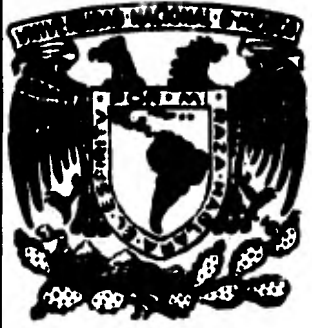


2ej. 757



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

ENFERMEDAD PARODONTAL.

Autorizo y Reviso

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. A. S.', written over a horizontal line.

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

María del Rocío Rojano Pérez

México, D. F.

1982



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.

I N D I C E

		PAG.
CAPITULO I	Parodonto	1
	- Encía	5
	- Ligamento Parodontal	11
	- Cemento	14
	- Hueso Alveolar	15
CAPITULO II	Etiología de la Enfermedad Parodontal	20
	- Factores Locales	23
	- Factores Sistémicos	31
CAPITULO III	Clasificación de las enfermedades Pa- rodontales	35
	- Gingivitis	36
	- Crónica	41
	- Escorbútica	41
	- En el embarazo	42
	- Menopáusica	43
	- Herpética o Viral	43
	- Descamativa	44
	- Necrosante	46
	- Parodontitis	50
	- Parodontosis	54
CAPITULO IV	Tratamiento de la Enfermedad Parodon- tal	59
	- Medicamentoso	60
	- Quirúrgico	70

	PAG.
CAPITULO V	Conclusiones..... 83
CAPITULO VI	Bibliografía 84

INTRODUCCION

En la actualidad la enfermedad parodontal aunada con la caries, son el factor principal de la pérdida de los dientes y muchas veces también de la pérdida de los tejidos de soporte.

Probablemente se está más expuesto a dicho trastorno debido - al stress emocional, a la dieta, a la falta de higiene bucal y a otros múltiples factores ambientales. Siendo la causa -- principal de los problemas parodontales la falta de higiene - bucal.

Por tal motivo el Cirujano Dentista realizará su práctica dental, con el pleno conocimiento de todas las características - clínicas de un tejido sano y otro enfermo.

Tomando en cuenta dichas características, el Cirujano Dentista realizará el tratamiento adecuado y observará sus efectos sobre el parodonto.

Así mismo asumirá las medidas para prevenir y controlar los - problemas parodontales.

C A P I T U L O I

P A R O D O N T O

P A R O D O N T O

El término se refiere al conjunto de tejidos que rodean y soportan a los dientes.

Los tejidos que comprende al parodonto se dividen en blandos - y duros; quedando comprendidos entre los blandos la encía y - el ligamento parodontal y en los duros el cemento y el hueso alveolar.

A la encía se le divide en:

- ENCIA LIBRE.
- ENCIA INSERTADA.
- PAPILA INTERDENTAL O GINGIVAL O ALVEOLAR.

- ENCIA LIBRE:

La encía a nivel del cuello del diente, termina en un borde delgado y delicado denominándosele "Encía Libre", que se encuentra adherida al diente; al aplicar aire a presión con una jeringa la encía se separará de la superficie dental pero volverá inmediatamente a su lugar. Este tipo de encía rodea los dientes a modo de collar y se encuentra - separada del diente por el surco marginal.

El color de la encía normal es un rosa pálido o coral de consistencia firme al tacto, e insensible a la presión moderada; no sangra fácilmente y tiene una superficie punteada como "cáscara de naranja", que se le denomina puntilleo.

El surco gingival es el espacio comprendido entre la encía libre y el diente, está limitado de un lado por toda la superficie del diente, y del otro por el epitelio que tapiza el surco y recubre a la encía libre.

La profundidad normal del surco, no suele ser superior a 2.5 mm. en un parodonto sano.

- PAPILA INTERDENTAL O GINGIVAL:

Es en realidad una prolongación interdental de la encía libre, se encuentra determinada por las áreas de contacto de los dientes adyacentes, por el trayecto de la unión cemento-esmalte y por la proximidad de los dientes contiguos.

La papila interdental presenta una forma piramidal, su estructura varia según el contorno de las coronas de los dientes, la forma del área de contacto y el espacio interdentario, presenta una concavidad en su parte media llamada col o collado, encontrada entre las papilas vestibular y lingual, en casos patológicos esta depresión puede ser el sitio de una inflamación gingival precoz.

Al separarse los dientes temporales, la papila se redondea y el col o collado puede desaparecer, reapareciendo nuevamente con la erupción de los dientes permanentes. La papila interdental parece ser más redondeada y más plana en las regiones de premolar y molar que en la zona de dientes anteriores tanto superiores como inferiores.

- ENCIA INSERTADA:

Se puede decir que es continuación de la encía libre, se encuentra firmemente adherida al hueso alveolar, formada por tejido denso (fibras colágenas) y punteado "aspecto de cáscara de naranja", una red de fibras colágenas unificamente la encía insertada al cemento y al hueso.

Este tipo de encía, presenta unas digitaciones epiteliales bastante voluminosas y una superficie llena de depresiones y elevaciones muy pequeñas que dan a ésta el aspecto punteado, siendo su característica principal.

La encía insertada se une suavemente a la mucosa alveolar, marcando su límite la unión o línea mucogingival, esta mucosa es blanda, delgada, con adherencia laxa al hueso subyacente y de color rojo intenso debido a la abundante vascularización que tiene, además no presenta puntilleo.

El revestimiento epitelial de la mucosa alveolar es muy delgado y no tiende a queratinizarse.

- LIGAMENTO PARODONTAL:

Refiriéndose al ligamento parodontal, diremos que es un tejido que rodea las raíces de los dientes uniéndolo al alveolo (que es la parte de hueso que aloja a los dientes); se compone de fibras colágenas que se encuentran fijadas en el cemento e insertadas en el hueso alveolar. Estas fibras no son elásticas aunque son onduladas y que bajo las fuerzas de masticación se enderezan. Las fibras del ligamento parodontal son eliminadas y reemplazadas constantemente como sucede con fibras de tejido conectivo de todo el organismo; el ritmo de este proceso de reemplazo es desconocido, pero probablemente se relaciona con fuerzas físicas -- (fuerzas de masticación) aplicadas al ligamento parodontal.

El diente se encuentra insertado en su posición por la peculiar articulación "Gonfosis" que está formada por fuertes fibras colágenas del ligamento parodontal; la disposición funcional de las fibras, es tal, que la fuerza fisiológica (fuerza de masticación) de cualquier dirección se -

transformará en tensión sobre los grupos de fibras y no - en compresión sobre las mismas o el hueso.

- CEMENTO:

Al mencionar el cemento, especificaremos que es el tejido duro parecido al hueso, que recubre las raíces de los dientes, siendo una sustancia intercelular calcificada que presenta una disposición en capas alrededor de la raíz, la formación de cemento continúa mediante sucesivas capas y así el volumen de cemento aumenta continuamente.

A diferencia del hueso, el cemento no se resorbe, sino que forma incrementos por adición de capas nuevas, una sobre - otra, ésto como consecuencia de un trauma o alguna alteración en cuanto a su formación.

- HUESO ALVEOLAR:

Cuando hablamos de hueso alveolar propiamente dicho, observamos que es la parte de maxilar superior o inferior que forma y sostiene a los alveolos donde se encuentran insertados los dientes, está formado por una matriz orgánica -- que contiene osteocitos (célula que mantiene la integridad del tejido óseo), sustancia intercelular y por sustancia inorgánica que contiene calcio, fosfato y carbonato en forma de cristales.

Así pues, el hueso es un tejido relativamente activo, su formación se lleva a cabo por adición de capas nuevas una sobre otra, comparándolo con el cemento muestra que posee una actividad diferente, ya que en el cemento se observa - un incremento muy reducido de sustancia intercelular, mien

tras que el hueso alveolar se encuentra sometido a una - constante regeneración de ella.

El hueso sufre transformaciones continuas que consisten esencialmente en adición y resorción ósea, que dependen de la acción o estímulo que se ejercerá sobre dicho diente durante las fuerzas de masticación.

Señalamos que los tejidos parodontales al rodear al diente proporcionan sostén necesario, llamándose Unidad Biológica. Cada uno de los componentes del parodonto, existe y funciona en independencia biológica con los otros tres tejidos, pero considerando que forman una unidad llamada Unidad Dento Parodontal.

Durante toda la vida en el parodonto se llevan a cabo muchas funciones vitales, como reemplazo celular y aposición de tejido, si irritantes de cualquier naturaleza interfirieran con este proceso, este equilibrio podría alterarse y comenzar la enfermedad de los tejidos parodontales.

E N C I A

La encía es aquella parte de la mucosa bucal, que cubre los -- procesos alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes, teniendo como función proteger los procesos alveolares y hueso propiamente dicho, tanto en el maxilar superior como en el inferior.

Histológicamente se divide en tres partes las cuales son:

- Encía libre
- Encía insertada
- Encía interdental

La encía marginal o libre es la parte coronaria no insertada que rodea al diente a modo de collar y forma el surco gingival. Este consta de un núcleo central de tejido conectivo cubierto de epitelio escamoso estratificado.

Casi siempre se hayan pequeños focos de plasmocitos y linfocitos en el tejido conectivo cerca de la base del surco, representa una respuesta inflamatoria crónica a la irritación de las bacterias siempre presentes.

Los mastocitos son numerosos en el tejido conectivo de la mucosa bucal y encía, contienen una variedad de sustancias biológicamente activas como histamina, enzimas proteolíticas y lipolecitinas, que pueden intervenir en la inflamación gingival.

El surco gingival es el espacio comprendido entre la encía libre y el diente, siendo una depresión en forma de V; está limitado de un lado por la superficie dental y del otro por el epitelio que tapiza el surco y recubre la encía libre. La profundidad normal del surco no suele ser superior a 2.5 mm. en un parodonto sano.

La encía insertada es continuación de la encía libre, se encuentra sólidamente unida al hueso alveolar, su aspecto es de "cáscara de naranja", tiene aproximadamente 9 mm. de ancho en la zona de piezas anteriores, que disminuye conforme se acerca a la zona de premolares y molares, llegando en ocasiones a desaparecer.

Es firme y recilente, por lo general en el maxilar tiende a ser más ancha, por el tamaño de las piezas y el propio maxilar.

La parte vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar que es relativamente laxa y móvil, de la que -

la separa por la línea mucogingival, en la cara lingual del maxilar inferior la encía insertada termina en la unión con la membrana mucosa que tapiza el surco sublingual en el piso de la boca.

El epitelio que tapiza la encía insertada es de tipo escamoso estratificado queratinizado.

PAPILA INTERDENTAL:

Es una prolongación interdental de la encía libre, ocupa el espacio interproximal situado debajo del área de contacto del diente, es de forma triangular o piramidal, consta de dos papilas, una vestibular y una lingual y el col. Este último es una depresión parecida a un valle, que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal, pues los contornos de los dientes adyacentes crean espacios que albergan a la papila interdental. La papila interdental es de importancia clínica y patológica, ya que son las primeras y más exactas indicadores de la enfermedad parodontal, pues el epitelio que la reviste es fino y ofrece poca resistencia a la aparición de la enfermedad parodontal.

La papila interdental está cubierta por epitelio escamoso estratificado.

A) FIBRAS GINGIVALES:

La mayor parte de la encía está compuesta por fibras colágenas elaboradas por el fibroblasto, que es el principal elemento celular del tejido conectivo.

Son fibras colágenas bastante gruesas e incluidas en el cemento como las fibras de Sharpey, y que se extienden hacia el tejido conectivo de la encía, llegando sus termina-

ciones hacia el epitelio de revestimiento de la encía.

La encía se compone de:

FIBRAS DENTOGINGIVALES:

Este grupo de fibras es de tejido conectivo incluidas en el cemento, salen inclinándose en dirección oclusal extendiéndose a través de la encía para terminar en la lámina propia que se encuentra en la encía.

