

24 1025



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

CONSIDERACIONES SOBRE EL ESTUDIO
DE LA PARODONCIA PREVENTIVA

T E S I S
que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MARIA OFELIA GUADALUPE VELAZQUEZ URIBE

México, 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.

**CONSIDERACIONES SOBRE EL ESTUDIO DE LA
PARODONCIA PREVENTIVA**

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I 2

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

CAPITULO II 5

ANATOMIA FISILOGIA E HISTOLOGIA DEL PARODONTO

- A) ENCIA
- B) LIGAMENTO O MEMBRANA PARODONTAL
- C) CEMENTO RADICULAR
- D) HUESO ALVEOLAR

CAPITULO III 18

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

CAPITULO IV 32

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

- A) ESTADOS INFLAMATORIOS
- B) ESTADOS DISTROFICOS
- C) ESTADOS NEOPLASICOS

CAPITULO V

41

**DIAGNOSTICO CLINICO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL
E INTERPRETACION RADIOGRAFICA**

CAPITULO VI

47

TECNICAS QUIRURGICAS PARODONTALES DE TRATAMIENTO

- A) RASPADO Y CURETAJE
- B) GINGIVECTOMIA
- C) GINGIVOPLASTIA
- D) TECNICA DE COLGAJO
- E) OSTOTOMIA Y OSTROPLASTIA
- F) GIBOSIA MUCOGINGIVAL

**INDICACIONES POSTOPERATORIAS PARA EL PACIENTE
TRATADO**

CAPITULO VII

69

PARODONCIA PREVENTIVA

- A) FACTORES PARA LA PREVENCION DE LA ENFERMEDAD
PARODONTAL
 - 1) PROFILAXIS DE LA CAVIDAD BUCAL
 - 2) LIMPIADORES INTERDENTARIOS
 - 3) IRRIGADORES BUCALES

CAPITULO VIII

91

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

La Parodoncia, rama fundamental de la Odontología - Clínica, constituye la base principal del diagnóstico y enfo que terapéutico de los pacientes.

El principal objetivo de la Parodoncia es : la aplicación de sus principios básicos, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades parodontales.

Los resultados obtenidos de investigaciones y estudios clínicos, revelan que las enfermedades parodontales ocurren entre las afecciones más comunes del ser humano, y no hay nación o territorio que esté exento de estos padecimientos, ya que afectan tanto a la población infantil como a la adulta.

Todo Cirujano Dentista debe tener los suficientes - conocimientos para la atención de los problemas parodontales que tenga que afrontar, dándoles además a los pacientes una educación dental.

Si todas las personas atendieran las recomendaciones profilácticas y solicitaran a tiempo los cuidados del Cirujano Dentista, se reduciría considerablemente la prevalencia de la enfermedad parodontal y la gravedad de sus secuelas.

CAPITULO I

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Estudios Paleontológicos y documentos históricos de muestran que el hombre ha estado expuesto a la enfermedad parodontal.

Los primeros datos obtenidos son de los cuerpos embalsamados de los egipcios (4000 años A.C.), y en sus Papiros Quirúrgicos de Ebus y Edwin Smith, que contienen referencias de la enfermedad gingival y recetas para fortalecer los dientes.

Los Sumérios (3000 años A.C.) practicaban la higiene bucal con palillos de oro. Posteriormente, los Asirios y Babilonios utilizaban el masaje gingival combinado con medicamentos de hierbas y enjuagues.

Huana-Fi, médico chino (2500 años A.C.), dividió las enfermedades bucales en :

- a) Estados Inflamatorios generales.
- b) Enfermedades de los Tejidos Blandos que rodean a los dientes.
- c) Caries Dental.

Cabe también mencionar, que los chinos fueron de los primeros pueblos que utilizaron el palo de masticación como palillo y el cepillo de dientes para la higiene de la cavidad

oral.

Hipócrates de Cos, (460-335 A.C.) médico griego, explicó la erupción de los dientes y la etiología de la enfermedad parodontal.

Aulo Cornelio Celso (siglo I D.C.) romano, se refiere a las enfermedades que afectan los tejidos blandos de la cavidad oral y sus tratamientos.

Rhazes (850-923) árabe de la Edad Media, escribió el libro "Al-Fakhr", en donde se refiere a los dientes y a las enfermedades parodontales con su tratamiento.

Al-Buhārī (974-1013), indica el estado y tratamiento de las estructuras de soporte de los dientes; además reconoce la interrelación entre el sarro y la enfermedad parodontal y preconiza el raspado para la eliminación del irritante con la utilización de instrumentos.

Pierre Fouchard (siglo XVIII), considerado como el Padre de la Odontología Moderna; en su libro "Le Chirurgien Dentiste", donde describe a la enfermedad parodontal crónica como una clase de escorbuto que ataca las encías, los alvéolos y los dientes. Recomienda el raspado de los dientes para eliminar los depósitos de cálculos.

John Hunter, médico inglés, publicó dos libros sobre Odontología, refiriéndose a las enfermedades del proceso alveolar.

John W. Riggs (siglo XIX) describió el raspado e cu
retaje subgingival, y a la enfermedad parodontal crónica, -
por lo que se le denomina " Enfermedad de Riggs ".

En la actualidad (siglo XX) existen grupos de clíni-
cos interesados en los problemas parodontales. Las revistas
periódicas y los congresos, tanto nacionales como internacio-
nales han impulsado el estudio de los problemas parodontales.

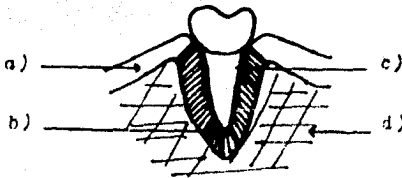
CAPITULO I I

ANATOMIA, FISILOGIA E HISTOLOGIA DEL PARODONTO

La Parodoncia, una de las especialidades de la Odon
toloca, que estudia la anatomía, fisiología, histología, pa
tología, prevención y tratamiento del Parodonto.

El Parodonto es el tejido o unidad funcional de pro
tección y sostén del diente. Está constituido por :

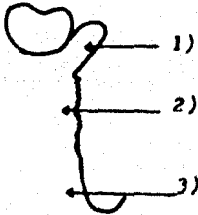
- a) Encía.
- b) Ligamento o Membrana Parodontal.
- c) Cemento Reticular.
- d) Hueso Alveolar.

ENCIA :

La Encía es la parte de la mucosa bucal que cubre
los procesos alveolares de la maníbula y maxilar, y rodea
el cuello de las piezas dentarias.

Según su localización y anatomía se divide en :

- 1) Encía Marginal o Libre.
- 2) Encía Insertada o Adherida.
- 3) Encía Alveolar.
- 4) Encía Interdentaria.



1) La Encía Marginal o Libre : es la encía no adherida al diente, que le rodea o mancha de color, formando la papila gingival; su superficie es lisa y brillante, de aspecto aterciopelado, de color rosa oscuro; se puede separar fácilmente, y si el punto de contacto es correcto, presenta una forma piramidal.

Forma la pared blanda del Intersticio Gingival, - siendo su profundidad normal de 0 a 2 mm., y es el espacio comprendido entre la parte más alta de la papila gingival o borde libre de la encía, y la adherencia epitelial.

La Encía Marginal va del borde libre de la encía, - al surco gingival, que es la unión de ésta con la Encía Insertada.

ADHERENCIA EPITELIAL



INTERSTICIO GINGIVAL

2) **Encía Insertada** : se continúa de la encía marginal, presentando un puntilleo, dando el aspecto de una cáscara de naranja; es de color rosa coral, es firme, adherida al cemento y al hueso alveolar.

La unión entre la encía insertada y la encía alveolar constituyen la Línea Mucogingival.

3) **Encía Alveolar** : se encuentra adherida al hueso alveolar, siendo su epitelio más delgado y vascularizado por lo que se observa más oscura que las demás.

4) **Encía Interdentaria o Papilar** : corresponde al espacio interproximal o nicho gingival; comprende dos papilas, una vestibular o labial, y otra lingual o palatina, y entre las dos se encuentra un hundimiento llamado el Col o Valle, variando su forma de éste último según el espacio interproximal.



ENCIA INTERDENTARIA
O PAPILAR



COL O VALLE

ELEMENTOS HISTOLOGICOS DE LA ENCIA :

La Encaja está constituida por tejido conjuntivo en contacto con el periostio, y cubierto por epitelio escamoso estratificado, que consta de cuatro capas : (del interior al exterior) :

- a) Capa Basal o GERMINATIVA (células columnares).
- b) Capa Espinosa o Escamosa (células epinadas).
- c) Capa Granulosa.
- d) Capa Córnea Queratinizada o Paraqueratinizada.

VASCULARIZACION :

Existen tres fuentes :

I) Arterias Supraperiosticas, que se extienden a lo largo de las superficies vestibular y lingual del hueso alveolar.

II) Vasos del Ligamento Parodontal que se extienden y se anastomosan al surco.

III) Arteriolas que emergen de la cresta interdental y se anastomosan con :

- a).- Vasos del Ligamento Parodontal.
- b) Capilares del Surco.
- c).- Vasos de la siguiente Cresta Alveolar.

INERVACION :

La Encía está inervada por ramas del V Par Craneal o Trigémino, que deriva de las fibras del Ligamento Parodontal y de los nervios Labial, Bucal y Palatino.

Las fibras son amielínicas, que se extienden desde el tejido conjuntivo hasta el epitelio, y terminaciones nerviosas especializadas en la capa papilar, comprendiendo los corpúsculos táctiles de Meissner y termorreceptores de Krause.

FISIOLOGIA :

La Encía cubre la superficie ósea y parte radicular de los dientes, adaptándose a la forma del hueso y piezas dentarias.

Otra función, es que presenta la adherencia epitelial, de no permitir la invasión bacteriana.

Debido a la queratinización de la encía, ésta presenta resistencia al trauma, a la infección y a la destrucción celular.

LIGAMENTO O MEMBRANA PARODONTAL :

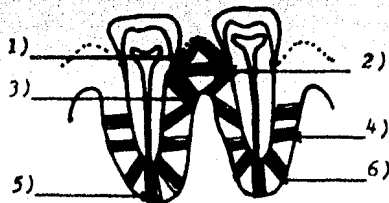
La Membrana Parodontal es la estructura que rodea las raíces de los dientes, formando unión al hueso alveolar. Es continuación del tejido conjuntivo de la encía y se comunican con los espacios medulares a través de los canales vasculares del

hueso.

Las fibras de Sharpey son los extremos de las fibras principales que se insertan en cemento y hueso; las que se insertan al hueso, lo hacen por medio de una sustancia osteo-lite; las que se insertan al cemento, por una sustancia cemento-lite.

El Ligamento Parodontal está constituido por varios grupos de fibras que son :

- 1) Fibras Gíngivo-Libres.
- 2) Fibras Transeptales.
- 3) Fibras Cresto-Alveolares.
- 4) Fibras Oblicuas.
- 5) Fibras Periapicales.
- 6) Fibras Horizontales.



Las Fibras Gíngivo-Libres se extienden del cemento a la encía en donde se pierden, confundándose con el tejido conjuntivo de la encía marginal. Tienen como función proporcionarle tono a la encía marginal y así preservar el inters-ticio gíngival.

Las Fibras Transeptales se extienden del cemento de una pieza dentaria al cemento de la pieza contigua, por en-

cima del vértice de la cresta alveolar. Su función principal consiste en mantener el área de contacto.

Las Fibras Cresto-alveolares se insertan en el vértice de la cresta alveolar y se dirigen al cemento en su zona coronal; tienen la función de evitar el desalojamiento dentario en sentido incisal, y evitan los movimientos laterales.

Las Fibras Oblicuas son las más numerosas y se insertan en el cemento y se dirigen al hueso en dirección oblicua. Su función es ayudar a resistir las fuerzas de la masticación sobre el hueso alveolar transformándoles en tensión.

Las Fibras Horizontales se insertan en el cemento y se dirigen al hueso en forma perpendicular al eje mayor o longitudinal del diente. Su función es la de colaborar a soportar los movimientos laterales.

Las Fibras Periapicales se insertan en el cemento, a la altura del foramen apical y se dirigen al fondo del alvéolo en forma irradiada. Su función es la de impedir que el diente se desaloje de su alvéolo.

++ Las fibras forman en la parte media del ligamento parodontal un entrecruzamiento que se denomina " Plexo Intermedio ".

La Membrana Parodontal también consiste en Fibras Consecutivas irregularmente dispuestas, situadas entre las fibras principales, constituyen el Tejido Conectivo Inter-

ticial de la Membrana Parodontal. En este tejido se encuentran los vasos sanguíneos, linfáticos y nervios.

ELEMENTOS HISTOLOGICOS DE LA MEMBRANA PARODONTAL :

Los elementos son :

a) Fibroblastos.

b) Osteoblastos, son células encargadas de formar hueso, que se deposita en forma de haces y capas, por lo que se le denomina hueso laminar.

c) Cementoblastos, son células encargadas de formar cemento, que también se deposita en forma de capas.

d) Osteoclastos, son células encargadas de resorber hueso a nivel de las lacunas de Howship.

VASCULARIZACION :

Proviene de las Arterias Alveolares Superior e Inferior, y llega al Ligamento Parodontal por medio de tres orificios :

1) Vasos Apicales.

2) Vasos provenientes del Proceso Alveolar.

3) Vasos Gingivales.

Las Arterias y Venas son ramas de la Facial y Dentaria.

INERVACION :

El Ligamento Parodontal está inervado por fibras ner

ulosos sensoriales, capaces de transferir sensaciones táctiles de presión, dolor y localización, por vías trigeminales.

