

2ej 45

Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



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

**PREVENCION Y TRATAMIENTO
EN AFECCIONES PARODONTALES**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
JAVIER IGNACIO ALVAREZ ALVA**



MEXICO, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

Páginas.

Prólogo

CAPITULO I

Introducción.

1-2

CAPITULO II

Generalidades.

(Anatomía, Histología y Fisiología de los elementos que integran el parodonto).

1.- CLASIFICACION.

3

2.- DEFINICION PARODONCIA.

3

3.- ENCIA.

4-5

a) División anatómica de la Encía.

b) Encía Libre ó Marginal.

c) Encía insertada ó adherida.

d) Encía Alveolar ó Areolar.

4.- CAPA BASAL.

6-7

5.- LIGAMENTO PARODONTAL.

8-9

a) Crestas.

b) Funciones del Ligamento Parodontal.

c) Fibras Parodontales.

6.- CEMENTO.

10

7.- HUESO ALVEOLAR.

11

CAPITULO III

Principios de Enfermedad Parodontal.

A) Inflamación

12-13

b) Placa Bacteriana.

14-15

CAPITULO IV

Clasificación de enfermedad Parodontal.

16-23

- 1.- Enfermedad Parodontal Crónica.
- 2.- Enfermedad Parodontal Aguda.
- 3.- Enfermedad Parodontal Degenerativa.
- 4.- Tratamiento y Técnica.

CAPITULO V

Características Clínicas.- Etiología.- Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Parodontales.

I.- PLACA DENTAL INICIADORA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL MARGINAL.

24-25

- a) Factores Coadyubantes.
 - 1.- Factores Extrínsecos ó Locales
 - 2.- Factores Intrínsecos ó Generales.

II.- ENFERMEDADES PARODONTALES CRONICAS.

25-40

- A.- Gingivitis
- B.- Parodontitis.

A.- Gingivitis

25-30

- a) Gingivitis Medicamentosa.
- b) Gingivitis Tóxica.
- c) Gingivitis Escorbútica.
- d) Gingivitis Hiperplástica Congénita ó Fibromatosis Congénita.
- e) Gingivitis Descamativa Crónica ó Gingivosis.
- f) Gingivitis del Embarazo.

B

B.- Parodontitis.

30-40

- a) Sintomatología.
- b) Prevención.
- c) Estados Locales.
- d) Tratamiento.
- e) Instrumental y Medicamentos.

C.- Enfermedades Agudas.

41-44

- a) Guma.
- b) Gingivitis Ulceronecrosante ó Boca de Trinchera.
- c) Gingivitis Herpética ó Viral.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO

1.- Técnica Quirúrgica.

45-46

- a) Fase Prequirúrgica.
- b) Fase Quirúrgica.
- c) Fase Pos-Quirúrgica.

2.- LEGRADO PARODONTAL

47-48

a) Técnica.

3.- GINGIVECTOMIA

49-50

- a) Técnica Clásica.
- b) Técnica de Bicel Interno.

4.- GINGIVOPLASTIA.

51

a) Técnica.

5.- FRENILECTOMIA O FRENECTOMIA.

51-53

a) Técnica.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

54-55

BIBLIOGRAFIA

56-57

P R O L O G O :

La enfermedad Parodontal se podrá prevenir siempre que - haya comunicación Paciente-Odontólogo-Paciente.

Las bases en que se ha cimentado la Odontología Preventiva a nivel generales de que es mejor prevenir que eliminar.

En el caso de las enfermedades parodontales hay que evitarlas hasta donde sea posible y en caso de que hayan aparecido hacerlas lo menos problemáticas.

Cuando mas pronto acuda el paciente y el odontólogo general ó de alguna especialidad e informe la situación, pronto nos daremos un enlace para conocer la situación y el padecimiento - para así atacarlo lo más pronto posible.

El tratamiento ó tratamientos deberán hacerse indicar al paciente que sean necesarios por su salud local y general a la vez.

En México, hay diferentes medios de comunicación y se -- han utilizado para fines en el aspecto de salud y enfermedad -- con buenos resultados (a nivel vacunas, riesgos, etc. etc.), -- bien podriamos también utilizarlos para dar información propia de la odontología, tanto en información desde un cepillado hasta dar la dirección de las diferentes clínicas que hay en las -- diferentes zonas en que se ubican, no con esto se indica que el odontólogo a nivel particular se le hará menos, sino será al --

contrario porque empezará a dar valor el Mexicano ó algo que --
siempre deja al último como lo es la salud y buscará su benefi-
cio tanto anatomo-físico-funcional como económico.

La boca es reflejo de tu organismo.

La prevención no solo se reflejará en la salud sino en lo
económico, ya que previniendo los gastos reducirán en un nivel
muy alto y no será este servicio solo para determinado grupo de
personas, sino para todos y principalmente a los niños.

C A P I T U L O I

- INTRODUCCION -

Hoy y siempre la enfermedad parodontal constituye un importante problema en la práctica odontológica.

Desgraciadamente el tratamiento parodontal ocupa todavía un segundo término, pues se le dá siempre preferencia al problema de caries, siendo que tan responsable es uno como el otro de la pérdida de piezas.

Por tal motivo es de suma importancia diagnosticar y tratar la enfermedad parodontal y el Cirujano Dentista de hoy en día no solo debe interesarse por la parte restaurativa y protésica de la cavidad bucal sino que también solucionar los problemas Clínicos difíciles como los que originan las enfermedades de los tejidos de soporte del diente.

Por lo que debe conocerse, Etiológica y Sintomatología de las Enfermedades Sistémicas y aplicarlas para un mejor tratamiento parodontal.

La solución a este problema no es tarea fácil pues en -- nuestro medio, mientras el paciente no experimenta dolor, opone cierta resistencia al tratamiento cualquiera que este sea.

Ahí es donde debemos adoptar una postura Educativa e -- instructiva, y explicarle al paciente de una manera sencilla -- las consecuencias que trae consigo la enfermedad parodontal a --

pesar de que sus piezas dentarias estén bien tratadas.

C A P I T U L O I I

- GENERALIDADES -

1.- CLASIFICACION.

PARODONCIA.

Rama de la Odontología que estudia las enfermedades que afectan las estructuras que soportan a los dientes y que a su vez nos sirve para su prevención y tratamiento de las mismas.

PARODONTOLOGIA O PERIODONTOLOGIA.

Se encarga del estudio de las estructuras que se encuentran alrededor de los dientes, ó sea que es la parte que corresponde a las inmediaciones del diente (cuello) que rodea al mismo y le sirve de protección y sostén.

Parodonto: Para cerca, de inmediato.

Odonto: diente.

2.- La Parodoncia es una ciencia que básicamente se dedica a la protección de las enfermedades parodontales; la causa principal de la decadencia, pérdida de los dientes es la caries en las primeras décadas de la vida y en la tercera es la enfermedad parodontal.

