es útil el uso de un aparato de irrigación de agua a presión baja y a la temperatura ambiente.

Permanecer en su casa el día que vuelva de la operación y del hospital. Después puede realizar sus actividades diarias comunes, evitando el ejercicio violento de todo tipo.

Durante los dos primeros días estará acostumbrado a tener el apósito en la boca, esto puede ser incómodo. Si sintiera dolor, tomar dos tabletas de aspirina de 30 mg. cada 3 horas. Si el dolor no cede, por favor llamar al consultorio.

La hinchazón no es rara, en particular en zonas que demandaron procedimientos quirúrgicos extensos. Esta hinchazón pasa a los tres o cuatro días, en caso de que no fuera así, llamar al consultorio.

Puede haber una que otra mancha de sangre en la saliva las 4 ó 5 horas inmediatas a la operación. Esto no es raro y se corregirá. Si sangra considerablemente más que esto, tome un trozo de gasa, déle forma de U, tómelo entre los dos dedos pulgar e índice, aplíquelo sobre los lados del apósito y sosténgalo bajo presión durante 20 min. No lo retire durante ese lapso para examinarlo. Si la hemorragia no cesa en este tiempo, por favor póngase en contacto con el consultorio.

No trate de detener la hemorragia mediante enjuagatorios.

Primera visita posoperatoria al consultorio.

El paciente es visto una semana después de la operación, en el consultorio. Por lo general, se retira el apósito y se enseña al paciente el control de la placa. Si además de la gingivectomía se hicieron otros procedimientos quirúrgicos periodontales, la zona correspondiente a ellos - se vuelve a cubrir con apósito o el primer apósito se deja otra semana más.

GINGIVECTOMIA POR QUIMIOCIROLOGIA (ORBAN)

Hay una técnica de gingivectomía en la cual la encía es eliminada mediante productos químicos y no con bisturí. En ella se usa una pasta de paraformaldehído (trioximetileno) al 5% que se compone de lo siguiente:

POLVO:

Oxido de cinc	70.0 g.
Acetato de cinc	1.0 g.
Estearato de cinc	1.0 g.
Resina	28.0 g.
Paraformaldehído	5.0 g.

LIQUIDO:

Eugenol	85.0 ml.
Aceite de semilla de algodón	15.0 ml.

Cuando se usa con propiedad la pasta es eficaz. Efectos inconvenientes son:

- 1) Formación de abscesos periodontales si se aplica tan compactamente que impida el drenaje del exudado de la bolsa.
- 2) Necrosis de tejido si se usa en bolsas infrabseas profundas.

Procedimiento paso a paso indicado para realizar la gingivectomía quimioquirúrgica:

1. Mézclase el polvo con el líquido sobre una hoja de papel encerado hasta que tenga consistencia cremosa y se agregan algunas hebras de fibra de algodón.
2. Colóquese la mezcla sobre el diente y al margen gingival, y llévese dentro de la bol

sa con una espátula fina (unas cuantas fibras de algodón seco sobre la superficie de la mezcla impedirán que se adhiera a la espátula).

3. Espátese el resto de la mezcla y agréguese a la mezcla más blanda que fue colocada dentro de las bolsas.
4. Una vez endurecida la mezcla, cúbrase con barniz para cavidades.
5. Quitese la mezcla después de dos días (no se producen efectos indeseables si se deja más tiempo).
6. Repítase varias veces, si fuera preciso hasta que se elimine todo el exceso de tejido.
7. Cuatéricese la superficie granulante de la herida con nitrato de plata (concentrado), cloruro de cinc al 10% o ácido tricloroacético al 20%, para prevenir la granulación excesiva.
8. Una vez que se desprendió el tejido necrótico, trátase el margen gingival con superoxol al 30% (neutralícese la acidez del superoxol añadiendo una gota de solución de bicarbonato de sodio al 5% a 10 gotas de superoxol o menos).
9. Absórbase el superoxol con fibras de algodón y llévese al tejido gingival sobre un instrumento plano. Repítase hasta que el tejido quede blanco. La blancura desaparecerá en 15 ó 20 minutos.
10. Repítase el superoxol dos veces por semana durante cinco semanas.

11. Aplíquese nitrato de plata u otros agentes mencionados toda vez que el tejido de granulación tienda a proliferar exageradamente.
12. Elimínense los cálculos y pálense las superficies dentarias.
13. Ajústese la oclusión, indíquese el tratamiento sistemático cuando sea necesario y controlese al paciente cada tres meses o seis.

