



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Ud. be...
W. K...
Excmo. R. J. - S. J.

" G I N G I V I T I S "

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N I
CECILIA ELIZARRARAS SERNA
ROSA MARIA MOHLER REYES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

1.- HISTOLOGIA, FISILOGIA Y ANATOMIA
DEL PARODONTO 1

2.- MECANISMOS DE LA PLACA DENTOBACTERIANA 15

3.- GINGIVITIS.- ETIOLOGIA, CLASIFICACION
Y MANIFESTACIONES CLINICAS 24

4.- DIAGNOSTICO - PRONOSTICO - PLAN DE TRATAMIENTO ... 53

5.- INSTRUMENTACION 61

6.- TRATAMIENTO QUIRURGICO 71

7.- PREVENCION 79

CONCLUSIONES 88

BIBLIOGRAFIA 90

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

Dentro de las alteraciones que se presentan con mayor frecuencia en la cavidad bucal, se encuentran las enfermedades parodontales.

Dichas enfermedades dan como resultado la pérdida de los tejidos de soporte, teniendo como consecuencia principal - la movilidad de los dientes y posteriormente la pérdida de los mismos.

Es por esto que el Cirujano Dentista debe tener los - conocimientos fundamentales y básicos de la biología de los te jidos a tratar, tomando en cuenta su etiología para poder realizar un buen diagnóstico, un plan de tratamiento adecuado y - un método de prevención.

Es importante identificar el tipo de enfermedad para poder aplicar un plan de tratamiento eficaz.

Debemos motivar al paciente y hacerlo que tome conciencia de su enfermedad para que coopere con nosotros durante y despues del tratamiento.

Siendo la gingivitis una de las enfermedades parodontales que primero se presenta, adoptamos el criterio de desarrollar un breve estudio de cada una de ellas, proporcionando su información y tomando en cuenta su etiología, cuadro clínico, diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, tratamiento quirúrgico y prevención.

Deseamos que el trabajo que hemos realizado, sea de utilidad práctica para aquellos que lo utilicen como referencia o consulta,

1.- HISTOLOGIA, FISIOLOGIA Y ANATOMIA DEL PARODONTO

PARODONTO

Es una unidad funcional formada por tejido conjuntivo que rodea a la raíz del diente y la une al alveolo óseo. Se encuentra en continuidad con el tejido conjuntivo de la encía y le da soporte al diente.

El parodonto está formado por cuatro tejidos:

Encía

Dos Tejidos Blandos

Ligamento Parodontal

Hueso Alveolar

Dos Tejidos Duros

Cemento Radicular

TEJIDOS BLANDOS

Encía

Es parte de la mucosa que recubre los procesos alveolares y rodea a los cuellos de los dientes.

La mucosa bucal se clasifica en tres:

Mucosa Masticatoria.- Es la encía y la mucosa que recubre el paladar duro.

Mucosa Especializada.- La que recubre el dorso de la lengua.

Mucosa de Revestimiento.- Es la mucosa alveolar, paladar -- blando y carrillos.

Morfologicamente la encía se divide en:

Encía Libre o Marginal

Encía Insertada

Encía Papilar

Encía Alveolar

Encía Libre o Marginal

Es la que rodea el cuello del diente y forma el surco gingival, este en estado de salud tiene una profundidad de 2 a 3 mm.

Encía Insertada

Va desde la encía marginal hasta la línea mucogingival, está firmemente adherida al hueso. Su forma está dada por las raíces de los dientes. Es resistente y fibrosa.

Encía Papilar o Papila Interdentaria

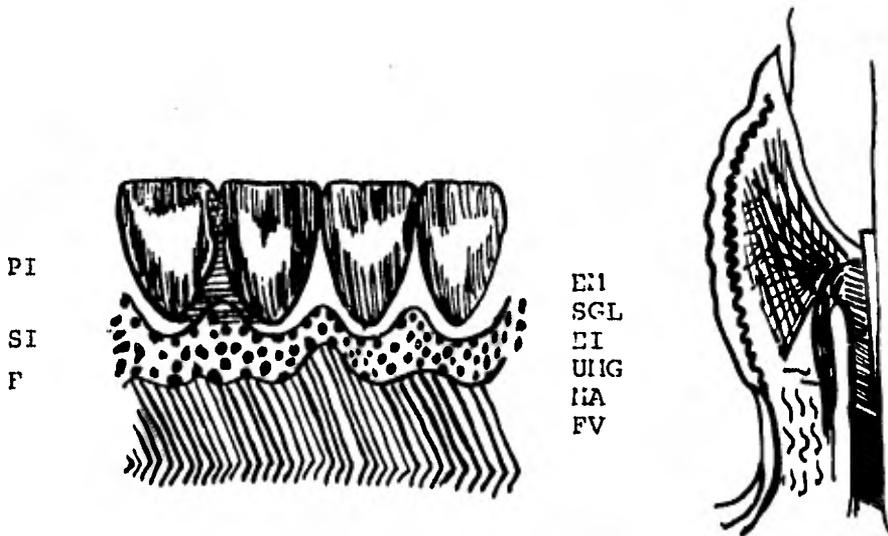
Esta localizada en el espacio interproximal por debajo del área de contacto. Tiene forma triangular con base apical y vértice incisal.

Mucosa Alveolar

Constituye el fondo de saco; se laxa y móvil, no se encuentra queratinizado y no tiene una inserción muy fuerte. Véase dibujo No. 1

CARACTERISTICAS NORMALES DE LA ENCIA

. CARACTERISTICAS NORMALES DE LA ENCIA



DIBUJO No. 1

DIBUJO ESQUEMATICO DE LAS CARACTERISTICAS DE LA SUPERFICIE DE LA ENCIA CLINICAMENTE NORMAL:

PI PAPILA INTERDENTARIA
 SI SURCOS INTERDENTARIOS
 F FRENILLO
 EM ENCIA MARGINAL
 SGL SURCO GINGIVAL LIBRE
 EI ENCIA INCERTADA
 UMG UNION MUCOGINGIVAL
 MA MUCOSA ALVEOLAR
 FV FORNIX VESTIBULAR

Color

Está dado por la vascularización, melanina, queratinización epitelial, pigmentación y espesor del epitelio. Va de un color - rosa pálido a rosa coral y varía de acuerdo a la coloración de - la piel del individuo.

Consistencia

Es el aspecto que presenta la encía.

Encía Libre.- De consistencia suave.

Encía Insertada.- Su consistencia es firme

Encía Alveolar.- Es laxa

Textura

Está dado por el grado de puntilleo, gracias a las interdigita-- ciones que existen entre el epitelio y el tejido conectivo, por- esto la encía insertada tiene el aspecto de cáscara de naranja.

IRRIGACION DE LA ENCIA

- 1) Ramas que nacen de nuestra cresta alveolar, del mismo hueso - interdentario. Sus ramas principales salen de palatino, labial y bucal.
- 2) Ramas Supraperiosticas.- El epitelio está irrigado por esta - y llega a la parte más coronal de la papila.
- 3) Vasos.- Que emergen del ligamento parodontal, suben y se anag- tomosan con las supraperiosticas.

FIBRAS GINGIVALES

Fibras Circulares

No tiene inserción propia, y se encuentran rodeando al diente en forma de anillo.

Fibras Transeptales

Van del cemento de un diente al cemento del diente contiguo.

Fibras Dentoperiostales

Van de cemento del diente hacia el periostio.

Fibras Dentogingivales

Van del cemento del diente hacia la encía marginal.

Fibras Crestogingivales

Van de la cresta alveolar hacia la encía marginal. Véase dibujo No. 2

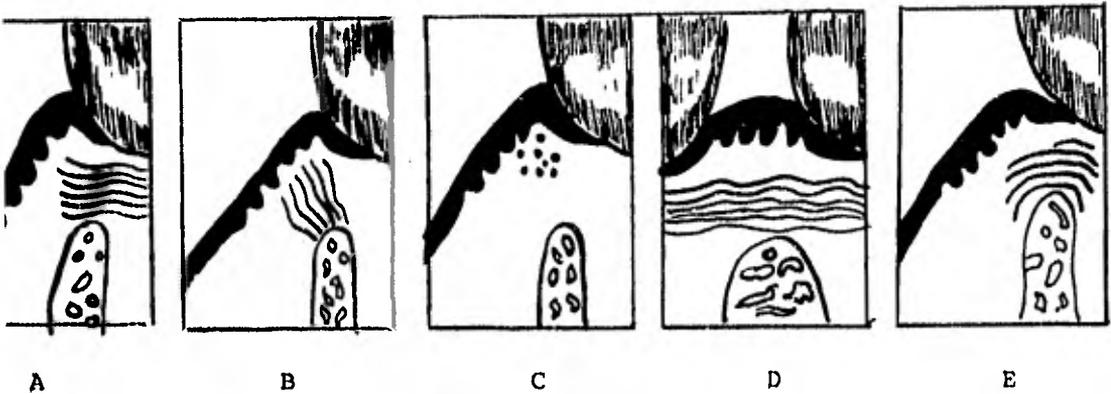
ADHERENCIA EPITELIAL

Es una estructura básica muy fina sumamente importante. Se encuentra colocada en la parte más profunda o apical del surco gingival y en la parte más coronal del ligamento parodontal.

Su función principal es mantener unida la encía con el diente y separar el medio ambiente externo con el interno; es una forma de unión única en el organismo humano, ya que se une un tejido epitelial con un calcificado.

Su forma de unión está dada por unas estructuras que se llaman Hemidesmosomas.

GRUPOS DE FIBRAS GINGIVALES



DIBUJO No. 2

ESQUEMA DE LOS GRUPOS DE FIBRAS DE TEJIDO CONECTIVO EN LA ZONA DE LA UNION DENTOGINGIVAL:

- A FIBRAS DENTOGINGIVALES
- B FIBRAS ALVEOLOGINGIVALES
- C FIBRAS CIRCULARES
- D FIBRAS TRANSEPTALES
- E FIBRAS DENTOPERIOSTALES

Ejemplo:

Si se tienen dos células epiteliales, estas células están adheridas por ciertas partes de la misma de la siguiente forma: Por un lado se tiene un hemidesmosoma que embona con otro hemidesmosoma de la otra célula; cuando se unen estos se forma el desmosoma.