Para su estudio se ha dividido en cuatro estructuras

2 estructuras blandas

2 estructuras duras.

Las dos blandas serán la encía y ligamento parodontal.

Las dos duras serán el hueso alveolar y el cemento radicular.

3.- ENCIA.

Cubre los procesos alveolares, recubre al paladar y va tomando la forma del hueso subyacente y envuelve a los dientes a nivel cervical.

Color.- Depende del tipo de encía se esté hablando, la raza, -- grado de queratinización, del grosor del epitelio así -- como del grado de vascularización.

(Color normal rosa pálido se ven manchas de melanina).

Forma.- Va a seguir el contorno de los dientes, se tiene las papilas interdenterias .

Textura.- Tiene un aspecto de cáscara de naranja puntillada únicamente en dientes anteriores, tanto en superiores como inferiores, tiene forma de pirámide triangular con vértice hacia apical, filo de cuchillo, collado (únicamente en dientes posteriores), son las papilas correspondientes a la encía libre.

Textura.- Aterciopelada y tiene un aspecto de cáscara de naranja puntilleada y se debe a las interdigitaciones del tejido conjuntivo con el epitelio, se observa solo en la encía insertada y dientes anteriores.

A) DIVISION ANATOMICA DE LA ENCIA.

A) Encía Libre o Marginal. Es parte coronaria no inserta da que rodea al diente.

B) Encía Insertada o Adherida. Tiene características de puntilleo puede ser: grueso o fino.

C) Encía Alveolar o Areolar. se encuentra en fondo de saco hay una línea muco gingival (entre la encía alveolar y la insertada). Tiene una unión laxa y es móvil.

CONSISTENCIA.

Es firme porque se encuentra permanentemente unida al hueso.

La encía está formada por dos tipos de tejido.

CONJUNTIVO Y EPITELIAL.

El epitelio masticatoria se observa únicamente desde la punta de la papila hacia afuera y la zona que suple el doblez - hacia adentro se llama epitelio de zurco.

En epitelio masticatorio tiene cuatro capas.

BASAL, ESPINOZA, GRANULOSA Y QUERATINIZADA.

La Basal esta unida a la lámina basal.

La Queratizada es la mas superficial, se está descamando continuamente.

El epitelio del zurco está formado por dos capas que son la basal y espinoza.

4.- LA CAPA BASAL.-

Se realiza la mitosis.

Esta formada por una sola hilera de células cuboidales y se une al tejido conjuntivo por medio de la Lámina Basal, las células que le siguen son de forma rectangular son las de la Capa Espinoza, en la capa Granular están las células más achata--das y en estas están los gránulos de queratina inmadura y melanina.

El epitelio está formado por 30 capas de células, aproximadamente.

Las que se observan son las de la capa queratinizada que se están descamando constantemente.

ACIDO COIDINTRIN SULFATO

ACIDO HIALURONICO.

HEPARINA.

Estas se encuentran entre los tejidos y forman la substancia fundamental del epitelio. Otra forma de unión del epitelio es por desmosomas. Cuando es una célula se le llama hemidesmosoma.

ADHERENCIA EPITELIAL.

Una forma de unión del epitelio del diente, formada por:

- a) Hemidesmosomas.
- b) Fuerzas de Vander Wals.
- c) Puentes Tricálcicos.

d) Puentes de Hidrógeno.

FIBRAS GINGIVALES.

Son las que mantienen la unión entre la encía y el diente y al diente en posición, éstas están formadas por:

- a) dento gingivales.
- b) dento periostales.
- c) cresto alveolares.
- d) circulares.
- e) transceptables.

a) Van del diente a la encía

b) Van del diente hacia la cresta alveolar.

c) Dan una vuelta en la encía y sirven para unir la encía al hueso.

d) Se observan en forma de anillo y tienen inserción propia.

e) En las que van de un diente a otro y mantienen el espacio entre diente y diente.

Las fibras se están renovando cada 50 a 90 días.

Fibras gingivales son tejido.

Fibras colágenos que es una forma de tejido conjuntivo, estas - fibras con colágena y la van a sintetizar los fibroblastos.

Siempre estarán arriba de la cresta alveolar.

5.- LIGAMENTO PARODONTAL.

Las fibras del ligamento tienen como función mantener al diente en posición y dentro del alveolo, siempre los vamos a encontrar por debajo de la cresta.

- A) Cresta.- Van de la cresta al diente.
- a) Oblicuos.- Presentan una mejor inclinación y van de la cresta al diente.
- b) Horizontales.- Son los que se encuentran inmediatamente después de la cresta y son los que tienen menor inclinación.
- c) Apicales.- Se encuentran en el ápice de todas las raíces.
- d) Bifurcadas.- Se encuentran en piezas de dos ó mas raíces.

A) LAS FIBRAS SECUNDARIAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

- a) Fibras de Oxitalán.
- b) Fibras Elásticas.

Estas fibras no tienen inserción se encuentran libres y dentro del ligamento y no tienen función alguna, se encuentran paralelas al eje del diente.

B.- FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

- a) Física.
- b) Nutricional.

c) **Formativa.**

d) **Sensitiva.**

a) Está dada por la forma que tiene el espacio del ligamento que es en forma de reloj de arena.

b) Dada por los vasos que irrigan la encía, algunos vienen del paquete vasculo - nervioso.

c) Considerada como la formación de fibras.

d) Es propioceptiva, le da al diente sensibilidad (facilidad de sentir algo extraño ó duro y localizar fácilmente su lugar.

C.- FIBRAS PARODONTALES.

Fibras de Sharpey, se encuentran al lado del cemento, no son fibras elásticas sino resilentes .

El Ligamento se regenera en 120 días y el espacio del ligamento parodontal va a estar compuesto principalmente por fibras Colagénas, también se encuentran cemento - blastos, fibras de oxitalán, restos epiteliales de malaces.

Del lado del hueso vamos a encontrar osteoblastos, del lado del cemento cemento - blastos, fibras todo acompañado del líquido tisular éste lo vamos a encontrar en el espacio del ligamento parodontal.

6.- CEMENTO.

El Cemento es tejido conectivo calcificado específico, su función principal es de proteger y cubrir la raíz de los dientes y atrapar las fibras del Sharpey.

Hay tres tipos de unión.

- 1.- La dentina se encuentra por debajo del esmalte.
- 2.- Esmalte, dentina y cemento en un solo punto.
- 3.- Esmalte, dentina y cemento pero estas no están unidas.

Aparte del espacio parodontal el cemento-blasto da origen al cementoide que es una masa amorfa en vías de calcificación (Capa del cemento más externa).

Cementocito.- Cuando da origen al cemento del lado del hueso es tejido conjuntivo específico, en su parte más externa los osteoblastos dan origen al asteroide avanzando a la parte más interna dan lugar al traveculado javerciano y según va avanzando el osteoblasto forma y una laguna llamada Laguna de Jau-chy, en esta el cemento blasto deja de producir hueso y recibe el nombre de osteoblasto que se estaciona en el centro de la laguna.