FISIOLOGIA :

Las funciones de la Membrana Parodontal son :

- 1) **Función Mecánica o Física.**
- 2) **Función Biológica :**
 - a) **Función Formativa.**
 - b) **Función Nutritiva.**
 - c) **Función Sensorial.**

La **Función Mecánica**, también denominada de **Sostén**, es que mantiene la pieza dentaria adherida al alveolo óseo que la circunda.

Esta función comprende además otros aspectos :

- 1.- **Transmisión de las fuerzas masticatorias al hueso.**
- 2.- **Unión de la pieza dentaria al hueso.**
- 3.- **Mantenimiento de los tejidos gingivales en correcta relación con los dientes.**
- 4.- **Disminución de impacto de fuerzas externas al hueso.**
- 5.- **Protección de vasos y nervios con tejidos blandos, para evitar que sean lesionados por fuerzas mecánicas.**

La **Función Biológica** :

- 1.- **Función Formativa : el ligamento parodon**

tal interviene en la formación y reabsorción de las estructuras calcificadas adyacentes; es importante para la adaptación del parodonto a los esfuerzos funcionales, como también en la reparación de los tejidos calcificados por medio de los fibroblastos, odontoblastos y cementoblastos.

2.- **Función Nutritiva** : Esta función está dada por medio de los vasos sanguíneos y linfáticos, para proveerla de sustancias nutritivas a los tejidos del parodonto, dentino, cemento, hueso, interviniendo también en la eliminación de los productos de desecho de los tejidos parodontales.

3.- **Función Sensorial** : La inserción del Ligamento Parodontal nos da un sentido de localización, a los estímulos externos, por medio del tejido nervioso.

CEMENTO :

Es el Tejido Conjuntivo calcificado especializado, de origen mesenquimatoso, que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente.

La raíz anatómica del diente, es la que está cubierta por cemento. La raíz clínica, es la porción del diente - que está por debajo de la inserción epitelial.

Está formado por una matriz interfibrilar calcificada, y por fibras colágenas. Está compuesto en un 45% a 50% de matriz inorgánica, que consta de cristales de hidroxipatita, manganeso, calcio, fósforo; y materia orgánica, compues

ta de colágeno, cementoblastos, osteoclastos y sustancia fundamental (contiene sulfato).

Su grosor varía según su localización, o tercio; es más delgado en el tercio coronal o cervical, y aumenta gradualmente hacia el tercio apical, y esto es con el objeto de compensar el fenómeno de la erupción activa. Su color es amarillo, poco más oscuro que la dentina; es de superficie rugosa.

Desde el punto de vista morfológico existen dos tipos :

- 1) Cemento Acelular.
- 2) Cemento Celular.

El Cemento Acelular ocupa la porción del tercio coronal y medio de la raíz del diente, y se caracteriza por no tener células, y las fibras de Sharpey ocupan una porción menor en su estructura.

El cemento Celular ocupa el tercio apical de la raíz dentaria, se caracteriza por presentar cementocitos dentro de espacios aislados llamados lagunas cementarias, las cuales se comunican por pequeños canalículos, ocupados por las prolongaciones citoplasmáticas de los cementocitos, donde las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de su estructura.

FISIOLOGIA :

- 1) Mantener al diente implantado en el alvéolo.
- 2) Permitir la continua reacomodación de las fibras de Sharpey por la producción o formación de cemento.

3) Compensar la pérdida del esmalte, ocasionada por el desgaste oclusal o incisal, formando cemento,

4) Aislar a la pulpa de los agentes externos patógenos, al igual que a la dentina.

5) Compensar el movimiento de erupción activa y mesialización fisiológica por medio de las aposiciones de cemento que se efectúan durante toda la vida activa de la pieza.

HUESO ALVEOLAR :

Es tejido conjuntivo calcificado que forma los alvéolos dentarios, llamado también proceso alveolar, que es la porción de los maxilares que circunscriben y sirven de soporte al diente.

El hueso está formado por componentes inorgánicos : calcio, fósforo, magnesio y pequeñas cantidades de potasio, sodio, cloro fluor y hierro. El componente orgánico lo constituyen el colágeno, mucopolisacáridos, osteocitos y osteoclastos.

El proceso alveolar está compuesto por tejido óseo compacto y otro esponjoso o trabecular. El tejido compacto comprende la pared interna llamada pared alveolar o lámina dura, que presenta numerosas perforaciones para dar paso a vasos y nervios; correspondiendo a la zona donde se insertan las fibras de Sharpey, y de una pared ósea externa que se encuentra cubierta por periostio, donde se adosa la encía, llamada placa o hueso cortical. La pared interna de los alvéolos también se denomina Lámina Cribosa. El tejido esponjoso

o trabecular se encuentra entre la pared alveolar y la pared externa.

La Cresta Alveolar, es el límite oclusal del proceso alveolar; su forma va en relación al tamaño de la corona del diente y a su inclinación.

La forma del alveolo varía según la anatomía de la raíz dentaria.



FORMA DEL ALVEOLO SEGUN LA RAIZ DENTARIA

El aporte sanguíneo del hueso deriva de los vasos de el Ligamento Parodontal, del conducto dentario y zonas que atraviesan las corticales interna y externa.

La función del Hueso Alveolar es de sostén al diente y de constante formación y absorción de éste, estimulado principalmente por las fuerzas oclusales en forma regulada, comprobándose en tres zonas :

- a) En la región del Ligamento Parodontal.
- b) En la región relacionada con el Mucoperitostio del hueso.
- c) En la región de los Espacios Medulares.

CAPITULO I I I

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Es importante el conocimiento de los Factores Etiológicos de la Enfermedad Parodontal, con el propósito de establecer un acertado diagnóstico clínico, para poder atacar a la enfermedad y para prevenirla oportunamente.

Dentro de los Factores Etiológicos existen tres tipos :

I.- Factores Locales.

II.- Factores Generales o Sistémicos.

III.- Factores Patocéntricos.

FACTORES LOCALES :

Son los que se localizan en contacto con el diente, y en sus estructuras de soporte.

Para su estudio se dividen en :

1).- Factores que se refieren al Medio Bucal :

a) Película Mucnosa : se forma previamente a la placa dentobacteriana, es una película acelular, que se deposita sobre la superficie dentaria como una capa delgada, lisa, suave, translúcida y difusa,; distribuida sobre la superficie de la corona, en mayor cantidad en el tercio cervical. Es un producto de la saliva mucnosa que contiene diversas cantidades de bacterias, hongos, células epiteliales. Para hacerla visible se requiere de soluciones reveladoras.

b) **Materia Alba** : es una sustancia blanca amarillenta o grisácea, blanda y pegajosa, formada por microorganismos células epiteliales desmenuadas, leucocitos, proteínas, lípidos salivales y restos alimenticios. La presencia de materia alba es un signo de la falta de cepillado. Se deposita principalmente en el cuello de los dientes, y antecede a la formación de sarro.

c) **Sarro, Cálculos Dentarios o Tártaro Dentario** : es una masa calcificada o en calcificación que se forma en la superficie del diente, adheriéndosele. Según su posición con respecto al margen gingival se clasifica en :

- **Sarro Supra-gingival** : situado por encima del nivel de la línea gingival, y visible en la cavidad oral; es de color blanco amarillento, de consistencia dura, crítilo y fácil de desprender.
- **Sarro Sub-gingival o Infra-gingival** : está adherido a la superficie del diente por debajo de la cresta marginal, por lo que no es visible; es duro, denso, de consistencia pétreo, de color castaño oscuro o negro verdoso, de superficie plana.

d) **Empaquetamiento Alimenticio** : es la acumulación formada de alimentos sobre el parodonto, por las fuerzas oclusales, produciéndose en regiones interproximales y superficies dentarias vestibulares o linguales. Existen dos formas de empaquetamiento de alimentos :

- **Empaquetamiento Vertical** : se produce cuando el área de contacto de un diente se ha perdido por diversas causas, ya sea por caries o por odontología defectuosa, o provocada por la presión oclusal.

- **Empaquetamiento Horizontal** : es la acumulación de alimentos en los espacios interproximales por la acción de la lengua y carrillos.

2).- Factores que se refieren a los Tejidos Dentarios :

a) **Caries** : produce destrucción de los elementos histológicos de los dientes, ocasionando muchas veces la pérdida del área de contacto, y favoreciendo la retención de alimentos, los cuales se descomponen y producen fermentación, por lo que irritan al parodonto.

b) Anomalías de Forma y Posición del Diente :

- **Forma del Diente** : es preciso que las crestas marginales y los surcos estén presentes, que su localización sea correcta y normal la anatomía de sus cúspides.

- **Convexidad de los Dientes** : las porciones convexas de los dientes protegen el margen gingival de la injuria de los alimentos y a la vez lo estimulan.

- **Defectos estructurales del Esmalte y Cemento** : se presentan principalmente en su unión en el tercio cervical o cuello de la pieza, formando cavidades donde se acumulan restos alimenticios, sarro, que actuarán como irritantes del tejido gingival.

- **Contacto Proximal** : su función es de protección a la papila.

- **Posición del Diente** : dientes mal alineados, con posiciones viciosas, determinan una compresión de los tejidos interproximales, por lo que existe irrigación sanguínea deficiente.

- **Coronas Grandes con Raíces Pequeñas.**

- **Raíces Dentarias Unidas** : actúan como si la pieza fuera unirradicular.

- **Anomalías del Frentillo** : la posición normal del frentillo se localiza en la enca alveolar; cuando tropieza esta zona y se inserta en la enca insertada, estará en una posición aberrante, y en movimientos de deglución, fonación y masticación ejercerá tensión sobre la enca insertada y maltratamiento al cuerpo dental como y favorecerá la acumulación de irritantes.

c) Disfunciones :

- **Anoclusión** : es un fenómeno de la disfunción en la cual una pieza o varias no se ponen en contacto con sus antagonistas en ninguno de los movimientos mandibulares (céntrico, protusión, retrusión, lateralidad). Generalmente se debe a que existen piezas atrapadas que no llegan al plano de oclusión, o piezas fuera del arco dentario. En la anoclusión la enca tiende a migrar.

- **Oclusión Traumática** : se define como las fuerzas oclusales anormales que son capaces de producir lesiones en los tejidos dentarios y parodontales.

La fuerza intermitente favorece la formación ósea, mientras que la presión constante origina : resorción ósea,

resorción dentaria apical y alteraciones en el ligamento paradental.

El traumatismo generalmente es provocado por contacto oclusal defectuoso de las piezas dentarias, o por restauraciones o prótesis que interfieren en la oclusión.

El trauma de la oclusión se divide en tres etapas :

- a) Lesión.
- b) Reparación.
- c) Cambio de morfología del Parodonto.

- Trastornos Salivales : La Xerostomía o Boca Seca, y el Respirador Bucal, nos da una disminución de la saliva, lo que traerá como consecuencia un aumento de adherencias, así como mayor adherencia de los alimentos a las piezas dentarias por lo que actuarán como irritantes.

3).- Factores que desde el punto de vista pedagógico se denominan " MALOS " :

- Hábitos Ocupacionales : son aquellas personas que utilizan la boca y los dientes en sus actividades diarias; se tiene a los músicos que tocan instrumentos de viento, como el clarinete y saxofón; los zapateros y leleteros que sostienen los clavos entre los incisivos; los sastres y costureras que cortan el hilo con los dientes y se colocan los alfileres entre ellos; los peinadores que utilizan los dientes para abrir los prendedores; los fumadores de pipa que la sostienen entre los dientes. Todos estos malos hábitos, hacen que con el tiempo los tejidos dentarios se desasten, pero no de una for

no uniforme, sino formando muescas. Los daños coronarios irán en relación con la destrucción parodontal.

- **Uso incorrecto de los Dientes :** Comprende tipos de lesiones traumáticas que no dependen de las relaciones de excursión de la mandíbula, o del uso ordinario de los dientes. Generalmente estas injurias requieren la presencia de un cuerpo extraño, como el hábito de morder el lápiz o la pluma, el morderse las mejillas, destapar botellas, y en general, del abuso de los dientes y es como factor obvio en la destrucción dentaria y parodontal. Es éste punto también se incluye la mala utilización de palillos.

b) **Mal Cepillado :** el cepillado excesivo, en forma horizontal, vertical o rotatoria, produce alteraciones gingivales, erosiones en los cuellos de los dientes, hipersensibilidad de las mismas, abrasión de los dientes; alteraciones en el contorno y textura de la encía.

El uso incorrecto del Hilo Dental, escobadientes, y estimuladores interdientales de madera, también pueden producir inflamación gingival y destruir la encía con formación de espacios interproximales que favorecen la acumulación de restos alimenticios.

c) **Mala Odontología :** producen irritación las obturaciones sobrepasadas, falta de puntos de contacto, coronas mal ajustadas, mala reconstrucción de las caras vestibular y

linéal sin anatomía de sus curvaturas fundamentales, puentes fijos o removibles mal diseñados y mal ajustados. Estos factores provocan una alteración gingival, y como consecuencia la resorción de la cresta marginal, pudiendo ser la causa de una bolsa paradontal, más irritantes locales, evolucionando así la enfermedad paradontal.

- Procedimientos Odontológicos : El uso de arcos - para la colocación del dique de hule, bandas de cobre y ortodonticas, matrices y discos que laceren la encía, producen - inflamación de la misma.

FACTORES GENERALES O SISTEMICOS :

1) Trastornos Nutricionales : (Insuficiencia vitamínica) : Tanto la Hipovitaminosis, como la Hiperovitaminosis con sus alteraciones paradontales, acompañados siempre de factores locales.

- Hipovitaminosis "A" : produce aumento de la susceptibilidad a las infecciones, anomalías del crecimiento, forma y textura del hueso, ceguera nocturna. Produce agrandamiento gingival con proliferación de los elementos histológicos de la encía.

