

24.237

# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



## CIRUGIA PERIODONTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

MARCIA PATRICIA DIAZ GASTELUM

XICOTENCATL CASTRO ROJO



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.	I
CAPITULO I. PERIODONTO NORMAL. PRINCIPALES PADECIMIENTOS QUE LO AFECTAN.	3
CAPITULO II. DIAGNOSTICO.	27
CAPITULO III. PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	37
CAPITULO IV. INSTRUMENTAL PERIODONTAL.	49
CAPITULO V. CONSERVACION DEL PERIODONTO.	60
CAPITULO VI. TRATAMIENTOS QUIRURGICOS.	68
CAPITULO VII. PERIODO POSTOPERATORIO.	94
CONCLUSIONES.	101
BIBLIOGRAFIA	103

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

Uno de los principales propósitos de la Odontología moderna es el de conservar la cavidad oral en condiciones óptimas de salud, para tal efecto se ha valido de las disciplinas que la integran. Una de ellas, es la Periodontología, la cual se encarga de estudiar a los tejidos de soporte del diente, sus principales afecciones y por consiguiente los medios con que contamos para erradicar los padecimientos que alteran la salud de nuestros pacientes.

En esta tesis hablamos de las Técnicas Quirúrgicas-Periodontales más empleadas, pero bajo ninguna circunstancia intentamos de hacer de ella un tratado.

Cabe mencionar que dentro del medio Odontológico está muy relegada la Periodontología, no existiendo razón para ello ya que el Cirujano Dentista de práctica General, está capacitado para resolver gran número de padecimientos que nos puedan reportar nuestros pacientes. En los casos que como Dentista General por sus limitaciones no pueda efectuar un tratamiento, es menester crear conciencia en los enfermos y promover la importancia de dicho tratamiento en manos especializa-

das. Para tal efecto debemos recordar todos los Cirujanos Den  
tistas que para lograr la concientización de la gente en Este  
sentido, hay que iniciar esa labor entre nosotros mismos.

## C A P I T U L O I

## PERIODONTO. PRINCIPALES PADECIMIENTOS QUE LE AFECTAN.

Es de vital importancia para el conocimiento de la patogénesis, terapéutica y prevención de la enfermedad periodontal, analizar los conceptos de estructura, fisiología y de defensa del huésped normal.

Uno de los elementos que integran al órgano Estomatognático, es el Periodonto, (del griego peri- que significa alrededor y dontos-diente).

El periodonto está constituido por dos porciones: una de recubrimiento y una de fijación, constituidas por 4 tejidos de diferentes orígenes, pero que nos sirven para mantener los dientes dentro de los alveolos. Las funciones del Periodonto son:

- 1.- Inserción del diente a su alveolo óseo.
- 2.- Resistir y resolver las fuerzas generadas por la masticación, habla y deglución.
- 3.- Mantener la integridad de la superficie corporal separando los medios ambiente externo e interno,
- 4.- Compensar por los cambios estructural y reactivos

nados con el desgaste y envejecimiento a través de la remodelación continua y regeneración.

- 5.- Defensa contra las influencias nocivas del ambiente externo que se presentan en la cavidad bucal.

Los tejidos que encontramos integran al Periodontoson: Encla, Hueso alveolar, Cemento y Ligamento Periodontal.

### I. E N C I A .

Es la porción de la membrana mucosa bucal que cubre y se adhiere al hueso alveolar y a la región cervical de los dientes.

a) Aspectos macroscópicos normales.

COLOR.- En la encla marginal e insertada, el color es rosa coral en tanto que en la mucosa alveolar es rojo y brillante.

TAMANO.- El tamaño está relacionado con la masa total de tejidos presentes.

FORMA.- Está sujeta a la alineación de los dientes en el arco, la ubicación de los puntos de contacto y el tamaño de los espacios interproximales. La encla marginal deberá tener aspecto festoneado en las caras vestibular y lingual.

TEXTURA.- Tiene aspecto punteado en lo que corres-

ponde a la encla insertada, el margen gingival no lo es.

**CONSISTENCIA.**- Suele ser firme, a excepción del márgen gingival libre y móvil, en donde el surco gingival está - situado por dentro de la encla libre.

**PROFUNDIDAD DEL SURCO.**- Se considera normal cuando es de uno o dos milímetros.

b) Aspectos microscópicos.

La encla libre e insertada, están constituidas por tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado.

En la parte externa se encuentra queratinizado o paraqueratinizado, por lo que puede resistir fuerzas masticatorias.

El epitelio de la mucosa alveolar es delgado y no - queratinizado, por lo que no puede resistir fuerzas masticatorias.

El tejido conectivo se denomina lámina propia; Contiene diversas fibras: Colágenas, reticulares, de oxitalán y elásticas. Incluyen fibras circulares, dentogingivales y -- transeptales.

c) Porciones de la Encla.

La estudiamos dividida en 7 porciones:

1.- Margen gingival libre.- Es la porción adyacente a la superficie dentaria; termina en filo de cuchillo, perfectamente adaptada al cuello de los dientes. Está festoneada, es decir, denota la forma de la encla marginal y de la papila interdientaria, es más aplanada en su porción posterior.

2.- Surco marginal libre.- Corre paralelo al margen gingival libre, sigue el festón de dicho margen y se localiza a 1 ó 2 milímetros, en dirección apical con respecto al margen.

3.- Encla libre o Marginal.- Forma la pared lateral del surco gingival, está integrada por: El epitelio bucal en sentido coronario al surco gingival, el epitelio bucal del surco, el epitelio de unión y los tejidos subyacentes. Tiene la capacidad de retraerse con instrumentación.

4.- Encla insertada.- Se continúa con la encla libre, y se extiende apicalmente hasta la unión mucogingival. Está íntimamente unida al hueso. Presenta un puntilleo que la hace merecedora al nombre de cáscara de naranja.

Su anchura varía, siendo mayor en la región de los incisivos superiores y menor en la región de premolares inferiores. Va desde el surco marginal libre hasta la unión mucogingival. En la cara lingual de la mandíbula termina en el

tejido laxo del piso de la boca. La cara palatina de la encla insertada se continúa con la mucosa del resto del paladar. No se observa unión mucogingival en esta zona.

5.- Mucosa alveolar.- Está situada apicalmente a la unión mucogingival, es de naturaleza elástica y se mueve libremente. Su color es rojizo y se debe a que los vasos sanguíneos son visibles a través de la delgada superficie. No resiste fuerzas masticatorias.

6.- Papila interdientaria.- Es el tejido de forma triangular que ocupa el espacio entre dientes adyacentes.

Su forma depende de tres razones: según la ubicación, es más plana al estar más atrás, la localización del punto de contacto, su situación en la arcada, es decir en sentido Bucal o Lingual. En condiciones normales de contacto interdentario, su forma es la de una depresión. Los contactos normales forman un alojamiento a la papila, que la protege contra la impacción y retención de desechos alimenticios.

7.- Unión dentogingival.- Constituido por dos partes:

a) Surco gingival.- Está limitado por el epitelio crevicular y por el esmalte o cemento.

La encla marginal se une al diente por medio de la -

insertación epitelial.

Está cubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Su falta de queratina lo hace permeable. Se forma al hacer erupción el diente.

Hablar de *col* o *collado* se refiere a la encla interdientaria en el sitio que existe una prominencia bucal, otra lingual y una depresión entre éstas.

El *collado* posee un recubrimiento compuesto por células del epitelio reducido del esmalte, no queratinizado, es propenso a los ataques de productos bacterianos nocivos. Es la parte que ofrece menor resistencia.

b) *Inserción epitelial*.- Consiste en una banda de epitelio escamoso estratificado, con un espesor de 3 a 6 células. Es la porción inmediata de la encla a la superficie del diente. Ofrece resistencia al ataque bacteriano nocivo.

Las células que inicialmente lo integran son restos celulares que formaron el esmalte. Son células reducidas y con el tiempo son sustituidas por células más maduras.

## II. HUESO ALVEOLAR

Los procesos alveolares son estructuras óseas, den-

tro de las cuales encontramos incrustadas las raíces de los --  
dientes.

Los procesos alveolares se desarrollan al hacer erupción los dientes y se reabsorben al perderse los mismos.

Además de fijar a los dientes, el hueso alveolar, --  
elimina las fuerzas generadas por el contacto intermitente de los dientes.

Es muy importante su conservación y mantenimiento.

#### a) MORFOLOGIA.

El margen alveolar sigue el contorno de la unión cemento adamantina, por lo cual es más marcado el festón en los dientes anteriores que en los molares.

En la parte interproximal de los anteriores es piramidal y en los molares es plano en sentido buco-lingual.

La posición de los dientes en el arco, el tamaño de sus raíces, la forma de las mismas, etc., determinan la forma del hueso.

El hueso raramente puede ser delgado como papel, si esto sucede, tiende a fenestrarse. Con frecuencia estas fenestraciones son variaciones de la posición de los dientes y se constituye consecuencia de alguna enfermedad periodontal.

## b). DEPOSICION.

Su etapa inicial se caracteriza por la deposición de sales de calcio en zonas localizadas de la matriz del tejido conectivo cerca del folículo dentario en desarrollo.

Una vez establecidos estos focos, continúan agrandándose, se fusionan y experimentan remodelación intensa.

La resorción activa del hueso y la deposición se suceden en forma simultánea. Posee una capa externa llamada periostio y otra interna denominada endostio, las cuales son idénticas en estructura, poseen osteoblastos que inducen a la calcificación y osteoclastos que participan en la resorción ósea. Una vez maduras las células del periostio se transforman en osteocitos y se incrustan en lagunas, las cuales poseen prolongaciones hacia el aporte sanguíneo y además entre sí pueden estar comunicándose.

El crecimiento periférico por aposición da como resultado una capa densa llamada hueso cortical. Mientras que la remodelación interna y la resorción interna, dan lugar a espacios medulares y a las trabéculas del hueso esponjoso.

Al hacer erupción los dientes, se produce una capa cortical adyacente al periodonto, llamada lámina dura o cribiforme,

el hueso en el que se insertan fibras del ligamento-

periodontal se denomina hueso alveolar propio, para diferenciarlo del hueso de soporte que está compuesto de capas corticales y hueso esponjoso.

#### c) REMODELACION.

La principal característica del hueso, es responder a las exigencias funcionales manteniendo una constante remodelación.

### III. C E M E N T O

Se encuentra localizado entre la dentina radicular y los tejidos blandos del ligamento periodontal. Su estructura es semejante al hueso, pero carece de irrigación, inervación y circulación linfática, se encuentra en toda la raíz y puede llegar hasta la corona del diente.

#### a) MORFOLOGIA.

La deposición de cemento no se termina, sino que se continúa prácticamente durante toda la vida en forma intermitente, este constante proceso de formación no se limita sólo a la raíz del diente, también puede llegar a cubrir parte del esmalte.

#### b) CEMENTO CELULAR Y ACELULAR.

El cemento acelular se encuentra adyacente a la dentina, existe principalmente en el área cervical. Pero puede -- existir en toda la raíz.

El cemento celular cubre el resto de la raíz, pero no están separados, su estructura es muy similar.

Presentan cementocitos, contenidos en lagunas y son similares a los osteocitos. Ambos tipos presentan líneas incrementales que nos indican los periodos de crecimiento intermitente.

#### c) CEMENTO PRIMARIO Y SECUNDARIO.

Se llama cemento primario a aquella capa adyacente a la dentina durante la formación de la raíz y erupción dentaria.

El cemento secundario son las capas depositadas después de la erupción del diente. Este puede presentar fibras de Sharpey y además mayor número de líneas incrementales de desarrollo.

#### d) COMPOSICION Y PROPIEDADES.

Su composición es similar al hueso, tiene menor cantidad de sales inorgánicas, aproximadamente en un 46% y el hueso posee un 70% de su peso. Las sales son cristales de hidroxiapa

tita.

La matriz son fibras de colágena y contienen un material amorfo y denso con granulaciones finas de revestimiento interfibrilar producto de los cementoblastos.

Es relativamente quebradizo, es permeable, es decir - permite el paso de elementos radioactivos y de pigmentos.

#### e) FUNCIONES.

Principalmente podemos mencionar tres:

- 1.- Insertar la fibra del ligamento periodontal a la superficie radicular.
- 2.- Conserva y controla la anchura del espacio del ligamento periodontal.
- 3.- Sirve como medio al través del cual se repara el daño a la superficie radicular.

Su grosor aumenta considerablemente con la edad.

Se diferencia del hueso en que no experimenta resorción considerable.

Es indispensable su deposición para la erupción compensadora mesial, por que re-orienta las fibras periodontales y las conserva en su sitio a pesar de los movimientos.

#### I V . L I G A M E N T O P E R I O D O N T A L

Constituido por el tejido blando que envuelve a la raíz de los dientes y que se extiende en sentido coronario hasta la cresta del hueso alveolar, sus características estructurales incluyen: células residentes, vasos sanguíneos y linfáticos, haces de colágena y substancia fundamental amorfa.