Sin embargo en la adherencia epitelial, tiene un hemidesmosoma del lado de la encía y el otro está más calcificado del lado del diente. Entre estas uniones celulares existe una substancia pegajosa que ayuda a la adherencia; es un Mucopolizacárido ó Glucoprotefna.

Otra fuerza de unión es la de Van Der-Halls, esta actúa de la manera siguiente: Por un lado de la encía hay una carga positiva y del lado del diente es negativa, por lo cual estas fuerzas se atraen.

LIGAMENTO PARODONTAL

Es un tejido conectivo denso, que une al cemento radicular con el hueso alveolar. Su función principal es conservar al diente dentro del alveolo y mantener una relación cemento-hueso. Otras funciones importantes son:

Físicas

Tolera y distribuye la fuerza masticatoria.

Amortiguador

Amortigua el traumatismo que pueda existir entre cemento-hueso.

Anclaje o Soporte

Permite la fijación del diente al alveolo.

Fijativa

Formación de colágena.

Sensorial

Terminaciones nerviosas que captan sensaciones de presión y dolor.

Formativa

Está dada por los cementoblastos y osteoblastos principalmente en la elaboración del cemento, los fibroblastos que forman las fibras del ligamento.

El ligamento parodontal está integrado por grupos de fibras colágenas dispuestas en haces que siguen un recorrido ondulado.

Agrupados los fibroblastos forman haces de fibras en los extremos de las fibras principales, estas se encuentran incluidas en el cemento y en el hueso alveolar, se denominan Fibras de Sharpey.

FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL

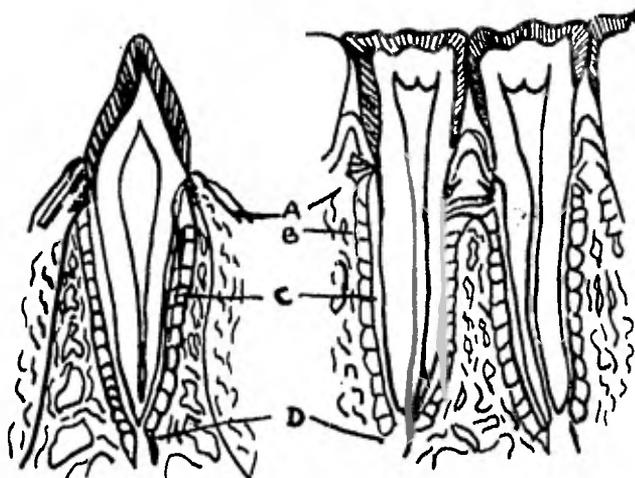
Grupo de la Cresta

De la punta de la cresta hacia el cemento radicular.

Grupo Horizontal

Están dispuestas perpendicularmente a la raíz del diente.
(Véase Dibujo No. 3)

GRUPOS DE FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL



DIBUJO No. 3

ESQUEMA DE LOS GRUPOS PRINCIPALES DE FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL:

- A FIBRA DE LA CRESTA ALVEOLAR
- B FIBRAS HORIZONTALES
- C FIBRAS OBLICUAS
- D FIBRAS APICALES

Grupo Oblicuo

Constituye el sostén principal del diente contra las fuerzas de la masticación y se disponen oblicuamente en dirección coronal hacia el hueso.

Grupo Apical

Se encuentran dispuestas en forma de abanico alrededor del ápice, protege al paquete vasculonervioso.

Grupo de la Bifurcación y Trifurcación

También llamado grupo interradicular. Se dirige de la cresta del tabique interradicular hacia las furcaciones de los dientes.

INERVACION DEL LIGAMENTO

Proviene de las arterias alveolares tanto superiores como inferiores y llegan al ligamento, encía y hueso.

Se distribuyen en:

- 1.- Arteriolas Supraperiosticas
- 2.- Vasos o Arterias del Ligamento
- 3.- Pequeñas Arteriolas dentro del Hueso

TEJIDOS DUROS

Cemento

Tejido conjuntivo mesenquimatoso calcificado, que forma -- la cubierta externa de la raíz del diente. Es de color amarillen

to claro, está formado e integrado en un 45% a 50% de sustancia inorgánica que se encuentra principalmente en forma de cristales de hidroxapatita y en un 50% a 55% de sustancia orgánica, que son principalmente mucopolizacáridos, colágena, agua y colestero--rol.

Existen dos tipos de tejidos:

Cemento Acelular o Primario

Lo encontramos en el resto de la raíz. Es afibrilar y contiene finas fibras que se extienden radicalmente de la dentina -- hasta la superficie.

Cemento Celular o Secundario

Lo encontramos en la porción del tercio apical. Lo caracteriza -- una mayor ó menor abundancia de cementocitos.

Funciones del Cemento

- 1) Permite la inserción de las fibras del ligamento
- 2) Reviste a la dentina del diente
- 3) Equilibra el desgaste insicivo y oclusal con la nueva aposi--ción del cemento.
- 4) Ayuda a la reparación cuando existen fracturas en la raíz.

El grosor del cemento es mayor a nivel del tercio apical -- y conforme va llegando al cuello se adelgaza.

Hueso

Proceso Alveolar.- Es el hueso que se encuentra en la mandíbula

y el maxilar y aloja a los alveolos dentarios.

Hueso Alveolar. Propiamente dicho, es aquel que reviste internamente al alveolo dentario.

Hueso Cribiforme: Contiene gran cantidad de espacios medulares también llamados Cribas, que son perforaciones que permiten el paso de los vasos sanguíneos.

Es el hueso que se une al ligamento parodontal ó hueso fasciculado, porque al microscopio electrónico se observan los haces de fibras que del ligamento parodontal se insertan al hueso.

Dicho hueso alveolar en su parte externa esta formado por hueso compacto ó cortical, y posee una cortical externa vestibular y una cortical interna que será la lingual ó palatina. Entre la pared del alveolo y el hueso compacto encontramos hueso esponjoso. Cuando se unen al hueso compacto y la pared del alveolo se forma la cresta ósea.

De acuerdo a su localización, varía el grosor de las corticales externas e internas; en dientes anteriores las corticales - externas e internas; en dientes anteriores la cortical externa es delgada y frecuentemente no encontramos hueso esponjoso entre la cortical externa y la pared del alveolo. En dientes posteriores la cortical externa es más gruesa que la interna.

Aspecto Macroscópico

De acuerdo a la posición de los dientes los maxilares nos darán la forma del hueso, ya que esta se adapta a la forma de las raíces y a la posición que mantengan dentro del arco dentario.

El espesor y la altura de las tablas corticales u óseas -

depende también de la alineación de los dientes, angulación de las raíces y en gran parte por las fuerzas oclusales.

Aspecto Microscópico

El hueso esta compuesto e integrado de sustancia fundamental, fibras y elementos celulares. La colágena representa el -- componente fibroso de la matriz orgánica que es más de un 60%.

Entre los elementos celulares que encontramos tenemos:

Osteositos.- Que se encuentran en lagunas óseas y dichas lagunas se comunican entre sí por medio de canalículos por donde entran los vasos sanguíneos que sirven para su alimentación.

Osteoclastos.- Cuando se requiere la absorción ósea.

El hueso esta contituído por:

Matriz Orgánica Calcica

Colágena

Sustancias Minerales

Equilibrio Fisiológico del Hueso: Depende directamente de las --- fuerzas de presión; que hacen que el hueso se reabsorva y las fuerzas de tensión que es cuando hay aposición ó formación ósea. Es-- tas fuerzas se efectúan durante los movimientos de la masticación, La fuerza es continua y creciente, el hueso es uno de los tejidos más lábiles del organismo.

2.- MECANISMOS DE LA PLACA DENTOBACTERIANA

PLACA BACTERIANA

Es un conglomerado de microorganismos de consistencia blanda y amorfa; tienen un mecanismo propio y se adhieren a las superficies dentarias, restauraciones y cálculos dentarios, que -- van adheridos firmemente a la superficie suyacente, de la cual -- se van a desprender por medios mecánicos.

La placa se va a depositar sobre una película acelular formada previamente que se denomina: Película Adherida, pero también se puede formar directamente sobre la superficie dentaria; esta película adquirida es una capa delgada, lisa, incolora, translúcida que está difusamente distribuida sobre la corona de los dientes y en cantidades algo mayores cerca del tercio cervical. Esta película adherida, se forma sobre una superficie dentaria limpia, mide de .05 a 0.8 micrones de espesor y se adhiere con firmeza a la superficie dentaria.

Esta película adquirida es un producto de la saliva, no -- contiene bacterias y contiene glucoproteínas, polipéptidos y lípidos.

Forma de Crecimiento de la Placa Bacteriana

- 1) Crece por agregación bacteriana
- 2) Crece por bipartición ó complicación de las bacterias
- 3) Por acumulación de los productos bacterianos

Pasos de la Formación de la Placa Bacteriana

Primer Paso

Es la unión de microorganismos a la película adquirida.

Segundo Paso

Es la proliferación de los microorganismos sobre la superficie dentaria combinada con el agregado de más microorganismos - de la saliva.

Se formarán también pequeñas colonias de placa aisladas, - entre uno y cuatro días dispersa sobre los dientes, pero principalmente en el margen gingival.

Las colonias de placa se fusionan y durante los dos y cinco días siguientes se forma un depósito continuo.

Comienza la formación de la placa con la aposición de una capa única de bacterias sobre la película adherida, dichos microorganismos se van a unir al diente por una matriz adhesiva interbacteriana y por una afinidad de la hidroxapatita, por las glucoproteínas que atraen a la película adquirida y las bacterias al diente y la placa crece por agregado de nuevas bacterias por multiplicación de sus bacterias, acumulación por los productos - de las mismas.