Estas fibras tienen como función actuar como una barrera contra la migración apical del tejido (debido a la enfermedad parodontal); impiden por lo tanto su retracción.

FIBRAS ALVEOLOGINGIVALES:

Las fibras de este grupo nacen de la cresta alveolar y prosiguen en dirección coronal penetrando en tejido conectivo de la encía.

La función de estas fibras consiste en sostener la encía manteniéndola adosada a la superficie del diente, para proporcionar la rigidez necesaria y así soportar las fuerzas de masticación sin que ésta sea separada de la superficie del diente.

FIBRAS CIRCULARES:

Estas fibras corren a través del tejido conectivo de la encía y rodean al diente a modo de anillo. Su función será la de unir la encía libre con el cemento y la encía insertada adyacente.

FIBRAS ACCESORIAS:

Dentro de este grupo de fibras encontramos las transeptales, que van del espacio interproximal pasando sobre la -

cresta alveolar con inserciones sobre el diente adyacente.

Por lo tanto, estos fascículos constituyen un grupo bien definido que continúa de un diente al contiguo.

En este mismo grupo encontramos las fibras dentoperi^ostias, que surgen del periostio del hueso alveolar llegando a la parte del diente denominada cuello.

La función de estas fibras es permitir una adaptación -- más estrecha de la encía adherida al diente y al hueso alveolar subyacente.

CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DE LA ENCIA

COLOR:

Por lo general el color de la encía insertada y marginal se describe como rosado coral y es producido por el aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización -- del epitelio, así como la presencia de células que contienen pigmentaciones. De acuerdo a lo anterior, el color -- variará en cada persona, aunado a que también se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea (color de la piel).

CONTORNO:

La encía marginal rodea a los dientes a manera de collar y sigue las ondulaciones de las superficies vestibular y lingual de las piezas dentarias. La forma de la papila -- interdientaria está dada por el contorno de las superficies dentarias proximales, la forma de las áreas de contacto y las dimensiones de los espacios gingivales.

Cuando las caras proximales de las coronas son relativamente planas en sentido vertíbulo-lingual, las raíces -- están muy cerca una de la otra, el hueso interdentario es delgado y los espacios gingivales al igual que la papila interdental son estrechos mesio-distalmente.

Por el contrario cuando las superficies proximales divergen a partir del área de contacto, la distancia de la papila interdental es grande.

La altura de la papila interdental variará según la localización del contacto proximal entre los dientes.

El contorno o la forma de la encía varia considerablemente y depende de la forma de los dientes y de su alineación con el arco, de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los espacios gingivales, vestibular y lingual.

CONSISTENCIA:

La encía es firme y resilente, y con excepción de la encía libre, está fuertemente unida al hueso alveolar subyacente.

TEXTURA SUPERFICIAL:

La encía presenta una superficie finamente lobulada, como una cáscara de naranja y que es punteada, a ésto se le denomina puntilleo. El puntilleo se observa mejor cuando la encía está seca y se encuentra en la encía insertada.

La parte central de la papila interdental presenta puntilleo y los bordes marginales son lisos.

La forma y extensión del puntilleo varia de una persona a

a otra según edad , sexo y diferentes zonas de la misma boca.

Desde el punto de vista microscópico, el puntilleo es -- producido por protuberancias redondeadas y depresiones - alternadas en la superficie de la encía.

La capa papilar de tejido conectivo se proyecta en las - elevaciones y tanto las partes elevadas como las zonas - de depresión están cubiertas de epitelio escamoso estra- tificado.

El puntilleo es característico de una encía sana y su re ducción o pérdida es signo común de enfermedad parodontal.

LIGAMENTO PARODONTAL

El ligamento parodontal es la estructura de tejido conectivo - que rodea las raíces de los dientes uniéndolo al alveolo, (don de se encuentran insertados los dientes).

Es una continuación de tejido conectivo de la encía. El liga- mento parodontal está compuesto de haces de fibras colágenas, - sustancia fundamental mucopolisacárida y células como fibro -- blastos, macrófagos, osteoclastos y osteoblastos, (éstos últi- mos se encuentran cerca del hueso alveolar) y los cementoblas- tos así como cementoclastos que se encuentran en el cemento.

El ligamento parodontal, se constituye de fibras colágenas dis puestas en haces, situadas tanto en el hueso alveolar como en el cemento. A las fibras que están en los extremos del cemen- to se les denomina fibras de Sharpey.

Un rasgo importante del ligamento parodontal, es que sus fibras principales están dispuestas uniformemente como una respuesta ante las fuerzas de masticación.

FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PARODONTAL

FIBRAS DEL GRUPO DE LA CRESTA:

Se extienden en forma de abanico desde la parte cervical del cemento, insertándose en la cresta alveolar.

Tienen por función mantener el diente dentro del alveolo y equilibrar el empuje que ejercen las fibras apicales.

FIBRAS HORIZONTALES:

Van en dirección perpendicular al eje longitudinal del diente de cemento a hueso.

Su función es resistir los movimientos laterales del diente.

FIBRAS OBLICUAS:

Se dirigen en sentido ápico-coronal localizándose debajo de las horizontales, siendo las más abundantes.

Su función es proteger al diente durante las fuerzas de masticación.

FIBRAS APICALES:

Se abren en forma de abanico desde la región apical hacia el hueso circundante.

No se presentan en raíces que no han terminado su etapa de formación.

Su función es dar soporte al diente durante las fuerzas de masticación.

FIBRAS DE LA BIFURCACION:

Este grupo va de cemento interradicular uniendo las furcaciones de cada raíz. Ausentes en dientes unirradiculares, se disponen en la misma manera que las apicales y su función es la de unión y soporte de las fibras con el cemento.

El ligamento parodontal no sólo actúa como estructura de sostén, sino que posee también funciones formativa, nutritiva y sensorial.

La función de sostén consiste en mantener y retener al diente dentro del alveolo. La función formativa que está a cargo de células especializadas como fibroblastos, cementoblastos y osteoblastos, es necesaria para asegurar la reposición de tejido como cemento, ligamento parodontal y hueso alveolar. La función nutritiva y sensorial está dada por vasos sanguíneos y nervios respectivamente.

CEMENTO:

Es un tejido duro parecido al hueso, que recubre las raíces de los dientes, siendo una sustancia intercelular - calcificada y presentando una disposición en capas una - sobre otra alrededor de la raíz del diente.

Existen dos tipos de cemento: el celular y el acelular. El cemento acelular es de color claro, sin estructura de definida puesto que los cementoblastos que lo forman no - quedan incluidos en la sustancia depositada, como suele ocurrir con el cemento celular.

El cemento acelular cubre siempre la porción cervical de la raíz, extendiéndose a veces a toda ella, salvo la por porción apical donde encontramos cemento celular. Este último puede transformarse en cemento acelular.

FORMACION DE CEMENTO:

En las primeras fases de formación de la raíz, los prece prementoblastos (que son células del mesenquima del saco dental) se ubican cerca de la dentina, depositando así la - primera capa de cemento convirtiéndose en cementoblastos funcionales, este cemento es acelular; depósitos sucesivos de capas de cemento una sobre otra hacen que el cemento - siga creciendo en grosor, pero puede ocurrir que los ce cementoblastos queden atrapados entre las capas, siendo ahora cemento celular.

El cemento aumenta de grosor durante toda la vida conforme a la edad, siendo mayor sus capas hacia el ápice de la raíz y lo contrario hacia la parte cervical.

La función principal del cemento es la de fijar las fibras

del ligamento parodontal a la superficie del diente, ya que las fibras de colágena funcionan mejor como sostén del diente, cuando se extienden perpendicularmente a la superficie dentaria; entonces un desplazamiento de la -- pieza dentaria, puede provocar el depósito de una nueva capa de cemento, para incluir así las fibras con la angulación apropiada.

PROCESO ALVEOLAR

Es la estructura parodontal que sostiene a los alveolos donde se encuentran insertados los dientes, está formado por una matriz orgánica que contiene osteocitos, siendo éstos células -- que mantienen la integridad del tejido óseo, sustancia interce- lular y además por sustancia inorgánica que contiene calcio, - fosfato y carbonato en forma de cristales.

Es el tejido más lábil del organismo, ya que es susceptible a que todas las fuerzas actúen sobre él. Este tejido está dado para contener a los dientes y su remodelación va a depender de su función. Se distinguen dos zonas en el proceso alveolar, - el hueso alveolar y el hueso de soporte.

EL HUESO ALVEOLAR:

Es una delgada lámina que rodea las raíces de las piezas dentarias, es lo que conocemos como lámina cribiforme. En esta lámina se insertan las fibras del ligamento parodontal y por los orificios que presenta pasan vasos sangüf-- neos y nervios del ligamento parodontal.

EL HUESO DE SOPORTE:

Rodea la cortical ósea alveolar y actúa como sostén en su función.

El hueso de soporte se compone de:

1. Placas corticales compactas de las superficies vestibular y oral de los procesos alveolares.
2. Hueso esponjoso, encontrado entre estas placas corticales y el hueso alveolar.

A N A T O M I A

Los puntos de referencia anatómicos, son aquellas estructuras normales que aparecen en una serie de radiografías. Sin embargo estas estructuras no aparecen con la misma claridad en todos los pacientes, en un caso puede sobresalir un punto determinado, mientras que en otro puede ser difícilmente visible.

Las radiografías de cortes transversales del proceso alveolar, muestran las porciones esponjosa y cortical.

Por lo general las placas corticales y el hueso esponjoso suelen ser más gruesas en las caras linguales de los maxilares, pero hay variaciones individuales.

El hueso cortical o de soporte aparece radiopaco debido a su estructura densa, el hueso restante es mucho menos denso en su composición, por ser poroso y contener espacios vacíos en su estructura, así como de una consistencia esponjosa apareciendo menos radiopaco que el hueso cortical.

GROSOR DEL PROCESO ALVEOLAR

Los dientes son los responsables del proceso alveolar, ya que sigue la forma de la dentadura influyendo directamente sobre la forma externa. Cuando el proceso alveolar es delgado, existen prominencias sobre las raíces y depresiones interdientarias entre ellas, en cambio cuando es grueso, no hay prominencias ni depresiones.

C E L U L A S O S E A S

Los cambios observados en el hueso, se realizan por la actividad de células encontradas en el mismo, nos referimos a osteoblastos, que tienen la capacidad de depositar hueso nuevo y - a los osteoclastos de las lagunas de Howship que están encargados de resorber hueso.

En condiciones normales el hueso está sometido constante y simultáneamente a crecimiento y resorción de tejido óseo, procesos que finalmente llegan a coordinarse.

Los osteoblastos pueden quedar atrapados en espacios llamados lagunas, cambiando su nombre por osteocitos, siendo una célula que mantiene la integridad del tejido óseo, emite prolongaciones citoplasmáticas que pasan por canales ubicados en el hueso, este osteocito puede transformarse en osteoclasto y osteoblasto según los requerimientos del tejido.

SISTEMA HAVERSIANO

Se le denomina sistema haversiano al depósito de hueso en láminas concéntricas en torno a un vaso sanguíneo central.

Es una reconstrucción tridimensional, las laminillas dispuestas circunferencialmente alrededor de un vaso sanguíneo, constituyen una unidad cilíndrica.

El proceso alveolar que no está organizado en sistemas haversianos, se estructura como hueso fasciculado laminar (como el hueso alveolar propiamente dicho). Este hueso fasciculado puede presentar un ondulado fino o grueso.

RELACION ENTRE EL HUESO ALVEOLAR Y EL HUESO DE SOPORTE Y SU FUNCION

La integridad del hueso que aloja al diente, dependerá de la acción que se ejerza sobre dicho diente. Existen cambios en el hueso de soporte y en el ligamento parodontal, cuando desaparecen fuerzas oclusales, o cuando se pierden los dientes antagonistas, siendo una prueba de la dependencia de estos tejidos con relación al estímulo funcional.