7.- HUESO ALVEOLAR.

La apófisis alveolar es la porción de los maxilares ó de la mandíbula que forma y sostiene los alveolos donde están colocados los dientes como resultado de la adaptación funcional se puede distinguir dos partes en la superficie alveolar el hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de soporte.

El hueso alveolar propiamente dicho conecta de una lámina ósea delgada que recibe la raíz del diente y en la cual se insertan las fibras de la membrana parodontal. El hueso de soporte rodea al hueso alveolar y sirve de sostén a su función.

El tejido óseo está en proceso de constante cambio; es decir; la aparición y resorción de hueso ocurren simultáneamente.

El Hueso Alveolar es un tejido transitorio que se adapta a los tejidos funcionales del diente, está formado expresamente para sostener el diente después de la extracción tiene tendencia a reducirse como ocurre con la apófisis alveolar.

C A P I T U L O I I I

PRINCIPIOS DE ENFERMEDAD PARODONTAL.

1.- INFLAMACION.

a) Inflamación

Respuesta mas propia del organismo encaminada a defender, pero que un momento dado puede causar daño.

Normalmente. En los capelos tenemos dos tipos de presiones.

1.- ONCOTICA - OSMOTICA --- HIDROSTATICA.

2.- Por el efecto de proteínas. Dada por la fuerza que -
da el corazón es la presión.

La inflamación solo se produce en los vasos; al producirse un estímulo vasoconstricción entonces hay liberación de los mediadores químicos que son la Histamina y la bradiquinina que van a dar en la pared de los vasos.

3.- Aumento de flujo, hay vasodilatación.

4.- Asteriola cede a la presión.

5.- Llega el flujo, a los esfinteres de los capilares.

6.- Extravasación exagerada de los líquidos.

7.- Salen las proteínas de alto peso molecular.

Fibrinógeno.

Polimorfonucleares.

Eritrocitos.

Cambio de presión hidrostática,

8.- Pavimentación - cambio de flujo o salida de proteínas

9.- Permeabilidad del capilar.

Cambio de osmótica.

10.- Salida de proteínas de bajo peso molecular.

Neutrófilos - Eritrocitos.

11.- Torrente sanguíneo fluye con menos fuerza hay éxtasis,
al haber extravasación hay edema y al haberlo hay - -
agrandamiento.

Consistencia - Se vuelve flácida.

12.- Textura - Se pierde al puntilleo ya que hay un cierre
de capilares, las prolongaciones al tejido epitelial-
se hacen más angostas y más largas.

13.- Color - Hay liberación de Hemoglobina por los capila-
res.

ASPECTO HISTOLOGICO DEL EPITELIO ORAL.

El cemento atrapa a las fibras de Sharpey.

El Ligamento Parodontal tiene función nutritiva.

El Hueso tiene la función de sostener al diente y las tra-
véculas sirven como un gato hidráulico.

En la parte más interna se encuentra la adherencia epite-
lial esta es el medio de unión de la encía libre con el-
diente electrónico se une al diente, por hemidesmosomas-
que son organelos localizados en células basales.

b) PLACA BACTERIANA.

Substancia blanquecina amorfa granular que se adhiere a la superficie de los dientes y tiene una inter-relación microbiana.

Película - mucopolisacáridos - lípidos - lipoproteínas.

Microorganismos - Cocos gram + Cocos gram -, Borrelia, -
Bacteriodes, Filamentosos.

Substancia Orgánica.

Cocos Gram + = Bacteriodes.

Cocos Gram - = Filamentosos.

Cocos Gram + producen exotoxinas y se dividen en:

1.- Estreptococos.

2.- Estafilococos.

Los Estreptococos, a partir de glucosa van a producir dextrán - que es una substancia adhesiva que va a adherir los microorganismos al diente.

Los Estafilococos, son los que van a producir la Hialuronidasa, las hemolisinas, después, las hemolisinas se va a formar la borrelia.

Cocos Gram +: Estreptococos = Sanguis, mutans y salivaris.

Estafilococos = Hemolisinas, Hialuronidasa.

Treponema Hialuronidasa

Cocos Gram - Borrelias Fusobacterium

Streptococcus Proteasa

Hialuronidasa; factor dispersante de la substancia intercelular.

La Proteasa va a actuar a nivel celular.

Bacteroide - Melaninogénico - produce la cologenasa.

Filamentosas Leptotrix Calcifican.

Actinomices.

Selenomona Espotígeno. Acido Sulfídrico.

Es cuando hay necrosis y nos va a dar el
olor característico.

C A P I T U L O I V

CLASIFICACION DE ENFERMEDAD PARODONTAL.

Para su estudio la vamos a dividir en tres grupos.

- 1.- Crónica.
- 2.- Aguda.
- 3.- Degenerativa.

1.- Enfermedad Parodontal Crónica.

El factor más importante es la placa dentobacteriana que lo podemos anotar de la siguiente manera:

Substratum + Microorganismos.

El Substratum es una substancia que se deriva de la saliva y se le llama mucina, que es altamente pegajosa y es compuesta por mucopolisacáridos, levanos y dextranos que son azúcares.

La placa dentobacteriana nos puede dar dos tipos de placa.

- 1.- Placa bacteriana cariogénica que produce la lesión -
cariosa.
- 2.- Placa bacteriana parodontogénica como iniciador de -
la enfermedad parodontal crónica.

Microorganismos de la lesión cariosa.

Sanguis, Mutans y Salivalis.

Microorganismos de la lesión Parodontogénica.

Los primeros que aparecen son cocos y bacilos gram + - -

los cuales no se han encontrado toxinas que dañen al organismo.

Los segundos que aparecen son los cocos y bacilos gram - que producen endotoxinas y hialuronidasa que juntas van a producir una licuefacción en el ácido hialurónico ó sea la sustancia cementante en el tejido, van a provocar que la situación -- que existe de esta sustancia cementante entre célula y célula, la hialuronidasa junto con las toxinas hacen que las células pasen a un estado sólido.

Los terceros; son el treponema, el fusobacterium y la borrelia que van a producir endotoxinas y estas a seguir actuando como enzimas destructoras del ácido hialurónico.

Los cuartos, en este caso es solo uno que es el Bacteroides Melaninogénico el cual va a producir colagenasa, que es una enzima proteolítica que va a destruir las fibras colagénicas.

Los quintos son el Leptothrix y Actinomyces, son los encargados de calcificar la placa bacteriana y producir sarro.

El sexto es la Selenomona esputigeno, también puede aparecer la borrelia y el fusobacterium los cuales producen ácido-sulfhídrico que necrosa al tejido.

2.- Enfermedad Parodontal Aguda.

Las causas más frecuentes son la sepsis bucal, restauraciones defectuosas e incrustación de alimentos.