Las bacterias se van a mantener unidas mediante una matriz interbacteriana adhesiva que las mismas van a producir, a las seis horas ya se puede encontrar placa dentobacteriana después de haber hecho una limpieza dentaria.

La acumulación y grosor máximo de la placa bacteriana se alcanza aproximadamente a los treinta días.

La placa bacteriana se forma de:

- 1) Sustrato - Matriz o Película Adquirida.- Está compuesta de mucoides que provienen de la saliva.
- 2) Mucopolisacaridos.- Que provienen de la saliva y del metabo-

lismo bacteriano.

3) Proteínas provenientes de la saliva del metabolismo bacteriano y de la alimentación.

Este metabolismo se forma muy rápido después de 4 ó 5 horas del nacimiento, existe cierto orden de lo que se refiere a la bacteria con seguido a su aparición:

Primer Grupo.- Cocos y Basilos Gram (+)

Segundo Grupo.- Cocos y Basilos Gram (-)

En estos grupos existen muchos Cocos y Basilos, y subgrupos con lo que se refiere a los Gram (-) producen ciertas substancias que dañan a la cavidad oral que son:

Hialuronidaza

Las enzimas

Colagenaza

Tercer Grupo.- Borrelios, treponemas, flora bacteriana, bacterioide melaninogénico, producen gran cantidad de colágenae hialuronidaza y el más nocivo es el Bacteroide Melaninogénico.

Cuarto Grupo.- Microorganismos calcificadores de la placa bacteriana que son dos: 1) Lectrotres 2) Lactinomises.

Son microorganismos filamentosos que se acomodan en la superficie del epitelio, atrapando sales de calcio, fósforo y magnesio y que paso a paso forman los cálculos dentarios.

Los Cocos y Basilos Gram (+) con el tercer grupo, intervienen en la clasificación de la placa,

Quinto Grupo.- Veilonella, selenomona y espotígeno, producen sus tancias que necrosan el epitelio, por ejemplo: ácido, sulfídrico.

La placa bacteriana consiste principalmente de bacterias - y microorganismos proliferantes y se pueden encontrar: leucositos algunas células epiteliales y macrófagos.

El contenido orgánico de la placa consiste en un complejo - de polisacáridos y proteínas cuyos componentes principalmente son carbohidratos.

El carbohidrato que se presenta en mayor proporción es el Dextrán que es un producto de origen bacteriano y otro de los -- carbohidratos principales es el Leván.

Los componentes inorgánicos de la placa más importantes son:

- 1) Calcio
- 2) Fosforo

Cuando la placa comienza a desarrollarse, la población inicial de microorganismos tiene un predominio de Cocos Gram (+) y va a ir cambiando a uno más complejo que tiene gran cantidad de filamentos; Basilos filamentosos y no filamentosos.

Los cocos Gram (+) van a estar en forma de Estreptococos - (en cadena), los estreptococos principales son:

- 1) Estreptococos Mutans
- 2) Estreptococos Sanguis

Neisseria

Como Basilos

Nocardia

Cuando la placa aumenta en espesor se van a crear condiciones anaerobias dentro de ellas, los microorganismos de la super--

ficie probablemente consignan su nutrición del medio bucal mientras que los de la profundidad utilizan productos metabólicos - de las otras bacterias de la placa y componentes de la matriz - de la placa.

Entre el segundo y tercer día aparecen Cocos Gram (-) así como también basilos.

Entre el cuarto y quinto día aparecen Fusobacterium-actinomises y Veillonela todos estos son microorganismos puramente-anaerobios.

Al séptimo día aproximadamente, aparecen ya formas filamentosas, Espirilos y Espiroquetas; aparecen Actinomises Naesslundi y Actinomises Isrraeli y Corinebacterium.

El bacteroide Melaninogénico que por lo común se encuentra dentro del surco.

La placa entonces no es un residuo de los alimentos, pero las bacterias de la placa dental utiliza los alimentos ingeridos para formar los componentes de la matriz.

Los alimentos que se utilizan son: Aquellos que se difunden fácilmente por la placa bacteriana como son: los azúcares solubles, sacarosa, glucosa y maltosa.

Los productos extracelulares son:

El Dextrán,- Este es importante por su capacidad y propiedades - adhesivas que unen la placa bacteriana al diente y su relativa - insolubilidad, aunada a su resistencia a la destrucción bacteriana. El Dextrán es producido principalmente por el Estreptococo - Mutans,

El Estreptococo Sanguis es producido a partir de la sacarosa,

El Leván es producido principalmente por el *Odontomises* -- *Viscosus* y este producto bacteriano va ser utilizado como carbohidrato por las bacterias de la placa bacteriana en ausencia de fuentes exógenas.

La velocidad de formación de la placa dentobacteriana no está relacionada con la cantidad de los alimentos consumidos.

Tipos de Placa Bacteriana

- 1) De tipo Cariogénico
- 2) De tipo Parodontogénico

Cariogénico

Este tipo lo que produce principalmente es la lesión cariosa.

Predominan todos los grupos de microorganismos en menor -- cantidad, se encuentran los grupos Cocos y Basilos Gram (+) y -- los Lectotes y Lactinomis, este tipo de placa se encuentra -- con mucha frecuencia en niños, adolescentes y algunas veces en -- adultos jóvenes de 21 a 25 años.

En personas de 25 a 30 años se encuentra la placa bacteria na mixta de tipo cariogénico y parodontogénico.

Parodontogénico: Este tipo lo que produce es la enfermedad parodontal.

Empieza a aparecer entre los 25 y 30 años. Predominan los microorganismos Cocos y Basilos Gram (+) y Lectotes y Lactinomies,
ses,

La placa bacteriana solo se controla ó disminuye en cantidad mediante eliminación mecánica.

CALCULOS DENTARIOS

Es una masa adherente calcificada ó no calcificada, que se forma sobre la superficie de los dientes naturales y las próte--
sis dentales.

Importancia del Cálculo Dentario

- 1) El cálculo es rugoso e irrita la encía
- 2) Es permeable y puede almacenar productos tóxicos
- 3) Se encuentra cubierto de placa dentobacteriana

Siempre que exista contacto entre cálculo dentario y encía, la encía estará inflamada.

La placa dentaria cuando se calcifica, dá como resultado el cálculo dentario. Dichos depósitos calcificados son masas duras, firmemente adherida a las coronas de los dientes.

Clasificación de los Cálculos Dentarios

Esta de acuerdo a la relación que guardan con el margen gingival:

- 1) Cálculo Supragingival
- 2) Cálculo Infragingival

Cálculo Supragingival

Los depósitos supragingivales son los más abundantes y se -
presentan principalmente en las superficies bucales de los dien--
tes inferiores anteriores y las superficies vestibulares de los -
primeros molares superiores.

La consistencia del cálculo supragingival es cremosa y de

color blanco amarillento, puede estar manchado por tabaco u otros pigmentos. La consistencia llega hacer moderadamente dura.

Cálculo Subgingival

No tiene una localización determinada y se encuentra en todas las bolsas parodontales. Son más densos que los cálculos supragingivales. Los cálculos subgingivales viejos parecen más duros que el cemento y la dentina. Su color va de un pardo oscuro a negro.

La extensión del cálculo subgingival nos puede indicar aproximadamente la profundidad de la bolsa parodontal.

Similitudes y Diferencias

El cálculo supragingival probablemente derive de la saliva, en cambio el cálculo subgingival deriva del exudado de la bolsa gingival y quizá de saliva.

3.- GINGIVITIS.- ETIOLOGIA, CLASIFICACION Y MANIFESTACIONES
CLINICAS

"GINGIVITIS"

Definición.- Es la inflamación de la encía y es la forma más -- frecuente de la enfermedad gingival.

La inflamación es una característica que se presenta por lo general en todas las formas de enfermedad gingival; los agentes-irritantes locales que siempre están presentes en el medio gin--gival son: la placa bacteriana, materia alba y cálculos dentarios y unidos a los microorganismos y a sus productos lesivos. Son -- los que dan origen a la inflamación.

La inflamación causada por la irritación local da origen - a cambios degenerativos necróticos que proliferan en los tejidos gingivales.

La inflamación no es el único proceso patológico que in--terviene en la enfermedad gingival, también se encuentran otras tales como atrofia, hiperplasia y neoplasia.

No todos los casos de gingivitis son iguales: Microscópicamente la gingivitis tiene la peculiaridad de presentar exudado inflamatorio y edema de la lámina propia gingival, cierta -- destrucción de fibras gingivales y ulceración y proliferación - del epitelio del surco.

EVOLUCION, DURACION Y DISTRIBUCION DE LA GINGIVITIS

Evolución y Duración:

Gingivitis Aguda.- Dolorosa, repentina y de corta duración.

Gingivitis Subaguda.- Es de menor gravedad que la infección agu--da.

Gingivitis Recurrente.- Este tipo de enfermedad reaparece después de haberse eliminado mediante tratamiento ó que desaparece espontáneamente y que reaparece.

Gingivitis Crónica.- Se forma con lentitud es de larga duración e indolora, a menos de que se complique con irritaciones agudas o subagudas. Este tipo de gingivitis crónica es la más común. Es una lesión titubeante en la cual las zonas inflamadas persisten o se forman normales; las zonas normales se inflaman, esto puede presentarse alternadamente.

Distribución:

Localizada.- Se presenta en la encía de un solo diente o un grupo de dientes.

Generalizada.- Se refiere a toda la cavidad bucal.

Marginal.- Altera el margen gingival pero puede incluir una parte de la encía insertada contigua.

Papilar.- Intervienen las papilas interdientarias y frecuentemente hacia la zona adyacente del margen gingival. Los primeros signos de gingivitis se manifiestan en las papilas interdenciales.

Difusa.- Se manifiesta en la encía marginal, encía insertada y papila interdientaria.

La enfermedad gingival en casos particulares se define mediante la combinación de los nombres anteriores.

Gingivitis Marginal Localizada.- Se limita a un área de la encía marginal o más.