- Hiperovitaminosis "A" : produce pigmentaciones melánicas en la piel, dermatosis escamosa, altera la menstruación.

- Complejo B : La insuficiencia o falta de ella, produce estados de hipersensibilidad y de neuritis. Las anomalías producidas son : Gingivitis, Glositis, Glosodinia, - Queliosis e inflamación a la totalidad de la Mucosa Bucal.

- Hipovitaminosis Tiamina (vitamina B₁): las alteraciones que presentará la cavidad oral por la deficiencia de tiamina son :

a) Hipersensibilidad de la mucosa bucal.

b) Vesículas que simulan herpes en mucosa bucal, paladar, debajo de la lengua y en carrillos.

c) Neuralgia del Trigemino.

- Hipovitaminosis Riboflavina (vitamina B₂): las manifestaciones de la riboflavina son: Queilosis y Glositis.

Glositis.- se caracteriza por color magenta, atrofia de las papilas, provocando un aspecto brillante y liso.

Queilosis.- comienza con una área pequeña viva, roja y dolorosa en la comisura labial.

Alteraciones bucales : se observa frecuentemente gingivitis y estomatitis, hiperemia de la lengua y una superficie dorsal atrófica, anodoncia, inflamación de la mucosa en determinadas zonas o generalizada, acompañada de ardor y dolor.

- Acido Pantoténico Hipovitaminosis.- presenta queilosis anular hiperqueratósica con ulceración y necrosis de la encía y mucosa bucal, resorción de la cresta alveolar. La mucosa bucal y los labios presentan un color rojo brillante.

- Vitamina "C" (Acido Ascórbico) : su deficiencia se manifiesta por escorbuto : encías esgrasadas, rojas, tumefactas, de consistencia blanda o esponjosa, con tendencia a sangrar fácilmente y con retardo en la cicatrización de las heridas.

- Vitamina "D" : regula el metabolismo del calcio y fósforo; se forma a nivel de los tejamentos, debido a la acción de los rayos solares. Es factor casual directo de la formación de hueso. Se manifiesta su deficiencia en niños con Raquitismo, y en los adultos en Osteomalacia.

- Hipovitaminosis "K" : Vitamina de la Coagulación, importante para la formación del coágulo; necesaria para la formación de protrombina en el hígado. Su deficiencia traerá Hemorragia crinival excesiva después del cepillado de los dientes ó espontáneamente.

2) Trastornos Endócrinos :

- Hipotiroidismo : sus efectos varían con la edad en que se produce. El ritmo del metabolismo basal decrece, y el crecimiento se retrasa. Existen 3 Síndromes resultantes :

- a) Cretinismo.
- b) Mixedema Juvenil.
- c) Mixedema de Adulto.

Cretinismo : maxilares pequeños y ritmo de erupción retardada
Mixedema Juvenil y de Adulto : hay destrucción parodontal y cambios degenerativos.

- Hipertiroidismo : es común en jóvenes y adultos, - sus síntomas son : pulso acelerado, hipertensión, nerviosidad inestabilidad emocional y exoftalmia.

Manifestaciones orales : los niños presentan erupción precoz, rápido desarrollo de dientes y maxilares, exfoliación temprana de la primera dentición, y erupción prematura de los de la segunda dentición.

Según la intensidad del hipertiroidismo, se presentará la osteoporosis de maxilar y mandíbula. En ocasiones existe destrucción dental precoz y enfermedad periodontal.

- Hipopituitarismo : hay retraso del crecimiento de todos los tejidos; si se presenta en la infancia determina el Enanismo.

Alteraciones orales : los dientes de la primera dentición retardan la exfoliación, y por lo tanto los dientes permanentes retardan su erupción; la formación coronaria es normal, pero no la radicular. Los maxilares retardan su crecimiento.

- Hipertiuitarismo : en la infancia se presenta Gigantismo o Acromegalia; alteraciones en la calcificación, prognatismo, diastemas e hipercementosis.

- Hipoparatiroidismo : hay hipoplasia del esmalte y alteraciones en la calcificación de la dentina. El esmalte y dentina en desarrollo presentan regiones calcificadas y no calcificadas.

- Hiperparatiroidismo: produce desmineralización generalizada del esqueleto, formación de quistes óseos y tumores de células gigantes.

Alteraciones Bucales : mal oclusión, movilidad dentaria; radiográficamente se observa osteoporosis alveolar y trabéculas muy juntas, ensanchamiento periodontal.

Durante el embarazo, se puede observar una gingivitis denominada Gingivitis del Embarazo, apareciendo durante el segundo trimestre de la gestación. En algunos casos, se hace

más grave y produce una proyección de encía de tipo ovoide, pediculada, denominado Tumor del Embarazo.

Menstruación : durante este período se puede presentar agrandamiento temporal del tejido gingival.

Pubertad : etapa en que aparecen en el torrente circulatorio las Hormonas Estrogénicas, lo que determina el cuadro clínico de alteraciones tisulares temporales, que afectan a los tejidos gingivales.

Menopausia : cesación en sanare de las hormonas estrogénicas; puede ser causa de Gingivitis Descamativa, sensaciones de sequedad y quemadura en la mucosa bucal.

- **Diabetes :** entre sus manifestaciones orales están: boca seca, lengua roja y saburra, inflamaciones marginales, eritema mucoso, abscesos gingivales o periodontales, papilas edematosas, movilidad dentaria, abrillantamiento de las superficies gingivales con agrandamiento y cambios en la textura de la encía.

3) **Discrasias Sanguíneas :** las enfermedades de la Sangre, son procesos patológicos muy frecuentes, y son interesantes desde el punto de vista odontológico, ya que frecuentemente se le consulta por la hemorragia gingival, por hipertrofia de la encía, o lesiones ulcerativas de la misma.

- **Anemia :** es una reducción por debajo de lo normal de la cantidad o de la calidad de la hemoglobina. Su manifestaciones bucales son :

- a) Hemorragia de la encía.
- b) Petequias.

- c) Palidez de la mucosa bucal.
- d) Antecedentes de sangrado en el cepillado.
- e) Ulceraciones intensas de boca, con fiebre
- f) Infecciones de mucosa bucal.

Anemia Perniciosa : un factor etiológico de este tipo de anemia, es la deficiencia del factor intrínseco (vitamina B₁₂). En los primeros estadios de la enfermedad, la lengua aparece roja, posteriormente se pone pálida y luego blanca; la mucosa bucal adquiere un tinte pálido, se observa atrofia papilar, eritema, inflamación de labios, lengua, y sensación de quemadura.

- **leucemia :** patocimiento caracterizado por el aumento de leucocitos en la sangre circulante y en los tejidos. -
Puede clasificarse según el tipo de leucocitos afectados en :
Linfoide, Mielóide o Monocítica.

Las manifestaciones bucales son : aumento de volumen e hipertrofia de encía, hemorragias frecuentes sin causa aparente, ulceraciones, movilidad dentaria, dolor dental, y muchas veces necrosis de encía y mucosa bucal.

- **Agranulocitosis :** es un síndrome caracterizado por lesiones bucales ulcerosas y faríngeas, acompañadas por malestares, fiebre y esplenomegalia. EL número de granulocitos en sangre está disminuido.

Las lesiones bucales típicas están constituidas por zonas necróticas de forma irregular, a veces contiguas a los tejidos gingivales. Puede afectar el linamento parodontal, e

incluso al hueso alveolar.

4) Alergias : es una alteración específica, producida por exposición previa a un agente que se manifiesta por una respuesta inmediata o tardía.

La etiología de las alergias es muy variada, la pueden producir alimentos, como el pescado, huevo, leche, carne de cerdo, algunas frutas, hongos, productos químicos, medicamentos, animales domésticos, cierto tipo de ropa, metales, tabaco, etc.

Las reacciones alérgicas más importantes son : Ortitis Venenata, Glositis Venenata y Estomatitis Venenata ; - sus manifestaciones clínicas pueden ser del tipo de quemaduras, vesículas en los labios y lengua; dolor, prurito e inflamación.

5) Fármacos : La acción de ciertos fármacos puede originar los siguientes padecimientos.

P A R M A C O

M A N I F E S T A C I O N E S

B U C A L E S

- Dilatón Sódico

Encías lobuladas de color rosa pálido, que a veces llegan a cubrir la corona de la pieza. Hipertrofia De generación Fibrosa.

- Ingestión de Fármacos que contienen Ar sénico.

Pigmentación metabólica de la mucosa bucal, Gingivitis, Estomatitis, Erosiones en dientes y necrosis maxilar

FARMACO

MANIFESTACIONES
BUCALES

- Exposición a los Su les de Plomo. Línea metálica en la encía marginal
- Ingestión de Fármacos que contienen Bis muto. Lengua ensangrecida, dolorosa y con aumento de volumen.
- Ingestión de Fármacos que contienen Mer curio. Gingivitis Ulcerativa, salivación profusa, pigmentación gris plateada Labios y lengua aumentados de volumen.
- Exposición a los Su les de Fósforo. Produce periostitis y Osteomielitis, Movilidad dentaria.

6) Factores Psicosomáticos: cada día ocupa un lugar importante dentro de la Patología Médica, la presencia del factor psicosomático, como agente causal de enfermedades, que son el resultado de las tensiones emocionales que sufre el individuo en su relación con el medio ambiente.

Dentro del terreno de la Parodontia, se puede citar como enfermedad Psicosomática la Estomatitis de Vincent y los malos hábitos, como el morderse las uñas, bricomania; las tensiones musculares producidas por la contractura de los músculos masticadores, lo que trae como consecuencia zonas de destrucción de fibras, zonas de necrosis y hemorragias en el ligamento parodontal; destrucción de hueso y cemento.

CAPITULO I V

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

Es importante conocer de una manera adecuada una clasificación y nomenclatura de las Enfermedades Parodontales, - con el propósito de saber distinguir los signos y síntomas - de la Enfermedad Parodontal, para establecer un diagnóstico más acertado.

En México, las personas dedicadas a la enseñanza de la Parodontia, han establecido una clasificación y terminología que unifican el lenguaje técnico utilizado en esta especialidad de la Odontología.

La clasificación utilizada para los diferentes Parodontopatías es la siguiente :

1. Estados Inflamatorios :

Gingivitis.

Parodontitis.

2. Estados Distróficos o Degenerativos :

Gingivostis.

Parodontostis.

3. Estados Neoplásicos :

Parodontomas.

I. ESTADOS INFLAMATORIOS :

Siempre existirá un estado inflamatorio, hasta en el

parodontio más sano, debido a la existencia de la flora bacteriana en el intersticio gingival, así como factores irritantes locales.

Los signos más comunes de la inflamación son : tumor rubor, calor y dolor.

A) GINGIVITIS :

Es la inflamación de la encía, como respuesta ante los irritantes locales y a los generales o sistémicos.

Los Signos y Síntomas característicos son :

- a) Contorno aumentado de volumen, edema.
- b) Cambios en la textura, pérdida del puntillaje gingival y aspecto brillante y liso.
- c) Cambios en la coloración, del rosado coral a diferentes tonalidades de rojo.
- d) Cambios en el intersticio, ulceración del epitelio, sangrado debido a una mayor vascularización.
- e) Cambios del margen gingival; crecimiento excesivo, bolsa virtual o pseudobolsas, no existiendo migración de la inserción epitelial hacia apical, ni movilidad dentaria.
- f) Presencia de irritantes locales; sarro.
- g) Generalmente no se presenta dolor. Si no se trata oportunamente se puede transformar en una Parodontitis.

La Gingivitis puede estar localizada en la encía correspondiente a un solo diente, a un grupo de dientes, o generalizada en toda la encía.

La Enfermedad Gingival puede ser :

1) Marginal : interese el margen gingival y puede incluir una parte de la encía adherida continua.

a) Marginal Localizada : confinada a una zona o más zonas de la encía marginal.

b) Marginal Generalizada : cubre la encía marginal - de todos los dientes.

2) Papilar : limitada a la papila interdental.

3) Difusa : cuando ataca a la encía marginal, adherida y palatina, hasta una distancia correspondiente al largo de las raíces.

a) Enfermedad Difusa Localizada : va dar margen al - alveolar vestibular.

b) Enfermedad Difusa Generalizada : ataca la mucosa gingival de toda la boca.

B) PARODONTITIS :

Es una enfermedad inflamatoria crónica que ataca tanto a la encía como a las estructuras periodontales, como respuesta a los irritantes locales o factores generales con cambios tróficos inflamatorios y destructivos.

Los signos y síntomas característicos son :

a) Inflamación gingival muy acentuada.

b) Sangrado con facilidad.

c) Pérdida de puntillaje.

d) Migración hacia apical de la inserción epitelial.

e) Formación de bolsas parodontales, con exudato generalmente.

- f) El cemento pierde la propiedad de formar precemento, lo que imposibilita la inserción de las fibras de Sharpey.
- g) Resorción de la cresta alveolar, pudiendo ser horizontal, vertical o en forma de taza.
- h) Mucosidad Dentaria.
- i) Generalmente indolora, sensible a cambios térmicos, alimentos y a la estimulación táctil.
- j) Dolor irradiado, profundo, durante y después de la masticación, causado por el acunamiento forzado de alimentos dentro de las bolsas.
- k) Síntomas agudos, como dolor punzante y sensibilidad a la percusión.
- l) Síntomas pulpares, como sensibilidad a los calientes y fríos.

C) ABSCESO PARODONTAL :

Es una inflamación purulenta, localizada en los tejidos periodontales, generalmente a un lado de la raíz.