La encía aparece roja y edematosa y tiende a sangrar fa-

cilmente con la presión, la afección puede existir en toda la boca o limitarse a determinadas áreas.

3.- Enfermedad Parodontal Degenerativa.

En estudios hechos se demostró que se encontraron abscesos en la pared, así también que la proliferación apical de la inserción epitelial se reducía manteniendo la inserción de las fibras principales de membrana periodontal que se encuentran en oposición con el epitelio, en cuanto se destruían estas fibras de tejido conectivo, el epitelio proliferaba al área de inserción del tejido conectivo.

4.- TRATAMIENTO Y TÉCNICAS.

1.- EL CEPILLADO.

Es preferible utilizar la palabra " cepillo " en lugar de " cepillo dental " ya que esta solo sería aplicable a los dientes y el objeto del cepillado es limpiar encía y piezas dentales así como dar masaje gingival.

Tendremos en cuenta que " la placa bacteriana no se elimina sino que se desorganiza ".

El cepillado tendrá que ser mediante técnica adecuada al caso que lo necesite.

Tendrá los objetivos principales de desorganizar la placa bacteriana de los dientes, bordes y surcos gingivales, esti-

mular el riego sanguíneo de las encías y favorecer la queratinización por medio del masaje.

El Odontólogo deberá instruir al paciente la técnica correcta para mantener una excelente higiene bucal.

Una de las maneras para asegurarse tanto el paciente como el Odontólogo de que se han asimilado correctamente las instrucciones es cuando lo ensaye en nuestra presencia. El cepillado debe durar un tiempo más ó menos de 5 minutos.

Otra forma para que el paciente lo entienda será por medio de modelos, ya sea de acrílico ó yeso, después se le mostrará en su boca, en tanto sostiene un espejo para que pueda seguir con cuidado los movimientos que se requieren.

La técnica del cepillado para una buena higiene no concluye con las instrucciones iniciales, es recomendable hacer -- que se presente una semana después en la que el paciente deberá haber dominado el ejercicio y hacerlos con facilidad.

En caso de que se muestre torpe, nos hará ver que no lo ha practicado, por lo que le indicaremos la situación futura de su cavidad oral en cuanto a higiene y los posibles problemas -- que acarrearía.

Cuando el curso de adiestramiento ha sido terminado se -- le citará cada tres meses, haciéndole notar que cualquier cambio nos lo haga indicar, así como si llegase a tener molestia --

no espere el tiempo que se le indicó.

Nosotros veremos si la técnica adecuada es correcta cumpliendo los objetivos que queremos, sino lo es, se cambiará a otra técnica.

EL CEPILLO.

Deberá ser recto de cerdas artificiales de puntas redondeadas y la cantidad de estas va a depender del grado de inflamación de la encía del paciente, teniendo en cuenta que no es necesario que esta esté inflamada y que el tratamiento que va a ser preventivo no es nada más para el adulto sino primordialmente a los niños y adolescentes ya que en el adulto que en su mayoría requiere diversos tratamientos, aparte del cepillado.

Diferentes Técnicas:

- 1a. Apoyando las cerdas del cepillo en la encía y el diente, dando movimientos circulares a manera de masaje y barriendo con el cepillado como nace el diente.
- 2a. Movimientos circulares empezando de las partes posteriores hacia las anteriores.
- 3a. Predomina la limpieza en el Zurco gingival.

La técnica que mejores resultados ha dado, es aquella en la que el paciente desorganiza la placa dentobacteriana aunada a una función motora adecuada a la cavidad oral del paciente.

AUXILIARES PARA EL CEPILLADO.

En caso de que el cepillado no sea suficiente, se requiere algo más que se quede a satisfacción general, recurriremos a las auxiliares que la mayoría no son simples auxiliares sino -- partes principales en la prevención de las enfermedades parodontales.

- a) El hilo de seda se emplea en partes que el cepillo no puede remover la placa dento bacteriana el hilado se efectúa en espacios interproximales, puntos de contacto y surcos gingivales.

En el mercado se encuentran dos tipos de hiloseda:

- 1.- Con cera.- se utiliza en pacientes con diastemas y -- posteriormente a tratamientos parodontales, también en los pacientes que nunca lo habían empleado.
- 2.- Sin cera.- Se emplea en los espacios interproximales estrechos y así continuar su control de placa dento-bacteriana.

TECNICAS PARA SU USO.

- a) Hilo dental

1.- Después de haberse cepillado los dientes se toman -- aproximadamente 50 cms. de hilo-seda se enreda una punta dando tres vueltas sin apretar en el dedo medio de una mano.

2.- Se procede a enredar el otro cabo en el dedo medio -

de la otra mano, dejando entre ambos dedos la cantidad de hilo-suficiente para poder introducirlo entre los dientes.

3.- Se utilizarán los dedos para guiar al hilo entre los dientes superiores ó bien pulgar e índice, en las inferiores se utilizarán los índices.

4.- Se introducirá suavemente el hilo entre los dientes, tratando de no lesionar las papilas.

5.- Se dará una curva al hilo suavemente contra el diente llevándolo por debajo del margen gingival libre de la encía.

6.- Se presionará el hilo en la cara mesial llevándolo - del punto de contacto al surco gingival y viceversa, sin la encía insertada.

Se repetirá el procedimiento varias veces y por lo consiguiente en las caras distales.

7.- Esto se hará en todas las piezas dentales desenredando el hilo adicional de los dedos conforme se use.

8.- Después se hará un ejuague bucal.

9.- El uso del hilo-seda es complementario del cepillado de ninguna manera lo reemplazará.

10.- El hilo-seda se deberá utilizar cuantas veces sea necesario para las necesidades del paciente y las indicaciones del Odontólogo.

b) Estimuladores de goma o puntas de goma.

Servirán para darle cornificación (queratinización) a la papila interdientaria, el uso adecuado de la goma nos puede dar un aclaramiento de papila.

c) Palillo de madera de naranjo y lo redondo estará indicado para estimular el intersticio gingival.

d) Dentrífico.

Es en sí un auxiliar como solución jabonosa, que puede desdoblar las grasas, pero tiene un aspecto nocivo sin control, ya que el mentol o el sabor de la pasta da una sensación de limpieza y frescura y el paciente cree haber removido la placa dentobacteriana, sin hacerlo.

e) Buches.

Cepacol, amosan.

f) Abrasivos.

Nacar blanco (no es adecuado).

Derivados de la piedra pómez, cuando la profilaxis.

C A P I T U L O V

CARACTERISTICAS CLINICAS - ETIOLOGIA - DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

1.- Placa dental iniciadora de la enfermedad parodontal marginal.

Factores Coadyudantes:

- 1.- Factores Extrínsecos o Locales.
- 2.- Factores Intrínsecos o generales.
- 1.- Factores Extrínsecos o Locales.

Placa dentobacteriana + maloclusión = Enfermedad Parodontal.