Gingivitis difusa Localizada.- Va desde el margen gingival hasta el pliegue mucovestibular, pero en una área limitada.

Gingivitis Papilar.- Es en el espacio interdentario, o más, pero en una área limitada.

Gingivitis Marginal Generalizada.- Abarca la encía marginal de todos los dientes, por lo general también a las papilas interd_{en}tarias.

Gingivitis Difusa Generalizada.- Comprende toda la encía; también la mucosa bucal se haya afectada, y por lo tanto entre ella y la encía insertada, el límite queda anulado.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA GINGIVITIS

Al ser valoradas dichas características, debemos dar un enfoque clínico sistemático que exija un examen ordenado de la encía y de las siguientes características:

- 1) Color
- 2) Tamaño y forma
- 3) Consistencia
- 4) Textura superficial y posición
- 5) Facilidad de hemorragia
- 6) Dolor

En cuanto a la inflamación puede ser aguda y con mayor frecuencia crónica y también se presentan hiperplasias, ulceraciones, necrosis, pseudomembranas y exudado purulento y seroso. Dichas lesiones pueden ser localizadas o generalizadas.

Cambios de color en la Gingivitis Crónica

En la gingivitis crónica existe un conflicto entre la destrucción y la reparación. Irritantes locales persistentes, lesionan la encía, provocan la permanencia de la inflamación, permeabilidad y exudado vascular anormales.

Al penetrar líquidos, células y enzimas del exudado inflamatorio, dan como resultado la degeneración de los tejidos. Así -- mismo, se crean nuevas células y fibras conectivas y nuevos vasos sanguíneos, en un esfuerzo continuo por reparar la lesión tisular.

La influencia recíproca entre la destrucción y reparación - afecta al color, tamaño, consistencia y textura superficial de la encía. Al ser elevada la vascularización habrá predominio de exudado y es notable la degeneración del tejido y los cambios de color; si predomina la fibrosis, el color de la encía vuelve a ser normal, a pesar de que es una gingivitis crónica.

Entre las lesiones por irritantes locales tenemos las llamadas "Medias Lunas Traumáticas" que son pequeñas áreas rojo-azuladas, en forma de media luna y que se encuentran en la encía -- marginal y son atribuidas a un trauma oclusal.

Cambios de color en la Gingivitis Aguda

Los cambios de color son: marginal, difuso o en manchas, - está relacionado directamente con el tipo de lesión aguda.

Gingivitis Ulceronecrosante Aguda.- Tipo de lesión marginal.

Gingivitis Herpética.- Tipo de lesión difusa

Reacciones Agudas a irritantes químicos.- Tipo de lesión en forma de manchas o es difusa.

El color varía según la intensidad de la inflamación, generalmente hay un eritema rojo brillante inicial. Si no se presenta alguna otra alteración este será el único cambio de color, -- hasta que vuelva a la normalidad. Si la inflamación aguda es intensa el color rojo cambiará a un gris pizarra brillante y poco-

a poco a un gris blanquesino opaco.

La necrosis del tejido produce un color gris, y se encuentra separado de la encía por una zona eritematosa definida.

Cambios de Consistencia

Gingivitis Crónica.- Cambios clínicos:

- 1) Hinchazón esponjosa. Que se unde a la presión.
- 2) Suavidad y friabilidad marcadas con fragmentación a la exploración con una sonda y áreas delimitadas de enrojecimiento y descamación.
- 3) De consistencia firme.

Características Microscópicas

- 1) Existe infiltración de exudado inflamatorio, líquido y celular.
- 2) Se presenta una degeneración del tejido conjuntivo y epitelio que va directamente asociado a sustancias lesivas provocando inflamación y exudado inflamatorio.

El tejido conectivo inflamado se expande a distancia de pocas células epiteliales de la superficie, se adelgaza el epitelio y habrá degeneración asociada con edema e invasión leucocitaria, y por áreas; los brotes epiteliales penetrarán con profundidad en el tejido conectivo.

Simultáneamente la fibrosis y la proliferación epitelial, con inflamación crónica muy anterior.

Gingivitis Aguda.- Cambios Clínicos:

- 1) Hinchazón difusa y ablandamiento

- 2) Existe descamación con partículas grises de aspecto escamoso de residuos que se adhieren a la superficie.
- 3) Formación de vesículas.

Características Microscópicas:

- 1) Caracterizado por edema difuso de origen inflamatorio agudo; infiltración grasa en la xantomatosis.
- 2) La necrosis irá acompañada de la formación de una pseudomembrana compuesta de bacterias, leucocitos polimorfonucleares y células epiteliales degeneradas en una malla de fibrina.
- 3) Existe edema intercelular e intracelular con degeneración de los núcleos, citoplasma y rotura de las paredes celulares.

Cambios en la Textura de la Encía

Un signo de gingivitis es la pérdida del puntilleo superficial.

Según el predominio exudativo o fibrosos en la inflamación crónica la superficie será lisa-brillante o firme-nodular.

Agrandamiento Gingival

Es el aumento de tamaño de la encía, es común en la enfermedad gingival.

Su clasificación va de acuerdo a los factores etiológicos y los procesos patológicos que los producen. Ver cuadro No. de enfermedades gingivales.

CLASIFICACION DE AGRANDAMIENTOS GINGIVALES

Se clasifican de acuerdo a su etiología y patología;

1 AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO

1.1 Crónico

1.1.1. Localizado o generalizado

1.1.2. Circunscrito (aspecto tumoral)

1.2 Agudo

1.2.1. Absceso gingival

1.2.2. Absceso periodontal

2 AGRANDAMIENTO HIPERPLASTICO NO INFLAMATORIO (HIPERPLASIA GINGIVAL)

2.1 Hiperplasia gingival asociada con el tratamiento con Dilantina

2.2. Agrandamiento gingival hiperplástico ideopático, hereditario o familiar

3 AGRANDAMIENTO COMBINADO

4 AGRANDAMIENTO CONDICIONADO

4.1 Hormonal

4.1.1. Agrandamiento en el embarazo

4.2 Agrandamiento en la pubertad

4.2.1. Leucémico

4.2.2. Asociado a la deficiencia de vitamina C

4.2.3. Agrandamiento inespecífico

5 AGRANDAMIENTO NEOPLASICO

6 AGRANDAMIENTO DE DESARROLLO

Localización y Distribución

El agrandamiento gingival se clasifica de la siguiente forma:

- 1.- Localizado. Se refiere a la encía adyacente, a un solo diente o grupo de dientes.
- 2.- Generalizado. Se refiere a la encía de toda la cavidad bucal.
- 3.- Marginal. Solo a la encía marginal.
- 4.- Papilar. Limitada a la papila interdental.
- 5.- Difuso. Altera a la encía marginal, encía insertada y a la pa
pila dentaria.
- 6.- Circunscrito. Agrandamiento de aspecto tumoral.

Factores que predisponen a la enfermedad parodontal

1.- Locales

Etiología

2.- Generales

- 1.- Locales.- Son todos aquellos que se encuentren en contacto con los tejidos gingivales y/o adyacentes al diente.

Dentro de las causas locales tenemos:

- 1.1 Placa bacteriana
- 1.2 Cepillado incorrecto
- 1.3 Lesiones cariosas (próximas al tercio cervical y/o proxi
mal).
- 1.4 Sarro
- 1.5 Diastemas
- 1.6 Restauraciones defectuosas
- 1.7 Strees
- 1.8 Mal posición dentaria
- 1.9 Tipo de oclusión

- 1.10 Areas de contacto defectuosas
- 1.11 Márgenes divergentes
- 1.12 Cúspides impelentes
- 1.13 Dientes ausentes
- 1.14 Masticación unilateral
- 1.15 Hábitos
- 1.16 Respiradores bucales
- 1.17 Frenillos
- 1.18 Tratamientos ortodónticos inadecuados
- 1.19 Vestíbulo poco profundo

2.- Generales.- Son aquellas alteraciones o trastornos de tipo - sistémico que de alguna manera van a influir en los tejidos y que fisiologicamente pueden disminuir la resistencia del organismo.

- 2.1 Trastornos endocrinos Diabetes
- 2.2 Alteraciones hormonales
 - 2.2.1 Pubertad
 - 2.2.2 Mestruación
 - 2.2.3 Embarazo
 - 2.2.4 Menopausia
- 2.3 Alteraciones de tipo hereditario o aquellas que puedan - tener una tendencia familiar.
 - 2.3.1 Tuberculosis
 - 2.3.2 Sífilis
 - 2.3.3 Avitaminosis
 - 2.3.4 Discracias sanguíneas
 - 2.3.5 Deficiencias proteínicas
- 2.4 Deficiencia nutricional
- 2.5 Alteraciones de tipo emotivo

A continuación se muestra un cuadro que contiene las principales enfermedades gingivales y de las cuales se describen posteriormente,

etiología, sintomatología, características clínicas y plan de tratamiento.

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES GINGIVALES

1.- SIMPLES O CRONICAS

1.- INFECCIOSAS

- 2.1 Estreptococicas
- 2.2 Ulcero-Necrosante
- 2.3 Herpética
- 2.4 Gonococica
- 2.5 Absceso parodontal

2.- GINGIVITIS HIPERPLASICA O HIPERPLASTICA

- 3.1 Simple
- 3.2 Medicamentosa
- 3.3 Hereditaria

3.- GINGIVITIS DE TIPO INFECCIOSO CON INFLUENCIA HORMONAL

- 4.1 Gingivitis de la pubertad
- 4.2 Gingivitis del embarazo
- 4.3 Tumor del embarazo
- 4.4 Gingivo-Estomatitis Menopausica

5.- GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA

SIMPLE O CRONICA

Es una enfermedad de la encía.

Etiología.- Factores locales generales

Características Clínicas

Cambio de color, tonalidad más roja.

Puede haber cierto cambio en relación al margen.

Pueden ser problemas localizados y/o generalizados.

Es la forma más frecuente y común de la enfermedad parodontal.