El absceso parodontal puede formarse debido a la profundización de la infección de :

- a) Una Bolsa Parodontal.
- b) Por la obstrucción de la luz de una Bolsa Parodontal.
- c) Por una eliminación incorrecta de cálculos, principalmente en la bifurcación o trifurcación dentaria.

Los Abscesos Parodontales pueden ser de dos tipos :

1) Agudos.

2) Crónicos.

Síntomas del Absceso Agudo : dolor irradiado, sensibilidad a la palpación y percusión, movilidad dentaria y fiebre con malestar.

Clinicamente se observa una elevación en la zona lateral de la raíz. Radiográficamente se observa una zona radiolúcida.

El Absceso Crónica se caracteriza por la presencia de una fístula con un orificio en forma de cráter, del cual hay exudado purulento.

Generalmente es asintomático, dando la sensación de una ligera elevación del diente con deseos de morder y desgastarlo.

II. ESTADOS DISTROFICOS O DEGENERATIVOS :

Degeneración es el proceso patológico que se caracteriza por la incapacidad de las células a reaccionar en forma positiva ante una lesión.

A) GINGIVOSIS (GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA) :

Se caracteriza por la presencia de lesiones en forma de vesículas que se rompen, de color rojo brillante y lisas, localizadas en la encía papilar, marginal e insertada.

Los síntomas más sobresalientes son :

a) Descamación epitelial, que deja al descubierto el tejido

conjuntivo subyacente, produciendo en el paciente la sensación de quemadura. Dolor, ardor y sensibilidad a los cambios térmicos.

b) El paciente también presenta molestias al comer alimentos condimentados, ácidos, alimentos ásperos y bebidas carbonatadas.

Su etiología está relacionada con las deficiencias hormonales y nutricionales.

Este padecimiento se presenta generalmente en personas de edad avanzada.

8) PARODONTITIS :

Es la destrucción crónica del periodonto. Se caracteriza por atacar primero a los tejidos más profundos y después involucra a los superficiales.

Los signos y síntomas más sobresalientes son :

- a) Destrucción del ligamento parodontal.
- b) El cemento presenta zonas de necrosis, y el ápice hipercementosis.
- c) Resorción vertical con formación de bolsas infraóseas, y en algunas piezas resorción horizontal.
- d) Mutilidad dentaria, con la formación de diastemas.

Su etiología está relacionada con un desequilibrio metabólico, alteraciones hormonales, deficiencias nutricionales, diabetes, sífilis, hipertensión.

C) ESTADOS NEOPLASICOS :

Una Neoplasia se define como un crecimiento desordenado e independiente de las células del cuerpo, desprovisto de utilidad.

Los Tumores o Neoplasias se Clasifican en :

- 1) Tumores Malignos.
- 2) Tumores Benignos.

Los Tumores Benignos son los que se presentan con mayor frecuencia en el parodonto, como son : el Tumor del Embrazo, Fibromas, Epulis y Papilomas.

La acción patológica que estos tumores pueden desarrollar depende de su extensión e implantación. Se caracterizan por tener un crecimiento lento, son encapsulados, no producen metástasis, y no afectan el estado general del paciente.

- **FIBROMA** : neoplasia benigna de tejido conectivo ; los fibromas del parodonto provienen de tejido conectivo gingival o del ligamento parodontal.

Son tumores esféricos, de crecimiento lento, tienden a ser firmes y nodulares, aunque pueden ser blandos y pediculados. Estos situados superficialmente, por lo que pueden ulcerarse y sanar; raros de dolor; se presentan con mayor frecuencia en la edad avanzada.

- **HEMANGIOMA** : es otro tumor benigno de origen vascular, formado por vasos sanguíneos. Generalmente es de dos tipos : Capilar y Cavernoso.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

Son tumores blandos, sésiles o pediculados, indoloros; el contorno puede ser liso, irregular o bulboso; el tamaño y la relación del tumor con los tejidos adyacentes es variable; su color depende de la cantidad, tamaño y tipo de vasos.

Estas lesiones tumorales frecuentemente aparecen en la papila interdientaria, y crecen lateralmente hacia los dientes adyacentes; como están sometidos a los traumatismos de la masticación, determinan una marcada hemorragia y ulceración.

- EPULIS : Se le denomina también Granuloma Reparador de Células Gigantes, y se trata de un crecimiento de tejido blando, sólido, localizado y que se presenta sobre el espacio interproximal de la encía, a nivel del cuello del diente, está adherido a los tejidos por medio de un pedículo estrecho.

Pueden aparecer en la papila interdientaria, o en el margen gingival; puede ser sésil o pediculato. Su aspecto varía desde el de una masa regular y lisa, hasta una protuberancia multiloculada en forma irregular con indentaciones superficiales. Ocasionalmente presentan ulceración marginal.

Las lesiones son de tamaño variable, pudiendo llegar a cubrir varios dientes; pueden ser firmes o esponjosos; su color varía desde el rosa hasta el rojo profundo; al aumentar de tamaño, puede resultar herido con la masticación, produciendo hemorragia y algunas veces necrosis superficial.

- **TUMOR DEL EMBARAZO** : El agrandamiento gingival circunscrito, de aspecto tumoral es una lesión inflamatoria de la encía, que es resultado de la respuesta a los factores irritantes locales, modificado por el estado del paciente.

Generalmente aparece después del tercer mes de embarazo; es una lesión inolora, que aparece como una masa esférica achatada, fungiforme, lobulada en su periferia, emergiendo del margen gingival por su zona interproximal, vestibular o lingual e insertada por una base pediculada o sétil. Tiende a expandirse lateralmente por la presión que ejercen la lengua y el carrillo.

Frecuentemente al terminar el embarazo, se reduce espontáneamente el tamaño del agrandamiento gingival, al restablecerse el equilibrio hormonal.

CAPITULO V

DIAGNOSTICO CLINICO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL 6

INTERPRETACION RADIOGRAFICA

El Diagnóstico es el proceso mediante el cual se re conoce la naturaleza de una enfermedad. Es indispensable - elaborar un buen diagnóstico para poder llegar a un tratamien to adecuado.

La recopilación de datos por obtener, basado en la Historia Clínica, Exámen Clínico, Exámen Radiográfico y Prue bas de laboratorio, son valores para obtener un Diagnóstico acertado.

La Historia Clínica en Periodoncia, se puede dividir en dos secciones :

1. Antecedentes Patológicos del paciente.
2. Parodontograma, que es la reproducción de todos los datos obtenidos a través del estudio clínico y radiográfico.

En la Historia Clínica Parodontal se analizará :

- a) Tratamientos previos.
- b) Antecedentes de la salud actual.
- c) Antecedentes patológicos familiares.
- d) Hábitos.
- e) Oclusión.
- f) Prótesis.

- g) **Apreciación Radiográfica.**
- h) **Pruebas de Laboratorio.**
- i) **Diagnóstico.**
- j) **Plan de Tratamiento.**
- k) **Indicaciones Protésicas.**
- l) **Pronóstico.**

El Diagnóstico debe cubrir tres etapas principales :

- 1.- Interrogatorio.
- 2.- Inspección Armada.
- 3.- Interpretación Radiográfica.

1.- **Interrogatorio** : consiste en una serie de preguntas que se le hacen al paciente, con el fin de conocer el porqué de la visita al Cirujano Dentista.

Del interrogatorio se obtendrán los datos y datos generales, como son : nombre, domicilio, edad, antecedentes - patológicos y no patológicos, intervenciones quirúrgicas, intolerancia a medicamentos, alimentos, bebidas, etc.

El diagnóstico debe estar basado en la evaluación general del paciente, así como en el examen detallado de la cavidad oral.

2.- **Inspección Armada** : se lleva a cabo con el auxilio de instrumental especializado, que permite o facilita la localización de trastornos en los tejidos de soporte del diente.

Los métodos de inspección armada para la localización de padecimientos parodontales son :

a) Inspección : se realiza con auxilio de instrumental, lo que permitirá conocer la presencia, localización y profundidad de las bolsas parodontales, por medio del Parodontometro o Sonda Milimetrada, así como la localización y profundidad de los cálculos dentarios supra y sub-gingivales, materia al ba y dentritus alimenticios.

b) Palpación : se realiza con los dedos, o con el auxilio de un instrumento, de esta manera nos daremos cuenta del estado de la encía, carrillos, labios, mucosa oral, y graduar el gra do de movilidad dentaria.

c) Percusión : ayudará a localizar las lesiones inflamatorias agudas de la membrana parodontal. Se llevará a cabo con auxilio de un instrumento en sentido vertical y horizontal al eje longitudinal del diente.

Si se manifiesta una reacción a la percusión vertical, es signo de una alteración pulpar o inflamación del ligamento periapical; o si existe reacción a la percusión hori zontal, es signo de una alteración del ligamento parodontal.

d) Pruebas de Laboratorio : son coadyuvantes en el diagnósti-
co de la enfermedad, o definitivas para establecerlo. Se rea lizan por medio de frotis, cultivos bacterianos, o biopsias - en caso de neoplasias.

En el caso de que se tenga que realizar una interven ción quirúrgica, son indispensables los exámenes de química

sanguínea, valor hematocrito, valor hematópoyético, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación y de protombina; ya que así se tendrá un mayor control sobre el paciente, lo que ayudará tanto en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. (Pre-operatorio, Operatorio, Post-operatorio).

e) Transiluminación : consiste en la aplicación de un haz luminoso a través de los tejidos, lo que ayudará a localizar cáculas dentales infragingivales en las caras proximales de las piezas dentarias, así como para identificar caries interproximal.

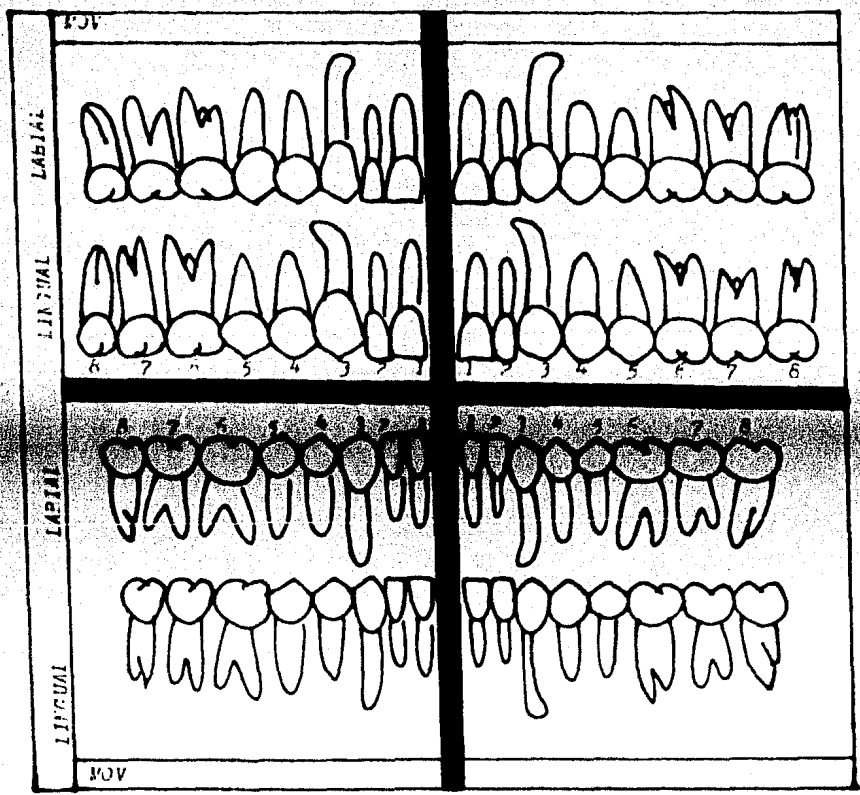
INTERPRETACION RADIOGRAFICA

La obtención de una radiografía como auxiliar en el diagnóstico de la enfermedad periodontal, es importante, ya que permitirá establecer un diagnóstico, pronóstico y tratamiento más preciso.

Los datos más importantes que se obtienen de una interpretación radiográfica son :

- a) Relación Corona-raíz.
- b) Posición y forma de la raíz o raíces.
- c) Resorción de la Cresta Alveolar.
- d) Disposición trabecular; grado de calcificación del hueso, ya que a mayor calcificación, mejor pronóstico.
- e) Resorción ósea; que puede ser vertical u horizontal.
- f) Zonas de Hipercementosis; producida por trauma -

P A R T E D E L P R O G R A M A



MARGEN GINGIVAL ~


MARGEN OSEO - - - -


CARIES ■


PIEZAS INCLUIDAS ▲

PIEZAS AUSENTES ✕

IMPACCION DE ALIMENTOS ↓

RESTAURACIONES 

PROTESIS FIJA 

PROTESIS REMOVIBLE 

MOVILIDAD 1° 2° 3°

CAPITULO V I

TECNICAS QUIRURGICAS PARODONTALES DE

TRATAMIENTO

Una vez establecidos el diagnóstico y el pronóstico, se planea el tratamiento. El plan de tratamiento es la guía para el manejo del caso. Incluye todos los procedimientos que se requieren para el establecimiento y mantenimiento de la salud bucal; con las indicaciones de la utilización de - procedimientos quirúrgicos mucoperiosteales o reconstructivos, corrección oclusal, clase de restauraciones, etc.

La meta del plan de tratamiento es el tratamiento total, es decir, la coordinación de todos los procedimientos terapéuticos con la finalidad de crear una dentadura que funcione bien en un medio ambiente periodontal sano.

El plan de tratamiento se divide en cuatro fases :

1. Fase de Tejidos Blandos :

Este incluye la eliminación de la inflamación gingival, bolsas periodontales y los factores que las originan; el establecimiento - del contorno gingival y las relaciones mucoperiosteales que - conduzcan a la preservación de la salud parodontal; restauración de la caries; corrección de márgenes de restauracio-

nes existentes; remodelado de las superficies proximales, - vestibulares y linguales, rebordes marginales de las restauraciones, para proporcionar el contacto proximal adecuado y vías de escape para los alimentos.