##### a) FORMACION.

Se forma al desarrollarse el diente y al hacer erupción. Su estructura final se consigue hasta que alcanza el diente su plano de oclusión y se aplican fuerzas funcionales.

Inicialmente está formado por fibroblastos en descanso, que posteriormente se transforman en células de gran actividad. Y depositan fibrillas de 300 a 500 Amstrongs. Las cuales carecen de orientación específica. Pero sólo hasta que el diente entra en contacto con su antagonista y recibe fuerzas funcionales, adopta su arquitectura definitiva.

##### b) ESTRUCTURA COMPONENTES

1. - FIBRAS PRINCIPALES.- Son haces que atraviesan el espacio periodontal en forma oblicua, y se insertan en el cemento y hueso alveolar, constituyendo fibras de Sharpey. Entre estas tenemos: transeptales, horizontales, oblicuas, apicales e -

interradiculares.

2.- FIBRAS SECUNDARIAS.- Están localizadas entre las principales y dispuestas más o menos al azar.

3.- APORTE SANGUINEO.- Presenta tres formas de irrigación:

- a) A través del hueso alveolar, cuyos vasos emergen por los agujeros nutricios de la placa cribiforme.
- b) De ramos de las arterias que nutren a los dientes.
- c) De los vasos que nutren a la encla en su margen libre.

4.- APORTE LINFÁTICO.- Puede seguir cualquiera de los siguientes cursos:

- a) Pasar sobre la cresta alveolar hacia encla o paladar.
- b) Perforar el hueso alveolar y pasar a tejido óseo esponjoso.
- c) Pasar directamente al ligamento periodontal en dirección apical.

5.- INERVACION. Está dada por fibras de los ramos dentarios de los nervios alveolares.

6.- FUNCION.- Se ha considerado que entre las múltiples funciones del ligamento periodontal, las que más importancia tienen son las siguientes:

- 1) *Formativa.*- Formación continua de cemento, hueso alveolar y ligamento periodontal.
- 2) *Sostén.*- Inserción de los dientes al hueso alveolar.
- 3) *Protección.*- Absorción y disipación de fuerzas oclusal ejercidas sobre el hueso.
- 4) *Propiocepción Sensorial.*- Por aporte nervioso.
- 5) *Nutritiva.*- Por aporte sanguíneo.

## V. G I N G I V I T I S

Es la forma de enfermedad periodóntica que consiste en inflamación limitada a las encías. Es la enfermedad más frecuente de la mucosa bucal. Puede haber: Agudas, Subagudas, Crónicas, Recidivantes, etc..

Las formas más comunes de enfermedad gingival son las siguientes:

### a) GINGIVITIS MARGINAL SIMPLE.

Se debe principalmente a la acumulación de desechos bacterianos, puede ser aguda o crónica. Los cambios gingivales pueden ser localizados y generalizados, pero comprenden área marginal papilar. El cambio es en el color gingival. Hay destrucción mínima del tejido papilar. No hay aumento del tamaño-

tisular; pero, hay hemorragia con el más mínimo roce, por encontrarse ulcerado al surco. Este es el único dato clínico que nos refiere el paciente.

Histológicamente no hay hallazgos, solo los de la hiperemia activa; células plasmáticas aumentadas, linfocitos, leucocitos polimorfonucleares, pérdida de la continuidad del epitelio del surco y puede haber ulceración.

## b) HIPERPLASIA GINGIVAL.

### 1.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO.

Hay aumento anormal de células plasmáticas, linfocitos y leucocitos polimorfonucleares, lo que nos produce clínicamente: aumento del tamaño gingival, alteración de la forma normal y cambio en el tono tisular. Existe un aumento en la profundidad del surco formándose una bolsa, el tono del tejido gingival puede ser fibrótico o flácido, este último por el edema, hiperemia y destrucción de fibras colágenas.

### 2.- FIBROMATOSIS GINGIVAL HEREDITARIA (IDEOPATICA O FAMILIAR).

Es una proliferación de los elementos colágenos de la encía. Existen antecedentes heredofamiliares.

Clínicamente hay agrandamiento gingival difuso genera

lizado que frecuentemente cubre la totalidad del diente.

El tejido es denso y firme, el color puede ser normal o eritematoso, puede ser durante la primera dentición o hasta la segunda. Sus características histológicas son las del fibroma, se observa: acantosis del epitelio, con queratinización masiva; haces densos de fibras colágenas avasculares y fibroblastos jóvenes. No existen los signos que encontramos en todas las gingivitis, los cambios de tamaño involucran al epitelio y al tejido conectivo subyacente.

### 3.- GINGIVITIS POR DILANTINA.

Después de que un paciente ha estado en tratamiento con este anticonvulsivo, aparece hiperplasia gingival. Parece ser que el medicamento actúa provocando aumento de la actividad fibroblástica. La reacción puede variar según el huésped y el grado de irritación local antes existente. Los cambios se inician en la papila interdental y posteriormente se extienden. -- Las áreas pueden variar de rosado y firme a eritematoso y flácido. El contorno puede estar lobulado; los cambios pueden ser generalizados o localizados. Histologicamente encontramos hiperplasia intensa de tejido epitelial y conectivo, acantosis -- del epitelio, actividad fibroblástica aumentada y aumento en la proliferación de vasos sanguíneos.

## c) GINGIVITIS MODIFICADA POR FACTORES GENERALES.

### 1.- GINGIVITIS DURANTE EL EMBARAZO.

El mayor cambio se presenta durante el primer trimestre con disminución durante el segundo trimestre y aumento nuevamente en el tercer trimestre. Aproximadamente a los tres meses post-parto hay remisión de la inflamación, sin que sea total. Puede haber movilidad dentaria que remite después del parto, si no hay destrucción ósea importante. También se han encontrado cambios tisulares importantes en mujeres que toman anticonceptivos, éstos cambios ocurren cuando existen agentes etiológicos locales.

El color varía desde eritema a un tono magenta, hay agrandamiento y hemorragia a la presión suave, presencia del granuloma gravideo, que es un agrandamiento lobular aplanado en la región interproximal. Esta área es eritematosa y es fácil de ulcerarse. Histológicamente hay proliferación angioblástica difusa, proliferación capilar, ingurgitación vascular, inflamación celular y edema, Hay hiperplasia.

### 2.- GINGIVITIS DURANTE LA PUBERTAD.

Este padecimiento aparece durante la pubertad, la inflamación no es específica, iniciada por factores locales u modificada por los cambios hormonales propios.

Los signos existentes son: agrandamiento y enrollamiento de la encla marginal, con distención de papilas interdentarias. Su color varía de eritematoso a pardo rojizo, hay pérdida del tono tisular, hay hemorragia, casi siempre solo la encla vestibular está afectada, remite después de la pubertad.

#### d) GINGIVITIS ATROFICA.

Hay resección gingival con pérdida ósea importante, -- hay cambios papilares y marginales leves por acumulo de restos alimenticios y bacterianos. Su principal signo es la resección, pero hay eritema con un surco poco o nada profundo o con pérdida del tono tisular. Puede deberse a traumatismos oclusales, -- mala posición dentaria, traumatismo por cepillado o periodontitis previa.

#### e) GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

Es un padecimiento que se presenta después de una padecimiento sistémico, tensión mental o física, o, stres; pero el traumatismo local es importante, se le llama también enfermedad de Vincent o de las trincheras.

Se cree que es provocado por espiroquetas y bacilos fusiformes con una menor resistencia tisular, solas las bacterias no la producen pues normalmente las encontramos en boca.

Se considera que lo que reduce la resistencia puede --

ser:

Traumatismo local, enfermedades sistémicas, deficiencias nutricionales, menor resistencia por fatiga, y factores -- psicossomáticos, existe aplanamiento de la papila interdientaria, con necrosis de la cresta papilar que nos deja un cráter rodeado por pseudomembrana fibrinosa y gris, con una área eritematosa que la separa de la encla sana, Se presenta hemorragia y -- alitosis con linfadenopatía, fiebre y malestar.

Los pacientes más afectados son de 18 a 30 años, pueden tener tres estadios, agudo, subagudo y crónico, presentan -- periodos de remisión y exacerbación y puede necrosarse hasta el hueso subyacente, aparte de la encla marginal. No es contagiosa.

Histologicamente hay inflamación no específica con necrosis que afecta, epitelio y tejidos conectivos. La pseudomembrana está compuesta por desechos celulares, con células inflamatorias (leucocitos polimorfonucleares). El área subyacente -- presenta infiltrados de diversos microorganismos. Hay destrucción del aparato fibrótico gingival reemplazado por edema y exudado inflamatorio. Hay hiperemia con ingurgitación capilar e infiltrados capilares inflamatorios.

#### h) GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA.- GINGIVOSIS.

Es un padecimiento que casi siempre se encuentra en --

mujeres menopáusicas. Es una enfermedad dermatológica.

Sus características clínicas son: descamación del epitelio, su superficies son de color rojo grisáceo en zonas aisladas, el color varía de eritema intenso a magenta, similar al de la cianosis parda. El epitelio puede estar desgarrado y haber-hemorragia, su textura es lisa y brillante, existe edema difuso y distorción del contorno gingival, que puede ser generalizado o localizado.

Su síntoma principal es el dolor a cambios térmicos - leves, a alimentos duros o condimentados, generalmente se presenta después de la histerectomía. Es una afección degenerativa.

Microscopicamente se puede observar el epitelio atrófico en las zonas no ulceradas, edema inter-epitelial y células inflamatorias. Este padecimiento se asemeja al penfigoide benigno de membrana mucosa.

## V I. P E R I O D O N T I T I S .

Es el tipo más común de enfermedad periodontal, que por su extensión inmiscuye los tejidos de soporte.

### a) PERIODONTITIS SIMPLE.

Presenta inflamación crónica de la encía, bolsas periodontales y pérdida ósea, movilidad y hemorragia patológica de los dientes. Puede afectar a un solo diente o a un grupo de ellos. Sus estadios avanzados aparecen en la quinta y sexta década de la vida.

Puede ser indolora pero puede haber:

- 1). Sensibilidad a cambios térmicos o alimentos, y estímulo táctil por la denudación de la raíz.
- 2). Dolor irradiado, profundo y sordo durante la masticación y después de ella, por la estimulación en las bolsas periodontales.
- 3). Dolor punzante y sensibilidad a la percusión.
- 4). Síntomas pulpares: dolor a lo dulce, cambios térmicos, por la pulpitis que se inicia en la raíz.

#### b) PERIODONTITIS COMPUESTA.

Sus características clínicas son las mismas que las de la periodontitis simple, con las siguientes variantes: se observa mayor incidencia de las bolsas infraóseas y pérdida ósea vertical más que horizontal, ensanchamiento del ligamento periodontal y la movilidad que presentan aparece antes y es más intensa.

Se produce por efectos combinados de placa bacteriana, con inflamación resultante y el trauma de oclusión.

### c) PERIODONTITIS JUVENIL.

Se presenta en niños y adolescentes y puede ser:

#### 1) GENERALIZADA.

Son lesiones correspondientes a trastornos sistémicos como el síndrome de Papillon Lefevre, hipofosfatemia agranulocitosis, Down y otros. Varían según la enfermedad que las produce. Puede haberla en pacientes sin factores prediponentes. Abarca la totalidad de los dientes.

#### 2) PERIODONTITIS LOCALIZADA.

Es más frecuente entre la pubertad y los 25 años. Ataca por igual a hombres y a mujeres. Las lesiones aparecen primero en incisivos superiores e inferiores, pueden ser bilaterales, con el tiempo generalizan. La menor destrucción es en premolares inferiores.

Su principal característica es la falta de inflamación clínica. Se forman bolsas profundas alrededor de los dientes, originando movilidad y migración de los incisivos y primeros molares. Las raíces son sensibles a cambios térmicos y hay dolor a la masticación.

## V I I. T R A U M A D E O C L U S I O N

Es un padecimiento periodontal, en el cual se observa movilidad dental, espacio periodontal muy ensanchado en la región gingival de la raíz y en el ápice. Se encuentran afectados dientes aislados y sus antagonistas. No hay inflamación gingival ni bolsas periodontales.

## V I I. A T R O F I A P E R I O D O N T A L

La reducción generalizada de la altura del hueso alveolar, junto con la resección de la encía, su inflamación o trauma oclusal se produce con el aumento de la edad y se denomina atrofia fisiológica o senil. No se debe a la vejez, sino a las agresiones al periodonto. Presenta dos variantes:

### a) A T R O F I A P R E S E N I L.

Es la disminución prematura de la altura del periodonto, en toda la boca y sin causa local evidente.

### b) A T R O F I A P O R D E S U S O.

Se produce cuando la estimulación funcional que se de manda para el mantenimiento de los tejidos periodontales está disminuida o falta.

En esta afección observamos adelgazamiento del ligamento periodontal y menor número de fibras periodontales y alteración de su disposición, engrosamiento del cemento, reducción de la altura del hueso alveolar y osteoporosis por disminución de las trabéculas óseas.