Sintomatología

Sangrado y hemorragia, puede ser provocado y espontáneo. Generalmente no hay dolor, presenta halitosis producida por la lesión cariosa, placa bacteriana y cálculos dentarios.

Tratamiento

Eliminación de los factores locales, motivación del paciente; técnica de cepillado. La gingivitis crónica es un proceso reversible.

GINGIVITIS INFECCIOSA

Gingivitis estreptocócica

Se presenta preferentemente en los niños, pero pueden aparecer en cualquier edad; Etiología por el estreptococo hemolítico y algunas veces por el estreptococo viridans. Es altamente contagiosa.

Características Clínicas

Este llega a la boca del paciente y empieza a producir gran cantidad de hialuronidasa, que rápidamente disgrega al epitelio y queda expuesto al tejido conjuntivo. Por lo tanto es una lesión dolorosa, de forma irregular en los cuales se observan áreas de intenso enrojecimiento en cualquier parte de la mucosa y principalmente encía. No se presenta mucho sangrado.

Puede aparecer en bocas sanas y en las que padezcan enfermedad parodontal crónica.

Sintomatología

A nivel general: fiebre, malestar general, inflamación de los ganglios regionales.

Tratamiento

Administración de antibióticos tales como la penicilina como primera elección, eritromicina y/o lincomicina.

Nota: Se debe evitar el contagio

Gingivitis Ulceronecrosante

Definición: Es una enfermedad inflamatoria aguda, destructiva de la encía; presenta una evolución rápida. Se le conoce con varios nombres como son:

- 1.- Gingivitis ulceromembranosa aguda
- 2.- Boca o encía de trinchera
- 3.- Gingivitis ulcerativa aguda
- 4.- Estomatitis de Plaut-Vincent, siendo esta última la más común.

1) Primordial o Sistémico Psicosomático.

Etiología

2) Treponema Fusiobacterium y borrelia Vitti

Los microorganismos que predominan son la Borrelia y el fusio bacterium; sin embargo no es concluyente.

También se mencionan factores predisponentes extrínsecos, tales como la leucemia, anemia, diabetes, carencias alimenticias.

Como factores extrínsecos predisponentes todos los factores locales y en general en pacientes que tienen stress emocional , - se presentan en estudiantes, niños de orfanato, recién casados. - Son pacientes un poco difíciles de manejar por el factor emocional.

Sintomatología

- 1) Aparición repentina después de enfermedades debilitantes o infecciosas respiratorias agudas.
- 2) Lesiones ulceradas y necrosis en la punta de la papila o en el margen gingival.
- 3) Olor fétido como consecuencia de la necrosis y la cantidad de placa bacteriana.
- 4) Aumento de salivación intenso.
- 5) Aumento de hemorragia, cuando existe un estímulo débil.
- 6) Hemorragia gingival espontánea.
- 7) Dolor intenso.
- 8) Lesiones crateriformes ya sea en la encía o hueso,
- 9) Se presenta una sensación característica de dientes como: "eg^g tacas de madera".

Sintomatología General

Malestar generalizado, fiebre, inflamación de los ganglios regionales.

Muchas veces la evolución es indefinida, algunas veces la enfermedad remite sin tratamiento pero vuelve a repetirse algunas veces con tratamiento adecuado.

Es una enfermedad aguda, sin embargo cuando se repite constantemente se menciona que la enfermedad esta en un estado subagudo o crónico.

Se observa a cualquier edad sin embargo con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes.

Características Clínicas

El signo más importante que podemos observar la lesión o huela que deja en forma de cráter en la punta de la papila (crateriforme).

La lesión crateriforme en su fase aguda se encuentra cubierta por una pseudomembrana de color blanquesino o amarillento, esta pseudomembrana esta compuesta por fibrina; son principalmente Treponemas y células descamadas.

Microscopicamente se ven muchos treponemas y es por esto que se le llama Simbiosis Espiroquetal.

Las reacciones generales: Son más intensas en niños; otras características clínicas que presenta la Gingivitis Ulceronecrosante: Insomnio, estreñimiento, alteraciones gastrointestinales, cefaleas y depresión mental.

Tratamiento fase aguda

Medicamentos: Penicilina por vía oral y vía intramuscular; adulto pemprocilina de 800 mil U. cada 12 o 24 horas, para niños se-

le administra la mitad de la que se le administra a un adulto; Eri tromicina de 250 a 500 mgr. cada 6 horas o cada 8 horas; mínimo el tratamiento debe durar de 5 a 7 días; si el paciente no puede masticar se le administra trosiscos de benzocaina.

- 2) Técnica de cepillado, control personal de placa, seda dental, punta de goma y eliminación de cálculos dentarios.
- 3) Gingivoplastia.- Se realiza para eliminar las huellas de la enfermedad y devolver la forma funcional de la encía. Se considera que es un problema no contagioso.

GINGIVOSTOMATITIS HERPETICA AGUDA

Etiología

Causada por virus del herpes simplex.

Es una enfermedad altamente contagiosa que afecta preferentemente a lactantes y a niños menores de seis años, sin embargo se puede presentar a cualquier edad.

Características Clínicas

El virus llega al organismo del paciente se instala y empieza a vivir en un estado de parasitismo endocelular y empieza a ocasionar las lesiones características; al principio se observan lesiones esféricas aisladas o múltiples que en el interior tienen un líquido, generalmente se observa de color grisaseo; a los pocos días estas esferas se rompen y quedan unas lesiones vesiculares o ampulares altamente dolorosas que pueden aparecer en los labios, mucosa de los carrillos, labios, encía, paladar blando, faringe, faringe sublingual y lengua, sin embargo, el sitio más frecuente son los labios y la mucosa.

Esto puede durar de 7 a 14 días, hay mucho dolor, generalmente no hay sangrado, no deja huella y puede presentarse cierta sin

tomatología de tipo general por ejemplo: fiebre, malestar general, inflamación de los ganglios regionales, no hay predilección de sexos, hay ciertos factores que pueden favorecer para que el orga--nismo disminuya su función.

Tratamiento no hay

En algún tiempo se administró penicilina y se demostró que no es eficaz, se prolonga la enfermedad y agrava la evolución de la misma.

GINGIVITIS GENOCOCICA

Es un padecimiento raro.

Etiología Neisseria Gonorrhoeae

Manifestaciones clínicas abarcan toda la mucosa bucal, cubierta por una membrana grisasea que poco a poco se desprende por zonas y queda la superficie viva subyacentes hemorrágica. No deja - huellas en el tejido parodontal; se presenta en recién nacidos y es causada por alguna transmisión infecciosa materna; también se puede presentar en adultos por contacto directo.

Tratamiento

Por lo regular se remite al médico general.

Terapéutica

A base de antibiótico, terapia adecuada y principalmente evitar - el contagio.

En la gingivitis gonocócica lo primero en presentarse en la - enfermedad venérea y derivado de este o como reacción secundaria-

dá como resultado la misma.- Las lesiones hacen su aparición después de 4 días del contagio.

ABSCESO PARODONTAL

Definición

Es la acumulación de exudado purulento que se localiza en los tejidos parodontales, también es llamado absceso lateral o absceso parietal.

Clasificación de acuerdo a su localización:

1) Absceso en los tejidos periodontales de soporte, en la parte lateral de la raíz.

Este tipo de absceso suele presentarse una cavidad en el hueso que se extiende en sentido lateral desde el absceso hacia la superficie externa.

2) En la pared blanda de una bolsa parodontal profunda.

Etiología

Puede formarse obstrucción del drenaje de una bolsa parodontal; se puede presentar en bolsas parodontales complejas.

Características Clínicas

El absceso se encuentra localizado en el fondo de la bolsa parodontal,

La bolsa parodontal compleja abarca una o varias caras y tiene un camino tortuoso; se producen también cuando se realizan tratamientos endodónticos y se provoca una perforación en la pared -

lateral de la raíz del diente; también pueden estar asociados a - problemas de tipo periapical.

Se localiza el absceso parodontal en el tercio medio y lateral de la raíz del diente, hay mayor salida de líquidos crevicular y de pus.

Cuando una prótesis está mal ajustada se empaqueta el alimento y por lo tanto se obstruye la salida del líquido crevicular también cuando se rompe un palillo, en la salida del líquido crevicular, - por lo tanto el absceso parodontal se forma por la obstrucción en la salida del líquido de la bolsa parodontal. Se observa la encía lisa, rojiza y brillante por el edema que existe en esa zona; si - precionamos esta zona habrá salida de exudado purulento.

Se diagnostica por medio de una sonda parodontal milimetrada - que al introducirla en el surco gingival la punta de la fístula - debe coincidir con la punta de la sonda parodontal, entonces se - pensaría que se trata de un absceso parodontal. Si la sonda al - al ser introducida en el surco gingival no coincide con la punta - de la fístula, entonces se tratará de un absceso periapical o pul - par.

Para que exista un absceso parodontal debe existir antes una - bolsa parodontal.

Pueden existir dos abscesos en un mismo diente, tales como el absceso periapical y el absceso parodontal.

El absceso parodontal se divide en absceso agudo y crónico.

Absceso parodontal agudo

Presenta dolor irradiado, pulsátil, tanto a la percusión hori - zontal y vertical, diente extruído, movilidad dentaria, encía lisa

y brillante, linfadenitis y manifestaciones generales como fiebre, leucocitosis y malestar general.

Absceso parodontal agudo.- 1o. Drenar el absceso - antibióticos - legrado parodontal.

Absceso Parodontal crónico

Por lo general es asintomático, presenta una fístula más pequeña que el agudo y la encía es casi normal; leve elevación del diente, deseo de morder y frotar el diente.

Tratamiento

Legrado parodontal y antibióticos

Se indican principalmente antibióticos como la penicilina y la eritromicina, porque estos medicamentos son de amplio espectro y en la boca se encuentran principalmente Cocos, Estreptococos y Bacilos y estos son Gram (+). Pemprociclina 800 mil U. cada 12 horas. Eritromicina 250 mgs. cada 6 horas.