2. Fase Funcional:

Una relación oclusal óptima, es aquella que proporciona la estimulación funcional necesaria para preservar la salud parodontal. Para conseguirla se requiere de un ajuste oclusal; procedimientos restauradores protéticos y ortodónticos; ferularización y corrección de hábitos de bruxismo, apretamiento y rechinar.

3. Fase Sistemática :

Los estados sistémicos pueden demandar que se tomen precauciones especiales durante el tratamiento parodontal, que afectan a la respuesta, a los procedimientos terapéuticos o amenazan la preservación de la salud parodontal una vez concluido el tratamiento

4. Fase de Mantenimiento :

Incluye todos los procedimientos para mantener la salud parodontal, una vez que se consiguió. Consiste en la enseñanza de la higiene bucal, citación del paciente a intervalos regulares para controlar el estado del parodonto, el estado de la operatoria dental y la necesidad de seguir el ajuste oclusal; y radiografías de control.

Las Técnicas Quirúrgicas de Tratamiento son los medios por los cuales se elimina la enfermedad y se restablece

la salud de los tejidos parodontales. El objetivo del tratamiento es la eliminación tanto de los factores locales, - como de los factores sistémicos.

Las principales Técnicas Quirúrgicas de Tratamientos Parodontales son :

- 1) Raspado y Curetaje.
- 2) Gingivectomía.
- 3) Gingivoplastia.
- 4) Técnicas de Colgajo.
- 5) Osteotomía y Osteoplastia.
- 6) Cirugía Mucogingival :
 - a) Extensión o Profundización de Vaguitas.
 - b) Extensión de la Encía Insertada.
 - c) Frenectomía o Frenipectomía.

Antes de iniciar cualquier tratamiento dental o parodontal es necesario realizar una odontoxésis u pulido de las piezas dentarias.

1) RASPADO Y CURETAJE :

Entre los diferentes métodos curativos de que dispone la terapéutica parodontal, está el raspado y curetaje, de nominado también ODONTOEXESIS O LEGRADO.

RASPADO : Es la técnica por medio de la - cual se tiende a eliminar los irritantes que se encuentran adheridos a los tejidos duros, o sea al esmalte y al cemento

CURETAGE : Es el procedimiento que sirve para eliminar el tejido enfermo que se localiza en la pared lateral del intersticio gingival normal o patológico, denominado bolsa.

INDICACIONES :

- a) Eliminación de Bolsas Supraóseas.
- b) En casos de Gingivitis, excepto en Hiperplasia Gingival.
- c) Para tratamiento de Bolsas Infraóseas.
- d) Para lograr una adherencia epitelial.
- e) Eliminar los elementos irritantes que se encuentran alrededor del intersticio gingival y sobre los tejidos dentarios.

- RASPADO :

Primero se observa la profundidad del cálculo; después se introduce el instrumento por debajo del cálculo con el propósito de eliminarlo totalmente, y noirlo adelgazando. Se realizará con un movimiento de tracción hacia la corona dentaria presionando ligeramente sobre la superficie del diente (corona y raíz).

El movimiento de tracción deberá ser ejercido en coordinación del antebrazo, muñeca y dedos. Siempre deberá buscarse un punto de apoyo, ya sea en la pieza dentaria que se está tratando, o bien en las piezas dentarias adyacentes. Esto deberá realizarse en todas las caras del diente, con el instrumento adecuado, como son cinceles, azarones, hoces y limas.

- CURETAJE :

Se emplea para eliminar el revestimiento interno enfermo de la pared de la bolsa, incluso la adherencia epitelial. Con esta finalidad se utilizan curetas con bordes cortantes en los dos lados de la hoja, de modo que la misma operación alise la raíz.

Se introduce la cureta de modo que tome el tapiz interno de la pared de la bolsa y se desliza por el tejido blando hacia la cresta gingival. La pared blanda se sostiene con presión digital suave sobre la superficie externa. Los movimientos serán de tracción.

De acuerdo al paciente se utilizará anestesia tópica, y en el caso lo amerita, anestesia por infiltración local, o bien regional.

El tratamiento se realizará en la totalidad del diente o dientes afectados.

Al finalizar estas dos técnicas se hará un pulido y alisado de todas las superficies dentarias tratadas, principalmente las radiculares; una vez pulidas, se limpia con agua tibia y se ejerce presión suave para adaptar la encía al diente.

Se indica al paciente seguir sus hábitos normales de alimentación, pero no traumática, pero que tenga en cuenta que sentirá cierta molestia durante los primeros días. Deberá prestar especial atención a la limpieza dental, la cual primero será suave, y después se aumentará gradualmen-

te el vigor del cepillado, además, la utilización del hilo dental.

2) GINGIVECTOMIA :

La Gingivectomía es una serie de procedimientos quirúrgicos encaminados a la eliminación total de la bolsa paradental, mediante el corte o excisión de las paredes que la forman.

Los objetivos fundamentales de la Gingivectomía son:

- a) Eliminar la encía enferma que forma la pared lateral de la bolsa.
- b) Eliminar los irritantes locales que se encuentran en el intersticio paradental.
- c) Devolver a la región operada su forma y funciones normales.

-INDICACIONES :

- a) Bolsas gingivales en las cuales la pared este fibrosa.
- b) Bolsas supraóseas con resorción horizontal.
- c) Cráteres interdientales.
- d) Fisuras gingivales.
- e) Festones gingivales.
- f) Erupción activa alterada.
- g) Falta de armonía anatómica del margen gingival.
- h) Hiperplasias medicamentosas.
- i) Lesiones de Furcación.
- j) Abscesos periodontales.
- k) Bolsas infraóseas.

- TÉCNICA DE LA GINGIVECTOMIA :

Se empieza a preparar adecuadamente al paciente desde su primera visita. Se realizará una historia clínica completa.

La cavidad bucal se dividirá en cuadrantes, que se operarán individualmente uno por semana.

La técnica quirúrgica consiste en :

1er Paso : Anestesia por infiltración.

2º Paso : Marcado de Bolsas : La profundidad de las bolsas se obtiene mediante el empleo de las pinzas de Krame Caplan, estas pinzas son dos, una izquierda y otra derecha; con ellas se determina el nivel de inserción de la bolsa. Con 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 sanarante 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 realiza también en lingual.

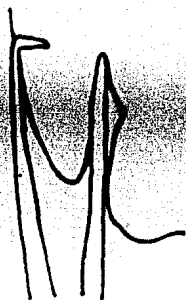
3er Paso : Incisión : Se pueden utilizar dos incisiones : a) Incisión Continua : se comienza en la superficie vestibular del último diente, y se lleva hacia delante, sin interrupción, siguiendo el curso de las bolsas hasta la línea media.

b) Incisión Discontinua : se comienza en la superficie distovestibular del último diente y se lleva hacia el ángulo distovestibular del diente contiguo. Estas inci -

ciones son individuales y se repiten hasta alcanzar la línea media.

Las incisiones se realizaron por debajo de los puntos sangrantes, colocando el bisturí a unos 45° hacia incisal, y se realizó tanto en vestibular como en lingual. Esta incisión se denomina bicelada.

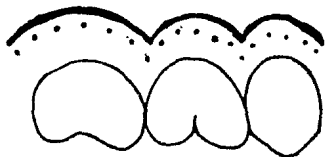
Hechos los cortes vestibular y lingual, se procede a unirlos por medio de un corte distal del último molar erugcionado.



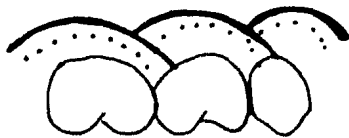
MARCACION DE LA PROFUNDIDAD
DE LA BOLSA



INCISION POR DEBAJO DE LA
MARCA A 45° BICELADA
HACIA INCISAL.



INCISION CONTINUA



INCISION DISCONTINUA

4º. Paso : Se procede a desprender el margen gingival con bisturí o con leora; empezando en la cara distal del último molar, eliminando la encía vestibular y lingual. Al eliminar el tejido se observa tártaro, caries y ablandamientos necróticos de cemento.

5º. Paso : Se remueve el tejido de granulación, mediante la técnica de Raspado y Curetaje.

6º. Paso: Se lava con una solución de suero fisiológico; debe tratarse de que no se presente hemorragia, pero si ésta existe, deberá contenerse. La región tratada, deberá estar cubierta por un coágulo uniforme y bien formado.

7º. Paso : Colocación del Apósito Dental ó Cemento Ostróptico, el cual está constituido por polvo y líquido

Modo de prepararse : el polvo se va incorporando gradualmente al líquido, hasta que se forme una pasta consistente como masilla, no pegajosa.

El apósito se moldea en forma de cilindro, y se coloca sobre la superficie tratada, presionándolo suavemente. No deberá quedar excéntrico, ni que interfiera la oclusión.

- FUNCIONES DEL APOSITO DENTAL :

1. Controla la hemorragia postoperatoria.
2. Minimiza la posibilidad de infección.
3. Proporciona cierta ferulización de dientes móviles.
4. Facilita la cicatrización al prevenir el traumatismo superficial durante la masticación y la trit

tación provenientes de la placa y residuos alimenticios.

5. Actúa como sedante al cubrir la reacción iniciada, para prevenir o evitar dolores causados.

El apósito deberá permanecer en la boca por lo menos una semana, debido a los cambios histológicos durante la cicatrización.

3) GINGIVOPLASTIA :

Es la remodelación de la encía, con el propósito de crear un contorno gingival fisiológico y anatómico. Esto con el objeto, que permite el paso libre de los alimentos y que no se acumulen en la encía y la irrita, además para que ayude a la autocistis, y con el paso de los alimentos estimule a la encía.

Generalmente se realiza cuando se ha hecho una Gingivectomía, o bien independientemente por la falta de vértice - en las papilas interdentarias, cráteres gingivales, encía marginal mal cicatrizada con bordes gruesos y fibrosos, en un ligero desnivel en los márgenes gingivales, o mal alineamiento de dientes.

Los objetivos principales de la Gingivoplastia son :

- a) Crear un bicelado y afinamiento del margen gingival.
- b) Hacer un adelgazamiento de la papila para darle terminación de filo de navaja.
- c) Creación de un margen gingival festoneado

- d) Adelgazamiento de la encía insertada.
- e) Creación de surcos interdentes verticales y remodelado de papila interdentaria para permitir o proporcionar el paso y vías de escape a los alimentos.

- TÉCNICA DE LA GINGIVOPLASTIA :

Esta técnica se puede realizar con bisturí, piedras montadas de diamante de grano grueso o electrocirugía.

Antes de iniciar el tratamiento, es recomendable hacer primero una odontoxésis, con el propósito de eliminar los irritantes locales que se pueden encontrar en la cavidad oral, como es un pulido a las superficies dentales, para que no puedan adherir a la encía.

Los pasos a seguir en la Gingivoplastia son :

1° Anestesia por infiltración, de preferencia en las papilas interproximales, con el objeto de lograr una anestesia inmediata, rindiz de los tejidos, además de - isquemia, y de menor sangrado al intervenir.

2° - Para poder realizar la Gingivoplastia con bisturí, la encía deberá estar adherida al diente; y al hacer la incisión, la inclinación del bisturí será de 45°; - posteriormente se colocará el bisturí vertical y paralelo al margen gingival y se raspará para dejar la superficie lisa y así obtener un mejor bisel.

- Para la Gingivoplastia con piedras montadas de diamante de grano grueso y con alta velocidad, deben

dirar en un movimiento que vaya de la encía al diente, además utilizar un chorro de agua tibia y aire constante.

- El bisturí eléctrico, puede usarse con un mínimo de presión para obtener contornos curvos, y los márgenes agudos para el festoneado. Nunca deberá tocarse el hueso con el electrodo, tampoco las obturaciones metálicas, ni utilizar espejo dental en la boca. El electrodo debe mantenerse en movimiento constante utilizándose a manera de píncel.

4) TECNICA DE COLGAJO :

La técnica de Colgajo permite una correcta inspección y acceso a las lesiones parodontales enfermas, permitiendo de una mayor visibilidad.

Sus objetivos principales son :

- a) Establecer un colgajo del campo a operar
- b) Eliminar los irritantes locales.
- c) Contornear el hueso alterado.
- d) Eliminar el epitelio ulcerado y el tejido conjuntivo expuesto al medio bucal de la pared lateral - de la bolsa parodontal.
- e) Preservar la institución de un coágulo sanguíneo, a través del cual se puedan formar diferentes elementos histológicos del tejido parodontal.

- INDICACIONES :

- a) Abscesos parodontales.

h) Bolsas paradontales profundas, ya sean supraóseas o infraóseas.

c) En casos donde la patología ósea ha alterado el contorno óseo y pueden observarse radiográficamente resorcciones, principalmente de tipo vertical, donde se realizará una Osteotomía y osteoplastia.

d) En casos de raíz descubierta.

La Técnica de Colgajo, ofrece al paciente y al cirujano el beneficio de una intervención a "cielo abierto", lo que permite una excelente visibilidad del campo operatorio, la circulación se efectúa a través del colgajo permitiendo un campo más limpio.

Los desventajas más importantes de esta técnica consisten en que la aproximación y sutura de los colgajos, imponen restricciones a la correcta topografía y anatomía del margen gingival, lo que determina que algunas veces este margen resulte infructuoso.

- TECNICA DE LA TECNICA DE COLGAJO :

1° Anestesia por infiltración : local y regional. La primera dará hemostasia y un campo más limpio, y la regional dará mayor tiempo de trabajo.