## C A P I T U L O    I I

## DIAGNOSTICO

## 1.- DEFINICION.

El diagnóstico ha sido definido como el arte de reconocer las desviaciones de la normalidad, pero más que arte debemos considerarlo como un conocimiento juicioso que se adquiere a través del estudio y la práctica constante.

Un diagnóstico correcto es esencial para realizar un tratamiento adecuado a tiempo, que asegure la conservación de la salud del paciente. El diagnóstico debe ser sistemático y originado con una finalidad específica, no es suficiente reunir datos. Los hallazgos han de ser armados de manera que proporcionen una explicación coherente del problema periodontal del paciente.

Para llegar a establecer el plan de tratamiento apropiado para cada paciente y determinar el pronóstico de la enfermedad periodontal, se debe obtener toda la información correcta y adecuada, comprender los procesos morbosos, su desarrollo, las manifestaciones y su etiología, para lo cual, a continuación se recomiendan una serie de procedimientos.

## 2.- APRECIACION GENERAL DEL PACIENTE.

El diagnóstico debe principiar desde el momento de ver por primera vez al enfermo, considerando de antemano su apariencia física, lo que nos da una idea general del tipo de individuo, que es y sus actividades, principalmente su estado mental y emocional, su temperamento y su actitud hacia el tratamiento dental y periodontal. No hay nada más erróneo que llevar a cabo un tratamiento si el paciente no está convencido de la conveniencia de él y brindar su apoyo decidido para llevar a cabo la fisioterapia oral.

### a). HISTORIA SISTEMICA.

La historia sistémica es de mucha importancia, porque es casi imposible encontrar un sistema orgánico cuyos procesos patológicos no estén relacionados con los tejidos orales.

La historia sistémica ayudará al operador en:

- 1.- El diagnóstico de manifestaciones bucales en enfermedades orales.
- 2.- La detección de estados sistémicos que pueden estar afectando a la respuesta de los tejidos periodontales a factores locales.
- 3.- La detección de estudios sistémicos que demanden precauciones especiales y modificaciones en los procedimientos terapéuticos.

La historia sistémica debe reunir referencia a lo siguiente:

1.- Si el paciente está bajo tratamiento médico, naturaleza de la enfermedad y cual es el tratamiento. Hay que inquirir especialmente respecto a anticoagulantes y corticoesteroides, dosis y duración del tratamiento.

2.- Antecedentes de fiebre reumática, cardiopatía reumática o congénita, hipertensión, angina pectoris, infarto al miocardio, nefritis, enfermedad hepática, diabetes y desmayos o lipotimias.

3.- Tendencias hemorrágicas anormales como: tendencia a hematomas y menorreas excesivamente abundantes.

4.- Enfermedades infecciosas.

5.- Posibilidad de enfermedades profesionales.

6.- Historia de alergia.

7.- Información respecto al comienzo de la pubertad y menopausia, trastornos menstruales o histerectomía, embarazo o abortos.

#### b) HISTORIA DENTAL

Motivo de la Consulta.

Probablemente si preguntamos al paciente cuales son sus síntomas o molestias, el nos conteste que ninguno, puesto que la sintomatología pasa desapercibida y el paciente lo juzga como algo normal.

Pero se debe proceder a registros de los síntomas que el paciente acusa, que pueden darnos una idea de la severidad de las manifestaciones del problema gingival o periodontal. Entre ellos podemos anotar: encías sangrantes, dientes flojos, separación de los dientes con aparición de espacios donde antes no los había, mal sabor de boca, sensación de picazón en las encías que se alivia al escarvar con un palillo, dolor de diversos tipos y duración, localizado o irradiado, sensibilidad al frío o calor y supuración más o menos abundante.

La historia dental también incluirá referencia al dentista, frecuencia y naturaleza del tratamiento, cepillado dental y frecuencia, malos hábitos (rechinar los dientes, morder las uñas, u objetos) y otros hábitos como morder el tabaco o fumar, etc.

#### Examen Bucal.

Debe efectuarse examinando de afuera hacia adentro, la limpieza dental en términos de magnitud de residuos de placa, materia alba y pigmentaciones acumuladas en la superficie dental, acitosis que puede ser de origen local o extrabucal o re-

*moto.*

*Labios.*

Notando su color, consistencia y tamaño, considerando hallazgos como: neoplasias, chancros, queilitis angular, irritación por hábitos de mordisqueo, indentaciones por oclusión y quistes.

*Mucosa Bucal.*

En la cual podemos descubrir posibles lesiones, cambios de coloración, induraciones o erosiones.

*Paladar.*

En cuanto a textura, forma, exostosis o torus. Es frecuente observar leucoplasia, paladar de fumador y neoplasias.

*Piso de Boca.*

Son frecuentes de dolor, las ránulas, neoplasias y las aftas.

*Lengua.*

Se examinará color, tamaño y naturaleza de las papilas.

*Región bucofaríngea.*

Este es el sitio donde se forma la pseudomembrana de la angina de Vincent y la difteria. Las amígdalas inflamadas -

suelen ser causa de dolores irradiados.

#### Dientes.

Examinamos la integridad dentaria en cuanto a caries, fracturas, malposiciones, hipersensibilidad, relaciones de contacto proximal, sensibilidad a la percusión, migración patológica de los dientes, relaciones oclusales funcionales y movilidad dentaria, que es uno de los hallazgos más importantes para el diagnóstico de la enfermedad periodontal.

#### Placa y Cálculos

Los cálculos podrán ser supragingivales que se medirán con una sonda calibrada y los infragingivales se medirán o apreciarán mediante una radiografía.

#### Encía.

Lo más aparente que encontramos es la encía, Esta de ser normal debe ser firme, de color rosa pálido coral, con la superficie punteada el tono debe ser firme y la encía adherida al hueso subyacente, el margen gingival debe terminar en filo de cuchillo o pico de flauta. Puede estar colocado en el cuello anatómico del diente o mostrar resección o agrandamiento, la papila interdientaria que debe llenar el espacio, puede encontrarse normal o agrandada o disminuida.

La inflamación aliviará la que la superficie pierda

el punteado esté lisa y brillante y de coloración rojiza, el t<sub>o</sub>no se vuelve edematoso y el volúmen aumenta de tamaño y grosor.

La fibrosis o hiperplasia hace que la encía presente una coloración más normal, pudiendo reaparecer el punteado, el t<sub>o</sub>no se vuelve firme y a menudo la encía está despegada de los dientes, separada de ellos por el sarro gingival.

#### Bolsas Periodontales.

Clinicamente una bolsa periodontal es la profundidad de más de dos milímetros localizada en el área periodontal.

El examen de las bolsas periodontales debe incluir lo siguiente:

- 1.- Presencia y distribución de cada superficie del diente.
- 2.- Tipo de bolsa, si es supraósea o infraósea.
- 3.- Profundidad de la bolsa.
- 4.- Nivel de inserción de la raíz.

Para realizar el examen de las bolsas periodontales se utiliza una sonda milimetrada. La sonda se introduce en la bolsa, cuidando de mantenerla paralela al diente, para evitar mediciones incorrectas. Se deben efectuar tres mediciones por lingual y tres por vestibular de cada diente, esto nos dará una idea muy aproximada de la forma, longitud amplitud y profundidad de la bolsa. El resultado de estas mediciones se registra

en una gráfica que se conoce como periodontograma, éste al mismo tiempo que indica la profundidad de la bolsa, expresa la colocación de las mismas sobre el diente, ya que también marcamos el nivel del margen gingival. Al examinar la profundidad de la bolsa, notaremos también el grado de afección de las furcaciones si existen.

Para determinar si hay pus en una bolsa periodontal, se aplica la yema del dedo índice sobre el sector lateral de la encía marginal y se ejerce presión con un movimiento hacia la corona.

#### Formación de fístulas.

Es común encontrar el orificio de una fístula como resultado de una infección periapical, sin embargo, es también -- frecuente encontrar en la dentadura permanente fístulas originadas por abscesos periodontales.

#### Trauma Oclusal.

Uno de los factores más frecuentes de afecciones periodontales es el trauma oclusal. La presencia de facetas de desgaste en las piezas dentarias, las migraciones, diastemas y movilidad, pueden hacernos sospechar la presencia de un desequilibrio oclusal.

### *Perdida Osea Alveolar.*

El sondaje es de utilidad en la determinación de la altura y el contorno del hueso vestibular y facial. Este procedimiento puede ser auxiliado por una serie radiográfica que nos dará los niveles de hueso alveolar.

### LA RADIOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Debemos recordar que las radiografías son solo un auxiliar y el diagnóstico no debe hacerse solo en ellas. La enfermedad periodontal puede estar presente desde antes de notarse los cambios radiográficos.

Para el examen radiográfico se debe contar con un mínimo de 14 películas intrabucales y radiografías de aleta mordida. Las radiografías panorámicas son un método simple y conveniente que nos ayudará a obtener una visión más general del arco dental y estructuras vecinas.

Es muy común que el operador solo observe los cambios radiográficos gruesos, como son piezas faltantes, cavidades obvias, dientes retenidos, malas posiciones y lesiones grandes como quistes y granulomas. Sin embargo en la enfermedad periodontal existen cambios tempranos que se pueden observar tales como la desaparición de la lámina dura, aumento de grosor del espacio del ligamento, estos cambios solo pueden observarse bien en

áreas proximales ya que por vestibular y lingual son tapados por los dientes. Las fenestraciones y dehiscencias no se observan.

#### MODELO DE ESTUDIO EN EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Los modelos de estudio son muy útiles complementos para el diagnóstico ya que indican la posición e inclinación de los dientes, relaciones de contacto proximal y zonas de empaquetamiento de comida. Además, proporciona una visión de las relaciones cusplideas linguales, Constituyen registros importantes de la dentadura antes que se le altere mediante el tratamiento, así como referencias en visitas de control.

Existen además otros auxiliares empleados en el diagnóstico de la enfermedad periodontal y que son de gran utilidad como lo son: Estudios de laboratorio como las biopsias, estudios del estado nutricional del paciente, etc..

Una vez que se han obtenido todos los elementos de juicio posibles se puede determinar que tipo de enfermedad periodontal aqueja al paciente y la magnitud de la misma, para instituir una terapéutica temprana y adecuada,

## CAPITULO III

## PRONÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

## I. DETERMINACION DE EL PRONOSTICO.

Es necesario para la determinación del pronóstico de un padecimiento o enfermedad periodontal o gingival el previo establecimiento de un diagnóstico. El pronóstico es la predicción, evolución y conclusión de una enfermedad y la posible respuesta al tratamiento y que en éste caso lo dividiremos en dos: Pronóstico en pacientes con enfermedad gingival y Pronóstico en pacientes con enfermedad periodontal.

## a) PRONOSTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD GINGIVAL.

La inflamación juega el papel más importante en el pronóstico de la enfermedad gingival. Si la inflamación etiológicamente es debida a causas locales, el pronóstico es bueno con la eliminación de dichos factores.

Si la inflamación está sobreagregada a cambios tisulares de origen sistémicos, la salud gingival puede ser restaurada temporalmente por tratamiento local, pero con la corrección-

del factor sistémico a largo plazo obtenemos un pronóstico favorable.

#### b) PRONOSTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Para la determinación del pronóstico de la enfermedad periodontal de un paciente es necesario establecer si se involucra a la dentadura como un todo a solo a dientes individuales.- Por lo cual existe un pronóstico individual y uno total.

1.- Pronóstico total.- En la determinación de un pronóstico total se toman en consideración los siguientes factores: establecimiento de la respuesta ósea pasada, factor óseo, altura del hueso remanente, edad del paciente, número de dientes remanentes, antecedentes sistémicos del paciente, inflamación gingival, pronóstico de periodontitis juvenil

##### Establecimiento de la Respuesta Ósea Pasada.

El establecimiento de la respuesta ósea pasada, incluyen la consideración de la intensidad y distribución de la pérdida ósea periodontal en función de la edad del paciente, distribución, magnitud y duración de los irritantes locales como placa, cálculos y empaquetamiento de comida, anormalidades y hábitos oclusales.

El pronóstico en este caso estará dado por la elimina

ción de los factores locales y la respuesta del organismo dependiendo de la edad, magnitud de la destrucción ósea, etc., y además por la temprana detección y corrección de factores etiológicos sistémicos que puedan influir para que la pérdida ósea pueda continuar.

Factor óseo.- Para obtener un pronóstico periodontal en base al factor óseo es necesario establecer el siguiente procedimiento:

- 1.- Determinación de la edad del paciente.
- 2.- Valoración de la distribución, intensidad y duración de la inflamación gingival y las desarmonías oclusales.
- 3.- Determinación de la distribución, intensidad y velocidad de la pérdida ósea.