Ausencia de dientes, deficiencia en higiene oral, malformación de estructuras que rodean al órgano dental (frenillos, vestíbulos cortos) diastemas, cúspides distantes - (guardan al alimento), caries, prótesis mal ajustadas, - uso inadecuado del material restaurador, enfermedad que el propio odontólogo crea.

2.- Factores Intrínsecos o Generales.

Ninguna enfermedad general por sí misma produce enfermedad crónica, pero la placa dentobacteriana más la enfermedad general agrava el estado de salud en el parodonto, como la Diabetes, Mellitus, hipersensibilidad dentaria, -

movilidad dentaria en ausencia de bolsas parodontales, -
 aliento cetónico, caries excesiva, aparición frecuente -
 de abscesos parodontales, lengua dañada por macroglosia,
 lengua saburral (sucia blanquecina) avitaminosis, escor-
 buto.

Lengua Geográfica deficiente de minerales como el calcio
 también personas que padecen saturnismo como consecuen-
 cia de bolsitas de la lengua azulosas, el saturnismo in-
 dica que es intoxicación aguda o crónica por el plomo.
 Hipoparatiroidismo e Hiperparatiroidismo y las anemias.

**II.- Dentro de las enfermedades parodontales crónicas hay dos -
 tipos que son:**

- 1.- gingivitis.
- 2.- Parodontitis.

Gingivitis es la inflamación de la encía que puede ser Hiperplá-
 sica o hipertrófica.

Hiperplásica: aumento en el número de células.

Hipertrófica: aumento en el tamaño de las células.

Se pueden presentar las dos juntas.

La gingivitis se caracteriza por ulceraciones en la encía margi-
 nal y por una inflamación inflamatoria entremezclada con los --
 ases conjuntivos del aparato fibroso gingival, localizándolo --
 principalmente en la porción apical de la adherencia epitelial.

En este espacio o sea la hendidura encontramos el sarro o tártaro dentario.

Cuadro Clínico.

- 1.- Inflamación de la encía marginal.
- 2.- Hemorragia o sangrado a la comprensión.
- 3.- Halitosis

Tratamiento:

- 1.- Curetaje.
- 2.- Oxigenantes durante 10 días, en un recipiente colocar agua 250 mls. y agregar de Binaca, Astringosol, Cepacol 35 a 40 gotas.
- 3.- Enjuague de 15 a 30 segundos y cepillar
- 4.- Si se presentase muy inflamado y sangra bastante se le dará unos toques con cepacol con un isopo.
- 5.- Masajes con el mando del cepillo (lactona) en forma de circular en los espacios interdetales.

Gingivitis. Hipertrófica Juvenil.

Como la juvenil cuando los dientes permanentes se caen casi generalmente, esta también es llamada de la pubertad y se observa en los dientes anteriores tanto superiores e inferiores. Se puede atribuir o predisposiciones orgánicas lo siguiente:

1.- MALOCCLUSION.

Impone el estímulo circulatorio y el control del creci--

miento epitelial y submucoso, propios de una buena masticación -- a interferir con la comprensión muscular que ejercen labios, mejillas y lengua en dentaduras normales y que regulan ese crecimiento.

2.- RESPIRACION BUCAL.

Ocasionando contra los tejidos una fricción de aire frío constante, cuya irritación es una mucosa seca estimula la proliferación epitelial y conjuntiva, sin que la valla que ejerce -- musculatura facial en una boca cerrada.

De ahí se observa en las zonas anteriores, estando ausentes por lo común en las partes posteriores.

Esta hipertrofia está más acentuada en la cara palatina, progresa hacia el labial a través de los espacios interdentarios. Provoca una mayor separación de los dientes y agrava la -- maloclusión.

Factores irritantes como mecánicos y quirúrgicos.

3.- TRATAMIENTO.

Es necesario recomendar mejorar el estado general del organismo, a fin de aumentar las defensas así como corregir la -- dieta si no es la adecuada.

Se aconsejará dar preferencia a los alimentos duros, para que se oxija una masticación mas enérgica, teniendo en cuenta que no haya enfermedades gastrointestinales, excluyendo alimentos blandos y pegajosos.

Periódicamente se harán exploraciones subgingivales a manera de hacer un curetaje suave con el fin de eliminar todo depósito séptico y provocar una hemorragia que será de manera casi espontánea y hacerla con la menor traumatización posible sobre el tejido.

Esta hemorragia ó sangrado originara una descongestión que contribuirá a disminuir el edema y regular la coloración.

El cepillado será enérgico y también se harán sus masajes, se deberá excluir el uso del tabaco y los condimentos.

A) GINGIVITIS MEDICAMENTOSA.

Es producida por diferentes medicamentos como son los difenilhidantoinatos que es droga anticonvulsionantes que toman los epilépticos (epamin y tegretol).

Lo encontramos como abultamiento lobulado hiperplásico de fibras de colágena la encía pierde su estructura, su consistencia se vuelve más fibrosa e indolora, se acentua la enfermedad en las maloclusiones por la acumulación extensa de placa dento bacteriana.

TRATAMIENTO.

Quirúrgico, ya que no podemos suspender los fármacos, y se le instituirá un control de placa dento bacteriana cada 3 meses.

B) GINGIVITIS TOXICA.

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

Es ocasionada por buches dentríficos ó material con el que se hacen las dentaduras, empezando por una irritación de origen químico.

Pueden ser producidas por comprimidos de aspirina para calmar el dolor de las piezas dentales, así como el uso incorrecto de drogas como fenol, nitrato de plata así como los trabajadores que laboran en industrias que usan cloro, bromo, amoníaco, etc. y polvo de algunos materiales, tendremos en cuenta que las sustancias químicas son casi siempre causa de irritación pero no siempre son causa de cambios espectaculares en los tejidos parodontales pero en sí ya puedan propiciar la acción bacteriana con su irritación ó bien en quemaduras de mayor o menor gravedad.

TRATAMIENTO.

Uso reglas de seguridad y tratamientos quirúrgicos así como control placa dentobacteriana.

C) GINGIVITIS ESCORBUTICA.

Poco frecuente pero se puede presentar en personas que se encuentran bajo dietas extremadamente limitadas, ya sea por pobreza, ignorancia ó hábito lo mismo que en pacientes con dietas impuestas por sí mismas incluyendo una sola de alimentos, por lo que puede sobrevenir una avitaminosis.

TRATAMIENTO.

Indicar la dieta mejor balanceada.

D) GINGIVITIS HIPERPLASICA CONGENITA O FIBROMATOSIS CONGENITA.

Su etiología es idiopática y su tratamiento será quirúrgico.

E) GINGIVITIS DEL EMBARAZO.

Se encuentra a nivel papilar como consecuencia del estado de gravidez del paciente, aumento de progesterona.

TRATAMIENTO.

Control Placa dento-bacteriana.

F) GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA O GINGIVITIS.

Esta es una descamación del epitelio dejando expuesto el tejido conectivo.