2° Se hará una incisión de tipo Newman : Esta incisión es profunda hasta tocar con hueso, se realiza contorneando el cuello de los dientes, y posteriormente se harán dos cortes liberatorios, uno en parte más posterior de la región por operar, y otro en la parte anterior, hasta el

fondo del saco.



**INCISION TIPO NEWMAN : CONTORNEANDO CUELLOS Y CON CORTES
LIBERATRICES**

3° Se levantará el colgajo mucoperiostico por medio de una lepra.

4° Posteriormente se eliminarán los irritantes locales, (cálculos dentarios, tejido de granulación, dentritus alimenticios, sarro), por medio de la técnica de Asapala y Caroleja.

5° Si hay presencia de aristas óseas, se redondean estas por medio de una osteoplastia, eliminando hueso enfermo y dejándolo terso, con un bical semejante al que se obtiene en la gingivestomia. Esto se realizará por medio de una lima para hueso.

6° Se lava con suero fisiológico.

7° Reposición del Colgajo : para lograrlo se plancha el colgajo con una gasa contra los tejidos duros, a base de presión digital.

8° Sutura Interdentaria : se hará en cada espacio interproximal a nivel papilar, opretando las puntadas, de forma que el colgajo quede perfectamente adherido al cuello de los dientes. Se colocará una tela sobre los puntos de sutura para que no se adhieran con el apósito al retirarlo.

9º Se colocará el apósito quirúrgico, el cual deberá retirarse a los ocho días, al igual que los puntos.

5) OSTEOTOMIA Y OSTEOPLASTIA :

- OSTEOTOMIA : Es la técnica mediante la cual se elimina una porción de hueso de soborte enfermo.
- OSTEOPLASTIA : Es la técnica utilizada para devolver al hueso su anatomía y fisiología.

Estas dos técnicas están íntimamente relacionadas, ya que al realizar una osteotomía es necesario realizar la osteoplastia.

- INDICACIONES :

- 1) Cráteres Oseos.
- 2) En presencia de bolsas interproximales profundas con defectos en el tejido óseo.
- 3) Cuando por consecuencia de una deformación ósea existe una meseta en la encía interproximal.
- 4) Lesiones en bifurcaciones y trifurcaciones.
- 5) Cuando el contorno gingival fisiológico no puede ser logrado únicamente por cirugía mucogingival.
- 6) En piezas dentarias con buco o linguoverción y la presencia de una bolsa paradental en el lado opuesto.
- 7) Lesiones derivadas de Bolsas Infrabóseas

- OBJETIVOS :

- 1) Eliminación de hueso enfermo.
- 2) Restablecimiento del contorno funcional, ya que la encla remodelará la forma del hueso subyacente, que le sirve como sostén y patrón.
- 3) Eliminar bolsas paradentales supraóseas e infraóseas.

- TECNICA DE LA OSTEOTOMIA Y OSTEOPLASTIA :

1º Anestesia : será por infiltración, ya sea local o regional, según el área por tratar.

2º Incisión : se realizará la de tipo Newman, la cual se llevará a cabo, a todo lo largo del proceso alveolar de la zona por operar, situándose el contorno del cuello de los dientes, con sus dos cortes liberadoras.

3º Levantamiento del colgajo mediante una leara.

4º Eliminación de Hueso : se utilizará un Osteotomo o Alveolotomo, Lima o Piedras de diamante, para regularizar el hueso alveolar y darle su forma correcta.

Al utilizar el alveolotomo para eliminar irregularidades óseas, será necesario utilizar la lima, con el propósito de eliminar las estrías, para que no actúen como irritantes y retarden la cicatrización.

Al utilizar las piedras de diamante se realizará con un chorro de agua tibia, con el propósito de disminuir la temperatura producida por la fricción de la piedra.

Se verificará la superficie ósea alveolar, pasando suavemente el dedo, hasta no sentir ningún desnivel o arista.

5° Se lava con suero fisiológico, para eliminar los residuos que se encuentran sueltos.

6° Reposición del Colgajo : lo cual se logra adheriéndolo perfectamente con una gasa haciendo presión. Si es necesario se recortará la encía en caso de que ésta se vea abultada.

7° Suturar en los cortes liberatrices e interdentariamente. Se colocará tela telfa para que no se peguen los puntos al opósito.

8° Colocación del Apósito.

6) CIRUGIA MUCOGINGIVAL :

La Cirugía Mucogingival, es el procedimiento quirúrgico por medio del cual es posible obtener una correcta relación entre el fondo de saco vestibular y el margen gingival; permitiendo una zona de encía insertada que llene los requerimientos fisiológicos de la región.

- INDICACIONES :

1) Recesión gingival, que elimina la zona de la encía insertada (erupción pasiva alterada).

2) Bolsas paradontales muy profundas, que llegan a la encía insertada o hasta el fondo del saco vestibular.

3) Inserciones aberrantes de frenillos o ta

jio fibroso, que se adhiera en la zona de la encía insertada.

4) En profundización de vestibulo.

Las técnicas de Cirugía Mucoconjuntival más utilizadas según los casos son :

- a) Para Extensión o Profundización de Vestibulo.
- b) Extensión de la Encía Insertada.
- c) Frenectomía o Frenilectomía.

A) TECNICA PARA EXTENSION O PROFUNDIZACION DE VESTIBULO :

Esta indicada en caso de que el fondo de una bolsa paradental esté cerca o al mismo nivel de la unión mucogingival; y en el caso de que no exista fondo de saco y se tenga que colocar una prótesis total.

PASOS :

- 1º Previa anestesia por infiltración, local y regional.
- 2º Se realiza una incisión, con disturb a nivel del fondo de saco vestibular, lo más profundo posible sobre el hueso alveolar.
- 3º Con una legra se despegan los elementos histológicos de la reacción, y se realiza hemostasia por presión o con pinza de mosquito.
- 4º Una vez que se ha logrado proporcionar

la profundidad deseada al vestibulo, se interponerá un apó
sito quitrúnico, el cual tiene varios fines :

a) Evita que las superficies operadas se pongan en contacto y cicatricen en una mala posición, con lo cual se volvería a instituir la misma situación que se tenía antes de intervenir.

b) Evita el dolor postoperatorio.

c) Evita la hemorragia que se pueda presentarse.

Este apósite se cambia cada ocho días, hasta que la cicatrización quede bien establecida.

B) TÉCNICA PARA EXTENSIÓN DE ENCUA INSERTADA :

Es recomendable cuando, como consecuencia de la otit
ginectomía, la encía insertada se ve disminuida en su lon-
gitud vertical, lo que traerá como consecuencia la reten
ción de alimentos y la posible aparición de bolsas parodontales.
Por lo que es necesario hacer la exten
sión de la encía in-
sertada.

PASOS :

1º Anestesia por infiltración, local o regional.

2º Se realiza una incisión de tipo Newman.

3º Mediante el uso de una leora o de un ins
trumento romo, se separa la encía insertada y la mucosa al-
veolar del periostio y hueso.

4º Se separa el colgajo en dirección labial

y apical.

5° Se recorta a lo largo de la encía marginal del colgajo, y de considerarlo necesario, se puede profundizar el vestíbulo.

6° Se lava con suero fisiológico.

7° Se espera que se forme el coágulo, en donde se encuentra expuesto el periostio, y posteriormente se coloca el apósito quirúrgico, permaneciendo en la boca dos semanas.

C) TÉCNICA DE FRENILECTOMIA O FRENECTOMIA :

FRENILLO : Es el repliegue de la mucosa bucal que se une a la cara interna del labio e insertarse a sus respectivos procesos alveolares superior e inferior de inserciones musculares de determinados músculos.

FRENILECTOMIA O FRENECTOMIA : Es la técnica por medio de la cual se realiza la remoción radical de todo el frenillo, encontrándose éste problema con mayor frecuencia en la zona de incisivos centrales superiores e inferiores, pudiendo presentarse en la zona de premolares, caninos y en la lengua.

La presencia de un frenillo de inserción muy larga, impedirá el realizar una fisioterapia oral adecuada, además de la formación de una bolsa paradontal.

Además ocasiona la formación de mastemas, así co-

no alteraciones fonéticas, y problemas en la articulación.

La técnica de frenilectomía se realizará de igual forma en el frenillo labial que en el frenillo lingual.

PASOS :

1° Anestesia por infiltración local.

2° Se extiende el labio hacia afuera y adelante, y para distender el frenillo se colocan dos pinzas hemostáticas o la mosquita, tomando los extremos del frenillo.

3° Se hacen dos incisiones con bisturí o tijeras. La primera entre el instrumento y la encía; y la segunda entre el instrumento y el labio; el tejido se desprende en forma romboidal.

4° Se realiza un curetaje para eliminar las inserciones musculares.

5° Se hará una incisión horizontal, separando las fibras, y disecando en forma roma hacia el hueso.

6° Se sutura con punto aislado, y encima se coloca telfa.

7° Posteriormente se coloca el apósito quirúrgico, el cual se eliminará a las dos semanas.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS PARA EL PACIENTE TRATADO :

1) No tomar nada hasta que el apósito quirúrgico haya endurecido, y así no provocar que se caiga.

2) El paciente no podrá morder en la zona operada.

3) Comer alimentos semisólidos o líquidos durante el primer día después de la intervención; los días posteriores, llevar una alimentación normal pero sin exceder las -- fuerzas de masticación y no comer alimentos duros, ya que estos podrán ocasionar que se caiga el apósito quirúrgico.

4) Cepillarse los dientes en forma habitual, pero no sobre la zona operada, o sea donde se localiza el apósito.

5) Tratar de conservar lo mayor posible el apósito y en caso de que se caiga, acudir al consultorio dental para colocar uno nuevo.

6) Se recomienda el uso de compresas de hielo durante dos a tres horas después de la intervención.

7) Para combatir el dolor, se prescriben analgésicos cada ocho horas.

8) Se instituye el uso de antibióticos durante 72 horas siguientes a la intervención para evitar una infección en el cejuelo y en la zona operada.

9) Acudir el día de cita que indique el cirujano - dentista para realizar el cambio del apósito quirúrgico y para observar la evolución del proceso de cicatrización.

CAPITULO V I I

PARODONCIA

PREVENTIVA

La Parodencia Preventiva es un programa de cooperación entre el Odontólogo y el Paciente, para la preservación de la dentadura natural previniendo el comienzo, el avance y repetición de la enfermedad paradontal.

La enfermedad paradontal es una de las principales causas de la pérdida de las piezas dentarias, además de otros padecimientos paradontales, se presenta en gran porcentaje de la población; por lo que es de suma importancia prevenirla.

Para poder ejercer una acción preventiva en la comunidad, es necesario que el individuo comprenda y tenga conciencia de la importancia de la conservación de sus piezas dentarias y estructuras de soporte.

Además se le explicará los beneficios de la prevención paradontal, que son entre otros, el conservar las piezas dentarias y la buena salud de sus estructuras de soporte; le permitirá ejercer una buena masticación, y así obtener una nutrición satisfactoria.

La mayoría de los pacientes acuden en busca de tratamiento paradontal en momentos de peligro, a causa del dolor o porque temen perder sus dientes, cuando se requiere un tratamiento muy largo, complicado y muchas veces costoso.

Una mayor atención en la prevención de la enfermedad y su tratamiento en sus períodos tempranos, ocasiona menos problemas que el tratamiento a partir de lesiones avanzadas y agudas.

FACTORES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

Además de ser factores preventivos, intervienen en la recuperación postoperatoria de las intervenciones parodontales. Los factores principales son :

- I. Profilaxis de la Cavidad Bucal.
- II. Limpiadores Interdentarios.
- III. Irrigadores Buccales.

I. PROFILAXIS DE LA CAVIDAD BUCAL :

- a) Cepillo de Dientes.
- b) Dentífrico. Enjuagatorios.
- c) Técnica de Cepillado.
- d) Control de Placa Bacteriana.

a) CEPILLO DE DIENTES :

Existe gran variedad de cepillos, los hay de diversos tamaños, diseños, dureza de cerdas, longitud y distribución de éstas.

La elección del cepillo adecuado para el paciente estará supeditada a la morfología clínica bucal específicas del paciente. Además, existen cepillos eléctricos, recomendados para los individuos impedidos o no iliteratos para el cepillado dental.

El cepillo de dientes es esencial para la prevención, ya que utilizándolo en forma adecuada elimina la placa bacteriana y materia alba, reduciendo así la presencia de la enfermedad periodontal.

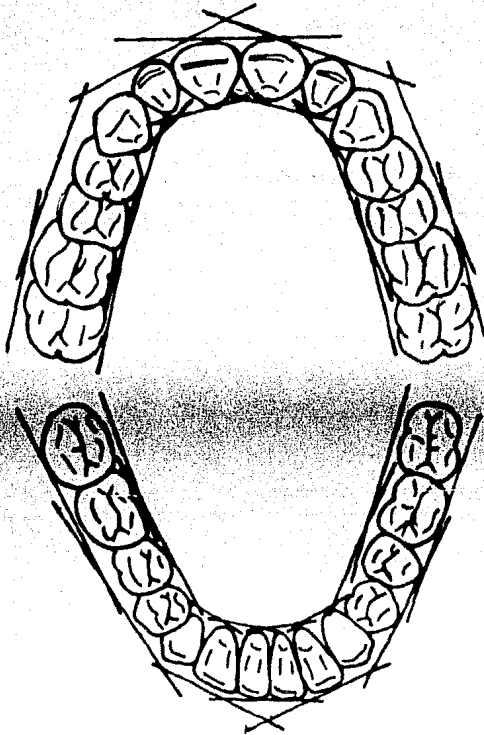
Un cepillo dental debe limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad a todas las áreas de la boca.