También pueden observarse cambios en el hueso alveolar, después de una pérdida de función de larga duración.

El hueso esponjoso y de soporte, presenta generalmente trabéculas más gruesas y más numerosas cuando los dientes se han sometido a fuerzas oclusales excesivas o intensas.

Aunque el tejido óseo esté preparado para actuar en el mantenimiento y disposición de las trabéculas, en presencia de un proceso patológico se alterará el equilibrio normal característico del tejido óseo.

C A P I T U L O I I

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

E T I O L O G I A

La etiología es el estudio de las causas de una enfermedad, - es la recopilación de conocimientos relativos a dichas causas.

Los factores etiológicos de la enfermedad parodontal se dividen en: Locales y Sistémicos.

Los factores etiológicos locales son aquellos que se encuentran en el medio inmediato al diente y la estructura de soporte del mismo.

Los factores etiológicos sistémicos se relacionan con el estado sistémico del paciente que influye en los tejidos periodontales.

El mantenimiento del parodonto normal depende del equilibrio - dinámico entre las influencias fisiológicas locales y sistémicas. Las influencias locales resultan de factores tales como la saliva, la flora bacteriana oral normal y la función. Los sistémicos comprenden todo un conjunto complejo de fenómenos físico-químicos, que constituyen la base de la fisiología del organismo. Las influencias locales y sistémicas están sujetas a algunas variaciones. Puede considerarse a los tejidos parodontales como equipados con cierto grado de seguridad, -- dentro del cual se mantiene la normalidad fisiológica. Cuando estas influencias se alteran en un grado tal que no es posible mantener el estado normal del parodonto se produce la - enfermedad, también estas influencias están situadas en diferentes zonas del cuerpo y su efecto se observa en las células y sustancia intercelular del parodonto.

El aspecto clínico normal es un reflejo del estado de los tejidos subyacentes, es a su vez una manifestación de las influencias locales y sistémicas.

Por lo tanto, estas influencias responsables del mantenimiento de la salud periodontal, deben ser consideradas, relacionadas y no como independientes.

La efectividad de los factores etiológicos en la producción de la enfermedad clínica, depende del grado en que son capaces de producir alteraciones de los tejidos periodontales. El término de enfermedad sub-clínica se usa para designar los -- cambios patológicos microscópicos de gravedad.

El estado fisiológico de los tejidos periodontales depende de la interrelación constante entre estas dos influencias etiológicas, de ésto dependerá la naturaleza de las influencias sistémicas que afectan los tejidos, de igual forma el efecto de los factores sistémicos depende de las influencias locales, aunque clínicamente existe la tendencia a atribuir a la enfermedad periodontal un origen local o sistémico y no puede ser considerada como producida por uno solo de estos orígenes. Ambos componentes están siempre presentes, siendo la naturaleza y curso de determinada enfermedad por el modo y grado en que uno o ambos son alterados.

De acuerdo a la interrelación de los factores etiológicos la causa de la enfermedad periodontal puede presentarse de la manera siguiente:

- A) Enfermedad periodontal producida por factores locales patológicos con influencia sistémica patológica. Existe una amplia variedad de factores locales que pueden intervenir en la etiología de la enfermedad periodontal. Por conveniencia de descripción, generalmente se les considera separadamente, aunque comunmente la enfermedad periodontal está más relacionada con los factores locales.
- B) Enfermedad periodontal producida por factores sistémicos

patológicos con influencias locales fisiológicas. Observando esto, debe notarse qué influencias locales son tolerables para el parodonto, cuándo las influencias sistémicas son normales o son dañinas y cuándo son desfavorables.

C) Enfermedad periodontal causada por influencias locales y sistémicas patológicas, es evidente que la enfermedad -- periodontal es el resultado de la compleja relación entre las dos influencias y no efecto de factores locales o --- sistémicos aislados. La naturaleza y el curso de la enfermedad están determinados por la proporción en que intervienen los factores locales y sistémicos causantes de la enfermedad en casos individuales, las características clínicas dependen de:

1. Naturaleza de los factores locales.
2. El estado sistémico del paciente.
3. La etapa de desarrollo de los maxilares en la que aparecen los trastornos locales o sistémicos.

Los irritantes gingivales locales, una vez que empiezan a actuar, pueden traer cambios que originan trastornos funcionales. Un ejemplo sencillo es el impacto de alimentos, que puede dar como resultado la destrucción de tejido en los espacios interdentarios y causar, además diastemas. Este movimiento engendra a su vez, una mala relación de - las superficies particulares, dando como resultado trauma tismo oclusal.

FACTORES ETIOLOGICOS LOCALES

Entre los factores etiológicos locales tenemos:

1. Depósitos calcáreos.
2. Placas de mucina (bacterias).
3. Materia alba.
4. Impacto de alimentos, proximal y marginal.
5. Irritaciones por restauraciones defectuosas.
6. Respiración bucal.
7. Higiene inadecuada de la cavidad bucal.
8. Cepillado defectuoso.
9. Hábitos perniciosos.
10. Oclusión traumática.

1. DEPOSITOS CALCAREOS (SARRO Y CALCULO DENTAL)

El tártaro o sarro dentario es una masa calcificada que se forma sobre la superficie del diente, adheriéndose a ella. Comienza depositándose al principio de la madurez y sigue depositándose toda la vida. El color puede variar por factores tales como el tabaco o los pigmentos de la comida, en general es de color blanco o blanco amarillento, de consistencia dura, fácilmente desprendible de la superficie del diente con un instrumento. Se distribuye irregularmente, apareciendo en mayor cantidad en la superficie vestibular de molares superiores y en la superficie lingual de dientes anteriores inferiores.

El tártaro dentario contiene componentes orgánicos consistentes en células epiteliales descamadas, leucocitos, restos de comida y diversos tipos de bacterias y hongos.

2. PLACA DE MUCINA Y MATERIA ALBA:

Son películas orgánicas que pueden producir coloraciones -visibles pero generalmente requieren de soluciones revelantes para ser descubiertos.

La placa de mucina es una película blanda pegajosa y mucilaginosa que se acumula sobre la superficie del diente, especialmente sobre los cuellos de los mismos. El material está compuesto de mucina adherente (combinaciones de proteína con polisacáridos), sustancias alimenticias, ---restos celulares y diversos microorganismos, tanto vivos como muertos.

Se descubre fácilmente con una solución reveladora, sobre las superficies dentarias y se puede quitar fácilmente, se forma cuando la saliva es espesa.

3. MATERIA ALBA (MATERIA BLANCA).

Es una sustancia blanca y suave, formada por detritus alimenticios, células epiteliales y una placa de mucina subyacente.

Aunque no posee la organización estructural de la placa, se comprobó que produce sustancias que crean reacción en los tejidos de soporte del diente, desempeñando un papel importante para el proceso de la enfermedad periodontal.

Se deposita sobre la superficie dentaria, en restauraciones y encía; tiende a acumularse en los cuellos de los dientes, se puede formar en pocas horas en dientes que hayan --

tenido previa limpieza, así como en períodos en que no se hayan ingerido alimentos.

4. IMPACTO DE ALIMENTOS:

Es la colección forzada por fuerzas mecánicas de residuos alimenticios en los espacios interdientales, que comprimen la encía creando una fuente constante de irritación con resultado de inflamación de la encía.

Los residuos de alimentos son diferente de la placa y de la materia alba, pues son sólo alimentos retenidos y en descomposición en la cavidad bucal y frecuentemente contaminados por bacterias.

Tenemos dos tipos de impactación de alimentos:

- a) Vertical: Que es el impacto de comida entre dos piezas dentarias, debido a presiones oclusales durante la masticación.
- b) Horizontal: Que es el empaquetamiento de comida y detritus entre las piezas dentarias, por acción de las mejillas y la lengua durante los movimientos de la masticación.

La dieta del tipo de pan blanco, pasteles, dulces, jaleas, chocolates y refrescos, puede iniciar la caries dental y agravar o enfatizar un problema parodontal ya existente.

La falta de un estímulo gingival como resultado de una dieta blanda, propicia que la comida no llegue a presionar el tejido gingival cesando el estímulo mecánico que favorece la circulación gingival. Esto hace que el flujo

sanguíneo disminuya y la sangre se estanque, condicionando a los tejidos a ser más susceptibles a los irritantes locales.

5. IRRITACIONES POR RESTAURACIONES DEFECTUOSAS:

Este tipo de irritación tiene su origen en la mala odontología (trastornos yatrogénicos).

Los aparatos protésicos mal adaptados favorecen la acumulación de restos de comida y la multiplicación de las bacterias con sus productos metabólicos tóxicos, en esas zonas suele haber gingivitis crónica con diversos grados de pérdida ósea.

Las obturaciones con contornos incorrectos que no reproducen en los molares el contorno de las caras vestibulares, desvían la comida hacia el margen gingival con la inflamación consiguiente, los contornos proximales inadecuados o mal colocados no reproducen la anatomía protectora normal de los rebordes marginales oclusales, produciendo el alojamiento de comida.

Una prótesis mal ajustada, puede ejercer un efecto excesivo de palanca y de rotación sobre los dientes de soporte y sobre su eje de fijación, produciendo lesiones traumáticas iniciando la enfermedad parodontal.

Los aparatos ortodónticos, pueden producir irritación de las estructuras de soporte del diente, ya que entorpecen la realización de una buena higiene bucal.

6. RESPIRACION BUCAL:

La respiración bucal ha sido mencionada muchas veces como causa de un trastorno parodontal, se cree que ejerce su acción por deshidratación de la encía con pérdida de la resistencia del tejido o puede ser por el resecamiento de toda la cavidad bucal, dando como resultado pérdida de la acción protectora de la saliva o del equilibrio de la flora bacteriana.

La gingivitis se relaciona a menudo con la respiración bucal, pues en muchos casos la encía alterada se demarca claramente de la mucosa normal adyacente no expuesta.

7. HIGIENE INADECUADA DE LA CAVIDAD BUCAL:

La falta de dientes, extraídos por descuido en la higiene bucal o por otras causas, trae como consecuencia una serie de cambios que conducen a diversos grados de enfermedad periodontal. En algunos casos la persistencia de espacios creados por extracciones puede ir acompañada o no de secuelas perjudiciales.

Pero la secuencia con que la enfermedad periodontal proviene de la falta de reemplazo de uno o más dientes ausentes, señala la conveniencia y el valor profiláctico de las prótesis precoces.

Una complicación puede ser la migración distal del segundo premolar con empaquetamiento de comida y formación de bolsas parodontales en el espacio interproximal abierto entre los premolares.

Los cambios mencionados se acompañan de alteraciones en la relación funcional de las cúspides, que producen desarmonías oclusales lesivas para el parodonto.

Estos cambios por falta de reemplazo del primer molar inferior no tienen lugar en todos los casos, ni en casos de falta de reemplazo de otros dientes.

Por lo general la falta de reemplazo de dientes extraídos produce migraciones e inclinaciones de los dientes vecinos con alteraciones de los puntos de contacto.

8. MALA TECNICA DE CEPILLADO:

Una de las mejores armas que tenemos para controlar el -- avance de la enfermedad parodontal es el cepillo dental, pero al mismo tiempo puede ser la causa de la misma si no se usa como es debido.

El mal uso del cepillo dental nos puede ocasionar desde -- falta de masaje y limpieza en la boca hasta una gran abra-- sión, irritación y resección de los tejidos gingivales con la destrucción consecuente del soporte parodontal de las piezas dentarias.

Debe hacerse notar que la abrasión ocurre casi siempre en las superficies bucales y labiales, ésto por la dificul-- tad que tienen los pacientes para cepillar las superficies linguales.

El cepillado a manera de raspado, especialmente cuando se emplea un dentífrico abrasivo, es causa de la resección apical de la encía y de la abrasión de la superficie de-- los dientes.