A partir de los hallazgos descritos anteriormente se deduce la naturaleza del factor óseo:

Factor óseo positivo.- Cuando la velocidad e intensidad de la pérdida ósea se explican por los factores locales existentes y la pérdida ósea desaparece por consiguiente con la eliminación de estos, el factor óseo es positivo y el pronóstico es bueno.

Factor óseo negativo.- Se hace el diagnóstico de factor óseo negativo cuando la cantidad y la velocidad de la pérdi

da ósea exceden de lo que la experiencia clínica hace preveer - en un paciente de esa edad en presencia de factores locales de duración e intensidad comparables. Puesto que los factores locales son insuficientes para justificar la pérdida ósea y aún - eliminándola - persiste la pérdida ósea, otros factores comparten la responsabilidad de tal pérdida.

*Altura del Hueso Remanente.*- Para llegar a un pronóstico tomando en cuenta la altura del hueso remanente es necesario únicamente analizar la magnitud de la pérdida ósea, ya que esto nos llevará a determinar si existe o no hueso suficiente - para el soporte de los dientes.

*Edad del Paciente.*- El pronóstico desde el punto de - vista de la edad del paciente, dependerá de la cantidad de hueso perdido ya que aún cuando el paciente joven tiene la capacidad de reparación rápida, la pérdida o destrucción ósea también es más rápida que en un paciente de más edad.

*Dientes Remanentes.*- Para la colocación de prótesis - fijas o removibles es necesario contar con un número y distribución de los dientes adecuados, puesto que si tenemos prótesis - extensas sobre una cantidad insuficiente de dientes, la posibilidad de mantener la salud periodontal estará disminuida a causa de la incapacidad de mantener un medio ambiente funcional - adecuado.

Antecedentes sistémicos del paciente.- Existen algunos padecimientos sistémicos casuales conocidos tales como la diabetes, hipertiroidismo, etc., en que el estado periodontal se beneficia con su corrección. Estos trastornos sistémicos capaces de producir enfermedad periodontal son difíciles de detectar, de modo que el pronóstico en tales pacientes es malo.

Inflamación Gingival.- El pronóstico de la enfermedad periodontal, está en relación con la gravedad de la inflamación.

Bolsas Periodontales.- Es más importante la localización del fondo de las bolsas periodontales que la profundidad de ellas, es decir, es de vital importancia la magnitud de la extensión de la pérdida ósea.

Maloclusión.- Ya que las maloclusiones son factores importantes en la etiología de la enfermedad periodontal, el pronóstico total es malo en pacientes con deformaciones oclusales que no se puedan corregir.

Morfología dental.- Debido a las fuerzas oclusales que reciben los dientes el pronóstico es malo en pacientes con raíces cónicas y cortas y coronas relativamente grandes en razón a la poca superficie disponible para el soporte periodontal.

Pronóstico de Periodontitis Juvenil.- En este caso -

las influencias sistémicas desempeñan un papel muy importante - y como es difícil establecer la causa sistémica que lo produce. Se puede tratar de conservar la dentadura en función útil, únicamente con tratamientos locales ya que en casos avanzados de - periodontitis juvenil, el hueso remanente es insuficiente para sostener a los dientes.

2.- Pronóstico Individual.- En la determinación del pronóstico de dientes individuales, se toman en consideración los factores siguientes, movilidad, bolsas periodontales, dientes adyacentes, localización del hueso remanente en relación -- con la superficies dentales, lesiones en furcaciones, caries, - dientes no vitales, resorción dental, etc., entre otros.

Movilidad.- La pérdida de hueso alveolar, cambios inflamatorios en el ligamento periodontal y trauma de la oclusión, son las causas principales de movilidad dental. La posibilidad de establecer la estabilidad dental es inversamente proporcional a la magnitud de la movilidad que se origina en la pérdida ósea alveolar.

Bolsas periodontales.- En los casos en los cuales - existen bolsas supraóseas, se debe tomar en cuenta la localización de la bolsa, más que la profundidad de la misma, ya que, - la cercanía del fondo de la bolsa al ápice, afecta grandemente nuestro pronóstico. La cercanía de la inserción del frenillo y

de la línea mucosa gingival compromete nuestro pronóstico, salvo que en el tratamiento se incluyan procedimientos correctivos.

**Dientes adyacentes a zonas Desdentadas.**- Los dientes que sirven de pilares están sometidos a demandas funcionales. - Se precisan normas más rígidas para evaluar el pronóstico de -- los dientes adyacentes a zonas desdentadas.

**Localización del hueso remanente en relación con las superficies dentales individuales.**- Es necesario tomar en consideración la altura del hueso en las superficies afectadas -- cuando existen mayor pérdida ósea en la superficie de un diente. Debido a la mayor altura del hueso en las últimas superficies, el centro de rotación de los dientes estará más cercano a la corona, por lo cual, el brazo de palanca respecto al periodo, será más favorable que lo que indicara la pérdida ósea en la -- superficie dental más afectada.

**Relación con Dientes Adyacentes.**- En caso de un diente con un pronóstico malo, se analizará si es conveniente el -- tratamiento para intentar su conservación contra los beneficios que se aportarán a los dientes adyacentes si se extrajera el -- diente en consideración.

**Bolsas Infrabóseas.**- La eliminación de las bolsas infrabóseas depende de varios factores, entre los cuales son funda

mentales el contorno de los defectos óseos y la cantidad de paredes óseas remanentes.

*Lesiones en Furcación.*- Para llegar a establecer un pronóstico en presencia de lesiones en furcación, debemos considerar dos puntos básicos:

- 1.- La dificultad del acceso quirúrgico a la zona si se ha de realizar una cirugía ósea.
- 2.- La inaccesibilidad de la zona a la remoción de placa bacteriana por parte del paciente. Si éstos problemas pueden resolverse satisfactoriamente el pronóstico será similar a el de dientes uniradiculares en mismas condiciones.

*Caries, dientes no vitales y resorción dental.*- Antes de emprender un tratamiento periodontal, hay que considerar la factibilidad de restauraciones, tratamientos endodónticos en dientes no vitales y con caries extensas. La resorción ideopática radicular extensa pone en peligro la estabilidad de los dientes y afecta en sentido adverso a las respuestas al tratamiento periodontal. El pronóstico no afecta a dientes vitales y no vitales tratados, excepto que la reinscripción en la dentina radicular expuesta no es posible en dientes no vitales.

## I I . P L A N D E T R A T A M I E N T O .

Para poder planear el tratamiento, es necesario haber

establecido primeramente el diagnóstico y el pronóstico.

El plan de tratamiento es la guía para el manejo del caso. Incluye todos los procedimientos que se requieren para el establecimiento y mantenimiento de la salud bucal, como decidir si conservar los dientes o extraerlos, decisiones sobre técnicas por utilizar para eliminar las bolsas periodontales, la necesidad de procedimientos quirúrgicos mucogingivales o reconstructivos y corrección oclusal, clases de restauraciones que se utilizará, que dientes se usarán como pilares y las indicaciones para la ferulización.

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

El plan de tratamiento periodontal incluye cuatro diferentes objetivos terapéuticos, tales son:

#### A) FASE DE TEJIDOS BLANDOS.

Esto incluye la eliminación de la inflamación gingival, bolsas periodontales y los factores que las originan; el establecimiento del contorno gingival y las relaciones mucogingivales que conduzcan a la preservación de la salud periodon---

tal; restauración de caries; corrección de márgenes de restauraciones existentes; remodelado de las superficies proximales, vestibulares y linguales y rebordes marginales de restauraciones para proporcionar el contacto proximal adecuado y vías de escape para los alimentos.

#### B) FASE FUNCIONAL.

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

#### C) FASE SISTEMICA.

Los estados sistémicos pueden demandar que se tomen -- precauciones especiales durante el tratamiento periodontal, -- afectan a la respuesta a los procedimientos terapéuticos o amenazan a la preservación de la salud periodontal una vez concluido el tratamiento. Estas situaciones se manejarán junto con el médico del paciente.

#### D) FASE DE MANTENIMIENTO.

Incluye todos los procedimientos para mantener la salud periodontal, una vez que se consiguió. Consiste en la ense

ñanza de la higiene bucal, citación del paciente a intervalos regulares para controlar el estado del periodoncio, el estado de la operatoria dental y la necesidad de seguir el ajuste oclusal y radiografías de control.

#### SECUENCIA DEL PLAN DE TRATAMIENTO FASE PRELIMINAR.

Tratamiento de emergencias dentales o perapicales, periodontales u otras.

Extracción de dientes insalvables y reemplazo provisional si es necesario.

#### FASE ETIOTROPICA.

Control de la placa.

Control de la dieta.

Eliminación de cálculos y alisamiento radicular.

Corrección de factores irritativos restauradores y protéticos.

Tallado de caries y restauraciones provisionales y/o definitivas.

Tratamiento oclusal.

Pequeños movimientos oclusales.

Ferulización provisional.

#### VALORIZACION DE LA RESPUESTA A LA FASE ETIOTROPICA.

Controlando:

*Profundidad de la bolsa e inflamación gingival.*

*Placa bacteriana y cálculos.*

*Caries.*

#### FASE QUIRURGICA.

*Cirugía periodontal.*

*Tratamiento de conductos.*

#### FASE RESTAURADORA.

*Restauraciones definitivas-*

*Prótesis fija y removible.*

*Valoración de la respuesta periodontal a procedimientos de restauración.*

#### FASE DE MANTENIMIENTO.

*Citaciones periódicas con control de:*

*Placa bacteriana y cálculos.*

*Estado gingival (bolsas, inflamación),*

*Caries.*

*Oclusión, movilidad dental.*

*Otra patología.*

## CAPITULO IV

## INSTRUMENTAL PERIODONTAL. CLASIFICACION.

Existe una gran cantidad de instrumentos periodontales y sus diseños fueron creados según las necesidades que fueron surgiendo a través del tiempo. Así pues, encontramos que hay instrumentos para eliminar cálculos, para remoción de tejidos enfermos, para alisado de paredes radiculares, para curetaje de la encía, entre otros.

A continuación damos una sencilla clasificación que es más didáctica que útil para fines prácticos.

## I. SONDAS PERIODONTALES.

Son usadas para medir la profundidad de las bolsas periodontales. Son delgadas, de cuello angulado, en forma de varilla troncocónica, calibradas con marcas cada milímetro, tienen punta roma.

Para medir bolsas periodontales, se introduce la sonda con una suave presión hasta el fondo de la bolsa, se mide varias veces para determinar el trayecto de la bolsa con respecto al diente.

## I I . E X P L O R A D O R E S P E R I O D O N T A L E S .

Se utilizan para localizar depósitos subgingivales de cálculos y zonas cariadas, así como para revisar la textura de las superficies radiculares después de un curetaje radicular.

Existe una gran variedad de ellos, para la gran variedad de usos que pueden tener.

## I I I . I N S T R U M E N T O S D E C U R E T A J E Y R A S P A D O .

Entre éstos encontramos: hoces, curetas, azadas, limas, cinceles, instrumentos ultrasónicos, etc..

### a) HOCES.

Nos sirven para eliminar depósitos supragingivales.

Es de corte triangular con una punta aguda y tres bordes cortantes, se utilizan con movimientos de impulsión.

Tienen diversas formas y tamaños. Los más utilizados son: GLICKMAN... 1G--2G, 3G - 4G y 5G-6G.

Los de MORSE son de hojas intercambiables, los pequeños son para que el instrumento llegue a zonas interproximales-

y subgingivales. Se seleccionan según la zona por tratar.

#### b) CURETAS.

Nos sirven para retirar el revestimiento blando de las bolsas periodontales, para alisar raíces, eliminación de cálculos subgingivales profundos, etc.

Son más delgadas que los hoces y no tienen puntas o ángulos agudos, su punta es redondeada, pueden tener un borde cortante o dos, pueden ser sencillas o dobles. Existen universales para casi todas las zonas, como ejemplo de éstas tenemos las de GLICKMAN 7G-8G, de Barnhart 1-2, Columbia 13-14, 2R-2L y 4R-4L.

También existen curetas específicas y están diseñadas para usarse en zonas anatómicas determinadas, ejemplo de éstas existen las de Gracy:

Número 1-2.....	Anteriores y Premolares
Número 3-4.....	Anteriores y Premolares
Número 5-6.....	Anteriores y premolares
Número 7-8.....	Posteriores caras Bucal y Lingual
Número 9-10.....	Posteriores caras Bucal y Lingual
Número 11-12.....	Posteriores cara Mesial
Número 13-14.....	Posteriores cara Distal.

Las curetas específicas tienen hoja curva y las uni-

versales poseen hoja recta.

c) AZADAS.

Se usan para eliminar cálculos y cemento reblandecido.

Accesibles a todas las zonas tenemos la G11-12 y G13-14, cuya hoja es arqueada y delgada para que penetre profundamente.

Se introducen hasta la base de la bolsa periodontal, haciendo contacto con dos puntos del diente, se mueve el instrumento firmemente hacia la raíz. Ejemplos de éstas tenemos la de Mc Call 3, 4, 5, 6, 7, 8, Este juego de seis instrumentos nos permite acceso a todas las áreas. Están anguladas entre cuello y mango, de manera diferente según su uso.

d) LIMAS.