GINGIVOPLASTIA

La enfermedad gingival y periodontal con frecuencia produce deformaciones en la encía que entorpece la excursión normal de los alimentos, colecciona placa irritante y residuos de alimentos y prolonga y agrava el proceso patológico. Grietas gingivales y cráteres, pápulas interdentarias en forma de meseta causadas por la gingivitis úlceronecrotizante aguda y agrandamiento gingival son ejemplos de tales deformaciones. La remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos se denomina gingivoplastia. Por lo general, se realiza como segunda operación sobre la encía cicatrizada en la que persistieron anormalidades después del tratamiento anterior. La mayoría de las deformaciones de la encía se pueden corregir mediante la técnica de gingivectomía, sin que precise una gingivoplastia ulterior, siempre que la gingivectomía esté bien hecha. Esto significa que la incisión debe de ser suficientemente profunda para eliminar tejido entre el fondo de la bolsa y el hueso, y la incisión debe estar adecuadamente biselada.

INDICACIONES

La gingivoplastia se hace como procedimiento complementario cuando el remodelado no se incluye en el tratamiento inicial o cuando la cicatrización inesperadamente produce anormalidades gingivales. La gingivoplastia se puede hacer con un bisturí periodontal, escapelo, piedras rotatorias de diamante, de grano grueso o electrocirugía. Se compone de procedimientos que se asemejan a los realizados en el festoneado de las dentaduras artificiales, a saber: afinamien-

to del margen gingival, creación de un contorno marginal festoneado, adelgazamiento de la encla insertada y creación de surcos interdientales verticales, y remodelado de la papila interdientaria para proporcionar vías de escape a los alimentos.

CONCLUSION

Definición. - Parodoncia es la rama de la Odontología, que se encarga del estudio de los tejidos de sostén del diente (encla, ligamento y parodontal, hueso alveolar y cemento).

Los problemas parodontales, son observados en el 90% de las personas y se presentan desde gingivitis leves hasta parodontitis graves y pérdida de las piezas dentarias.

TIPOS DE PARODONTOPATIA Y TRATAMIENTO

- | | |
|---|--|
| <p>1.- Inflammatorias.</p> <p>a) Gingivitis.</p> <p>b) Periodontitis.</p> | <p>Eliminación del agente etiológico, buena higiene bucal por cepillado y profilaxis.</p> |
| <p>2.- Distroficas.</p> <p>a) Estados degenerativos.</p> <p>b) Atróficos.</p> <p>c) Hiperplasia gingival.</p> | <p>Escisión quirúrgica.</p> |
| <p>3.- Traumáticos.</p> <p>a) Trauma periodontal primario.</p> <p>b) Trauma periodontal secundario.</p> | <p>Corrección de la relación oclusal, eliminación de interferencia cuspidéa y ferulización de los dientes móviles.</p> |
| <p>4.- Etiología desconocida.</p> <p>a) Periodontosis.</p> | <p>Extracción de piezas con movilidad exagerada, ferulización de los dientes respetados y eliminación de cálculos retenidos por medio de curetaje, raspaje y técnica de cepillado.</p> |

El pronóstico es:

- 1.- **Inflamatorias.** Favorable.
- 2.- **Distróficos.** Reservado, ya que puede existir reincidencia.
- 3.- **Traumáticos.** Condicionada a la atención prestada por el paciente, a las indicaciones del operador.
- 4.- **Etiología desconocida.** Desfavorable.

La Odontología Preventiva es la base de la funcionalidad perenne del aparato estomatognático).

Practiquemos la prevención en todos nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Enfermedad Periodontal Avanzada.*
John F. Prichard.
Tercera Edición.
Editorial Labor, S.A.
Actualizada y Ampliada en 1977.
- 2.- *Periodoncia de Orban.*
Teoría y Práctica.
Grant, Stern y Everett.
Cuarta Edición.
Editorial Interamericana.
Impreso en México.
- 3.- *Medicina Oral Diagnóstico y Tratamiento.*
Burket's.
Editado por Malcolm A. Lynch.
En U.S.A.
Séptima Edición.
- 4.- *Periodontología Clínica.*
Irving Glickman.
Cuarta Edición.
Editorial Interamericana.
Editado en México.
- 5.- *Periodoncia, Periodontología.*
Henry M. Goldman.
Saul Schluger, D. Walter Cohen, Bernard
Charllin y Lewis Fox.
An introduction to Periodontia.
Copyright under the International
Copyright unión 1959 by The C.U.
Mosby Company. St. Louis.
Traducido al Español por el Dr.
Rafael Lozano.
Editorial Interamericana.
Impreso en México, 1960.
1a. Edición.

- 6.- **Parodontología. Nociones Fundamentales y Problemas Prácticos.**
Henri Petit.
1a. Edición (Versión española de 1971).
Ed. Padros de Palacios.
Toray Masson, S.A. Barcelona.
Impreso en España.
- 7.- **Clínica de Parodoncia.**
Luis Legorreta Reynoso.
Ed. Prensa Médica Mexicana.
1a. Edición en Español 1967.
Impreso en México, D.F.
- 8.- **Parodontology.- Notions fondamentales et problemas pratiques.**
Editores - Mason et cie,
Editeurs - Paris VI.
Julien, prelat - Paris - Ve.
Primera edición. Mayo 1971.