También se observan hendiduras gingivales que pueden ser consecuencia del movimiento rotatorio de un cepillado -- con cepillo de cerdas duras.

Una secuela del cepillado exagerado puede ser el eritema difuso con denudación de la encía adherida de toda la boca, los cambios mencionados aparecen cuando el paciente comienza a usar un cepillo nuevo; por ejemplo una cerda que ha pinchado la encía y es retenida en ella puede dar lugar a un absceso gingival agudo.

También puede producir inflamación gingival el uso incorrecto del hilo de seda dental, palillo o estimuladores interdientales de madera, habrá formación de espacios interproximales que favorecen la acumulación de restos de alimentos.

9. HABITOS PERNICIOSOS:

Los hábitos anormales generalmente se practican en forma automática sin que el paciente tenga conciencia de su presencia, por lo que es muy importante descubrirlos y corregirlos para poder asegurar un buen resultado del tratamiento periodontal, los pacientes responden favorablemente a la eliminación de estos hábitos cuando se les informa que ellos pueden ser parcialmente responsables de su problema parodontal.

Entre los más comunes se encuentran el colocar cuerpos extraños entre las arcadas, triturándolos continuamente, a veces durante horas y siempre utilizando la misma región de la boca. Para esto se utilizan objetos muy variados - como: lápices, plumas, uñas, alambres, palillos, etc., o bien la propia lengua, que si se mantiene entre los dientes produce una mordida abierta.

Otro hábito es el bruxismo o rechinar de los dientes, la causa de éste es considerada psíquica o por stress emocional.

Sorrien clasifica en tres grupos a los hábitos:

1. NEUROSIS:

Como morderse los labios y carrillos, lo cual conduce a posiciones extrafuncionales de la mandíbula, -- empuje lingual, que causa mal posición dentaria y - recesión gingival, de igual forma el morderse las - uñas, morder lápices y plumas provocan el mismo trastorno.

2. HABITOS OCUPACIONALES:

Refiriéndose a los diferentes trabajos en los cuales se utilizan clavos sosteniéndolos con la boca, como carpinteros, zapateros, tapiceros.

Cortar hilo con los dientes y la presión de la lengua al tocar determinados instrumentos musicales.

3. VARIOS:

Tales como morder la pipa o cigarrillos, mascar tabaco, métodos incorrectos de cepillado, respiración - bucal, succión del pulgar, etc.

10. OCCLUSION TRAUMATICA:

La maloclusión ejerce un efecto variado en la etiología - de la enfermedad parodontal. Tenemos la hiperfunción, -- que puede ser causada o bien por exceso de fuerza sobre - los dientes o por falta de soporte parodontal. La hipofunción puede ser debida al desgaste prematuro de la altura de las cúspides, falta de oclusión de las piezas -- por mal posición dentaria y masticación indolente, efectuada ésta en forma de hábito al no triturar completamente los alimentos, o al elegir constantemente dieta blanda

que puede crear una estructura alveolar débil propiciando la acumulación de alimentos y así mismo la enfermedad -- periodontal.

El ligamento paradontal y el hueso alveolar están en relación estrecha con la función oclusal. Cuando ésta aumenta el ligamento se encuentra con más fibras para soportar el esfuerzo. Cuando disminuye, las fibras escasean ya -- que no se necesitan, cualquier cambio brusco en la función oclusal (corona o puente) puede resultar en destrucciones, al ser muy grandes las fuerzas y encontrarse disminuido el soporte.

FACTORES ETIOLOGICOS SISTEMICOS

Estos factores etiológicos se relacionan con la salud general del paciente y representan la habilidad que tiene éste de resistir el progreso de la enfermedad o de reparar rápidamente las lesiones producidas.

Se admite que una lesión del parodonto causada por un proceso patológico general no es necesariamente igual a las lesiones parodontales mandibulares, así como el hiperparatiroidismo o la enfermedad de Paget que tiene manifestaciones de esta naturaleza.

Las enfermedades parodontales que tienen una causa local pueden ser complicadas o influenciadas por un padecimiento general. De igual modo las perturbaciones en la salud de una persona pueden producir cambios en el tono y la resistencia vital de los tejidos parodontales haciéndolos más susceptibles a irritaciones menores, así una enfermedad subclínica se puede manifestar en forma neta.

Entre las más importantes están:

1. DIETA:

Nos referimos a la cantidad de alimentos que un individuo ingiere, puede influir de dos maneras, localmente en la boca puede producir presiones exageradas si es muy dura o demasiado fibrosa y falta de estímulo, si es siempre demasiado blanda, puede quedarse adherida a los dientes irritando los tejidos.

Por otro lado lo que se aproveche verdaderamente de esa ingesta o nutrición influye por la calidad, cantidad y balance que tenga y repercutirá en la capacidad reactiva local de los tejidos.

2. DISCRASIAS SANGUINEAS:

Muestran alteraciones de los tejidos orales y paradontales en la medida en que estos trastornos alteran las relaciones celulares normales interfiriendo éstas con el metabolismo y la función normal de los tejidos afectados. Los tejidos del sostén del diente están regidos en su metabolismo al igual que el resto del organismo, por la función de las glándulas endócrinas.

3. ALERGIAS:

Tanto generales como por contacto pueden variar el cuadro gingival en la medida de la severidad de las manifestaciones locales.

Estas alergias pueden ser producidas por la comida, drogas, polvo, polen, pelo de animales, etc.

4. DIABETES:

Se dice que no hay unanimidad de opiniones sobre la exacta relación entre la diabetes y la enfermedad oral, los siguientes cambios han sido atribuidos o relacionados a la diabetes: sequedad de la boca, eritema difuso de la mucosa oral, lengua saburral y enrojecida, con entendaciones marginales, tendencia a la formación de abscesos periodontales, estomatitis diabética, encías agrandadas, pólipos gingivales pediculados, papilas gingivales dolorosas y sangrantes, proliferaciones polipoides de las encías y dientes flojos, también se le ha atribuido una mayor frecuencia de enfermedad periodontal y destrucción vertical y horizontal del hueso alveolar, aumento de una tendencia de la gravedad de las inflamaciones y susceptibilidad a las infecciones.

En estudios de biopsia, se ha sugerido que en la diabetes, la encía y el tejido periodontal de granulación presentan una infiltración grasa que puede ser responsable de una disminución de la resistencia en la zona periodontal. Se han descrito también en la diabetes una hiperplasia gingival o hiperqueratosis.

En un reciente estudio clínico y microscópico de la encía de pacientes diabéticos, no se encontró ninguna correlación entre la gravedad de la gingivitis y el estado de control de diabetes, las alteraciones microscópicas vistas en encías de diabéticos consisten en superficies lisas, falta de cornificación, vacuolización intranuclear del epitelio, aumento de inflamación, cambios en el aspecto estructural del tejido conectivo y aumento del número de cuerpos extraños calcificados, los cuales no son considerados como característicos de diabetes.

5. EMBARAZO:

La gestación puede acompañarse de una gingivitis, aunque los datos obtenidos sobre la frecuencia de este cambio son muy divergentes.

Hilming encontró que el 100% de todas las mujeres desarrollan una inflamación gingival durante el embarazo y notó que la intensidad de la gingivitis aumentaba durante la gestación, alcanzando su máximo, justamente antes del parto.

Conclusiones importantes de este estudio fueron:

1. Frecuencia e intensidad más elevadas de la enfermedad parodontal durante el embarazo que durante el período de postparto.
2. Un aumento progresivo de la gingivitis desde el segundo hasta el octavo mes de gestación.
3. Reducción de la sintomatología gingival en el noveno mes de la gestación y continuación de la regresión de la enfermedad parodontal después del parto.

Las zonas localizadas del aumento de volumen gingival, han sido llamadas tumores del embarazo. En un examen histopatológico del tejido, revela vasodilatación y proliferación de vasos sanguíneos junto con cambios de tipo inflamatorio, no específicos.

C A P I T U L O I I I

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES
PARCDONTALES

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

GINGIVITIS:

El significado etimológico de Gingivitis es: inflamación de la encía y se define como el aumento de volumen que - sufre la encía como respuesta a irritantes locales y a - trastornos generales o sistémicos.

Clínicamente la gingivitis se observa por los siguientes signos:

- a) Cambios en la contextura; pérdida del puntilleo gingival, con aspecto brillante y liso.
- b) Cambios de coloración del rosado hasta rojo y magenta.
- c) Cambios en la forma: edema.
- d) Cambios en el intersticio: ulceración del epitelio. (Son raras las úlceras, salvo si sobreviene la infección por fusospiroquetas, en cuyo caso aumenta muchísimo).
- e) Cambios del margen gingival: crecimiento excesivo, bolsa virtual.
- f) Hendiduras y fisuras.
- g) Presencia de irritante local: sarro.

Al examinar la encía se debe observar:

- | | | |
|----|---------------------------|---|
| 1. | Extensión de la lesión | Papilar, Localizada,
Generalizada y Marginal |
| 2. | Distribución de la lesión | Encía marginal
Encía insertada |
| 3. | Estado de la inflamación | Aguda
Crónica |

El proceso de la enfermedad es lento, pero tarde o temprano la encía revela algunos cambios. A veces la inflamación -- gingival queda circunscrita a la región marginal sin atacar el resto de la encía.

La lesión puede permanecer estable por largos períodos de tiempo, sin observarse cambios clínicos importantes, sin embargo se observan casos de evolución rápida.

EVOLUCION, DURACION Y DISTRIBUCION DE LA GINGIVITIS:

- EVOLUCION Y DURACION:

Gingivitis Aguda: dolorosa, se instala repentinamente y es de corta duración.

Gingivitis Subaguda: una fase menos grave que la afec-
ción aguda.

Gingivitis Crónica: se instala con lentitud, es de --
larga duración e indolora, salvo que se complique ---
con exacerbaciones agudas o subagudas. La gingivi -

tis crónica es el tipo más común.

- DISTRIBUCION:

Localizada: se limita a la encía de un solo diente o un grupo de dientes.

Generalizada: abarca toda la boca.

Marginal: afecta el margen gingival, pero puede incluir una parte de la encía insertada contigua.

Papilar: abarca las papilas interdientarias y con frecuencia se extiende hacia la zona adyacente del margen gingival. Es común que afecte a las papilas y no al margen gingival, los primeros signos de gingivitis aparecen en la papila.

De acuerdo a la distribución de la enfermedad gingival en casos particulares se describe mediante la combinación de los nombres anteriores como sigue:

Gingivitis marginal localizada: se limita a una -- área de la encía marginal o más.

Gingivitis papilar: abarca un espacio interdentario o más, en un área limitada.

Gingivitis marginal generalizada: comprende la encía marginal de todos los dientes. Por lo general, la lesión afecta también a las papilas interdientarias.

Gingivitis difusa generalizada: abarca toda la encía.

ETIOLOGIA DE LA GINGIVITIS

A) MEDIO BUCAL

1. BROMATOSTASIS
2. MATERIA ALBA
3. PLACA BACTERIANA
4. CALCULO DENTAL

B) TEJIDOS DENTARIOS

- | | |
|----------------|---------------------------------------|
| 1. CARIES | |
| 2. ANOMALIAS | FORMA
POSICION |
| 3. DIFUNCIONES | ANOCLUSION
OCCLUSION
TRAUMATICA |

FACTORES
LOCALES

C) MALOS

1. MAL CEPILLADO
2. MALA ODONTOLOGIA
3. MALOS HABITOS

A) INSUFICIENCIA VITAMINICA ESENCIALMENTE DE COMPLEJO B, VITAMINA A, C Y D.

B) TRASTORNOS HORMONALES EMBARAZO, MENSTRUACION, PUBERTAD Y MENOPAUSIA.