Se debe a la insuficiencia hormonal, en las mujeres se puede presentar en la etapa de menopausia y en los hombres después de los 50 años.

Esta enfermedad se podría confundir con carcinomas orales, por el aspecto de las descamaciones ó gingivitis ulceronecrosante.

PARODONTITIS.

La secuela de la gingivitis es parodontitis que es una enfermedad crónica.

SINTOMATOLOGIA.

1.- Inflamación de la encía.

- 2.- Inflamación del ligamento parodontal.
- 3.- Pérdida y desorganización del cemento Parodontal que atrapa las fibras gingivales.
- 4.- Absorción ósea y como consecuencia de esta la movilidad dentaria.

La Parodontitis se inicia a partir de la migración de la adherencia epitelial hacia apical.

Bolsa Parodontal: Espacio de la encía y el diente, hay - cuatro tipos:

- 1.- Bolsa parodontal supraósea.

Se encuentra la terminación de la bolsa que esta por encima de la cresta alveolar.

- 2.- Bolsa parodontal infraósea.

La que esta más allá de la cresta alveolar del hueso.

- 3.- Bolsa parodontal tortuosa.

Le puede dar vueltas al diente siguiendo una ó dos - curvas.

- 4.- Seudobolsa.

Cuando ha emigrado la adherencia epitelial, pero se encuentra un espacio entre la encía y el diente.

PREVENCION.

Como la prevención depende de la eliminación de factores etiológicos y el tratamiento requiere la corrección ó eliminación de factores causales.

1.- Irritaciones Locales.

2.- Trastornos Sistémicos.

Se podrán presentar los dos al mismo tiempo reaccionan al daño en diferente tipo de formas: atrofia, de generación, inflamación necrosis etc.

Las causas de estas reacciones, son muchas y el examen del tejido solo, no identificará en forma positiva el tipo de irritación sufrida.

La prevención y el tratamiento deberán basarse en la eliminación de la causa de la reacción tisular.

El tratamiento sintomático de los trastornos periodontales dependerá del desarrollo satisfactorio de adecuados tejidos de soporte de los dientes.

La corrección ó eliminación de factores etiológicos realizados por el Odontólogo, seguidos por el mantenimiento de una excelente higiene bucal.

Los estados locales influidos por estados predisponentes pueden resultar en enfermedad parodontal, los estados predisponentes podemos subdividirlos en bucales y sistémicos.

1.- BUCAL.

La resistencia tisular local variará, dependiendo de lo adecuado a los factores posteriormente detallados.

Si son favorables los tejidos parodontales podrán sopor-

tar las irritaciones locales y los cambios patológicos serán mínimos.

Si son desfavorables, las irritaciones locales pueden -- producir un daño serio.

Los factores que influirán son:

1.- Estímulo de:

- A) masticación.
- B) carácter físico de la dieta.
- C) cuidado artificial (cepillo, dentrífico etc.)
- D) aporte sanguíneo.

2.- Higiene Bucal.

a) Saliva.

La cantidad y viscosidad sus efectos sobre el crecimiento bacteriano y el papel que desempeña en la formación -- del sarro dentario.

b) Anatomía Bucal.

La disposición y contorno de los dientes también ayudarán a determinar la higiene bucal del paciente y controlar la cantidad de cuidado necesario para que la mantenga.

II.- Los factores sistémicos que controla la salud del periodon-
to y determinan su resistencia a las irritaciones locales --
incluyen:

- 1.- Edad.
- 2.- Sexo
- 3.- Herencia.
- 4.- Nutrición.

Boyle dice "La nutrición en último análisis concierne a las células del tejido."

Estas dependen para su nutrición de los vasos sanguíneos locales.

Selecciona de su medio ambiente los materiales particulares necesarios para el mantenimiento de sus propias estructuras internas y para la formación de células y estructuras intercelulares nuevas.

La Selección de la dieta es un problema educacional y económico.

Podemos dividirla en los siguientes grupos.

Grupo 1

Naranjas Tomates y ensaladas crudas.

Grupo 2

Vegetales verdes y amarillos.

Grupo 3

Papas vegetales varios y frutas.

Grupo 4

Productos Lácteos.

Grupo 5

Carnes aves pescado y huevos.

Grupo 6

Harina y cereales.

Grupo 7

Manteca y margarina fortificada con vitamina A

1-A Deficiencias:

- a) Vitamínica. (A, Complejo B, C. y D).
- b) Mineral (Calcio, Fósforo Magnesio).
- c) Proteínica

2-A Excesos.

Proteínas.

3-A Equilibrio.

Acido-Base.

4-A Disfunción.

Endócrina:

Diabetes, hipotiroidismo, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo.

5-A Embarazo.

6-A Discrasia Sanguínea:

Crema etc. etc.

7-A Enfermedades Debilitantes:

Tuberculosis, nefritis, influenza.

8-A Trastornos Psíquicos.

9-A Alergia.

Idiopáticos.

Los factores anotados controlan la capacidad, de las estructuras bucales para tolerar la irritación bucal, en la prevención se deberá incluir el control sobre lo anteriormente expuesto y otros factores sistémicos.

ESTADOS LOCALES.

Irritantes para el periodonto y que pueden ocasionar --- trastornos son:

1.- Depósito sobre los dientes.

a) **Materia alba ó saburra.**b) **Sarro ó Tártaro supragingival ó subgingival.**2.- **Empaquetamientos alimentarios.**a) **Zonas de Contacto anormales:**

1.- Caries.

2.- Trabajo Odontológico malo.

3.- Maloclusión.

4.- Desgaste Interproximal.

b) **Contorno dentario anormal.**

1.- Desgastes.

2.- Malas restauraciones.

c) **Cúspides.**3.- **Bordes Gingivales irritantes.**

a) Caries

b) Restauraciones dentarias.

4.- Presiones oclusales anormales.

a) Anormales en dirección.

b) Excesivas en cantidad.

c) Debidas a restauraciones dentarias.

d) Maloclusión.

5.- Hábitos.

a) Bruxismo.

b) Linguales.

c) Masticación

d) Respiración Bucal.

6.- Irritación Química con:

a) enjuagatorios bucales.

b) fósforo, mercurio.

7.- Bacterias

a) Aerobias.

b) Anaerobias.

8.- Traumatismos.

a) Uso incorrecto del cepillo.

b) Uso incorrecto de auxiliares del cepillo

c) Ganchos de Puentes.

d) Puentes mal ajustados. (prótesis)

9.- Irritaciones por radiaciones.

TRATAMIENTO:

Se requiere la corrección o eliminación de los irritantes mencionados, cuando se hace en forma adecuada las complicaciones del periodonto no continuarán y se impedirá un daño mayor.

El tipo de trastorno que se presente dependerá de la clase y grado de la irritación, el tiempo de su efecto y la capacidad del tejido para soportar el daño, por lo que cada caso deberá estudiarse y tomar medidas para corregir desviaciones, así - el tratamiento lo convertiremos en una prevención.