Ya no se utilizan por que dejan estrías y rugosidades. actualmente su uso está limitado a eliminación de bordes desbordantes de obturaciones.

e) CINCELES.

Se usan principalmente en superficies interproximales de dientes anteriores, el 15G-16G es el más utilizado.

Se introduce por la parte vestibular, el borde cortar

te toma el cálculo sin hacer muescas y el costado de la hoja - se mantiene apoyado contra la raíz

#### f) INSTRUMENTOS ULTRASONICOS.

Se utilizan para raspaje, curetaje y remoción de pigmentos. Son vibraciones físicas de partículas de materia similares a las ondas sonoras, dan más de 29,000 vibraciones por segundo.

Tienen diferentes formas según sus usos y tienen una salida de agua para disipar el calor que nos produce la vibración.

Se dan toques leves, y, si no se sabe utilizar dejan muescas y rugas en los dientes. Se pueden utilizar en tejido gingival. Se debe evitar contacto con hueso. No se debe usar en niños y jóvenes.

#### g) SISTEMA EVA.

Son limas de diamante aplicadas a motor. Sirven para corregir restauraciones desbordadas. Son cuñas pares que tienen una superficie lisa y otra recubierta de diamante, pueden ser mortadas en una pieza de mano.

Al activarla en una zona interproximal, la porción de

diamante debe tocar la restauración y la lisa la papila interproximal, al oscilar alisa los contornos y la desgasta hasta darle su forma adecuada.

#### I V . I N S T R M E N T O S L I M P I E Z A Y P U L I D O .

Entre éstos tenemos la taza de goma, el portapulidor, el cepillo de cerda y las tiras de papel.

##### a) TAZA DE GOMA.

Es una pieza ahuecada con estrías en el interior, se usa en el contrángulo para profilaxia, se utiliza con el una pasta pulidora y limpiadora que siempre debe estar húmeda.

##### b) PORTAPULIDOR.

Es instrumento de mano que sostiene una punta de madera con la que se aplica pasta pulidora y con ella se bruñe firmemente. El más usado es de IVORY a 45 grados.

##### c) CEPILLOS DE CERDAS.

Los hay en forma de rueda y taza. Se usan en pieza de mano y con pasta pulidora. Por la rigidez de las cerdas sólo se usan en la corona anatómica.

##### d) TIRA DE PAPEL.

Se usan para pulir superficies proximales inaccesi-

bles a otros instrumentos.

Se colocan en la zona interproximal, se sostienen -- ahí perpendicularmente al eje mayor del diente y se realiza un movimiento buco-lingual. Se debe tener cuidado de no lesionar la encía. Posteriormente se lava con agua tibia.

## V. INSTRUMENTOS QUIRURGICOS.

Contamos con instrumentos de incisión, de excisión, - electrocirugía, curetas, hoces, azadas, cinceles, limas, tijeras quirúrgicas, elevadores del periostio, principalmente.

a) Instrumentos de incisión y excisión.

### 1.- BISTURIES PERIODONTALES.

Para gíngivectomía, los más utilizados son 20G-21G y 15K-16K. Los hay sencillos o dobles, tienen forma de riñón y - toda su periferia es cortante.

### 2.- BISTURIES INTERDENTALES.

Son instrumentos lanciformes, cuyas áreas cortantes están en toda su periferia. Puede haberlos dobles o sencillos. - Los más usados son los de Urban 22G-23G y de Merrifield 1, 2, - 3, 4.

### 3. HOJAS QUIRURGICAS.

Son de diversas formas y tamaños, se utilizan más comúnmente la 11, 12 y 15, son desechables, son utilizadas para realizar colgajos, operaciones mucogingivales e injertos.

#### b) Electrocirugía.

Son técnicas quirúrgicas sobre tejidos blandos, por medio de corrientes eléctricas.

Existen cuatro tipos de técnicas.

#### 1) ELECTROSECCION.

Llamada también electrotomía o acusección. Requiere una corriente sostenida o continua. Se incluyen tres procedimientos: incisión, excisión y alisamiento. Las dos primeras se realizan con alambres únicos, que pueden ser doblados o adaptados a cualquier tipo de corte. El alisado puede efectuarse mediante la buena selección del electrodo apropiado.

#### 2) ELECTROCOAGULACION.

Se usa corriente alterna. Se puede obtener un buen control de la hemorragia si se emplea bien. Puede llegar a prevenir la hemorragia en tejidos blandos. No puede detenerse el sangrado una vez establecido. Debe ser cohibida primero por presión directa: aire, compresión, etc., una vez detenida se uti

liza la corriente de electrocoagulación. Hay 3 petequiales y cónicos, para hemorragias surcales.

### 3) ELECTROFULGURACION.

Se utiliza corriente de alto voltaje, baja, alterna e incluso interrumpida. El electrodo activo se mantiene sobre los tejidos sin entrar en contacto con ellos y es desplazado constantemente para que las chispas produzcan escaras. En odontología su uso es muy limitado.

### 4) ELECTRODESECACION.

Se emplea corriente dehidratante, es la menos utilizada y la más peligrosa. El electrodo activo se inserta en el tejido y el tejido circundante es coagulado. Es muy utilizado en cirugía dermatológica.

## V E N T A J A S D E L A E L E C T R O C I R U G I A

1.- Son alambres flexibles que:

Pueden ser adaptados, no se afilan, se autoesterilizan y no requieren presión.

2.- Control total de la hemorragia.

3.- Previene el sembrado de bacterias.

4.- Permite alisado de tejidos.

5.- Mejor visión del campo operatorio porque la hemorragia está

controlada.

6.- No hay formación de cicatrices.

#### D E S V E N T A J A S .

1.- No puede usarse en pacientes con marcapaso cardiaco incompatible o mal protegido.

2.- Produce olor y sabor que se deben controlar.

c). Curetas y Hoces Quirúrgicas.

Se utiliza para eliminar tejido de granulación, tejidos interdientales fibrosos y depósitos subgingivales muy adheridos. Ejemplos de éstas tenemos: Kramer números 2, 3 y 7 y de Kirkland.

Ejemplos de hoces: Glickman 3G-4G y Bell B2-B3. Sus hojas son más anchas y pesadas por lo que son ideales en cirugía.

d) Elevadores Periosticos.

Entre los más utilizados tenemos los de Goldman-Fox - números 24G y 14, los cuales por su diseño nos sirven para separar y desplazar el colgajo una vez realizada la incisión.

e) Cinceles y Azadas quirúrgicas.

Son utilizadas para eliminar hueso y remodelarlo. Como ejemplo de azadas quirúrgicas tenemos la 196 que posee una hoja aplanada en cola de pescado con una marcada convexidad. Su borde cortante es biselado y nos sirve para desprender las paredes de la bolsa periodontal una vez hecha la incisión para gingivectomía, pero se utiliza para alisar raíces y hueso en cualquier cirugía'

Como ejemplo de cinceles quirúrgicos tenemos el Ochsenbein 1-2, el cual tiene una indentación semicircular a cada lado del cuello para su adaptación interproximal.

#### f) Limas Quirúrgicas Periodontales.

Se utilizan principalmente para alisar bordes irregulares de hueso y para removerlo. Las más usadas son las de Shluger y Sugarman y se usan con movimientos de tracción e impulsión en zonas interproximales esencialmente.

#### g) Tijeras Periodontales.

Existen muchas pero la más utilizada en cirugía periodontal es la Goldman-Fox 16, biscelada curva con estriaciones. Nos sirven para: agrandar incisiones en abscesos periodontales, eliminar inserciones musculares en cirugía mucogingival, para recortar los los bordes de los colgajos, para eliminar porciones de tejido durante la gingivectomía, principalmente éstos usos les damos.

## C A P I T U L O V .

## CONSERVACION DEL PERIODONTO.

La odontología preventiva juega un papel muy importante en la práctica profesional del odontólogo moderno. Esto -- nos ayuda para evitar que una enfermedad avance si la tratamos -- en su inicio, eliminando los principales factores etiológicos -- que la producen. El principal método de que nos valemos es -- concientizar al paciente de que él es el indicado para ayudarnos a mantener su boca en buen estado de salud.

## 1.- EDUCACION DEL PACIENTE.

Se le debe indicar al paciente de la importancia de -- eliminar de sus dientes esa película blanquesina y adherente -- que es la placa bacteriana. Es preciso hacerlo comprender que -- el Odontólogo por si solo es incapaz de conservar su periodonto en buenas condiciones de salud.

Deben mostrársele los instrumentos higiénicos específicos y la técnica para su uso correcto.

a) Cepillos dentales y técnicas para su uso.

Son los principales instrumentos que debemos mostrar, existen de diversos tipos, tamaños, formas y diseños para cada necesidad. Hay de cerdas naturales y sintéticas, manuales y eléctricos. Se debe elegir el cepillo y la técnica apropiada para cada caso. Contamos con una variedad de técnicas de cepillado que cabe mencionar clasificó el Dr. Stephen Stone.

Independientemente de la técnica elegida, al paciente se le debe indicar cada cuanto la aplicará, cuantos movimientos y el tiempo que durará en cada sesión.

1.- Técnicas de Movimiento.- Contamos con la de giro y golpe y la técnica Fisiológica.

TECNICA DE GIRO Y GOLPE.- Al parecer es la más usada, consiste en colocar las cerdas del cepillo paralelas al eje vertical del diente, en la cara vestibular el cepillo alcanzará a llegar hasta la unión mucogingival.

El cepillo se mueve hacia oclusal hasta que quede a 2 ó 3 mm., del margen gingival libre, se gira realizando movimientos de barrido mientras se mueve continuamente sobre la corona.

Se coloca igualmente en las caras bucales y palatinas de ambas arcadas. Sólo variará la posición del cepillo en relación al arco, si es muy cerrado, se colocará el cepillo horizontal

tal al cepillar los anteriores.

**TECNICA DE SMITH-BELL.** - Lo único que la hace diferente de la técnica de giro y golpe, es que el barrido se efectúa en la porción coronaria hacia apical, es decir, en sentido contrario a la técnica antes descrita. Se le llama fisiológica por que sigue el trayecto de los alimentos.

2.- Técnicas de presión y vibración.- Entre éstas contamos con la técnica de Stillman y la Charter.

**TECNICA DE STILLMAN.** Las cerdas se dirigen en ángulo-oblicuo hacia los ápices, descansan en ésta posición abarcando algo de encla, así como el tercio cervical de la corona, se aplica presión y se gira el cepillo alrededor del eje de las cerdas. Debe llevarse un orden de derecha a izquierda y una arcada antes que otra.

**TECNICA DE CHARTER.** - La única diferencia de ésta técnica con la de Stillman es la angulación de las cerdas hacia la superficie coronaria del diente. Las cerdas se colocan en la superficie de la corona y se llevan apicalmente hasta descansar sobre la superficie cervical de la corona clínica, así como en los tejidos gingivales.

En ambas técnicas, las caras oclusales se limpian co-

locando las cerdas paralelas al eje mayor del diente y girando-  
las hacia oclusal.

3.- Técnicas de Movimiento-Vibración-Presión.- Contamos con la  
Stillman modificada y la Charter modificada.

STILLMAN MODIFICADA.- Se sigue la técnica inicial, pe-  
ro la modificación consiste en dos movimientos agregados: se pa-  
sa el cepillo desde su posición original hacia la superficie --  
oclusal y cuando está a 2 ó 3 mm., en apical se gira, esto cam-  
bia la dirección de las cerdas de apical a coronario.

CHARTER MODIFICADA.- La modificación consiste en lle-  
var el mango y tallo del cepillo hacia el pliegue mucovestibu-  
lar, esto provoca presión y movimientos giratorios a la estruc-  
tura dental, margen gingival y encla insertada, desalojando de-  
sechos alimenticios.

4.- Técnicas de Movimiento-Presión.- Entre éstas están la de ce-  
pillado horizontal, la de frote vertical y la de Fones.

TECNICA DE CEPILLADO HORIZONTAL.- Es la más usada. -  
Es eficaz para eliminar los desechos pero lastima a la encla. -  
El movimiento del cepillo es de mesial a distal y las cerdas --  
van dirigidas perpendicularmente al eje mayor del diente.

TECNICA DE FROTE VERTICAL.- El frote se realiza en sentido vertical apico-coronariamente. No hay acción de barrido, las cerdas van en ángulo recto en relación al eje mayor del diente. Como el paciente está en oclusión céntrica se pueden limpiar ambas arcadas de una sola intención. Puede provocar traumatismo a nivel gingival por exceso de presión.

TECNICA DE FONES. Es profilaxia bimaxilar simultánea, con las cerdas perpendiculares al eje mayor del diente. El frote es giratorio incluyendo dientes y encía. Las caras linguales y palatinas se limpian por separado pero con los mismos movimientos, es ideal para niños y pacientes con destreza manual disminuida.