FACTORES GENERALES SISTEMICOS

C) DISCRACIAS SANGUINEAS ANEMIA, LEUCEMIA Y AGRANULOCITOS.

D) ALERGIAS A FARMACOS Hg.

Bi.

Pb.

DILATIN SODICO

FACTORES PSICOSOMATICOS MALOS HABITOS
ALTERACIONES NERVIOSAS
BRICOMANIA O BRUXISMO

FACTORES YATROGENICOS MALA ODONTOLOGIA

CLASIFICACION DE LA GINGIVITIS:A) Gingivitis Crónica

Comienza con un rubor muy leve y después el color - pasa por una gama de diversos tonos de rojo, azul rojizo y azul oscuro a medida que aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio. Los cambios aparecen en las papilas interdentarias y se extienden hacia la encía insertada.

La encía marginal es delgada, existirá presencia de puntilleo en la encía insertada y no hay exudado. Se instala con lentitud, es de larga duración e indolora.

El tratamiento es el raspado y curetaje, así como una técnica de cepillado adecuada.

B) Gingivitis escorbútica:

Es debida a la deficiencia de vitamina "C", acompañada de irritantes locales.

Características: Agrandamiento de la encía, edema, hemorragia, coloración rojo azulado de la encía.

Tratamiento: Puede ser conveniente la terapéutica - a base de vitamina "C" (de 300 a 500 mg. al día repetido en varias tomas). Una semana antes y una semana después de haber realizado el tratamiento local, que en éste y en otros casos es primordial para el éxito del tratamiento.

C) Gingivitis en el embarazo:

Es una enfermedad específica en la mujer embarazada, la cual se manifiesta en un determinado período de la gestación, que comprende del segundo al octavo mes del embarazo.

Esta tiene su origen en los irritantes locales, por lo que el embarazo acentúa la respuesta gingival a los irritantes locales, produciendo un cuadro clínico diferente del que producen en personas no embarazadas. Por lo que podemos decir, que este estado es un factor modificante secundario con grado de afección diferente según el caso.

Las manifestaciones clínicas más sobresalientes son la vascularidad pronunciada, encías inflamadas, color que varía del rojo azulado al rojo brillante, edema de la encía marginal e interdentaria que se hunde a la presión, con aspecto liso y brillante y tendencia hemorrágica.

En ocasiones la encía forma masas circunscritas de aspecto tumoral llamada tumor del embarazo. Estos cambios se presentan sin dolor a excepción de que se encuentren complicados con infección aguda o úlceras marginales.

El tratamiento en los casos leves de hipertrofia gingival durante el embarazo, suelen responder observando una higiene bucal satisfactoria.

La mayor parte de las lesiones desaparecen espontáneamente algunos meses después del alumbramiento.

En el tumor del embarazo el tratamiento consiste en

la incisión quirúrgica, así como raspado y alisado de las superficies dentarias.

D) Gingivitis menopáusicas: (Gingivitis atrófica senil)

Es una lesión que trae consigo signos y síntomas - leves con los primeros trastornos menopáusicos, aunque no es un estado común.

Un factor etiológico importante es la disminución - de estrógenos, pero asociado siempre a irritación - local.

Características Clínicas:

Disminución de la secreción salival y como consecuencia la encía y el resto de la mucosa bucal son secas, brillantes y fácilmente sangran, el color varía entre la palidez y el enrojecimiento anormal .

El tratamiento consiste en una terapia a base de estrógenos y vitaminas. Además con un control adecuado del Cirujano Dentista sobre la higiene bucal de - la paciente se obtendrán resultados satisfactorios.

E) Gingivitis Herpética o Viral:

Es una infección de la cavidad oral ocasionada por el virus Herpes Simplex, con frecuencia el cuadro - clínico se ve alterado por infecciones bacterianas secundarias, se encuentran con mayor frecuencia -- estos casos en lactantes y en niños menores de seis años, también se ve en adolescentes y adultos tanto

en hombres como en mujeres.

Características Clínicas:

La lesión aparece difusa eritematosa y su superficie es brillante, con grados variables de edema y hemorragia gingival.

Se observan vesículas circunscritas y grises en la encía, alrededor de las 24 horas se rompen dando lugar a pequeñas úlceras que son dolorosas, éstas presentan un margen rojo y su parte central hundida y de color amarillento.

Los síntomas son dolor, irritación intensa, malestar general y fiebre.

El tratamiento consiste en administrar al paciente analgésicos, antipiréticos, pomada de solcoseryl y como tratamiento de sostén podemos recomendar lavado suave para mejorar la higiene bucal y reducir la población bacteriana.

F) Gingivitis Descamativa Crónica:

Esta enfermedad es más frecuentemente diagnosticada en mujeres, generalmente después de los treinta años, pero en ocasiones se presenta a cualquier edad después de la pubertad, así mismo en los hombres.

Se puede manifestar también en bocas desdentadas.

Aspectos Clínicos:

Este tipo de gingivitis se desencadena en diferentes grados, sigue su sintomatología y apariencia clínica cuya característica es la falta de queratinización del tejido.

La gingivitis descamativa crónica es una afección rara que ataca las encías papilar, marginal e insertada. Zonas irregulares en toda la encía son de color rojo vivo, lisas y brillantes.

Al frotar la encía con el dedo, con un rollo de algodón o con un chorro de aire puede desprenderse el epitelio superficial, dejando una superficie sangrante y dolorosa de tejido conectivo expuesto.

En casos más graves la encía se cubre de múltiples zonas vivas sangrantes sobre un fondo de eritema intenso. Estas lesiones comienzan como erupciones vesiculares y se rompen.

Los pacientes experimentan una sensación de ardor, que se agrava con los condimentos, alimentos ácidos y bebidas carbonatadas.

Sienten un sabor salado y en raras ocasiones sufren dolor espontáneo.

El tratamiento de la gingivitis descamativa ha sido un problema desde el momento en que fue reconocida clínicamente. La mayoría de los procedimientos han aportado sólo alivio temporal.

La aplicación tópica de hormonas estrógenas en forma de pomada proporcionan mejoría temporal, en muy pocos casos se obtuvieron mejores resultados con la aplicación tópica de corticoides. Se recomienda la pomada de Corticoides al 2.5% en una base adhesiva (Kenalogen Orabase).

Para obtener una mejoría clínica e histológica, el tratamiento con esta preparación debe durar seis meses o más. Resulta beneficioso que la higiene bucal del paciente sea excelente.

En casos graves y con dolor y cuando resulta difícil masticar, se emplean aparatos protectores de plástico, cubren la encía y conservan el medicamento.

G) Gingivitis Ulceronecrotizante (Enf. de Vincent)

La gingivitis ulceronecrotizante (GUN), es una infección aguda de la encía, se le conoce también como gingivitis o enfermedad de Vincent.

El nombre actual deriva de síntomas clave: necrosis, ulceración e inflamación de la encía.

La mayoría de los autores opinan que su etiología es debida al basilo fusiforme y la Borrelia Vincentti, que es una espiroqueta, encontrados en una relación simbiótica.

Signos y Síntomas a partir de los cuales se hace el diagnóstico:

1. Ulceración de las puntas de las papilas interdentarias.
2. Hemorragia.
3. Instalación repentina.
4. Dolor.
5. Olor desagradable.

La enfermedad puede presentarse en la fase incipiente leve con sólo dos signos clínicos:

1. Necrosis de las puntas de las papilas interdentarias.

2. Tendencia a una hemorragia gingival fácil.

En la fase incipiente leve puede no haber dolor.

La enfermedad se ha clasificado en aguda, subaguda y crónica. Esta diferenciación clínica se basa en la intensidad, duración e instalación de la infección y no en el tipo de inflamación.

El diagnóstico se hace del aspecto clínico de las lesiones.

Las papilas interdentarias se presentan erosionadas, carcomidas o recortadas por efecto de la destrucción ulcerativa. Las úlceras avanzan hasta incluir la encía marginal y más raramente la encía insertada.

Los restos ulcerados de las papilas y la encía libre sangran al ser tocadas y por lo general están cubiertas de una pseudomembrana blanquecina, amarillenta o gris.

La encía que rodea las úlceras es de color rojo subido, cuando se le toca sangra, los ganglios linfáticos regionales pueden estar agrandados y dolorosos.

Casi siempre el paciente se queja de no poder comer a causa del dolor intenso y de la tendencia a hemorragia gingival, el paciente padece también malestar general, fiebre y cefalalgia, suele notarse una salivación excesiva y un sa-

bor metálico.

En casos avanzados, puede haber manifestaciones generalizadas o sistémicas, que incluyen - leucocitosis; trastornos gastrointestinales y taquicardia.

Tratamiento; los objetivos del tratamiento de la GUN son:

1. Reducción de los síntomas agudos (eliminar el proceso necrotizante).
2. Eliminación de factores predisponentes (restauración de la salud de los tejidos).
3. Corrección de las deformaciones de los tejidos mediante cirugía.

Reducción de los síntomas agudos:

Para reducir los síntomas agudos se recurre a la medicación, la limpieza y a la institución de procedimientos de higiene bucal.

La mejoría aparente lleva a que se aumente el uso de medicaciones, mientras que en esencia la medicación sólo es un paso del tratamiento.

Eliminación de factores predisponentes extrínsecos e intrínsecos:

El paciente deberá ser sometido a condiciones generales saludables. Se reducirán o eliminarán factores que pudieran disminuir la resistencia de los tejidos como fatiga, alcoholismo y fumar en exceso.

En los casos graves se aconseja guardar cama, en especial si hay fiebre. Debe mencionarse o investigar con tacto, el posible papel de la tensión psicogénica.

El tratamiento se lleva a cabo en dos sesiones:

Primera sesión:

Limpieza de la boca con un chorro de agua, con el objeto de quitar la pseudomembrana, si fuera preciso se utilizará anestesia tópica.

El lavado es un elemento muy útil para la limpieza de bacterias y tejido necrótico, ya que facilita la cicatrización de heridas.

Se indica al paciente que haga enjuagues con agua caliente, como tratamiento casero, el buche de agua, tan caliente como lo pueda soportar, se hace pasar con fuerza por entre los dientes varios minutos.

Los enjuagues deberán hacerse varias veces al día. Las pseudomembranas necróticas se aflojarán y los microorganismos anaerobios disminuirán en número.

En vez de agua caliente se puede usar una solución diluida de peróxido de hidrógeno (1 parte en cuatro de agua tibia). Esta solución da resultado favorable, pero no se sabe si el efecto terapéutico es consecuencia de la oxigenación o de la efervescencia burbujeante durante los enjuagues.

La aplicación tópica de proxypel (antiséptico e higienizador bucal) o de glyoxide (preparación de peróxido de hidrógeno y urea en glicerina), pueden producir efectos benéficos.

Segunda sesión: (uno o dos días después)

En este momento, el paciente debe presentar una considerable mejoría clínica, el dolor debe haberse reducido mucho o haber desaparecido.

Se seguirá haciendo el raspado y se enseñarán procedimientos para la higiene bucal con un cepillo blando.

Sesiones sucesivas:

A partir de ahora, se observará al paciente por lo menos una vez por semana, durante esas visitas se completarán el raspado y el pulido de los dientes.

Se valorará y modificará la higiene bucal según las necesidades del paciente.

PARODONTITIS:

El significado etimológico de Parodontitis es: inflamación de los tejidos del parodonto y se define como inflamación de la encía y de los tejidos más profundos del parodonto, siendo resultado de una gingivitis crónica no tratada.

Se caracteriza por la destrucción progresiva del hueso alveolar, así como por profundas alteraciones degenerativas de la encía y el ligamento parodontal. (Formación de bolsas parodontales).

ETIOLOGIA:

Es originada por factores etiológicos locales y por factores etiológicos sistémicos.

Factores Etiológicos Locales:

Entre éstos encontramos a:

- a) Placa dental bacteriana.
- b) Tártaro.
- c) Empaquetamiento de restos alimenticios.
- d) Restauraciones defectuosas.