- CONDICIONES QUE DEBE REUNIR EL CEPILLO DENTAL :

1. Las cerdas del cepillo dental deben estar dispuestas en manojos, formando tres o cuatro hileras.
2. Las cerdas estarán dispuestas en una porción longitudinal de 3 cm. en promedio.
3. El ancho de la disposición de los penachos será de 8 a 10 mm.
4. La altura de los penachos será de 12 mm.
5. La distribución de los penachos será de tal forma que permitan su fácil higienización.
6. Las porciones terminales de las cerdas, formarán un plano recto.
7. El mango debe ser recto.
8. El tamaño del cepillo dental será de acuerdo a la morfología de la arcada y a la edad del paciente.
9. Las cerdas podrán ser blandas, medianas o duras
10. Cambiar el cepillo dental con regularidad, por lo menos cada dos meses, antes o cuando las cerdas se deformen.

Al hacer el cepillado hay que tener un orden y tomar en cuenta las posiciones, ya que su mala utilización puede

producir abrasiones, surcos, resorción de tejidos, desgastes y traumatizar la papila.



POSICIONES DEL CEPILLO DENTAL PARA LA LIMPIEZA SISTEMÁTICA.

(Las Líneas oscuras señalan las posiciones del cepillo dental, para abarcar las dos arcadas, superior e inferior.)

- VENTAJAS QUE PROPORCIONA EL CEPILLADO :

- 1.- Elimina la película oherita, placa dentobacteriana, materia alba, mucus y dentritus alimenticios.
- 2.- Previene la formación de cálculos dentarios.
- 3.- Estimula la queratinización de los tejidos gingivales, lo que los hará más resistentes a los irritantes - mecánicos, bacterianos y químicos.

b) DENTIFRICOS :

Son complementos para la limpieza y pulido de las superficies dentarias, y se les puede -- utilizar en sus tres presentaciones : pasta, polvo o líquido

El uso de Dentífricos aporta :

- 1.- Ayuda a la eliminación y disolución de restos alimenticios y mucosos.
- 2.- Puede llegar a sitios inaccesibles para el cepillo dental, mediante los oxidantes y disolventes de grasa
- 3.- Contribuye psicológicamente para que el paciente realice un cepillado más fácil y agradable.

Es preciso que los dentífricos sean suficientemente abrasivos para limpiar y pulir satisfactoriamente, pero deben proporcionar un margen de seguridad para proteger al cepillado enérgico contra el desgaste de la sustancia dentaria y de materiales de restauración blandos.

La cualidad abrasiva de los dentífricos afecta al esmalte, pero esto es de mayor importancia en pacientes que tienen dentina y cemento expuestos, menos resistentes. El

Consejo de Terapéutica Dental de la Asociación Dental Americana, determinó los grados de abrasión de muchos dentífricos populares, basándose en la eliminación de la dentina, mediante un cepillado normalizado en un sistema.

Para esta clase especial de pacientes periodontales es preciso elegir un dentífrico que proporcione la eficacia de limpieza que demanda el control de placa, pero con un mínimo de abrasión.

ENJUAGATORIOS :

Por lo general, son soluciones de sabor agradable, aromáticas, que limpian restas sueltas, pero no constituyen un sustituto de la limpieza que se consigue mediante el cepillado y los otros auxiliares de la higiene bucal.

Muchos enjuagatorios producen una disminución transitoria de las bacterias bucales; como la disminución del depósito de placa.

Los productos químicos aromáticos y mejoradores del sabor, hacen que se sienta la boca fresca, y algunos producen una disminución pasajera de los olores bucales, más allá del efecto enmascarador del enjuagatorio. Los olores bucales tienen su origen en factores locales o generales, en ambas clases.

Cuando se desea una acción de enjuague, se diluye algún enjuagatorio popular en una proporción de una parte en tres de agua tibia.

A) TÉCNICAS DE CEPILLADO :

La fisioterapia bucal también se le podría llamar fase de mantenimiento, que consiste principalmente en el cepillado gingivodental y la estimulación de los tejidos parodontales que deriva de dicho cepillado.

El cepillado debe efectuarse por lo menos cuatro veces al día; al levantarse, para eliminar sustancias acumuladas en la noche, y después de cada comida.

Para indicar al paciente la forma correcta de cepillado, se le pide que nos muestre cómo hace su cepillado, ante un espejo y con cepillo húmedo; al darnos cuenta de sus errores en la técnica, se le explica lo que hace y se le enseña la técnica correcta; pero al indicarle, él puede llevar a la práctica lo que más le acomode, o una en que combine todas, pero realizándolo en forma correcta, ya que las necesidades de determinados pacientes son mejor satisfechas mediante la combinación de características seleccionadas de diferentes técnicas. Haciendo caso omiso de la técnica enseñada, por lo general los pacientes desarrollan modificaciones individualizadas de ella.

Se presentan varios métodos de cepillado, cada uno de los cuales, realizado con propiedad, puede brindar los resultados deseados. En las técnicas, la boca se divide en tres secciones; se comienza por la zona molar superior derecha y se cepilla por orden hasta que quedan limpias todas las superficies accesibles.

Las técnicas de cepillado son los métodos que permitirán efectuar una higiene dental adecuada.

Para obtener resultados satisfactorios, como preventivos, el cepillado deberá ser minucioso y constante.

Existen diversas técnicas de cepillado dental y son :

- a) Técnica de Stillman.
- b) Técnica de Stillman Modificada.
- c) Técnica de Charters.
- d) Técnica de Fones.
- e) Técnica de Bass.
- f) Técnicas y Método Fisiológico.

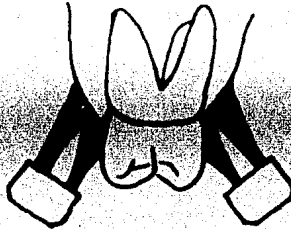
a) TÉCNICA DE STILLMAN :

El cepillo se coloca de modo que las puntas de las cerdas queden en parte sobre la encía, y en parte sobre la porción cervical de los dientes. Las cerdas deben ser oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical. Se ejerce presión lateralmente contra el margen gingival, hasta producir una isquemia perceptible. Se separa el cepillo para permitir que la sangre vuelva a la encía. Se aplica presión varias veces, y se imprime al cepillo un movimiento rotativo suave, con los extremos de las cerdas en posición.

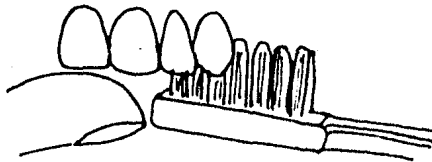
Se repite el proceso en todas las superficies dentarias, comenzando en la zona malar superior, procediendo sistemáticamente en toda la boca. Para alcanzar las super

ficies linguales de las zonas anteriores superior e inferior el mango del cepillo estará paralelo al plano oclusal, y los o tres penachos de cerdas trabajan sobre los dientes y la encía.

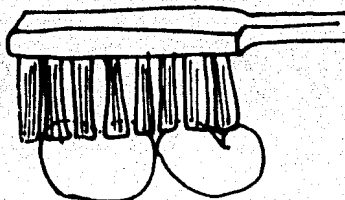
Las superficies oclusales de los molares u premolares se limpian colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y penetrando en profundidad en los surcos u espacios interproximales.



CEPILLO EN LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL DE LOS DIENTES POSTERIORES: SE MUEVE HACIA ARRIBA Y HACIA ABAJO.



CEPILLO EN LA ZONA ANTERIOR



CEPILLO EN LA CARA OCLUSAL SE COLOCARA PERPENDICULAR AL PLANO OCLUSAL

b) TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA :

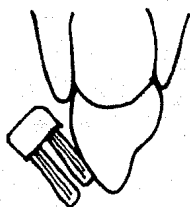
El cepillo se coloca con las cerdas que quedan en el fondo de saco, a 45° del eje longitudinal del diente, y dando ahí, con presión y atracción del cepillo con un movimiento de barrido se lleva el cepillo hasta incisal u oclusal en la cara vestibular de las dos arcadas; posteriormente se realiza en la cara lingual o palatina, e inmediatamente después en las caras oclusales o masticatorias se cepillarán en forma circular.

c) TÉCNICA DE CHARTERS :

Se coloca el cepillo sobre los dientes, con una angulación de 45° , con las cerdas orientadas hacia la corona, o sea, hacia incisal u oclusal, se desliza el cepillo hasta que el costado de las cerdas lleguen al margen gingival, - conservando el ángulo de 45° . Se tira levemente el cepillo flexionando las cerdas sobre el margen gingival, donde las cerdas deberán penetrar en los espacios interproximales, -

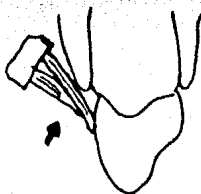
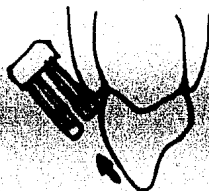
tanto en caras vestibulares como palatinas o linguales de las piezas dentarias con una acción rotatoria.

En las caras oclusales, las cerdas deberán penetrar en los surcos, fosetas, fisuras, realizando movimientos rotatorios.



POSICION I. CEPILLO COLOCADO SOBRE EL DIENTE CON LAS CERDAS ANGULADAS 45° HACIA LA CORONA (INCISAL-OCCLUSAL).

POSICION II. CEPILLO DESPLAZADO DE MODO QUE LAS CERDAS PESCANSEN SOBRE EL MARGEN GINGIVAL.

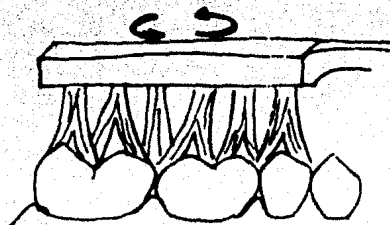


POSICION III. CERDAS FLEXIONADAS CONTRA EL DIENTE Y LA ENCIA.

POSICION IV. CEPILLO CON MOVIMIENTOS ROTATORIOS PENETRAN DO LAS CERDAS EN LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES.



POSICION V. EN CARAS MASTI
CATORIAS, CERDAS PENETRA
DO EN SURCOS FISURAS Y FO
SETAS CON MOVIMIENTOS RO
TATORIOS.



d) TECNICA DE FONES :

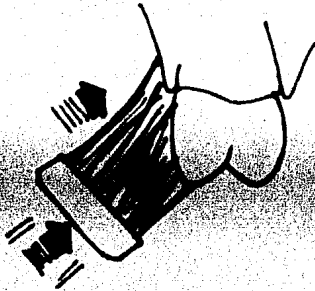
En esta técnica, las piezas dentarias deberán estar en oclusión; las cerdas del cepillo deberán ser presionadas contra los dientes y la encía en una posición en que las cerdas queden perpendiculares al eje longitudinal del diente, y que el mango del cepillo quede paralelo al plano de oclusión, y se realizarán movimientos circulares. Las caras oclusales o masticatorias se cepillarán con movimientos anteroposteriores.

e) TECNICA DE BASS : (LIMPIEZA DEL SURCO)

Se comienza por las superficies vestibuloproximales en la zona de molares, colocando la cabeza del cepillo paralela al plano oclusal con las cerdas hacia arriba, por detrás de la superficie distal del último molar. Se colocan las cerdas a 45° respecto al eje mayor del diente, y se ejerce bastante presión para que queden dentro del surco gingival u sobre el margen gingival, asegurándose de que las cerdas penetren todo lo posible en el espacio interproximal.

Se ejerce una presión suave en el sentido del eje mayor del diente y se activa el cepillo con un movimiento vibratorio hacia adelante y hacia atrás; esto se realizará en caras vestibulares y palatinas.

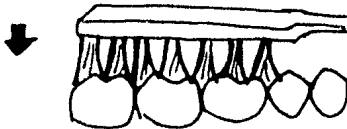
En superficie oclusal se presionan firmemente las cerdas sobre las superficies, introduciendo los extremos de las cerdas en surcos y fisuras; se activa el cepillo con movimientos cortos hacia atrás y adelante.



CERDAS EJERCIENDO PRESION PARA QUE QUEDEN DENTRO DEL SURCO
Y SOBRE EL MARGEN GINGIVAL



SE REALIZAN MOVIMIENTOS HACIA DELANTE Y ATRAS



AL IGUAL EN CARAS MASTICATORIAS

f) TECNICA O METODO FISIOLOGICO :

Es un método en el cual se hace un esfuerzo por cepillar la encía de manera comparable a la trayectoria de los alimentos en la masticación. Esto comprende movimientos sucesivos de barrido, que comienzan en los dientes y siguen sobre el margen gingival y la mucosa gingival insertada.

d) CONTROL DE PLACA BACTERIANA :

En la superficie dentaria se depositan o acumulan sustancias, las cuales se clasifican en dos según su consistencia :

1.- Blandos : placa dentaria, materia blanda.

2.- Duros : cálculos.

Firmemente unidos, adhesivos o poco adhesivos; coloreados o incoloros; transparentes u opacos.

La Placa Dentaria es un depósito blando amorfo granular que se acumula sobre las superficies dentarias, restauraciones y cálculos dentarios. Se adhiere firmemente, y la cual solo se desprende solo mediante la limpieza mecánica. A medida que se va acumulando, se convierte en una masa globular visible con pequeñas superficies nodulares cuyo color varía del gris y gris amarillento al amarillo.

La placa dentaria se deposita sobre una película celular formada previamente que se denomina PELICULA ADQUIRIDA, que es una capa delgada, lisa, incolora, translúcida difusamente distribuida sobre la corona, en cantidades algo mayores cerca de la encía.