GINGIVITIS HIPERPLASTICA O HIPERPLASIA GINGIVAL

Hiperplasia no inflamatoria

Es el aumento de tamaño de los tejidos o de un organismo produciendo aumento de la cantidad de los elementos celulares.

La gingivitis hiperplástica no es común pero se encuentra sobre agregada al tratamiento con dilantina.

Gingivitis hiperplastica simple o tipo crónico.- Generalmente aparece en respiradores bucales y por mala posición dentaria.

Puede o no haber cambios de volumen y el fibroblasto forma células de tejidos conjuntivo y da origen a la fibrosis.

Tratamiento gingivectomía

Ya sea de tipo clásico o bisel externo.

Si la causa que lo origina sigue persistiendo el problema puede volverse a repetir.

Gingivitis hiperplásica medicamentosa

Es un agrandamiento causado por la dilantina sódica; son fármacos anticonvulsivos que se administran a pacientes epilépticos. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes.

Características Clínicas

Comienza con una lesión primaria, como un agrandamiento indoloro periférico; que se localiza en el margen gingival vestibular, lingual y en las papilas interdentarias.

Conforme avanza la lesión hay un aumento en la encía marginal y papilar; estas pueden llegar a unirse y transformarse en un repliegue macizo de tejidos, el cual va a cubrir parte de las coronas e interfiere en la oclusión.

La lesión presenta una forma de mora, que es firme de colorosa pálido y resilente y dicha lesión no tiende a sangrar.

En bocas carentes de irritantes locales puede presentarse la hiperplasia de origen dilantinico y puede estar ausente en bocas con grandes cantidades de irritantes locales.

El agrandamiento se produce en zonas dentadas y no en zonas-

desdentadas; este agrandamiento es de tipo crónico.

Debemos diferenciar entre el aumento de tamaño producido por la hiperplasia dilatínica y la inflamación sobre agregada de -- irritantes locales.

En estudios realizados a través de cultivos de tejidos informan que la dilantina estimula la proliferación de células de tipo fibroblástico y del epitelio.

Tratamiento

Gingivectomía clásica combinada con gingivoplastia y eliminación de los factores locales.

La administración por vía general acelera la cicatrización de heridas gingivales en pacientes no epilépticos.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL HIPERPLASTICO, IDEOPATICO, HEREDITARIO Y/O FAMILIAR

Es una enfermedad rara.

Etiología

Indeterminada, pero se cree que pueda existir un factor de tipo hereditario que influya en el desarrollo de la encía.

Se designa con varios nombres como son los siguientes: elefantiasis gingivoestomática, fibroma difuso, elefantiasis familiar, - fibromatosis ideopática y fibromatosis familiar congénita.

Características Clínicas

Afecta a la encía insertada, encía marginal y papilas interd~~en~~tarias abarca superficie bucal, lingual y palantino de ambos maxilares; puede estar presente solo en un maxilar. Presenta un color rosado de consistencia firme semejante a la del cuerpo.

Cuando la enfermedad es avanzada cubre casi en su totalidad al diente. Puede haber alteraciones oclusales.

Tratamiento gingivectomía y gingivoplastia

GINGIVITIS DE TIPO INFECCIOSO CON INFLUENCIA HORMONAL

Gingivitis de la pubertad

Es normal encontrar el agrandamiento de la encía durante la pubertad, no tiene preferencia por sexo y se presenta en áreas de irritación local.

Características Clínicas

Frecuentemente la pubertad se acompaña de una respuesta exagerada de la encía a la irritación local; inflamación pronunciada; coloración roja azulada; edema y agrandamiento, son el resultado de irritantes locales por ordinario generan una respuesta gingival leve.

El entrecruzamiento anterior excesivo de las piezas dentales agrava estos casos, a causa de los efectos sobreagregados de la retención de alimentos y lesión de la encía del sector vestibular anterior y sector palatino en el maxilar superior.

A medida que se acerca la edad adulta, la intensidad de la reacción gingival decrece, incluso cuando siguen estando presentes los irritantes locales. La vuelta a la normalidad completa demanda la eliminación de los irritantes locales. Aunque la frecuencia y gravedad de la enfermedad gingival aumenta en la pubertad, es preciso comprender que la gingivitis no es de aparición universal durante este período; con el cuidado adecuado de la boca puede prevenirse.

El tamaño del agrandamiento es mucho mayor del que se observa habitualmente en presencia de factores locales comparables, y se caracteriza por tener papilas interproximales abultadas.

Además del aumento de tamaño, presenta todas las características propias de la enfermedad gingival inflamatoria crónica.

GINGIVITIS DEL EMBARAZO

La gingivitis en el embarazo tiene su origen en los irritantes locales, al igual que las personas no embarazadas. Alrededor del 50% de todas las mujeres embarazadas tienen gingivitis leve o grave.

La intensidad de la gingivitis aumenta durante el segundo y el tercer mes de vida intrauterina.

En la gingivitis crónica leve, la encía se torna excesivamente grande, edemática, presentando cambio de color más llamativo.

La gingivitis aumenta la intensidad en el octavo mes y disminuye en el noveno mes y la acumulación de placa sigue su desarrollo normal.

La gingivitis y la placa bacteriana disminuye notablemente después del parto.

El embarazo afecta a áreas inflamadas con anterioridad, no altera encías sanas asimismo el embarazo aumenta la movilidad dentaria, la profundidad de la bolsa y el líquido gingival.

Características Clínicas

La vascularidad pronunciada es la que caracteriza la enferme-

dad. La encía se encuentra inflamada y varía del rojo-brillante al rojo-azulado.

La Encía marginal e interdientaria es de aspecto liso y brillante blanda y friable; algunas veces tiene aspecto aframbuezado, se unde a la presión y se haya edematizada. La tendencia hemorrágica se encuentra aumentada.

Los cambios gingivales son indoloros, a menos que se compliquen con alguna infección aguda, úlceras marginales o la formación de una pseudomembrana.

Hay que tener presente que la encía no vuelve a su estado normal, mientras no se eliminen los irritantes locales.

Tratamiento

Consiste en aislado de las raíces, curetaje, establecimiento de buena higiene bucal y estimulación de los tejidos.

TUMOR DEL EMBARAZO

También llamado de la preñez; no es una lesión de características tumorales clásicas, sino que es una concentración de tejidos conjuntivo intensamente inflamado. Los vasos van a estar ligeramente dilatados, generalmente el hueso subyacente se encuentra intacto (a menos que se haya desarrollado una parodontitis).

Este tumor aparece a partir del tercer mes de vida intrauterina sigue creciendo, pero generalmente en el octavo mes todos síntomas empiezan a disminuir; esto no cura por sí solo, sin embargo después del parto pueden disminuir notablemente pero los tejidos se tienen que atender clinicamente.

Sintomatología

Es una masa de tejido conjuntivo inflamado que va creciendo a través de una papila. Se observa generalmente inflamado, no es doloroso, sangra fácilmente en contacto con la masticación.

GINGIVO-ESTOMATITIS MENOPAUSICA

También llamada gingivitis atrófica senil, la lesión aparece durante la menopausia o después de ella cuando se presentan los trastornos menopáusicos algunas veces vienen acompañados de leves signos y síntomas.

No es un estado común de la menopausia, porque las alteraciones bucales no son características de ésta.

Características Clínicas

Tanto la encía como el resto de la mucosa bucal se presentan secas y brillantes, el color va desde lo pálido o enrojecimiento anormal y hay sangrado fácilmente.

Algunas veces existen fisuras en el pliegue mucovestibular -- y cambios comparables en la mucosa vaginal.

Hay ardor, sequedad, sensibilidad extrema a los cambios térmicos, sensaciones de gusto anormales como: "salado", "picante" o "agrio" cuando la gingivoestomatitis menopausica se produce en pacientes desdentados, es difícil soportar una prótesis.

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA

El epitelio se descama con gran intensidad

Se subdivide en 3 formas:

1.- Forma leve

2.- Forma Moderada

3.- Forma severa .

Forma leve

Aparece de los 17 a los 23 años, se presenta con mayor incidencia en las mujeres sobre todo en personas que puedan tener problemas más de tipo hormonal.

Características Clínicas

Se observa a cualquier nivel de la encía, ya sea marginal, insertada y alveolar. Se observa lo que se llama eritema difuso, con gran descamación celular o epitelial puede presentarse dolor leve en la región alterada.

Forma Moderada

Aparece de los 30 a los 40 años

Características Clínicas

Manchas rojas. El epitelio se desprende facilmente y queda expuesto el tejido conectivo; por lo tanto se presenta bastante sangrado, dolor, ardor y la descamación es más o menos intensa.

En estos casos los pacientes no toleran el cepillado, ni los alimentos muy condimentados.

Fase severa

Se observan areas irregulares de intenso enrojecimiento, gran descamación celular, El paciente presenta mucho ardor, bastante dolor

ni tampoco tolera el cepillado ni alimentos muy condimentados.

Histopatológicamente la gingivitis descamativa crónica se divide en dos tipos:

- 1.- Tipo buloso.- microscópicamente se observa el tejido conjuntivo, poco a poco se reemplaza por exudado inflamatorio, gran cantidad de leucocitos y de fibrina y se forma lo que se llama ampollas subepiteliales (tejido conjuntivo y epitelial). Una característica clave es que la membrana basal, de las áreas lesionadas, se encuentra totalmente destruida.
- 2.- Tipo liquenoide.- Se presenta una banda subepitelial densa de exudado inflamatorio de tipo crónico, hay gran cantidad de linfocitos.

El epitelio se observa atrófico gran cantidad de edema, lo que va ocasionando la separación de las células de la capa basal del epitelio y se observa también degeneración de la capa basal.

En forma general en las descamativas crónicas presentan varias interrogantes.

- 1) Si se considera si su patología es aislada.
- 2) Si la descamativa crónica es parte de una alteración dermatológica o una variedad de liquen plano.
- 3) Si puede ser de una respuesta de tipo inespecífico a una serie de causas.