5.- Técnica de surco.- La única técnica que se conoce es la de Bass.

TECNICA DE BASS.- Su objetivo es eliminar desechos del surco y margen gingival. Se colocan las cerdas en la cresta marginal, se activa con presión ligera, girando hacia el surco. Se efectúa en todas las caras y todos los dientes

6.- Técnica de Vibración y surco.- Contamos con la técnica de Bass modificada únicamente.

TECNICA DE BASS MODIFICADA.- Es igual que la origi-

nal con una adición, una vez colocadas y giradas las cerdas, se barren hacia oclusal o incisal del diente.

b) Coadyuvantes para higiene dental.

1.- Hilo dental.

Es un auxiliar valioso para eliminar desechos alimenticios en las zonas interproximales. Rompe y afloja la placa bacteriana en las superficies interproximales de la corona anatómica.

2.- Estimuladores interdientales.

En su gran mayoría son de caucho, pero los puede haber de otros materiales. La punta es de forma cónica y su superficie puede ser lisa o estriada.

3.- Irrigadores de agua.

En los últimos tiempos la hidroterapia es un método muy utilizado, si se usa agregado a una buena técnica de cepillado proporciona un alto grado de higiene.

4.- Reveladores.

Los más usados son a base de yodo, fucsina básica y solución de eritrocina. Sirven para revelar la presencia de placa bacteriana al ser absorbido el revelador por la pared ce-

*lular bacteriana.*

## 2.- DIETA.

Aún no se ha podido probar que las deficiencias nutricionales por sí solas provoquen patologías periodontales. Pero hay que considerar de vital importancia que las deficiencias nutricionales provocan alteraciones celulares en todo el organismo, por lo cual, no podemos negar que existen dichas alteraciones en el periodonto. Aún considerando que dichas alteraciones a nivel de este tejido sean en cuanto a retardo de la cicatrización.

Se considera que una dieta a base de alimentos duros— además de estimular el periodonto es detergente. Se debe tratar de que el paciente por medio de sustitutos alimenticios reduzca la ingestión de azúcares.

## 3.- FLUORURO TOPICO.

En periodoncia lo utilizamos por dos razones:

- a) Desensibiliza las superficies radiculares que poseen hipersensibilidad;
- b) Reduce la propensión a caries en las zonas de cemento y dentina que pueden estar expuestas.

Este tratamiento se debe efectuar después de algún --

tratamiento periodontal o cada seis meses en visitas periódicas de control. Se usa la técnica tradicional y el material se deja por espacio de cinco minutos.

#### 4.- VISITAS PERIÓDICAS.

Debemos conseguir que el paciente esté bajo control preventivo, hay que hacer revaloración por lo menos cada seis meses o cada tres si el paciente acude, debemos crear conciencia en el paciente de la importancia de su visita de control.

## C A P I T U L O V I .

## TRATAMIENTO QUIRURGICOS.

## O P E R A C I O N E S P O R C O L G A J O .

## (COLGAJOS GINGIVALES)

## I.- DEFINICION.

Colgajo es el procedimiento quirúrgico por medio del cual se exponen las áreas afectadas asegurando un acceso directo hasta ellas.

La técnica del colgajo ha sufrido muchas modificaciones con el paso de los años y por diferentes autores que han querido imprimirle su sello personal. Sin embargo la técnica básica continúa siendo la misma. Existen varios tipos de colgajos y esto depende de:

- 1.- Incisión basal.
- 2.- Grosor del tejido a desprender.
- 3.- Tratamiento que reciban los tejidos.
- 4.- Lugar final donde se reponga el tejido.

## II.- TIPOS DE COLGAJOS.

## A) COLGAJO DESPLAZADO APICALMENTE.

Este tipo de colgajo se utiliza en casos en que el fondo de la bolsa se encuentre en la unión mucogingival o más apical.

#### TECNICA.

- 1.- Anestesia local infiltrativa.
- 2.- Incisión ondulada de bisel interno, orientada hacia la cresta ósea alveolar y terminando hacia una zona interdientaria.
- 3.- Separación del colgajo.
- 4.- Eliminación del epitelio sobrante, tejido inflamatorio y todo tejido interproximal blando.
- 5.- Raspado de las raíces.
- 6.- Colocación y sutura del colgajo apicalmente.
- 7.- Apósito quirúrgico (si la captación es perfecta no es necesario).

Después de la cicatrización, las bolsas desaparecen y queda una encla funcional.

#### B) COLGAJO COLOCADO EN SU POSICION ORIGINAL.

Esta técnica es usada con magníficos resultados en los casos en que existe una bolsa profunda en la superficie vestibular, logrando un resultado estético mediante la reinsertión de tejido conectivo.

## TECNICA.

- 1.- Anestesia.
- 2.- Incisión de bisel interno.
- 3.- Desprendimiento del colgajo.
- 4.- Eliminación de tejido inflamatorio y epitelio adherido al diente e interior del colgajo.
- 5.- Raspado de las raíces.
- 6.- Colocación y sutura del colgajo

## C) COLGAJO DESPLAZADO LATERALMENTE.

El colgajo desplazado lateralmente está destinado a corregir resecciones localizadas cuando queda muy poca encha en la superficie vestibular de un solo diente o también para tratar grietas gingivales.

## TECNICA.

- 1.- Análisis de la zona donadora.
- 2.- Anestesia.
- 3.- Se recorta el tejido que bordea el defecto y se raspa a fondo la superficie radicular.
- 4.- Preparese un colgajo una vez y media el ancho del defecto en la zona donadora y sepárese por disección aguda, dejando el periostio intacto en la zona donadora.
- 5.- Deslice el colgajo para cubrir la superficie radicular expuesta y colóquelo sin tensión.

- 6.- Sutura con seda.
- 7.- Presionese el colgajo durante cinco minutos para reducir el grosor del coágulo y favorecer la adherencia del colgajo al diente por medio de fibrina.
- 8.- Espolvoree al campo operatorio polvo adhesivo de oxitetraciclina y cubrirlo con una lámina de estaño adhesiva o goma - dique.
- 9.- Protección con un apósito periodontal blando.

## C O L G A J O P E R I O D O N T A L .

### I.- DEFINICION.

Es el segmento de encía y de mucosa alveolar adyacente que se separan parcialmente por medios quirúrgicos. La base del colgajo permanece insertada para proporcionar el aporte vascular adecuado.

### II.- CLASIFICACION.

1.- Colgajo de espesor total.- Incluye toda la encía o mucosa alveolar que cubre al diente y hueso.

2.- Colgajo de espesor parcial.- Este se separa por disección aguda para dejar hueso cubierto por tejido conectivo blando, con inclusión de periostio.

Los podemos clasificar también:

ra separar la encla, la mucosa alveolar y el periostio.

En los casos en que los márgenes gingivales estén -- gruesos, se recortan y se biselan. Posteriormente al procedi-- miento quirúrgico se afronta el tejido del colgajo, se sutura y se coloca un apósito quirúrgico.

#### B) Colgajos de espesor parcial.

Para realizar un colgajo de espesor parcial se utili-- za la disección aguda. Previa anestesia se realizan las inci-- siones que consideremos adecuadas al caso y posteriormente se -- inicia la disección aguda con hojas quirúrgicas reemplazables -- o con bisturí de forma arriñonada, el bisturí se introduce en-- la encla o en el surco y se disecciona a través de la lámina propia sin quitar tejido blando del hueso, que evita la eliminación -- del periostio y por consiguiente reduce la extensión de la re-- sorción ósea postoperatoria. Después de realizar la disección-- se sutura y se coloca un apósito quirúrgico.

### CURETAJE QUIRÚRGICO POR COLGAJO.

#### 1.- DEFINICIÓN.

Es el procedimiento quirúrgico que elimina el tejido-- inflamatorio crónico y todo depósito calcificado remanente.

#### 2.- OBJETIVO.

a.- Resolución de la inflamación.

b.- Reducción o eliminación de las bolsas induciendo resección de las paredes gingivales de las bolsas.

c.- Producir reinsertión y cierto remodelado favorable del hueso.

### 3.- INDICACIONES.

1.- Cuando existen bolsas profundas con pérdida ósea extensa.

2.- Cuando el raspaje y el curetaje gingival no son suficientes y los otros procedimientos quirúrgicos no están indicados.

### 4.- TECNICA.

#### A). COLGAJO DE ESPESOR TOTAL.

1.- Incisión inicial con una hoja removible número 12 u 11 para dividir las papilas.

2.- Se introduce elevador perióstitico en los surcos presionando contra el diente y hueso para rechazar un colgajo de espesor total por disección roma.

#### B) CURETAJE.

1.- Remoción del tejido inflamatorio adherido a la superficie del diente y hueso con tijeras o bisturi periodontal de ho-

ja de riñón.

2.- Alisado de la superficie radicular del coágulo con suturas interdentarias.

3.- Colocación y fijación del colgajo con suturas interdentarias.

Los resultados con esta técnica son por lo general satisfactorios ya que se produce reinserción, regeneración ósea y las irregularidades tienden a corregirse y se crea una forma regular de la cresta ósea.

## CURETAJE GINGIVAL.

### I.- DEFINICION.

Se denomina curetaje gingival al procedimiento mediante el cual se elimina parte o todo el revestimiento gingival -- con inflamación crónica y ulcerado de la bolsa periodontal.

### 2.- OBJETIVOS.

- 1.- Eliminación de la inflamación.
- 2.- Erradicación de la bolsa.
- 3.- Restauraciones de la salud gingival.

### 3.- INDICACIONES.

1.- Cuando la inflamación gingival persiste después de un curetaje radicular.

2.- Pacientes con inflamaciones edematosas y granulomatosas.

3.- En pacientes en los cuales están contraindicadas las cirurgías de mayor extensión a causa de resistencia emocional o afección sistémica.

#### 4.- CONTRAINDICACIONES.

1.- En presencia de fibrosis.

2.- En presencia de bolsas intralveolares anchas y tortuosas.

#### 5.- TECNICA.

1.- Anestesia tópica por conducción o infiltrativa.

2.- Planificación de la operación. y

3.- Para eliminar la bolsa por curetaje gingival, el operador primero deberá eliminar todos los cálculos mediante raspaje radicular.

4.- Una vez raspada y alisada minuciosamente la superficie radicular, se quita el revestimiento de la bolsa y algo de tejido inflamatorio por curetaje, mediante un patrón definido y movimientos cortos, se lleva el tejido enfermo a la superficie y se limpia con una gasa estéril.

5.- Se afrontan los tejidos a la superficie dentaria y se coloca un apósito si se considera necesario.

En dos semanas se podrán valorar los resultados.

## 6.- ULTRASONIDO.

Existe un instrumento ultrasónico para curetaje de la pared blanda de la bolsa periodontal. Por medio del cual se ha obtenido la epitelización a los tres días de haber realizado el colgajo y en la lámina propia se halla menor cantidad de esta, - la que se ve después del raspaje manual.

## I N J E R T O G I N G I V A L L I B R E .

### I.- DEFINICION.

La técnica del injerto gingival es un procedimiento - que nos permite añadir una banda de tejidos gingivales adheridos, en áreas donde se ha producido retracción considerable de la encla y también corregir complicaciones mocogingivales.

### II.- INDICACIONES.

- 1.- Zonas de encla insertada ausente o muy estrecha.
- 2.- En resección o grieta angosta localizada.

### III.- TECNICA.

#### A) PREPARACION DE LA ZONA RECEPTORA.

- 1.- Se hace una matriz de estaño adhesivo para delimitar la zo-

na que va a cubrir el injerto

- 2.- Una vez anestesiada la zona receptora, se hace una incisión horizontal en la unión mucogingival y se desplaza la mucosa hacia apical, por disección roma.
- 3.- Se adelgaza la mucosa y se sutura a nivel más bajo, recordando el epitelio de la encía coronaria a la primera incisión, dejando un lecho receptor y aporte sanguíneo adecuado.
- 4.- La prominencia de la raíz se reduce con cincel, cureta o fresa de pulir, controlando la hemorragia con un trozo de gasa entre el labio y el carrillo y la zona receptora preparada.

#### B) ZONA DONADORA.

1.- Selección y anestesia de la zona donadora, generalmente del paladar, colocando la matriz sobre el tejido para delinear la incisión que deberá ser poco profunda.

2.- Se despega el injerto de espesor de un milímetro aproximadamente y se libera con un escapeo para gingivectomía, pudiendo transportarlo con puntos de sutura en los ángulos del injerto.

#### C) TRASLADO Y SUTURA DEL INJERTO.

1.- Se elimina tejido graso o submucosa del injerto, y se traslada a la zona receptora aplicando presión con una gasa de tres a cinco minutos para conseguir adherencia fibrinosa para impedir que se acumule sangre entre el injerto y el lecho receptor.

2.- Se sutura aunque algunos operadores no lo hacen ya que confían en la adherencia fibrinosa. Posteriormente a la su

tura se coloca un apósito quirúrgico.