Factores Etiológicos Sistémicos:

Estos son los que provienen del estado general del paciente. (Trastornos endócrinos y deficiencias nutricionales).

La parodontitis se origina principalmente por factores - irritativos locales y que pueden estar complicados con - factores sistémicos.

Características Clínicas:

Una de las características más importantes de la parodontitis, es la formación de bolsas parodontales, siendo el resultado de la profundización patológica del surco gingival.

La bolsa parodontal puede ubicarse en cualquier cara de la superficie dental, para poder localizarla y determinar su posición, así como su extensión, utilizaremos la sonda alrededor del margen gingival del diente.

Signos Clínicos:

1. La encía marginal se encuentra agrandada y de color rojo azulado.
2. Las superficies radiculares están expuestas.
3. Existe sangrado gingival.
4. Habrá exudado purulento espontáneo o a la presión digital.
5. Movilidad dentaria patológica.
6. Aparición de diastemas.

Puede haber también, aunque no siempre porque las bolsas son asintomáticas, dolor localizado, sensación de comezón de la encía, sensibilidad al frío y dolor dentario en ausencia de caries.

Bolsa Parodontal:

Sencillamente puede definirse como un surco gingival patológico, siendo el estado de los tejidos la diferencia principal entre el surco gingival y la bolsa parodontal.

La bolsa parodontal se encuentra limitada, por un lado - por la superficie dentaria, (con el cemento expuesto cubierto por depósitos de sarro y placa); y por el otro, - por la encía, que presenta diversos grados de inflamación. El cemento radicular encontrado en el fondo de la bolsa, es un tejido necrótico y sin vitalidad.

Los irritantes traen como resultado la inflamación, migración de leucocitos y exudado en la bolsa parodontal, así como una alteración temprana del hueso alveolar (reducción de la cresta alveolar en sentido horizontal).

Dependiendo de la relación que guardan con la cresta alveolar, las bolsas parodontales se clasifican en:

1. Bolsa supraósea: Se localiza arriba de la cresta alveolar.
2. Bolsa infraósea: Se localiza por debajo de la punta de la cresta alveolar.

Tratamiento:

La eficacia del tratamiento periodontal es posible gracias a la notable capacidad de cicatrización de los tejidos periodontales. Realizado con propiedad, se puede -- contar con que el tratamiento elimine el dolor, elimine la inflamación gingival, detenga la hemorragia gingival, elimine las bolsas periodontales y la infección, detenga la destrucción de tejido blando y hueso, reduzca la movilidad dentaria patológica, ayude a restablecer el contorno gingival fisiológico necesario para la preservación de la salud periodontal y disminuya la pérdida ósea.

La eliminación de la bolsa periodontal es la clave del - tratamiento periodontal, pudiendo llevarse a cabo por:

- a) Raspado y curetaje.
- b) Gingivectomía

- TECNICA DE RASPADO Y CURETAJE:

El raspado consiste en eliminar cálculos, placa bacteriana y otros depósitos, el alisado de la raíz eli

mina la sustancia dentaria necrótica; y el curetaje de la superficie interna de la pared gingival de la bolsa periodontal se hace con el objeto de desprender el tejido blando necrótico.

GINGIVECTOMIA:

Es un procedimiento quirúrgico definitivo para eliminar bolsas supraóseas profundas con paredes fibrosas, cualquiera que sea su profundidad.

PERIODONTOSIS:

La periodontosis es una enfermedad poco frecuente en el parodonto, definiéndose como la destrucción no inflamatoria degenerativa crónica del parodonto.

Se caracteriza porque existe pérdida ósea en forma vertical. También se le denomina a esta enfermedad Atrofia Alveolar Difusa.

Su etiología y patología son desconocidas y el diagnóstico se hace en base a las características clínicas y a la frecuencia de la enfermedad entre los miembros de la familia, aunque puede ser insidiosa.

Es raro que la parodontosis se diagnostique cuando apenas se inicia pues en estos momentos hay pocos signos y síntomas. El diagnóstico temprano se hace en forma fortuita, durante un examen de rutina de radiografías bucales.

En estos casos la encía no presenta signos clínicos que manifiesten inflamación.

Características de la Enfermedad:

Edad de instalación:

Se produce generalmente entre los 11 a 13 años, el hueso alveolar se desarrolla normalmente y la erupción dentaria también es normal; después es cuando se sufre la resorción ósea. Es por esto, que no parece que la pérdida ósea se deba a factores congénitos o del desarrollo del hueso.

Relación con el sexo:

La parodontosis ataca con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres, la relación es de 3:1.

Tendencias familiares:

La parodontosis tiende a seguir la línea materna, se produce en gemelos, padres e hijos, hermanos, primos hermanos, tíos y sobrinos.

Magnitud de la respuesta:

La velocidad e intensidad de su destrucción, se encuentra desproporcionada con relación a los factores locales.

Patrón radiográfico distintivo:

En la periodontosis no se produce afección de los dientes temporales, ni su exfoliación temprana.

Esta enfermedad ataca sólo a la dentadura permanente.

Velocidad de avance:

La parodontosis avanza con rapidez, el diente afectado puede perder alrededor de tres cuartas partes de hueso alveolar en una o más de las superficies radiculares y durante un período de menos de tres años.

La parodontosis se desarrolla en tres etapas:

Primera etapa:

Se caracteriza por degeneración y destrucción de las fibras principales del ligamento parodontal, así como resorción del hueso alveolar debido a:

- a) Falta de estimulación funcional de los dientes.
- b) Mayor presión sobre los tejidos, a causa del edema.

Además existe inactivación en la formación de cemento.

Segunda etapa:

Existe una emigración rápida de la adherencia epitelial hacia la raíz del diente, esto va a dar como resultado la formación de bolsas parodontales, que en Parodontosis son de tipo intra-óseo.

Empiezan a observarse en la encía signos clínicos de inflamación, provocada por factores locales (placa bacteriana, materia alba).

El signo clínico más precoz, es la migración dentaria en sentido labio-distal que se presenta con formación de diastemas y - que ocurre debido a la degeneración inicial y a la pérdida de hueso alveolar.

Clínicamente la Primera y Segunda Etapa, son de corta duración y no se pueden diferenciar una de la otra, por lo que se dificulta su diagnóstico y cuando éste se establece, por regla general estamos en la tercera etapa.

Tercera etapa:

Se caracteriza por inflamación gingival progresiva, trauma de la oclusión y bolsas parodontales infraóseas.

La parodontosis es una lesión que no causa dolor y a veces puede presentar síntomas similares a Parodontitis, la diferencia radica en la velocidad de resorción del hueso alveolar que existe en la Parodontosis.

No se ha establecido cuál es el origen de la Parodontosis, pero se piensa que está en relación con los estados generales del paciente, encontrando los siguientes:

- a) Desequilibrio metabólico.
- b) Alteraciones hormonales heredadas.
- c) Enfermedades debilitantes.
- d) Deficiencias nutricionales .
- e) Diabetes.
- f) Sífilis.
- g) Hipertensión arterial.

En ocasiones la parodontosis se presenta asociada con el Síndrome de Papillon-Lefevre o Hiperqueratosis Palmoplantar, cuya característica principal es la destrucción de hueso alveolar, tanto en la dentadura primaria como en la permanente y exfoliación prematura de los dientes.

Tratamiento:

El tratamiento de la Parodontosis según Baer y Gamble en pacientes adolescentes, consiste en extraer los primeros molares afectados y los alveolos vacíos se preparan para recibir al germen del tercer molar (se extrae el tercer molar y se trasplanta al alveolo del primer molar).

El momento propicio de esta operación, es cuando las bifurcaciones del germen del tercer molar acaban de formarse.

El excelente resultado que se obtiene en este caso, nos indica que la lesión ha sido causada por el diente extraído, en este caso el primer molar, puesto que el reemplazo (germen -- del tercer molar), permitió la regeneración ósea completa.

Los procedimientos para realizar el tratamiento de la parodontosis serían: eliminación de los irritantes locales, control del estado general del paciente, así como realizar un legrado y curetaje y para finalizar un ajuste oclusal .

Pronóstico:

El pronóstico de la parodontosis ha de ser reservado, pero no negativo, aunque cuando la destrucción está muy avanzada habrá que sacrificar los dientes atacados. En realidad algunos casos de Parodontosis han llegado a la pérdida forzosa de todos los dientes, pero por fortuna el número de estos casos es mínimo.

Cuanto más aprendamos sobre esta enfermedad y más se refine - nuestra terapéutica, serán más los dientes tratados con éxito.

CAPITULO IV
TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

En la enfermedad parodontal el tratamiento medicamentoso es - utilizado con el fin de prevenir y tratar complicaciones generales de las infecciones bucales agudas y como medida profiláctica preoperatoria contra infecciones o bacteremia que pudiera presentarse después de efectuar el curetaje o alguno de los otros procedimientos quirúrgicos.

La mayoría de las técnicas para el tratamiento de la enfermedad gingival y parodontal no se basan en el uso de drogas, -- sin embargo hay muchas situaciones en las que son de gran utilidad.

QUIMIOTERAPICOS Y ANTIBIOTICOS

Poco después del descubrimiento de las bacterias, se iniciaron investigaciones con respecto a sustancias que pudieran eliminarlas o cuando menos frenar su mecanismo de crecimiento.

En la actualidad existe una gran cantidad de sustancias químicas con las propiedades deseadas, que se acercan más o menos a esta meta.

Cuando las sustancias son sintetizadas químicamente se les denomina Quimioterápicos y cuando se encuentran constituidas por productos del metabolismo se les denomina Antibióticos. De -- ésto se deduce que ambos productos no se difieren fundamentalmente en cuanto a su acción. Es decir ambos grupos de sustancias actúan sobre algún punto del metabolismo microbiano. Cuando por esta acción se inhibe el crecimiento progresivo del germen, se habla de actividad bacteriostática, en caso que --- éstas sean destruidas, se habla de un efecto bactericida. La infección es superada secundariamente gracias a las fuerzas -

defensivas del organismo.

Según su metabolismo, los quimioterápicos y los antibióticos se pueden clasificar en diferentes grupos:

1. Acción sobre la membrana celular.
 - a) Interferencia de la síntesis de porciones constituyentes de la membrana celular: penicilinas, cefalosporinas, bacitracina.
 - b) Aumento de la permeabilidad de la membrana celular; polimixina y los fungistáticos, (nistatina y anfotericina).
2. Inhibición de la síntesis de proteínas: tetraciclinas, cloramfenicol, estreptomina, kanamicina, neomicina y eritromicina.
3. Interferencia de fenómenos metabólicos importantes: sulfamidas y ácido paminosalicílico.

La quimioterapéutica es el tratamiento de la enfermedad mediante la administración de productos químicos que atacan a los agentes causales sin afectar al paciente. La quimioterapéutica se utiliza en parodontia.

1. Para la prevención y tratamiento de complicaciones generales de las infecciones bucales agudas.
2. Como medida profiláctica preoperatoria contra infecciones o bacteremias que siguen al raspaje y curetaje o a procedimientos parodontales quirúrgicos más difíciles. Esto es obligatorio en pacientes con antecedentes de fiebre reumática o lesión valvular cardia

ca congénita.

Los antibióticos son sustancias producidas por organismos vivos, como bacterias y levaduras; que inhiben o destruyen los agentes infecciosos.

Hay muchos antibióticos que son eficaces contra un amplio aspecto de microorganismos, pero introducen el riesgo de alterar la flora intestinal y producir cepas de microorganismos resistentes.

Es preferible seleccionar el antibiótico que se base en la necesidad específica del paciente.

Las tetraciclinas son un grupo de antibióticos de amplio espectro, que incluyen la oxitetraciclina, clorhidrato de clortetraciclina y clorhidrato de demeclociclina.