La placa no es residuo de los alimentos, pero las bacterias de la placa utilizan los alimentos ingeridos para formar los componentes de la matriz. Los alimentos que más se utilizan, son aquellos que se difunden fácilmente por la placa, como los azúcares solubles: sacarosa, glucosa, maltosa y cantidades menores de lactosa, al igual que los almidones.

La placa es el factor etiológico principal de la caries, gingivitis y enfermedades parodontales, y constituye la etapa primaria del cálculo dentario.

La Materia Alba (acumulación abundante de Placa), es un irritante local que constituye una causa común de gingivitis. Es un depósito amarillo o blanco grisáceo, blanco pegajoso, algo menos adhesivo que la placa dentaria; se ve sin la utilización de sustancias reveladoras, y se deposita sobre superficies dentarias, restauraciones, cálculos y encía, y con mayor frecuencia en el tercio gingival de los dientes en malposición.

El Cálculo es una masa adherente, calcificada o en calcificación, que se forma sobre la superficie de los dientes naturales y prótesis dentales.

Según su relación con el margen se clasifica en:

a) Cálculo Supragingival (cálculo visible) se refiere al cálculo coronario o la cresta del margen gingival y visible en la cavidad bucal; es blanco o blanco amarillento, de consistencia dura, arcillosa y se desprende con facilidad de la superficie dentaria, mediante un raspador.

b) Cáliculo Subgingival, es aquel cáliculo - que se encuentre por debajo de la cresta de la encía marginal, por lo común en bolsas periodontales, y que no es visible durante el examen bucal. La determinación de la localización y extensión de estos cáliculos se realiza mediante el sondeo cuidadoso con un explorador. Es denso y duro, pardo obscuro o verde negruzco, de consistencia pétreo y unido con firmeza a la superficie dentaria.

El cáliculo es la placa dentaria que se ha mineralizado, de modo que la formación del cáliculo comienza con la placa dentaria; la cual endurece por la precipitación de las sales minerales, lo cual, comienza a cualquier momento. La calcificación comienza en la superficie interna de la placa, junto al diente, en focos separados de focos que aumentan de tamaño y se unen para formar masas sólidas de cáliculos.

Tanto la placa dentaria, materia alba como los cáliculos, se pueden depositar e localizar en cualquier superficie dentaria, pero lo hacen principalmente en las zonas en que no realiza una adecuada limpieza, como en las piezas que presentan giroversiones, en apiñamiento de dientes y malformaciones dentarias, y es deber de todo Cirujano Dentista, indicar al paciente que ponga más esmero en su cepillado, y esto se lo podemos hacer ver con el control de placa con las sustancias reveladoras.

El Control de Placa es la prevención de la acumulación de la placa dentaria y otros depósitos sobre los dientes u superficies gingivales adyacentes. Es la manera más eficaz de prevenir la enfermedad periodontal.

El modo más seguro de controlar la placa es la limpieza mecánica con cepillo de dientes, dentrífico y otros auxiliares de la higiene; asimismo se realiza con inhibidores químicos.

PROCEDIMIENTO DE INSTRUCCIONES PARA EL CONTROL DE PLACA :

El Control de Placa tiene tres finalidades :

- 1) En la prevención de la enfermedad gingival y periodontal.
- 2) Como parte crítica del tratamiento periodontal.
- 3) En la prevención de la recurrencia de la enfermedad en la boca tratada.

El procedimiento consiste en :

PASO I. Motivación del Paciente :

Antes de enseñar al paciente qué hacer, debe saber por qué lo hace. La enseñanza de las técnicas adecuadas de higiene bucal no es suficiente; es preciso que el paciente comprenda qué es la enfermedad periodontal, cuáles son sus efectos, que él es propenso a ella y qué puede hacer para protegerse. Debe ser motivado para que desee mantener limpia su boca para su propio beneficio. Hay que dejar entender que la finalidad del control de placa es la salud bucal

y no simplemente el desarrollo de la habilidad manual.

PASO II. Educación del Paciente :

Muchos pacientes creen que el cepillado es para la limpieza de los dientes; se les explicará la importancia en la prevención de la enfermedad periodontal. El cepillado es el procedimiento terapéutico preventivo y auxiliar más importante administrado por el paciente.

El paciente deberá de comprender que el raspado y limpieza periódica de los dientes en el consultorio, son medidas preventivas útiles, pero para que sean más eficaces - hay que combinarlas con la protección continua contra la enfermedad que ellos mismos pueden proporcionar mediante procedimientos diarios de higiene bucal en su casa. Se le explicará que las visitas al dentista se efectúan 2 o 3 veces al año.

Primera Visita de Enseñanza :

- La enseñanza en el consultorio de cómo deben cepillarse los dientes, es más que una rápida demostración del uso del cepillo dental y de elementos accesorios de la higiene bucal. Es un proceso laborioso que ha de ser controlado una y otra vez en repetidas visitas, hasta que el paciente demuestre que ha desarrollado la habilidad necesaria.

LOCALIZACIÓN DE LA PLACA : Se utilizan colorantes reveladores en forma de soluciones o tabletas masticables para localizar la placa y película, que de otra manera escapan a la detección.

La solución reveladora (Tintura de Muscina Básica

al 5-4) se aplica sobre los dientes con una torunda de algodón rociada breve, o diluida en agua como enjuagatorio.

Las tabletas (Eritromicina u otros colorantes) se mastican y se desplazan por la boca alrededor de un minuto.

Muéstrese al paciente la placa coloreada con un espejo; que el paciente elimine la placa teñida con su cepillo. Incluso después de un cepillado vigoroso, queda cierta cantidad de colorante en las superficies proximales; enséñese al paciente como limpiarlas con la utilización de hilo dental y limpiadores interdentarios, seguido de la irrigación de agua a presión.

Valiéndose a retirar los dientes con solución reveladora y repítase el procedimiento de enseñanza hasta que el paciente elimine todo el material coloreable.

Segunda visita de Enseñanza y ulteriores :

Prótese se los dientes con solución reveladora y que el paciente haga la demostración del cepillado y otros procedimientos de limpieza; se harán las correcciones necesarias, asegurándose de que el paciente comprende cuáles son y por qué son necesarias.

Programense las visitas subsecuentes, alargando los intervalos entre ellas, hasta que el paciente consiga la destreza que se precisa para mantener la boca limpia y sana.

- Control de la Placa mediante la Dieta :

Como parte del programa de control de placa, hay que aconsejar al paciente que incluya alimentos fibrosos en su dieta,

parcialmente al final de las comidas, ya que los alimentos fibrosos duros reducen la acumulación de placa y proporcionan una estimulación funcional del ligamento periodontal y del hueso alveolar.

*** El Control de Placa se deberá realizar en todos los pacientes, ya sean niños, adolescentes o adultos; ya que cada uno necesita ejercer su higiene bucal, y todo ser humano está expuesto a los padecimientos periodontales, y pueden contrarrestarlos mediante una adecuada higiene.

II. LIMPIADORES INTERDENTARIOS :

a) Hilo Dental.

b) Conos Interdentarios.

a) HILO DENTAL :

Es un medio eficaz para limpiar las superficies dentarias interproximales, así como para eliminar placa bacteriana y restos alimenticios.

El hilo dental se utiliza de la siguiente forma :

- Se corta un trozo de hilo o seda dental, y se envuelven los extremos alrededor del dedo pulgar y del índice.
- Se pasará el hilo a través del área de contacto suavemente con un movimiento hacia atrás y adelante. No se debe forzar bruscamente el hilo en el área de contacto porque lesionaría a la encía.
- Se realizan movimientos vestibulo-linguales para limpiar el surco gingival.

Esta técnica se realizará primero en la cara distal del último diente superior e inferior, y posteriormente en su cara mesial, pasando después a la cara distal del diente contiguo, y así sucesivamente hasta llegar al último diente del otro lado.

b) CONOS INTERDENTARIOS :

Hay varias clases de conos eficaces para la limpieza de las superficies proximales inaccesibles para los cepillos; siendo de diferentes materiales y estructuras :

- 1) Conos interdentarios de Caucho.
- 2) Conos interdentarios de Madera.
- 3) Conos interdentarios de Plástico.

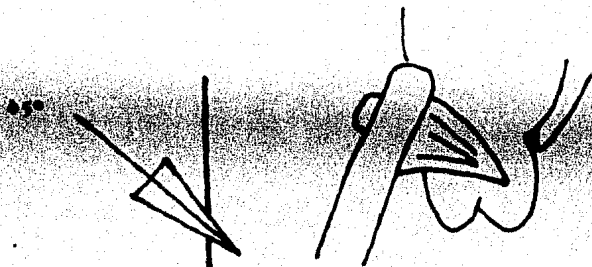
1) Conos de Caucho :

Vienen en el extremo del mango de algunos cepillos o en soportes separados. Cuando llena el espacio interdentario, el cono de caucho se usa para limpiar el surco gingival en las superficies proximales.

El cono se coloca con una angulación aproximada de 45° hacia oclusal con el diente, con su extremo en el surco y el costado presionado contra la superficie dentaria; se desplaza el cono por el diente, siguiendo la base del surco hasta el área de contacto. Este procedimiento se realiza en todas las caras proximales de las piezas dentarias, tanto por la cara vestibular como lingual. La punta del cono de caucho, al estar en la cara proximal se activa mediante un movimiento de rotación, lateral o vertical, limpiando la superficie dentaria interproximal, y al mismo tiempo, presio-

nando contra la superficie gingival y limpiéndole.

2) y 3) Otros limpiadores interdentarios, como los palillos de madera, y los puntos de plástico, también se utilizan para la limpieza de las furcaciones, especialmente en los espacios en que no penetra el cono de hule, y para eliminar residuos inmediatos después del tratamiento periodontal, cuando el estado de los tejidos no permite un cepillado vigoroso.



VISTA VESTIBULO LINGUAL DEL ESPACIO INTERDENTARIO QUE SEÑALA LA ANGULACION ADECUADA DEL CONO INTERDENTARIO (45°)

III. IRRIGADORES BUCALES :

Los aparatos de irrigación bucal, los hay de muchos tipos. Su acción es expulsar un chorro de agua fijo o intermitente a través de una boquilla, bajo presión.

Es eficaz para la higiene bucal como auxiliar del cepillado; se recomienda en pacientes con aparatos ortodónticos y protésicos.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

El Cirujano Dentista tiene la obligación de conocer al Paciente, el cual está constituido por los Tejidos de Soporte del Diente; tomando en cuenta su anatomía, fisiología e histología, porque conociendo la razón por tratar, será más acertado el pronóstico, diagnóstico y el tratamiento.

Es importante el conocimiento de los factores Etiológicos de la Enfermedad Parodontal, tanto de las Lesiones Generales, como de los Psicosomáticos, con el propósito de establecer un Diagnóstico Clínico acertado, y así prevenir y atacar la enfermedad oportunamente; eliminándolos lo más pronto posible, y así devolverle al paciente una buena salud tanto bucal, como general.

Para establecer un Diagnóstico Diferencial acertado, se deberán conocer las diferentes Enfermedades Parodontales, con sus signos y síntomas, indicaciones y contraindicaciones.

En todo paciente que se presente en el Consultorio Dental, antes de iniciar cualquier tratamiento, es indispen-

sable realizar una Historia Clínica completa, la cual, además de los datos personales y antecedentes patológicos, incluirá examen clínico, pruebas de laboratorio, examen radiográfico, y un panorámico; lo que nos ayudará a conocer al paciente y saber cual es el estado actual de su padecimiento, y así poder diagnosticarle el tratamiento más acertado según su caso.

Para el tratamiento de las Enfermedades Parodontales se analizarán cada una de las diferentes Técnicas Quirúrgicas, con sus indicaciones y contraindicaciones, con el propósito de realizar o poner en práctica la técnica más acertada, según el caso de cada paciente.

Para lograr un restablecimiento rápido y menos doloroso para el paciente tratado, se le darán las indicaciones postoperatorias, y así obtener la curación clínica, manteniendo un control sobre los tejidos intervenidos.

A cada paciente se le dará una Educación Dental - para que tenga una mejor higiene, y así con su cooperación se prevenga la enfermedad periodontal, y en el caso de que ya esté presente, combatirla lo más pronto posible, y así contrarrestar sus secuelas.

La principal medida de prevención de la enfermedad

parodontal consiste en realizar una adecuada técnica de cepillado, combinada con la utilización del hilo seda dental, lo que ayudará al paciente a reducir los problemas de la cavidad oral.

A cada paciente se le tratará íntegramente, haciendo hincapié en los problemas parodontales, pero también se incluirán los demás tratamientos odontológicos, como son : la operatoria dental, prótesis, endodoncia, exodoncia; y así devolverle una buena anatomía, fisiología, histología, higiene y estética, no solo bucal, sino también general.

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

PERIODONTOLOGIA CLINICA
IRVING GLICKMAN
EDITORIAL INTERAMERICANA
CUARTA EDICION

CLINICA DE PARODONCIA
LUIS LEGARRETA REYNOSO
EDITORIAL LA PRENSA MEDICA MEXICANA
PRIMERA EDICION

PERIODONCIA
HENRY M. GOLDMAN
EDITORIAL INTERAMERICANA
PRIMERA EDICION

PERIODONCIA
BALINT ORBAN
EDITORIAL INTERAMERICANA
PRIMERA EDICION

CIRUGIA BUCAL
G.A. RIES CENTENO
EDITORIAL EL ATENEO
SEPTIMA EDICION

MEDICINA BUCAL
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DR. LESTER W. BURKET
EDITORIAL INTERAMERICANA
SEXTA EDICION

IPSO
INFORMACION PROFESIONAL Y SERVICIOS AL
ODONTOLOGO
EDITORIAL IPSO
SEGUNDA EDICION

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
FRANK M. MCCARTHY
EDITORIAL EL ATENEO
SEGUNDA EDICION