Después de una semana se retiran el apósito y la sutura. La cicatrización completa tarda aproximadamente de 10 a 16 semanas dependiendo del espesor del colgajo.

## FRENOTOMIA Y FRENECTOMIA

Son el procedimiento quirúrgico que elimina y cambia de posición el frenillo.

### I.- INDICACIONES.

1.- Inserción alta del frenillo, que produce isquemia gingival y apertura del surco, que aunado con pequeños traumatismos que provienen de alimentos y cepillado, producen resorción gingival, exposición radicular e hipersensibilidad.

2.- Frenillo vestibular inferior persistente.

### II. TECNICA FRENOTOMIA.

- 1.- Anestesia local infiltrativa.
- 2.- Tracción del labio con firmeza hacia afuera.
- 3.- Incisión paralela a la tabla alveolar vestibular en la línea mucogingival que deberá extenderse -- por lo menos un diente a cada lado del frenillo.
- 4.- Separación de un colgajo mucoso del periostio.

- 5.- Se adelgaza el periostio y se sutura al periostio o a los músculos a nivel más apical.
- 6.- Regularmente el nuevo tejido desplazado es cubierto por epitelio no queratinizado, sin embargo, -- puede convertirse en mucosa queratinizada.

### F R E N E C T O M I A .

Quando la posición del frenillo superior causa problemas, se trata por excisión en su base, pudiendo suturarse o no el borde mucoso, según sea el caso.

### V E S T I B U L O P L A S T I A .

#### I.- DEFINICION.

Es el procedimiento quirúrgico que profundiza el vestíbulo.

#### II.- INDICACIONES.

1.- Cuando se necesita aumentar la extensión de la zona de encla adherida.

2.- Para liberar a la encla del tipo que representa -- sobre ella la inserción alta del frenillo u otras inserciones -- fibrosas.

#### III.- TECNICA.

Existen variadas técnicas que se desarrollaron para profundización del vestibulo, tales como la fenestración perióstica. Sin embargo, en la actualidad se utiliza la técnica misma de la frenotomía descrita anteriormente.

## GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA.

### I.- DEFINICION.

La gingivectomía se ha definido como el procedimiento quirúrgico mediante el cual se elimina la profundidad de la bolsa periodontal por medio de la resección de tejido que se haya coronario a la base de la bolsa periodontal.

La gingivoplastia es el procedimiento quirúrgico dirigido a dar una nueva forma a los tejidos marginales de la encía desde la superficie externa hacia el diente.

La gingivectomía y la gingivoplastia en realidad constituyen una sola técnica con dos componentes, pero antes de realizarlas es conveniente llevar a cabo un tratamiento no quirúrgico, (raspaje radicular, higiene dental adecuada) con el fin de establecer la normalidad de los tejidos gingivales ya que es frecuente que los procedimientos no quirúrgico dejen recidivas, por consecuencia, tendremos persistencia de la bolsa periodontal y mayor predisposición a la extensión de la enfermedad.

## 2.- REQUISITOS PREVIOS.

La zona de la encla insertada debe ser suficientemente ancha para que la excisión de parte de ella deje una zona -- adecuada desde el punto de vista funcional.

La forma de la cresta alveolar subyacente debe ser normal.

No debe haber defectos o bolsas periodontales infraóseas.

## 3.- INDICACIONES.

- a) Eliminación de bolsas supralveolares y bolsas falsas,
- b) Eliminación de agrandamientos fibrosos o edematosos de la en cla.
- c) Transformación de márgenes redondeados o engrosados en forma ideal.
- d) Creación de una forma más estética en casos en que no se ha logrado la exposición completa de la corona anatómica.
- e) Creación de simetría bilateral ahí donde el margen gingival de un incisivo se ha retraído algo más que el incisivo vecino.
- f) Exposición mayor de la corona clínica para ganar retención -- con finalidad protética, para permitir el acceso a caries -- subgingivales o para permitir la colocación de un clamp, durante tratamiento endodóntico.

g) Corrección de cráteres gingivales.

#### 4.- CONTRAINDICACIONES.

- a) En presencia de rebordes alveolares vestibulares, cráteres interdentarios o cresta ósea de forma caprichosa.
- b) En presencia de bolsas intraalveolares.
- c) Si la excisión de la encla dejara una zona inadecuada de encla insertada.
- d) Cuando la higiene bucal es mala.
- e) Si la relación del profesional y el paciente es difícil o si el manejo del paciente es un problema.
- f) Cuando existen determinadas enfermedades y afecciones sistémicas.
- g) Cuando el paciente se queja de sensibilidad dentaria antes de la cirugía.

#### 5.- TECNICA.

- 1.- Curetaje.
- 2.- Premedicación en casos de estado de ansiedad con sedantes.
- 3.- Planeamiento de la cirugía
- 4.- Anestesia local por infiltración.
- 5.- Inspección y medición de las bolsas marcándose la profundidad de ésta mediante puntos sangrantes.
- 6.- Cirugía propiamente dicha:
  - a) INCISION.- La incisión se hace apical a los puntos san-

grantes y se extiende por la encía hasta el final a nivel del fondo de la bolsa. Ondúlese la incisión mesio distal imitando la forma festoneada ideal. Se deberá percibir que la hoja hace contacto con la superficie dentaria en lo profundo del corte.

Se utiliza un bisturí fino para gingivectomía tal como el Orban para incidir la encía interdientaria y unir las incisiones entre los dientes. El tejido gingival incidido se elimina tomando un extremo del tejido parcialmente desprendido con una pinza para tejidos blandos y cortando su unión remanente con un bisturí o escapelo.

#### b) BISELADO O FESTONEADO.

Eliminación de las bolsas.

La incisión dejará una superficie con vertiente hacia la corona (bisel).

El bisel terminará en filo de cuchillo.

El tejido restante quedará festoneado alrededor de cada diente.

#### 7.- Control de la hemorragia.

Limpiese con solución salina estéril, presionando con una gasa sobre la zona, la gasa debe estar empapada con adrenalina.

8.- Colocación del apósito o matrices de acrílico perforadas y atadas con hilo dental.

### 9.- Postoperatorio.

No comer ni beber durante la primera hora,

Evitar alimentos ácidos o condimentados,

El cepillado se limitará a las superficies dentarias-incisales y oclusales en la zona operada y el apósito se limpiará con un cepillo blando de penachos múltiples.

La premedicación será dirigida al dolor, e inflamación.

Se le indicarán cambios de apósitos cada 5 días para limpiar y eliminar tejido de granulación en caso de ser abundante. Indicar al paciente no reducir la higiene bucal aún en casos de sangrado. La higiene se hará con cepillos especiales -- blandos como el profiláctico después del retiro definitivo del apósito.

### 6.- CAUSAS DE FRACASO.

- a) Sondeo y marcaje de bolsas periodontales impresivos que lleven a la eliminación incompleta de la bolsa.
- b) Timidez al hacer las incisiones, lo cual ocasionará la persistencia de restos de bolsas.
- c) No examinar la bolsa que queda después de la cirugía.
- d) No hacer el bisel apropiado dejando márgenes gingivales romos.

e) No hacer el festoneado adecuado.

f) Falta de eficacia técnica.

## O S T E C T O M I A Y O S T E O P L A S T I A .

### 1.- DEFINICION.

Existen dos procedimientos que por lo general se realizan juntos Ostectomía y Osteoplastia, y son denominados cirugía ósea. - Estos procedimientos se practican juntos por las siguientes razones: La ostectomía se encarga de la eliminación de hueso que proporciona inserción a las fibras del ligamento periodontal y la Osteoplastia es la remodelación de hueso que no proporciona inserción de fibras al ligamento periodontal.

### 2.- INDICACIONES.

a) Cuando es preciso cambiar el perfil óseo alveolar para facilitar la eliminación de las bolsas periodontales y hacer posibles los contornos gingivales fisiológicos.

b) Cuando la enfermedad periodontal da como resultado formas óseas capriciosas que difieren del ideal conceptual de la forma ósea.

### 3.- CONTRAINDICACIONES.

a). En casos en que las características anatómicas lo

cales dificulten la cirugía ósea, tales como:

*Seno de maxilar,*

*Apófisis Cigomática,*

*Triángulo retromolar y líneas oblicuas externas e internas.*

*Agujeros palatino anterior y agujero mentoniano.*

*Tablas óseas delgadas.*

*Dehiscencias o fenestraciones alveolares.*

*Espacios medulares agrandados.*

*Lámina hamular y pterigoidea.*

b). En casos de mal estado de salud del paciente, padecimientos sistémicos.

#### 4.- CLASIFICACION DE LOS DEFECTOS OSEOS SEGUN LA LOCALIZACION Y TIPO .

a) Defectos óseos interdentarios.

1.- Cráteres someros.

2.- Hemiséptum (defecto de una pared o dos), intraalveolar .

3.- Defectos intralveolares de tres paredes.

4.- Combinación de las anteriores.

b) Defectos óseos o características anatómicas orales o vestibulares.

1.- Arquitectura invertida.

- 2.- Rebordes óseos gruesos, márgenes redondeados, espinas, hendeduras y otras resorpciones irregulares.
  - 3.- Exostosis y torus.
  - 4.- Tablas óseas delgadas y dehiscencias.
- c) Lesiones de furcaciones.
- 1.- Lesiones de bifurcaciones parciales o completas.
  - 2.- Lesiones de trifurcaciones parciales o completas.
- d) Resorción ósea que bordea zonas desdentadas.
- 1.- Defectos intralveolares someros o profundos de las tres-paredes.
  - 2.- Vertientes óseas angulares o verticales mesiodistales-cerca de dientes inclinados y emigrados.

## 5.-TECNICA.

- 1.- Planeación de la intervención.
- 2.- Posible premedicación antibiótica según las características del caso y el tipo de intervención.
- 3.- Preparación del instrumental especial, que incluye: bisturí en forma de riñón, bisturí interdentario, bisturí con hoja removible número 12 b, curetas curvas, instrumento de curetaje, elevadores y separador perióstico, fresas redondas, lima para hueso, cinceles para hueso, alicates, puntaagujas y sutura. Los instrumentos rotatorios deberán usarse bajo un chorro de solución salina.

Las fresas se usarán para reducciones pequeñas y burdas. Los alicates se usarán para reducciones extensas de zonas desdentadas y exostosis. Los cinceles y limas se utilizarán en correcciones de hueso marginal y la cureta de Molt se emplea para recoger virutas óseas para injertos y procedimientos de trasplantes.

4.- Anestesia local infiltrativa.

5.- Colgajos para acceso. Este podrá ser de espesor parcial o total, completo o modificado, que dependerá del espesor de la tabla ósea, de la extensión de la corrección ósea y la localización de la intervención.

6.- Intervención propiamente dicha, Esta incluye la osteotomía que eliminará los defectos óseos o bolsas infraóseas, eliminando las paredes de la bolsa y la osteoplastia que se encargará de la reproducción de forma ósea, biselado de los márgenes óseos y la creación de vertientes inclinadas hacia la corona. El festoneado de las zonas óseas mesiodistales se efectuará para crear una forma marginal ondulada, modelando vertientes para crear vías de escape interdentario, surcos cóncavos y vertientes graduales, sin comprometer hueso de soporte y tratando de reducir al máximo la exposición ósea que produce mayor pérdida.

7.- Protección del hueso.

Una vez efectuada la intervención se cubrirá el hueso --

con encla. En caso de que no haya encla o se haya perdido parte de ella se elegirá un colgajo desplazado lateralmente o el injerto gingival libre, para crear una zona adecuada de encla. Cuando es inevitable una cierta exposición de hueso se cubrirá con Gel foam, telfa o adaptic, antes de colocar el apósito quirúrgico.

8.- Cuando la captación del colgajo es buena, no es necesaria la colocación de apósito quirúrgico. Si se coloca apósito se conseguirá la hemostasia adecuada y éste será de consistencia no muy blanda para evitar que se interponga entre el colgajo y el hueso.

9.- Postoperatorio

La medicación postoperatoria estará encaminada a la disminución del dolor y la hinchazón principalmente, y se prescribirá si fuera necesario.

El apósito se cambiará cada cinco días, limpiando la herida y quitando las suturas en la primera curación. El paciente se controlará mediante las curaciones y visitas periódicas cuidando que el hueso necrótico producido por la intervención, sea reabsorbido y el tejido de reparación y cicatrización evolucionen normalmente.

6.- CAUSAS DE FRACASO.

- a) Eliminación incompleta de las bolsas por no haberse creado - la forma ósea ideal.
- b) Manipulación inadecuada del colgajo.
- c) Secuestro o resorción ósea causada por el trauma quirúrgico.
- d) Manipulación inadecuada del apósito
- e) Exposición de las tablas óseas delgadas, dehiscencias alveolares o fenestraciones durante la cirugía.
- f) Exposición postoperatoria de márgenes óseos adelgazados.
- g) Infección postoperatoria.
- h) Eliminación incompleta de cálculos.
- i) Caries radicales o lesiones pulpares incidentales a la cirugía o a la exposición radicular.