Son antibióticos de elección en infecciones por Borrelia y Mycoplasma. Favorecen frecuentemente la aparición de infecciones agregadas por Candida y Staphylococcus.

Las tetraciclinas ingeridas cuando se están formando los dientes, producen manchas o hipoplasias permanentes.

No se recomienda la estreptomina para uso dental, - por no tener ninguna acción sobre microorganismos de la boca, produce vértigo y pérdida de la audición -- siendo además nefrotóxica; la Kanamicina, Gentamicina y Vancomicina producen resultados similares.

La penicilina G. procaínica es la droga de elección entre los antibióticos administrados por vía sistémi-

ca para la mayoría de las enfermedades parodontales. Es atóxica y no produce efectos nocivos.

Se absorbe con rapidez y es menos susceptible a ser inactivada por la acción de los ácidos.

La dosis para adultos es en tabletas de 250 mg. cuatro veces al día, o 300 000 unidades cada 24 horas - por vía intramuscular.

Las reacciones alérgicas causadas por sensibilidad - son más frecuentes con la penicilina que con otros - antibióticos, la urticaria es el signo más común.

Otras reacciones de hipersensibilidad son náusea, vómito, exantema y síndromes como fiebre, dolores articulares y agrandamiento de módulos linfáticos.

Por lo general las reacciones se producen una o dos - semanas después de haber comenzado el tratamiento y desaparecen al interrumpir el uso de la droga o con medicamentos antihistamínicos.

El uso continuo de penicilina puede producir cepas - bacterianas penicilino-resistentes y requerir la sustitución por un agente bacteriano diferente.

El Nystatin es un antibiótico fungicida con cierta - eficacia en el tratamiento de Moniliasis bucal. Se administran 500 000 unidades por vía intramuscular - cada 8 horas o una tableta de Mysteclin cada 6 horas.

Los antibióticos no participan en la cicatrización - de los tejidos pero surten un efecto favorable al -- prevenir la infección o combatirla. Si se administran antibióticos para prevenir la infección, es necesario que se inicie su ingesta la noche anterior al tratamiento y se continúe por espacio de 48 horas después del procedimiento operatorio.

Sulfonamidas:

Se utilizan como agentes quinioterapéuticos en pacientes sensibles a los antibióticos.

Son eficaces contra infecciones por cocos, estreptococos, diplococos y micrococos. Son sumamente tóxicas, insolubles y tienden a precipitarse en los riñones.

En la boca su uso se encuentra limitado, excepto en infecciones leves por Streptococcus pyogenes.

Relajantes musculares

Son drogas utilizadas en alteraciones dolorosas de la articulación temporomandibular en espasmos musculares dolorosos o en el tratamiento post operatorio de una intervención quirúrgica.

Dentro de los cuales encontramos:

El Robaxin a base de metacarbamol es eficaz en una dosis de 6 mg. treinta minutos antes de iniciar un procedimiento quirúrgico.

Sedamer en tabletas, en una dosis de 2 mg., veinte minutos antes de ver al paciente.

Sedantes e Hipnóticos:Barbitúricos

Los barbitúricos son sedantes e hipnóticos que se emplean como medicamento preanestésico en procedimientos quirúrgicos y en el tratamiento de pacientes en estado de ansiedad, en este caso se administrarán una hora antes de iniciar el tratamiento.

El Pentobarbital es un barbitúrico de acción corta - suele ser suficiente con una capsula de 100 mg. treinta minutos antes del procedimiento quirúrgico.

El Nitrocepan es un hipnótico, tranquilizante y relajante muscular eficaz, en tabletas de 5 mg. durante 24 horas.

Tranquilizantes:

Estas drogas son útiles para calmar la agitación, aliviar la tensión y el temor, sin producir somnolencia excesiva.

Se emplean frecuentemente en ciertas alteraciones de conducta, en estados de ansiedad, cuando sean únicos o formen parte de la sintomatología de otras enfermedades (infarto del miocardio) y para aumentar el efecto de la anestesia.

Deben administrarse con precaución a las personas ancianas, pues con frecuencia producen (depresión del sistema nervioso central, estados de coma), razón -- por la cual deben emplearse en dosis menores que en personas más jóvenes.

El empleo de estos medicamentos no es aconsejable en pacientes con trastornos cardiovasculares, en enfermedades hepáticas o renales graves y en los primeros tres meses de embarazo, produciendo efectos indeseables (insuficiencia renal o hepática, hipotensión, ictericia).

El clorodiazepóxido es el tranquilizante que se usa comunmente, por vía parenteral es útil en el tratamiento del "delirium tremens" y en algunos estados de excitación psicomotora, dosis de 5 a 10 mg. tres o cuatro veces al día.

Anestésicos:

Se usan por infiltración para prevenir el dolor durante los procedimientos quirúrgicos.

Los que comunmente administramos por infiltración son: clorhidrato de mepivacaína al 1% (Carbocain), clorhidrato de prilocaína (Citanest-Octapresin), clorhidrato de lidocaína (Xilocaina).

La anestesia por infiltración se produce inyectando la sustancia indicada dentro del área por tratar y una vez difundido el anestésico se interrumpe la transmisión de los impulsos nerviosos.

En algunos anestésicos encontramos vasoconstrictores (adrenalina) está en cantidad de 1 al 2000000 o --- 4000000, reduce la velocidad de absorción del anestésico prolongando así su efecto.

Es importante saber que la adrenalina se usa para controlar la hemorragia durante un raspado o un curetaje. También se han registrado manifestaciones de alergia y se sabe que aumenta la presión arterial y la frecuencia cardiaca por lo que hay que usarla con cuidado.

Los efectos indeseables que se pueden presentar con el uso inadecuado de los anestésicos son: náuseas, vómito, ansiedad, hipotensión arterial, nerviosismo, hipersensibilidad y pérdida del conocimiento.

Analgésicos y Narcóticos:

Son drogas empleadas para aliviar el dolor.

La acción analgésica de este grupo de medicamentos es más débil que la de los opiáceos (morfina, codeína y heroína), pero se encuentra libre de acciones euforizantes y estupefacientes.

La amidopirina tiene buenas propiedades analgésicas, antipiréticas y antirreumáticas.

La dosis inicial en el adulto es de 0.3 a 0.5 g. por vía oral.

Se absorbe bien a partir del tracto gastrointestinal, el efecto máximo aparece después de una hora de haberse administrado.

En dosis elevadas este medicamento es veneno convulsivante, en el hombre la dosis letal es de 10 gr. por vía oral.

El ácido acetilsalicílico como analgésico, antipirético y antiinflamatorio irrita la mucosa gástrica cuando es administrado en ayunas.

La absorción intestinal tiene lugar rápida y completamente.

El Darvón compuesto 65 es un analgésico no narcótico eficaz en dolores intensos.

La dosis es una cápsula cada tres o cuatro horas.

El Demerol, (clorhidrato de meperidina) es un narcótico para dolores intensos y el insomnio. Se administra por vía oral en tabletas de 50 mg. cada cuatro horas.

El acetaminofén es un analgésico con potencia similar a la del ácido acetilsalicílico, pero con la ventaja sobre este último de que no irrita la mucosa.

La dosificación en el adulto es en tabletas de 300 mg. cada seis horas.

A consecuencia de la sobredosificación pueden aparecer los siguientes síntomas: anemia, cianosis, cefaléa, trastornos psíquicos, nefritis y necrosis de las papilas renales, esta toxicomanía no es provocada por el acetaminofén sino por otros fármacos presentes en la combinación analgésica.

Cuando la administración prolongada de analgésicos es imprescindible se recomienda sustituir el acetaminofén por amidopirina o ácido acetilsalicílico a fin de evitar la intoxicación crónica, en caso de lesión renal el acetaminofén debe ser administrado con precaución.

Los analgésicos combinados entre sí con otros fármacos, constituyen la base de los compuestos antineurálgicos. Las sustancias de combinación pueden ser hipnóticos o estimulantes como la cafeína, o ambos mezclados con la codeína.

Los compuestos que contienen hipnóticos y cafeína pueden provocar hábito si su empleo es prolongado.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Una regla muy importante de los principios quirúrgicos, es -- que el tejido vivo se ha de manipular con cuidado, para que -- posteriormente el paciente no sienta molestias y el resultado final sea satisfactorio en cualquier técnica que se utilice.

Los instrumentos deben ser esterilizados y las superficies cor_u tantes bien afiladas, para que la sección de tejido sea limpia y no exista aplastamiento de las capas del tejido.

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 de los factores locales, así como la de los fac_u tores sistémicos.

La cirugía parodontal, está contraindicada en pacientes con -- enfermedades sistémicas, en pacientes gestantes y en pacientes de edad avanzada; que hacen que el tratamiento no tenga el éxi_u to esperado.

Los tratamientos quirúrgicos parodontales son los siguientes:

- a) Curetaje gingival.
- b) Gingivectomía.
- c) Gingivoplastia.
- d) Curetaje quirúrgico por colgajo.
- e) Osteotomía.
- f) Osteoplastia.

- Curetaje Gingival:

Es una operación planificada y sistemática, para eliminar parte o todo el revestimiento gingival con inflamación -- crónica y ulceración de las bolsas parodontales.

Indicaciones:

1. Cuando la inflamación persiste después de un curetaje o de un raspado radicular minucioso, se hace un curetaje de revestimiento de la bolsa, para reducir la inflamación y favorecer la contracción del margen de la encía.
2. En pacientes con inflamación edematosa y granulomatosa.
3. Se puede usar en el tratamiento de algunas bolsas intraóseas.
4. En pacientes con afecciones sistémicas y con poca resistencia emocional, en donde están contraindicadas las cirugías de mayor extensión.

Contraindicaciones:

1. Cuando la pared de la bolsa sea fibrosa.
2. En bolsas intraóseas anchas o tortuosas.
3. En cráteres óseos, los cuales son tratados mediante injertos óseos.

Técnica:

1. Se aísla el campo operatorio con rollos de algodón o gasa, se aplica un antiséptico suave como el meriolate. Se aplica la anestesia ya sea tópica o por infiltración.
2. Se eliminan los cálculos y residuos visibles con raspadores superficiales, obteniendo como resulta-

do la retracción de la encía.

3. Se introduce un raspador profundo hasta el fondo de la bolsa debajo del borde inferior del cálculo y se desprende. El cincel se usa para superficies proximales que están tan juntas que no permiten la entrada de otra clase de separadores.
4. Se usan azadas para asegurar la eliminación de depósitos profundos de cemento necrótico y aislamiento de las superficies radiculares. El alisado final se hará con curetas.
5. Se curetea la pared blanda, con curetas que tienen bordes cortantes en los dos lados de la hoja para que en la misma operación se alise la raíz.
6. Las superficies radiculares y coronarias adyacentes se pulen con tasa de goma y piedra pómex fina con agua.

Se indica al paciente seguir sus hábitos normales de alimentación, pero teniendo en cuenta que sentirá molestias ligeras durante los primeros días al ingerir los alimentos.

Deberá tener especial cuidado con la limpieza dental, limpieza que será primero suave, aumentando gradualmente el vigor del cepillado.

A las dos semanas, será posible valorar los resultados y determinar la necesidad de proseguir el tratamiento.

- Gingivectomía:

La gingivectomía es un proceso quirúrgico por medio del cual se eliminará la encía enferma y a la vez permitirá hacer el raspado y alisado de la superficie radicular, acompañado por un remodelado adecuado de la encía. Su finalidad es la eliminación de las bolsas parodontales.

Indicaciones:

1. Eliminación de bolsas profundas supraóseas.
2. Eliminación de agrandamientos gingivales.
3. Abscesos parodontales.
4. Exposición mayor de la corona para ganar retención con finalidad protésica.
5. Creación de simetría bilateral, ahí donde el margen gingival de un incisivo se ha retraído algo más que el del incisivo contiguo.