INSTRUMENTAL Y MEDICAMENTOS.

- 1.- Estuche profilaxis.
- 2.- Estuche Goldman Fox.
- 3.- Tijeras para encía.
- 4.- Cureta pesada crane capllan N. 6
- 5.- CK-6
- 6.- Espejos.
- 7.- Pinzas de Curación.
- 8.- Explorador.
- 9.- Paradontómetro.
- 10.- Mango de Bisturí. No. 3
- 11.- Hojas Nos. 11, 12 y 15
- 12.- Porta- agujas.
- 13.- Legra para encía.
- 14.- Piedra de Arkansas.
- 15.- Sutura 000 con aguja integrada y 5-0
- 16.- Gasa Estéril.
- 17.- Jeringas (para inducción y lavatorias con solución.
- 18.- Agujas para anestesia.
- 19.- Wonder Pack.
- 20.- Anestesia Tópica y Solución.
- 21.- Suero.

El instrumental será utilizado de acuerdo a la técnica y tratamiento requeridos, lo mismo que al acomodo del operador.

ENFERMEDADES AGUDAS.GUMA.

Se presenta en estados de stress emocional como consecuencia de la liberación de descargas adrenérgicas.

SINTOMATOLOGIA.

Aparición espontánea de la enfermedad acompañada de dolor excesivo, aliento fétido, característico olor a necrosis.

Proliferan fusobacterium y borrelias, puede aparecer en toda la boca ó en determinadas partes como en los capuchones - de los terceros molares tambien llega a formarse pseudomembrana blanquecina compuesta por células epiteliales necrosadas y células descamadas.

Es clásica la pseudomembrana, pero en estadios es Guma.

El dolor y olor son inconfundibles, la papila estará en rojecida y achatada, el color está dado por la necrosis.

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE O BOCA DE TRINCHERA.

También llamada "Gingivitis de Vicent" se podrá para su conocimiento lo siguiente sintomatología.

1.- Dolor.

El paciente suele quejarse en las fases tempranas é intermedias del padecimiento, el dolor puede ser intenso y espontáneo, la encía está sensible al tacto, por lo que la masticación, será casi imposible, puede presentar malestar general, -

pérdida de apetito e insomnio, algunas personas afirman que ---
sienten los dientes separados.

2.- Tendencia Hemorrágica.

La encía sangra al contacto mínimo.

3.- Olor desagradable, es típico.

4.- Destrucción de las papilas interdentarias.

Esta es con formación de pseudomembranas, constituidas -
por células epiteliales descamadas y bacterias, se presentan ul
ceraciones que empiezan en la punta de las papilas interdenta--
rias y que pueden llegar a extenderse hasta el margen gingival-
y a veces hasta la encía adherida, estas ulceraciones pueden es
tar cubiertas por pseudomembranas de color amarillo grisáceo.

No toda la encía es afectada de igual manera, la región-
de los incisivos inferiores, es la más comunmente atacada, - --
otros puntos de ulceración son: las porciones gingivales que cu
bren los terceros molares inferiores que no han hecho erupción-
completa.

TRATAMIENTO.

Lo primero en atacar será el dolor por medio de analgési
cos, de preferencia derivados de la dimetilpirazolona.

Se continuará por eliminar la infección recetándole anti
bióticos de amplio espectro penicilina G sodica Cristalina - --
200,000 unidades y Penicilina G Procaina Cristalina 600.000 uni

dades juntas y en caso de ser alérgico mandaremos un oxigenante y suero desproteinizado.

Realizaremos una gingivoplastia y remodelar las encías.

GINGIVITIS HERPETICA VIRAL.

Causada por el virus herpes, esta infección ataca a los niños generalmente y algunas veces puede atacar al adulto es altamente contagioso, puede aparecer en estados febriles o como "Salida" después de una enfermedad'

El virus penetra en la célula y vive en la misma hasta romper las lesiones.

Se presenta como manchas rojizas circundadas por un color amarillento blanquecino, son dolorosas, desaparecen después de 10 ó 14 días aproximadamente.

En los niños puede producir estados febriles y debilidad se podrá encontrar localizada ó generalizada esta enfermedad es la mucosa, aunque puede estar en lengua y encía.

TRATAMIENTO.

Es paliativo, de preferencia tener aislado al paciente, darle toques en las lesiones con algún antiséptico, solo para que se sienta lo menos molesto posible, ya que en estudios han mostrado que no hay algo efectivo contra el virus, también se han encontrado que el óxido de zinc sirve contra el virus, todo lo anterior no es con mucha firmeza hasta el momento seguro.

Al paciente infantil para que pueda comer se le recetará graneodin con benzocaina en caso de fiebre dar antitérmicos.

TECNICAS QUIRURGICAS.

Se verán solo algunas y las vamos a dividir de la siguiente manera:

- 1.- Fase Prequirúrgica.
- 2.- Fase quirúrgica.
- 3.- Fase Postquirúrgica.

FASE PREQUIRURGICA.

- a) Eliminación del dolor.
- b) Historia Clínica - valores Generales.
- c) Historia Parodontal - valores Locales.
- d) Control de Placa dentobacteriana.
- e) Serie radiográfica, para hacer el estudio raíz corona espacio de ligamento que se encuentra ensanchado ó si es normal, tejido óseo, su densidad.

FASE QUIRURGICA.

- a) Bisturí de riñon para cortar tejido lingual.
- b) Bisturí de espolón de gallo para tejido bucal.
- c) El agrandamiento edematoso se elimina unicamente con cepillado.
- d) El tejido fibroso es necesario eliminarlo con cirugía.
- e) Sutura.

FASE POSTQUIRURGICA.

- a) Apósito quirúrgico - Wonder Pack.

- b) Dieta blanda, enjuagues con té de manzanilla aseo bucal normal, teniendo cuidado con la zona tratada.
- c) Cita a los 7 días quitar puntos de sutura y color -- otro apósito quirúrgico.
- d) Cita a los 7 días para quitar puntos de sutura ya que la cicatrización se lleva a cabo en 15 días.

Para quitar la sensibilidad que existe en el cemento expuesto si es que la hay, podremos colocar pasta de ácido ortofosfórico con dical.

LEGRADO PARODONTAL.

Es la llamada técnica base en parodoncia, tiene como objeto eliminar las bolsas parodontales y durante el acto se debe eliminar sarro, tejido granulomatoso no funcional y tratar de adelgazar las encías por su parte externa.

1.- Fibromatosis Gingival.

2.- Bolsas parodontales asociadas a frenillos altos o bajos, en estos casos primero se llevara a cabo la frenilectomia y después el legrado parodontal.

3.- En distal de los 3os. molares porque en esta zona el tejido laxo impide una readherencia epitelial adecuada y además es difícil acceso para la higiene dependiendo de la profundidad de las bolsas, se hará un queño colgajo o amplio según la necesidad dependiendo también del número de dientes involucrados, el colgajo puede ser combinado con 1 o 2 liberatrices.