## I N J E R T O S   Ó S E O S   Y   T R A N S P L A N T E S .

### I.- DEFINICION.

Injerto, es un tejido vital, el cual tomado de una zona donadora, se implanta para que forme una unión orgánica con el tejido huésped.

### II.- CLASIFICACION.

Los injertos óseos pueden ser:

- 1) Autógenos... (del mismo individuo).
- 2) Homógenos... (de individuos de la misma especie):

### 3) Heterógenos (de otra especie).

Los injertos óseos pueden ser también desde el punto de vista estructural: injertos libres o pediculados; y además pueden ser de hueso esponjoso o hueso cortical o una combinación de los dos.

### III.- INDICACIONES .-

Los injertos óseos están indicados en defectos óseos que cuya amplitud no lo sea tal que ponga en duda el éxito del tratamiento.

### IV.- TÉCNICAS .-

#### HOMOINJERTOS, AUTOINJERTOS NO BUCALES Y BUCALES.-

##### A).- OBTENCIÓN DEL INJERTO.-

a).- En los casos de homoinjertos no bucales, éste se obtiene de cresta o espina ilíaca posteriores superiores, usando una aguja de biopsia de médula ósea, de Westerman Jensen, o por acceso directo usando anestesia local. En caso de que el injerto no se use inmediatamente se recomienda mantenerla en un medio de cultivo adecuado o congelarse.

b).- En los casos de homoinjertos bucales se pueden obtener de alguna zona desdentada tales como rebordes, tuberosidad del maxilar o alveolos de extracciones, éstos se obtienen

mediante la realización de un colgajo y se retira el hueso con alicata cortante curvo con extremos finos, se sutura y se coloca un apósito que se retira aproximadamente en una semana.

6).- PREPARACION DE LA ZONA RECEPTORA.

- .- Hacer un colgajo de espesor total, conservando las papilas interdentarias.
- .- Curetear el defecto óseo para quitar todo el tejido blando y exponer espacios medulares.
- .- Raspar la raíz, lavar el defecto óseo con solución salina estéril y cohibir la hemorragia para preparar la zona receptora para el injerto.
- .- Colocación del material del implante.
- .- Sutura y colocación del apósito en la zona donadora y receptora.
- .- El apósito se quita entre los cinco y siete días postoperatorios, las suturas se quitan si los colgajos se hayan fijos en su lugar.
- .- El paciente se controla mediante radiografías durante varios meses a fin de darse cuenta si el injerto ha prendido y la bolsa ha quedado eliminada.

C A P I T U L O   V I I  
PERIODO POSTOPERATORIO

Una vez efectuado un tratamiento quirúrgico periodontal, es importante para obtener éxito, eliminar los factores -- irritantes locales que nos, den recidivas. Como por ejemplo control de placa y eliminar interferencias y traumas oclusales.

Existen factores que afectan la cicatrización, entre los cuales encontramos irritantes locales como placa, desechos alimenticios, restos de tejidos necróticos. etc., o mala manipulación durante la cirugía, es decir tejidos demasiados traumatizados, o tratamientos repetitivos.

Cuando hay factores sistémicos predisponentes, también puede estar alterada la cicatrización, como es en el caso de pacientes diabéticos, con arterioesclerosis, o en pacientes cuya dieta no es apropiada. Así, vemos que cuando hay deficiencias nutricionales como deficiencia de vitamina C, no hay formación adecuada de colágena, la deficiencia proteica, y la deficiencia de vitamina A, también alteran la cicatrización, así también la ingesta excesiva de grasas y de vitamina D, interfieren en la cicatrización.

Las hormonas juegan un papel importante para retrasar la cicatrización. La presencia de antibióticos por vía general no es esencial para un tratamiento quirúrgico periodontal.

#### CICATRIZACION DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL.

Las principales fases que podemos describir son: la regeneración y la reinserción, que influyen grandemente en los resultados a obtener.

La regeneración es la formación de tejidos nuevos, por la proliferación y diferenciación de células nuevas y de sustancia intersticial. Puede originarse a partir de la misma clase de tejido o de su precursor.

La regeneración detiene la destrucción ósea, sin que aumente sus niveles.

La reinserción es la integración de nuevas fibras periodontales sobre la superficie dental que fue afectada por la enfermedad. Se refiere específicamente al periodonto marginal, por lo dicho anteriormente podemos hablar de nueva inserción.

Encontramos que la reinserción se presentaba después de eliminar por completo el epitelio de unión y aislar cuidadosamente las raíces.

Puede verse afectada por el exceso de tejido de granulación, la presencia de un coágulo que no produce buena cicatrización, tejido necrótico de cemento y dentina, así como las interferencias o traumas oclusales y las infecciones persistentes también pueden afectarla.

La principal meta de todo tratamiento periodontal es la de preservar la vida de la dentadura natural, lo que podemos lograr controlando al paciente durante un período prolongado de tiempo. Estadísticamente se ha probado con múltiples estudios que el hecho de realizar un tratamiento quirúrgico periodontal sin control de sostén, no da el resultado -- que nos ofrece el mismo tratamiento con un tiempo determinado de sostén. Por lo cual, no debemos de dar de alta a nuestro paciente sin revalorar los siguientes puntos:

## 1.- REVALORACION

### a).- PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.

El surco gingival no debe encontrarse a más de 3 mm de profundidad en el postoperatorio. El hecho de encontrarlo a más de esa profundidad nos indica bolsas periodontales residuales, las cuales hay que eliminar nuevamente a menos que esta cirugía esté contraindicada por la edad, o el estado físico y mental del paciente.

b).- MOVILIDAD DENTARIA.

En la mayoría de los casos, el tratamiento por sí solo, disminuye la movilidad dentaria, pero, también podemos encontrarla presente en el postoperatorio, si es así, hay que considerar si es necesario ferulizar la zona con movilidad, una vez decidido, se le informa al paciente lo que vamos a -- realizar y las instrucciones que para tal efecto no deben fallar. Hay que aclararle que la ferulización será por un perlo do prolongado de tiempo.

c).- CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS TEJIDOS.

En el postoperatorio la encía la debemos encontrar firme, rosada y perfectamente unida al cuello de los dientes, el puntilleo característico puede estar presente en poco tiem po o podemos encontrarlo manifiesto hasta meses después del tratamiento. Debemos encontrar el festón gingival perfectamente bien delimitado, las papilas interdentarias cónicas y los márgenes gingivales deben ser delgados y afinados hacia los dientes.

Tenemos que considerar además las inserciones muscu lares, el surco vestibular, el espacio sublingual y los frenillos, si alguna de éstas características no está presente, podemos encontrarnos ante un padecimiento residivante.

d).- HIGIENE ORAL

Hay que buscar desechos alimenticios en los dientes

y tejidos de soporte, con medios reveladores; podemos encontrar inflamación y exudados. Esto puede suceder porque la habilidad manual del paciente está disminuída o porque su técnica no es la apropiada. Hay pacientes además a quienes no les interesa el cuidado de su boca, si es así, hay que motivarlos a que realicen su higiene satisfactoriamente. Puede haber zonas de abordaje difícil ya sea por restauraciones protésicas o por la alineación de los dientes en el arco.

Si el paciente no realiza la fase higiénica satisfactoriamente no debe ser dado de alta, por el contrario si es minucioso en su aseo, podemos tener la certeza de que nuestro tratamiento ha sido un éxito y que el índice de residivas prácticamente será nulo.

#### e).- RADIOGRAFIAS Y PRUEBAS DE VITALIDAD DE LOS DIENTES.

Cuando el tratamiento periodontal es precursor de otros tratamientos, o ya lo hemos prolongado por varios años, hay que tomar nueva serie radiográfica para observar los niveles óseos y los grados de caries. Esto nos sirve para comparar los posibles cambios.

Si ya consideramos oportuno dar de alta al paciente, hay que realizar nuevos estudios radiográficos a intervalos regulares una o dos veces al año.

Una vez realizados todos estos estudios en el consultorio, se dará por terminado el tratamiento, pero se le

indicará que tendrá que visitarnos para efectuar un control de sostén, por la susceptibilidad que presenta a los padecimientos periodontales.

Las visitas las debe efectuar dependiendo primordialmente de su capacidad para efectuar el control en casa, susceptibilidad a formar cálculos, etc.

Puede presentar además fases agudas como abscesos periodontales, gingivitis ulcerativas, por lo que hay que prevenirlo a que ante las primeras manifestaciones de patología nos venga a visitar.

Todo examen de control debe incluir:

- 1.- Examen de profundidad del surco o bolsa.
- 2.- Color y consistencia de los tejidos.
- 3.- Examen de movilidad.
- 4.- Control de higiene bucal.
- 5.- Examen de caries y vitalidad pulpar.
- 6.- Examen de oclusión.
- 7.- Niveles óseos por medio de radiografías.
- 8.- Examen de todos los tejidos adyacentes para detectar posibles anomalías.

Hay que emitir un nuevo diagnóstico basado en los hallazgos que encontremos con el nuevo examen, debemos informarle al paciente sobre su estado actual e indicarle la impor-

tancia de nuevas supervisiones de control periódicas.

#### F R A C A S O.

Nuestro fracaso puede estar dado por los siguientes factores:

- 1.- Diagnóstico equivocado o examen incompleto,
- 2.- Tratamiento inadecuado o inconcluso,
- 3.- Diagnóstico equivocado o tratamiento inconcluso,
- 4.- Restauraciones protéticas impropias,
- 5.- Otros factores que no incluyen al operador y al paciente.

## C O N C L U S I O N E S

La enfermedad Periodontal es sin duda una de las alteraciones más frecuentes en la cavidad oral, por tal motivo nunca deberá restarse importancia a este tipo de afecciones.

El Cirujano Dentista debe de contar con conocimientos suficientes para enfrentar con éxito el tratamiento no solo de las diferentes formas en que se presenta la enfermedad Periodontal, sino también, de la terapéutica médica aplicable. Para lo cual es necesario que tomemos en cuenta las siguientes consideraciones:

Un diagnóstico a tiempo, sistemático y exacto, con una finalidad específica que nos proporcione una explicación-coherente del problema Periodontal del paciente.

Determinar un pronóstico de la enfermedad con la información correcta y adecuada, que comprenda los procesos morbosos, su desarrollo, las manifestaciones y su etiología; y, por consiguiente nos hagan llegar al establecimiento de un plan de tratamiento según las exigencias del caso.

Cuando el caso haya ameritado un tratamiento quirúrgico, para el mejor manejo de nuestros pacientes, es menester

dividir el periodo postoperatorio en dos estados: el postope  
ratorio quirúrgico propiamente dicho y un periodo postoperato  
rio de control. Este último incluye como elemento primordial  
la educación del paciente respecto al grado de cooperatividad  
que necesitamos de él.

El fracaso de nuestro tratamiento entre otras cau--  
sas puede presentarse por no tomar en cuenta los puntos seña--  
lados durante el desarrollo de este trabajo.

Podemos considerar que hemos logrado curar un pade--  
cimiento Periodontal, cuando todos los signos y síntomas de -  
enfermedad han desaparecido y estén reemplazados por otros de  
salud. Aún cuando los tejidos de soporte muestren modifica--  
ciones diremos que el caso tratado ya está cerrado. Estas mo  
dificaciones no son indicativas de Patología, por el contra--  
rio las consideraremos secuelas de la infección pasada.

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

- Periodontología Clínica.* Dr. Glickman Irving. Trad. Marina Beatriz González. Editorial Interamericana, 1974. - Cuarta edición.
- Manual de Cirugía.* Wilson L. John. Editorial El Manual Moderno, 1972. Segunda edición.
- Periodontología Teoría y Práctica.* Orban Balint. Editorial Interamericana, 1975. Cuarta Edición.
- Periodoncia, Patología y Diagnóstico de las Enfermedades Periodontales.* Carranza Fermín A. Argentina, Editorial-Mundi, 1973. Volumen I.
- Parodoncia.* Rodríguez Figueroa Carlos A. Editorial U.N.A.M. - 1980. Volumen I. Tercera Edición.
- Periodoncia de Orban.* Orban Grant Daniel. Trad. Marina Beatriz González. Editorial Interamericana 1975. Cuarta - Edición.
- Periodontología.* Stahan Dermon J. Trad. Irina Coll. Volumen-I. España, 1979.
- Cirugía Bucal.* Ries Centeno Guillermo A. Editorial Ateneo 1979. Octava Edición.

*Enfermedad Periodontal.* Saul Shlugar, Ralph A. Youdelis Noc.  
Page. Editorial Continental, S.A. México.

*Atlas de Cirugía Oral.* Birn Herluf Winther. Trad. José Ja- -  
vier Echeverría. Edit. Salvat. México 1979. Volumen  
I.

*Parodoncia.* Dr. Stephen Stone. Editorial Interamericana, 1a.  
Edición en español.