Contraindicaciones:

1. En presencia de rebordes alveolares vestibulares, - cráteres interdentarios o cresta ósea de forma caprichosa.
2. Cuando la higiene bucal es inadecuada.
3. Cuando la relación del profesional y el paciente es difícil o si el manejo del paciente es un problema y no coopera durante el tratamiento.
4. Cuando existen determinadas enfermedades sistémicas (Diabetes).

Técnica:

1. Anestesia por infiltración.
2. Marcar las bolsas con una pinza periodontal o con una pinza marcadora de bolsas.
3. Se hace la incisión, con hoja de bisturí No. 11 o tijeras. Existen dos clases de incisión, la continua y la discontinua.

Continua: Se inicia en la superficie vestibular del último diente y se dirige hacia adelante, sin interrupción, siguiendo el curso de las bolsas hasta la línea media.

Discontinua: Se inicia en la superficie distovestibular del último diente llevándola -- hasta el ángulo distovestibular del diente adyacente. Estas incisiones son individuales y se repiten hasta alcanzar la línea media.

Hechos los cortes vestibular y palatino, se procede a unirlos mediante un corte distal del último molar erupcionado.

4. Se procede a desprender el margen gingival con hoja de bisturí No. 11 o con legra, empezando con la cara distal del último molar, eliminando la enca vestibular y palatina.
5. Remover el tejido de granulación, mediante el raspado y curetaje.

6. Lavar la zona con solución fisiológica, la región deberá estar cubierta por un coagulo bien formado.
7. Colocación de un apósito quirúrgico.
El apósito impide la formación de tejido de granulación exuberante, haciendo de esta manera las veces de matriz.
El apósito quirúrgico se coloca a lo largo de los cuellos de los dientes y no debe cubrir las superficies oclusales. Si el apósito interfiere en la oclusión, el paciente lo fractura una vez endurecido.
8. Se le indica al paciente que regrese para el cambio de apósito a los tres días o antes si el apósito se mueve. En cada cambio de apósito, se inspecciona y limpia cuidadosamente la superficie de la herida y las superficies radiculares.
Al hacer el retiro definitivo del apósito, se aconseja al paciente que no reduzca la higiene bucal. Inmediatamente después de la remoción del apósito, se usan cepillos especiales muy blandos, durante -- una o dos semanas.

La cooperación del paciente es importante, pues si no sigue las indicaciones, las posibilidades de éxito del tratamiento serán pocas.

Se debe prescribir algún analgésico e indicar dieta líquida el primer día, al día siguiente podrá comer alimentos blandos.

- Gingivoplastia:

Es el método por medio del cual se restablece la forma y

arquitectura normal de la encía marginal e insertada.

Generalmente se realiza la gingivoplastia:

- Cuando se ha hecho una gingivectomía.
- Cuando existe falta de vértice en las papilas interdentarias.
- En encía marginal mal cicatrizada con bordes gruesos y fibrosos.
- En un mal alineamiento de dientes.

Indicaciones:

1. Para transformar márgenes redondeados o engrosados en la forma ideal.
2. En la creación de una forma estética en casos en que no se ha producido la exposición completa de la corona.
3. Para crear surcos interdentes verticales y remodelar la papila interdental.

Contraindicaciones:

1. Cuando la excisión de la encía deje una zona inadecuada de encía insertada.
2. Cuando el paciente se queja de sensibilidad dentaria antes de la cirugía.

Técnica:

La gingivoplastia se puede hacer con bisturí periodontal, piedras rotatorias de diamante de grano grueso o electrocirugía.

1. Anestesia por infiltración, prefiriéndola en las pa pilas interproximales, con el propósito de lograr - una anestesia inmediata, rigidez de los tejidos y - disminución del sangrado al intervenir.
2. Para realizar la gingivoplastia con bisturí, la en- cía deberá estar adherida al diente, al efectuar la incisión la inclinación del bisturí será de 45°

Para la gingivoplastia con piedras montadas de dia- mante, deberá hacerse con un movimiento que vaya de la encía al diente, además de utilizar agua tibia y aire constante, con el objeto de que no exista ne- crosis del tejido.

El bisturí eléctrico, puede usarse con un mínimo de presión para obtener contornos curvos y los márgenes agudos para el festoneado. Nunca deberá tocar- se el hueso con el electrodo, éste deberá tener un movimiento constante.

- Curetaje Quirúrgico por Colgajo:

El curetaje quirúrgico por colgajo se aplica en el trata- miento de bolsas profundas con pérdida ósea extensa y -- cuando el raspado y el curetaje gingival no son suficien- tes.

Esta técnica permite una correcta inspección y acceso a los tejidos parodontales lesionados, permitiendo así una mayor visibilidad.

Sus objetivos principales son:

1. Establecer un colgajo del campo a operar.
2. Eliminar los irritantes locales.
3. Contornar el hueso alterado.
4. Eliminar el epitelio ulcerado y el tejido conjuntivo expuesto.
5. Conservar la integridad de un coágulo sanguíneo, por el cual se podrán formar los diferentes elementos histológicos del tejido parodontal.

Indicaciones:

1. En abscesos parodontales.
2. En bolsas infraóseas..
3. En casos donde la patología ha alterado el contorno óseo y pueden observarse radiográficamente resorciones verticales.
4. En casos de raíz expuesta.

La técnica de colgajo facilita tanto al paciente como al cirujano la intervención, permitiendo una perfecta visibilidad del campo operatorio. La intervención se efectúa a través del colgajo permitiendo por lo tanto un campo más limpio.

Las desventajas de esta técnica consisten en la aproximación y sutura de los colgajos, imponiendo restricciones a la correcta topografía y anatomía del mar-

gen gingival, lo que distingue que algunas veces -- este margen resulte anfractuoso.

Técnica:

1. Anestesia por infiltración, local y regional.
2. La incisión debe ser profunda hasta llegar a hueso, se realizará contorneando el cuello de las piezas dentarias, para posteriormente hacer dos cortes a los lados de la misma, es decir formando un rombo.
3. Levantar el colgajo y eliminar irritantes por medio de la técnica de raspado y curetaje.
4. Se efectúa una osteoplastia si se observan aristas óseas, ésto sirve para eliminar hueso enfermo y para dejarlo terso, además de darle un bisel parecido al que se deja en la gingivectomía.

Posteriormente lavamos con solución salina fisiológica.

5. Reposición del colgajo, se presiona el colgajo con una gasa sobre los tejidos duros.
6. Sutura interdentaria, se realizará en cada espacio interproximal a nivel de la papila, apretando las suturas, ésto es para que el colgajo quede adherido al cuello de los dientes.
7. Se coloca un apósito quirúrgico, pero no directamente sobre la zona operada, primero se colocará una gasa y posteriormente el apósito.

El apósito se retira a los tres días cambiándose por otro, los puntos de sutura se retirarán en una semana.

- Osteotomía y Osteoplastia:

La cirugía ósea se refiere a procedimientos quirúrgicos que se van a realizar sobre el hueso, con la finalidad de remodelarlo y restaurarlo.

Estas dos técnicas están relacionadas, ya que al realizar una osteotomía se tiene que realizar una osteoplastia, - pues la osteotomía nos ayuda a restaurar el hueso y la - osteoplastia a remodelarlo.

Osteotomía:

Es la técnica mediante la cual se va a eliminar una porción de hueso de soporte con el fin de restaurarlo.

Osteoplastia:

Es el procedimiento quirúrgico que se va a realizar para devolver al hueso su anatomía y fisiología.

Indicaciones:

1. Cráteres óseos.
2. Bolsas interproximales profundas con defectos en el tejido óseo.
3. Consecuencia de una deformación ósea.
4. Lesiones originadas por bolsas infraóseas.

Objetivos:

1. Eliminación de hueso enfermo.
2. Restablecimiento del contorno fisiológico.
3. Eliminar bolsas parodontales supraóseas e infraóseas.

Técnica:

1. Anestesia por infiltración ya sea local o regional, dependiendo de la zona.
2. La incisión se realizará en todo el proceso alveolar a operar, ésta seguirá el contorno del cuello de las piezas dentarias con sus dos cortes a los extremos.
3. Se levanta el colgajo y se elimina el hueso, para lo que podemos utilizar limas, alveolotomo y piedras de carburo.

Al utilizar el alveolotomo para eliminar las deformaciones óseas, será necesario utilizar la lima para hueso con el propósito de eliminar esquirlas óseas y no retardar la cicatrización.

Al utilizar las piedras de carburo será necesario - irrigar con solución fisiológica, ésto con el propósito de disminuir el calentamiento producido por la fricción de la piedra y que trae como consecuencia necrosis del tejido

4. Lavar con solución fisiológica, eliminando los residuos que se encuentren sueltos.
Realizado ésto se palpará sobre la superficie, para que no exista ningún desnivel o arista cortante.

5. Reposición del colgajo, se realizará presionando el colgajo con una gasa para que se adhiera perfectamente, en caso necesario se recortará la encfa si ésta presenta abultamientos.
6. Se sutura en la parte interproximal, así como los cortes liberatrices.
7. Se coloca un apósito quirúrgico, no sin antes colocar una gasa, para evitar que los puntos se adhieran al apósito.
8. Cuidados postoperatorios.

CAPITULO V
CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Es de vital importancia que todo Cirujano Dentista tenga un - amplio conocimiento sobre Parodoncia, para así poder prevenir y tratar la enfermedad parodontal.

Al introducirnos más en el estudio de la Parodoncia, se ha ob - servado que la causa primordial que ocasiona las caries así - como alteraciones patológicas del parodonto es la presencia de los llamados irritantes locales, aunado al descuido y te - mor de las personas para acudir al Dentista.

Una vez que está presente la enfermedad parodontal, se debe - tratar antes de que avance más y ver si es posible que antes de cualquier procedimiento quirúrgico podemos recurrir a una terapéutica medicamentosa.

Al paciente se le debe educar con el fin de que se dé cuenta de la importancia de la enfermedad parodontal y motivarlo -- para que aproveche las ventajas de los métodos actuales de - prevención.

Para poder realizar lo anterior se tiene que proporcionar a - las personas una educación adecuada y crear en ellos concien - cia de que deben llevar a cabo una buena higiene bucal, expli - cándoles, que el objetivo que se persigue con estas medidas, es que su dentadura esté en buen estado tanto estética como funcionalmente,

BIBLIOGRAFIA

"Periodontología Clínica"

Irving Glickman

1a. Edición 1974, Editorial Interamericana.
México, D.F.**"Periodoncia de Orban"**

Daniel A. Grant.

Irving B. Stern.

Frank G. Everett.

4a. Edición 1975, Editorial Interamericana.
México, D.F.**"Terapéutica Periodontal"**

Henry M. Goldman.

Saúl Schluger.

Lewis Fox.

Walter Cohen.

2a. Edición 1962, Bibliográfica Omega.
Buenos Aires, Argentina.**"Enfermedad Periodontal Avanzada"**

Jhon F. Prichard.

3a. Edición 1976, Editorial Labor, S.A.
México, D.F.**"Periodontología"**

Stephen Stone Raúl.

1a. Edición en español 1978, Editorial Interamericana.

"Tratado de Patología Bucal".

William G. Shaper.

Maynard K. Hine.

Barnet M. Levy.

3a. Edición 1977, Editorial Interamericana.

"Patología Oral" (THOMA).

Robert J. Gorling.

Henry M. Goldman.

1a. Edición 1973, Salvat Editores.
Barcelona, España.

"Patología Básica"

Stanley L. Robbins.

Marcia Angell.

1a. Edición 1973, Editorial Interamericana.
México, D.F.

"Patología Estructural y Funcional"

Robbins.

1a. Edición 1975, Editorial Interamericana.
México, D.F.

"Las Especialidades Odontológicas"

Alvin L. Morris.

Harry M. Bohannan.

4a. Edición 1980, Editorial Labor.
Barcelona, España.