TECNICA.

1.- Se podrá anestesiar local ó troncular.

2.- Incisión con bisturí será hasta hueso.

3.- Con legra chica, será necesario trabajar hasta hueso (pegado a el) para no dañar el tejido conjuntivo.

4.- Separación de colgajo y con cureta fina se procederá a curetear toda la raíz, por lo menos dos veces por cada cara de-

la raíz esto se hará con el fin de eliminar el cemento y todo el tejido radicular no funcional ó necrótico (parte dura).

5.- El curetaje de la pared blanda se llevará a cabo con un bisturí KirKgland raspando toda esta pared, es con objeto de - eliminar todo el tejido granulomatoso.

6.- Se volverá el colgajo a su lugar y, se procederá a suturar.

7.- Sutura de 3 ceros, aguja atraumática y, colocando puntos interproximales y colocar apósito quirúrgico.

8.- Fase Postquirúrgica.

GINGIVECTOMIA.

La podemos dividir de dos técnicas

- 1.- Técnica Clásica.
- 2.- Técnica de bicel interno.

TECNICA CLASICA.

Se utilizará las pinzas marcadoras del estuche Goldman - Fox, se meterá la pinza en fondo de saco y nos dejará un punto-sangrante.

La incisión va a ser apical en los puntos sangrantes el-corte se hará con una angulación de 40° ya que si tomamos bols--sas parodontales profundas nos dara un resultado antiestético,- ante esta situación lo mejor será hacer una combinación de téc-nicas gingivectomía y legrado parodontal, esta es la que viene-a ser la gingivectomía de bicel interno, que podrá utilizarse - en fibromatosis gingival que puede ser de origen hereditario, - medicamentoso, idipático.

TECNICA:

- 1.- Anestesia Local o Troncular.
- 2.- Localizar puntos sangrantes de referencia con pinza marcadora.
- 3.- Bisturí de mango no. 3, Hoja 2
- 4.- Incisión continua hasta cortar todo el tejido fibro
so.

- 5.- Introducir retractor de tejido, apoyando el instrumento en la superficie del diente.
- 6.- Con bisturí Kirkand alizarán bordes para que quede una superficie más ó menos pareja.
- 7.- Al dejar una zona sangrante se colocará apósito qui
rúrgico.
- 8.- Fase Postquirúrgica.

TECNICA DE BICEL INTERNO.

Esta tendrá como ventajas sobre la anterior como:

- 1.- Traumatiza menos la encía.
- 2.- Deja menos tejido expuesto.
- 3.- Corta poco tejido.
- 4.- No habrá puntos sangrantes.
- 5.- Incisión firme y un solo movimiento firme.
- 6.- Con un CK-6 se legra la zona pasándolo las veces su
ficientes por las caras del diente.
- 7.- Al terminar se colocará un apósito quirúrgico.

GINGIVOPLASTIA.

Su principal objetivo será el de dar una forma funcional a la encía, dándole la mejor estética posible.

TECNICA.

- 1.- Anestesia troncular o local.
- 2.- Bisturí de mango No. 3 y hoja 12.
- 3.- Incisión continua.
- 4.- Eliminación tejido fibroso.
- 5.- Con Bisturí Kirkland se talla la encía para darle forma---
ción.
- 6.- Con un CX-6 se logran espacios interdientales.
- 7.- Colocar apósito quirúrgico.
- 8.- Control placa dentobacteriana.
- 9.- Técnica de cepillado.
- 10.- Fase Postquirúrgica.

FRENILECTOMIA O FRENECTOMIA.

Es con el fin de eliminar la presión que ejerce el frenillo sobre la encía.

Se verá que un frenillo va a favorecer la instalación o el desarrollo de la enfermedad parodontal, provocan recesión -- gingival.

Al frenillo medio superior que se encuentra próximo al -- márgen gingival se lo llamará frenillo bajo y al frenillo me--.

Otra Técnica Recomienda:

Con tijeras quirúrgicas cortar la base del frenillo de -
abajo hacia arriba hasta eliminar todo lo requerido, posterior-
mente se sutura y colocará un apósito quirúrgico.

CONCLUSIONES.

1.- Se tendrán los conocimientos anatómico, histológico y fisiológico del parodonto para orientar los métodos de prevención y de tratamiento de sus alteraciones.

2.- La prevención será siempre a nivel personal, nunca a nivel de grandes grupos y se deberá hacer periódicamente.

3.- Por etiología de las enfermedades parodontales, podremos situar los factores que al suprimirlos favorecerán a su prevención y/o tratamiento.

4.- La difusión tanto pública como privada para evitar las enfermedades parodontales y el peligro que entraña serán de beneficio general.

5.- Teniendo en cuenta los avances de la Odontología y Medicina, habrá casos que pueden ser diferentes y tratados a nivel preventivo o restaurativo.

6.- El criterio del odontólogo será necesario para las aplicaciones que requiera en cada caso.

7.- No olvidar que hay que ver que lo más importante no es ver al enfermo ó paciente como signo de pesos, sino como ser humano.

8.- Se tendrá en cuenta que habrá nuevas técnicas, tratamientos diferentes, otro tipo de virus, bacteria que variará al

transcurso del tiempo, pero siempre perdurarán las bases de la Odontología.

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

Irving, Glickman.

Periodontología Clínica
Editorial Nueva Latinoameri-
cana 4a. edición, México, --
D.F. 1974.

Goldman - Schluger-Fox-Cohen

Terapeutica Periodontal
Editorial Bibliográfica Ar--
gentina, S.A. 2a. edición --
Buenos Aires, Argentina 1960

Cheraskin, Emanuel

Consideraciones sobre la Te-
rapia Dietética. XV Congre-
so Nacional y VIII Interna--
cional Centro Médico Nacio--
nal IMSS, México, D.F. 1979.

Lucas, R.B. y Kramer, I.R.H.

Bacteriología Aplicada a la
Odontología. Editorial Mundi,
S.A. I.C. y F. 2a. edición -
Buenos Aires, Argentina 1962.

Moyers, Robert E.

Manual de Ortodoncia.
Editorial Mundi, S.A.I.C.y F.
1a. edición, Buenos Aires, -
Argentina - 1976.

Orban, Balint

Periodoncia de Orban

Editorial Nueva Latinoamerica
na 4a. edición, México, D.F.-
1974.

Stahl S. Sigmund

Que hacer con la Placa Dento-
bacteriana XV Congreso Nacio-
nal y VIII Internacional.
Centro Médico Nacional IMSS -
México, D.F. 1979.

Thomas, Kurt H.

Patología Bucal.

Unión Tipográfica Editorial -
Hispano Americana Tomo II 2a.
edición México, D.F. 1959.

Walter, William G. y

Microbiología General

Macbee, Richard H.

Cía. Editorial Continental, -
S.A. 1a. edición México, D.F.
1965.