No se conocen las causas que puedan originar las descamativas crónicas, pero se nombran factores de tipo hormonal o local.

Tratamiento

Se realiza el tratamiento local tradicional, aplicación de -
conticoides:

- 1) Celestone.- Son tabletas de 6 mgs. dosis 4 tabletas diarias -
en la primera semana, después 2 tabletas diarias en la segun-
da semana y la tercera y cuarta semana es una tableta diaria.
- 2) Pednisolona.- Pomada de 5 mgs., que se debe aplicar 4 veces -
al día.
- 3) Kuenalo.- Pomada 3 veces al día.
- 4) Premarín.- Pomada 3 a 4 veces al día.
Utilizar la cortizona en la boca sobre todo en encías, es muy
riesgoso; generalmente no se utiliza más de 4 semanas.

La cortizona es un antiinflamatorio, esta interfiere en la sín-
tesis de colágena y puede retardar la cicatrización o haber -
destrucción de hueso.

4.- DIAGNOSTICO - PRONOSTICO - PLAN DE TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO

Para realizar un plan de tratamiento es de vital importancia un diagnóstico correcto. Es importante reconocer las características clínicas y radiográficas de cada una de las enfermedades y comprender los procesos subyacentes y su etiología.

Nuestro interés es por el paciente que tiene la enfermedad y no simplemente por la enfermedad en sí .

Para llegar a realizar un diagnóstico correcto, este deberá ser sistémico y organizado y teniendo una finalidad específica.

A partir del diagnóstico integrado y la observación detallada, se planeará el tratamiento y se proyectará el pronóstico.

También hay que definir las características clínicas de la encía, enumerar los hallazgos sobresalientes que nos va a dar el diagnóstico; así como reunir los factores etiológicos primarios y contribuyentes.

Diagnóstico de la Gingivitis

1.- Síntomas Clínicos

- 1.1 Inflamación localizada en encía papilar o marginal; el punteado de la encía se encuentra considerablemente -- afectado.
- 1.2 Bolsas someras
- 1.3 Placa Dentobacteriana y cálculo dental
- 1.4 Hemorragia
- 1.5 Radiográficos
- 1.6 No hay movilidad dentaria

2.- Hallazgos Histopatológicos

2.1 Inflamación aguda y crónica localizada en la encía

2.2 No hay resorción ósea

Para establecer un plan de tratamiento es necesario realizar un examen minucioso que consiste en:

1.- Entrevista

2.- Examen radiográfico

3.- Examen bucal

Entrevista

Permite al profesional entablar una relación paciente-profesional, comenzar a educar al paciente y familiarizarlo con el tratamiento

La finalidad de esta es obtener información referente a la molestia principal, la historia médica y la historia dental.

Mediante interrogatorio perspicaz, examen, registro y observación, sabremos si existe alguna relación entre su salud general, salud mental y enfermedad dental.

Hay que observar la forma de expresión del paciente; ya sea en sus palabras, tono de voz, expresión facial y movimientos -- durante sus respuestas.

El Odontólogo debe guiar la entrevista en una forma segura y tranquila; manteniendo una actitud profesional, atenta y comprensiva. Nunca deberá estar distante y frío.

Examen Radiografico

Las radiografías representan dimensión de estructuras tri dimensionales; son muy útiles en el diagnóstico cuando se integran al examen visual, sondeo clínico y entrevista.

Información Radiográfica

- 1.- Altura ósea interdentaria y presencia de cortical
- 2.- Patrones trabeculares
- 3.- Zonas radiolúcidas que indican destrucción ósea y que se -- pueden confirmar mediante sondeo
- 4.- Pérdida ósea en las furcaciones
- 5.- Ancho del espacio del ligamento periodontal
- 6.- Relación corona-raíz
- 7.- Forma y longitud de la raíz
- 8.- Caries , calidad general de las restauraciones y depósitos grandes de cálculo dentario
- 9.- Localización del seno maxilar con respecto a la cresta alveolar
- 10.- Dientes ausentes, dientes supernumerarios y retenidos

Examen bucal

Comprende inspección de tejidos blandos como:

- 1.- Labios
- 2.- Mucosa bucal
- 3.- Piso de boca
- 4.- Lengua
- 5.- Paladar
- 6.- Región bucofaríngea
- 7.- Encía en general

Examen de los dientes

- 1.- Lesiones por desgaste
- 2.- Hipersensibilidad
- 3.- Relación de contacto proximal
- 4.- Movilidad dentaria
- 5.- Sensibilidad a la percusión
- 6.- Migración patológica de los dientes

Y por último observaremos la oclusión y la articulación -
temporo-mandibular.

PRONOSTICO

Es la apreciación de la duración, evolución y conclusión -
de una enfermedad y la predicción de la posible respuesta al tra-
tamiento.

Pronóstico en la Enfermedad Gingival

El pronóstico se basa en el proceso inflamatorio total de -
la enfermedad. Este es favorable cuando solo existe un único --
cambio patológico que es la inflamación, siempre y cuando; se -
eliminen totalmente los irritantes locales, se obtengan contor-
nos gingivales que ayuden a mantener la salud y por último, que
el paciente colabore mediante una buena higiene bucal.

Cuando la inflamación se encuentra sobreagregada a cambios tisulares de origen sistémico como son los agrandamientos --- del tipo de la Dilantina Sódica en pacientes con trastornos -- nutricionales, hormonales y homatólogicos; puede estar restaurada la salud gingival temporalmente por el tratamiento local - solamente.

Para poder pronosticar a largo plazo debe existir control o corrección de los factores sistemáticos que intervienen. El pronóstico puede ser:

Bueno
Reservado
Malo

Muchas veces, unos dientes tienen un pronóstico y otros otro dentro de una misma zona.

Factores que afectan al pronóstico

- 1.- Altura del hueso remanente
- 2.- Edad del paciente
- 3.- Número de dientes remanentes
- 4.- Antecedentes generales del paciente
- 5.- Inflamación gingival
- 6.- Movilidad dentaria
- 7.- Etiología
- 8.- Mal oclusión
- 9.- Morfología dentaria
- 10.- Complejidad y extensión de cualquier prótesis asociada
- 11.- Actitud y deseos del paciente, en cuanto al cuidado dental casero

Plan de tratamiento

El plan de tratamiento es una guía que se basa en el diagnóstico, en la etiología de la enfermedad y en el pronóstico.

Su finalidad es eliminar los signos y síntomas de la enfermedad y detener el proceso destructivo para restablecer la salud periodontal.

Plan de tratamiento total: Consiste en la coordinación del objetivo de obtener una dentadura que funcione bien dentro de un medio ambiente periodontal sano.

Se creó un plan de tratamiento que consiste en cuatro fases de acuerdo a las necesidades de cada caso y que son las siguientes:

- 1.- Fase de tejidos blandos: Eliminación de la inflamación gingival, bolsas parodontales y los factores que los producen. Las relaciones mucogingivales y el contorno gingival deberán ser establecidos así como la restauración general de la boca.
- 2.- Fase funcional: La relación oclusal óptima proporciona la estimulación funcional necesaria para conservar la salud periodontal.
Esto se logra a través de ajustes oclusales; restauraciones protéticas y ortodóncicas; ferulización y eliminación de malos hábitos como por ejemplo el Bruxismo.
- 3.- Fase sistemática: Esta situación se manejará junto con el médico general ya que los estados sistémicos pueden afectar la respuesta de los procedimientos terapéuticos o amenazar la preservación de la salud parodontal una vez terminado el tratamiento.
- 4.- Fase de mantenimiento: Consiste en preservar todos los procedimientos para conservar la salud parodontal, una vez que se obtuvo. Como es:

- 1.- Enseñanza de la higiene bucal
- 2.- Citación del paciente a intervalos regulares
(control del estado parodontal)
- 3.- Estado de la Operatoria Dental
- 4.- Ajuste oclusal
- 5.- Radiografías de control

Dentro del plan de tratamiento mencionaremos el control de placa bacteriana. Este no podría tener éxito sin el control de la placa ya que es parte integrante del tratamiento periodontal.

La higiene bucal que realiza el paciente para eliminar los residuos de alimento y llevar un buen control de Placa Bacteriana se le denomina "Fisioterapia Bucal".

Este tipo de tratamiento es nuevo para el paciente, ya que sus experiencias dentales anteriores eran diferentes; en cambio en este tratamiento él se convierte en un participante en el proceso terapéutico.

Dichos procedimientos continuarán una vez obtenida la salud parodontal con el objeto de ayudar a prevenir la recidiva de la enfermedad.

5.- INSTRUMENTACION

INSTRUMENTACION

Los instrumentos se encuentran clasificados de acuerdo a su finalidad, como es: eliminación de cálculos, curetas de la encía o remoción de tejido enfermo y alisado de superficies radiculares.

Clasificación y funcionamiento de los instrumentos parodontales

Sondas Parodontales

También llamadas de Glickman, Williams, o parodontómetros. Sirve para diagnosticar la profundidad del surco y ver si existe - bolsa paradontal.



DIBUJO No. 4

Sonda parodontal con hoja calibrada y angulada desde el cuello.

Es un instrumento fino que su parte activa viene marcada - en milímetros, su punta es roma.

Para medir la bolsa la sonda debe ser introducida con precisión, firmeza y suavidad, hasta el fondo de la bolsa. Debe ser - introducida paralela al eje mayor del diente.

Pinzas Marcadoras de Bolsas:

Como su nombre lo dice nos sirve para marcar la profundidad de la bolsa y determinar el curso sobre la superficie dentaria in dividual.

Presenta dos pantas de trabajo: una aguda que se encuentra dispuesta en ángulo recto, la otra punta es roma y arqueada que se adapta al contorno del diente.

Se introduce hasta el fondo de la bolsa paralela al eje ma yor del diente. Se presionan los extremos formando un punto san grante externo; que es lo que nos marca el fondo de la bolsa.

Exploradores

Sirven para localizar los depósitos de cálculos subgingivales y controlar la tersura de la raíz después del tratamiento. Son instrumentos ligeros, delicados y bien templados.- Vease Dibujo No. 5

Raspadores Superficiales o Pesados:

Están diseñados para remover cálculos supragingivales (CK6)

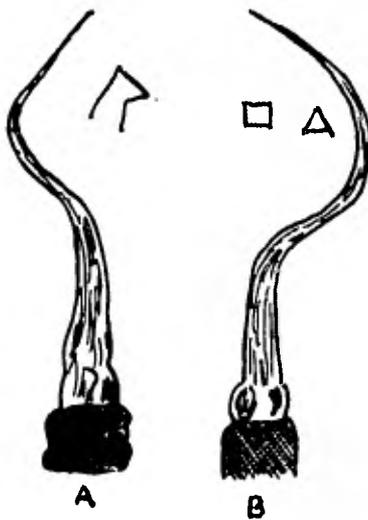
El instrumento se activa en una angulación menor de 90° respecto a la superficie dentaria.

A la altura de la cresta del margen gingival se desprende - el cálculo con movimientos firmes y seguros hacia la corona.

Raspadores Profundos o Finos:

Elimina cálculos subgingivales, cemento enfermo, tejido gra nulomatoso y defectos óseos.

EXPLORADORES



DIBUJO No. 5

- A INSTRUMENTO PARODONTAL EN FORMA DE AZADA. EL ESQUEMA ILUSTRAL LA HOJA ACTIVA.
- B INSTRUMENTO PARODONTAL EN FORMA DE HOZ. LA HOJA TIENE CUATRO BORDES CORTANTES.

El instrumento se introduce hasta el fondo de la bolsa con una angulación menor de 90° ; esto es para evitar que se formen muescas en los dientes. Se desprende con movimientos firmes y - seguros siguiendo la dirección hacia la corona.

Azadas:

Se emplean para remover cálculos subgingivales. Son instrumentos de tracción que se utilizan para el alisado de superficies radicales unicamente cuando la encía se separa con facilidad.

Se introduce hasta la superficie de la bolsa de modo que haga contacto con dos puntos con el diente.

El movimiento deberá ser firme y seguro hacia la corona tratando de conservar el contacto de dos puntos, para evitar formar muescas en la raíz.

Azadas de Mc. Call:

Son raspadores muy finos y se utilizan en ciertas depresiones de la raíz.

Cinceles

Se utilizan para la eliminación de grandes depósitos calcificados supragingivales; principalmente los que se encuentran en los dientes anteriores inferiores.

El cincel se utiliza en sentido vestibulo-lingual cuando el cálculo se encuentra entre la zona proximal y lingual. Sus movimientos son de impulsión y/o de empuje.

Curetas

Tienen forma de cuchilla y poseen dos bordes activos, y por lo tanto desempeñan dos funciones:

- 1.- Eliminar la pared blanda de la bolsa y la adherencia epitelial.
- 2.- Como alisador de la superficie radicular.

Sus movimientos son: de tracción y de impulsión. Tenemos tres tipos de curetas:

- 1.- Cureta de Mc. Call.- Es una cureta de tracción
- 2.- Cureta de Gracey.- Su movimiento es principalmente de impulsión. Elimina pequeños depósitos de sarro en zonas difíciles de acceso.
- 3.- Cureta de Younger-Goode modificadas.- Se usa como cureta de tracción.

Las curetas también se utilizan para eliminar pequeños fragmentos de cálculos y curetear los tejidos blandos. Vease dibujo No. 6

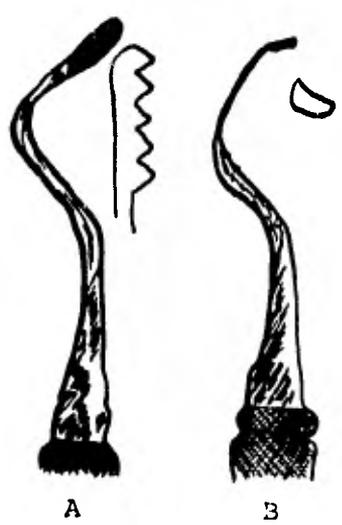
Limas:

Se utilizan en bolsas profundas de entradas angostas y en bolsas tortuosas inaccesibles a otros instrumentos, Como son instrumentos difíciles de afilar, su utilidad es muy limitada, Y también porque dejan estrías y rugosidades sobre la superficie radicular.

Hoces:

Se les utiliza en zonas interproximales de premolares y molares. Su forma es rectangular y triangular, mide de 0.2 a 0.4 milímetros, y sus movimientos son de tracción e impulsión.

LIJAS Y CURETAS



DIBUJO No. 6

- A LIJA PARODONTAL
- b CURETA PARODONTAL

INSTRUMENTOS QUIRURGICOS

Azada Quirúrgica

Número 19G es usada principalmente para desprender las paredes de las bolsas después de la incisión de la gingivectomía-también para alisar superficies radicales que han sido accesibles mediante cualquier procedimiento quirúrgico.

Bisturíes Periodontales

Son instrumentos utilizados en la gingivectomía y otras cirugías periodontales.

Hay varios tipos de Bisturíes entre los cuales tenemos:

- 1.- Bisturíes Kirkland # 15-16
- 2.- Bisturíes de Golman Fox # 7, 8, 10 y 11
- 3.- Bisturíes Ivory que terminan en forma de flama
- 4.- Bisturíes de Ward-Parker.- muy usual y es de hojas intercambiables.

Tijeras: Se utilizan para la eliminación de:

- 1.- Lenguetas de tejido durante la gingivectomía
- 2.- Recortar los margenes de colgajos
- 3.- Extender las incisiones en abscesos parodontales y en cirugías mucogingivales la eliminación de inserciones musculares.

Tenemos tijeras con mango curvo y hoja vicelada, curvas con estrías o tijeras curvas y/o rectas lisas o estriadas.

Legras: La más indicada es la de Seldín

Piedras de grano grueso: En forma troncocónica

Fresas de Sección Hexagonal: Para la eliminación de sarro

Características de los Instrumentos

- 1.- Todos los instrumentos deberán estar bien balanceados

- 2.- Los bordes activos deben trabajar con eficacia
- 3.- Los bordes activos deben causar el menor daño posible a los tejidos gingivales y a las estructuras dentarias
- 4.- Los instrumentos deberán ser de aleación de acero para poder ser esterilizados en autoclave y poder ser afilado varias veces.
- 5.- Su dimensión deberá ser delicada para reducir al máximo el daño de los tejidos blandos

El raspaje de los dientes debe ser en orden y en secuencia sistemática. Hay dos formas de raspaje:

- 1.- Deberá rasparse a fondo cada diente antes de comenzar el siguiente, completando así toda la boca; esto se repite en visitas sucesivas.
- 2.- Se realiza el raspaje en un cuadrante de la cavidad bucal en una sesión; demanda de varias sesiones. Es un método muy eficaz.

La extensión del raspaje depende del estado de los tejidos, de la cantidad de cálculos y del tiempo reservado para el paciente.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA INSTRUMENTACION

- 1.- Ante todo debemos tomar en cuenta la comodidad del paciente, operador y del ayudante.
- 2.- Asegurar el máximo de visibilidad, accesibilidad e iluminación.
- 3.- Obtener la separación necesaria.
- 4.- Sostener el instrumento con seguridad y estabilizar la mano para trabajar.

a) Prensión del instrumental

b) Apoyo de los dedos

Prensión del instrumental: Tenemos tres maneras de sostener los instrumentos:

- 1.- Prensión en forma de lápiz
- 2.- Prensión en lápiz modificado
- 3.- Prensión palmar

Una de las formas más satisfactorias para sujetar el instrumento es tomando éste, entre los dedos pulgar, índice y medio. - El mango debe descansar en un lado de la primera falange del dedo medio, cerca de la base.

Las puntas de los dedos índice y pulgar, generalmente hacen las veces de palanca o de sulcro.

En el apoyo digital, la mano que trabaja debe tener un apoyo que active correctamente el instrumento en el momento de usar se, teniendo un buen control sobre el maxilar.

Con el fin de evitar lesiones, la otra mano será la encargada de controlar los movimientos repentinos del paciente y la - estabilización de la mandíbula. El apoyo digital sirve para estabilizar el instrumento y la mano activa, para guiarlo.

Por lo regular el dedo medio actúa de apoyo y como palanca, al mismo tiempo,

En algunos casos, el dorso de la mano puede descansar en un lado de la cara o tal vez el dedo medio, descansa sobre el pulgar de la otra mano,

En todos los casos, es necesario controlar y dominar el instrumento, con el fin de evitar posibles accidentes en los tejidos blandos u ocasionar lesiones irreparables.

6.- TRATAMIENTO QUIRURGICO

GINGIVECTOMIA

Gingivectomía.- Es la extirpación quirúrgica de la pared gingival y de la encía que se encuentra sin soporte hasta el fondo de la bolsa parodontal, mediante cortes de las paredes que lo forman.

Objetivos elementales de la gingivectomía

1. Eliminación de la encía enferma que forma la pared lateral de la bolsa.
2. Eliminación de irritantes locales que se encuentran en el intersticio parodontal (mediante la odontoxesis).
3. Dar a la región operada su forma y funciones normales.

Indicaciones

1. En pacientes bajo terapia de Dilantina (la cual origina - que el tejido crezca y cubra los dientes hiperplasias medicamentosas).
2. Fibrosis gingival densa
3. Bolsas profundas en donde la destrucción ósea ha dejado el tejido gingival sin soporte
4. Bolsas supraóseas con resorción horizontal
5. Cráteres interdentarios
6. Festones y fisuras gingivales
7. En erupciones activas que se encuentran alteradas
8. Cuando no hay armonía anatómica en el margen gingival

Contraindicaciones

- 1.- En pacientes con problemas generales de salud
- 2.- Cuando en las bolsas profundas hay gran destrucción de hueso alveolar
- 3.- Abscesos parodontales
- 4.- Bolsas infraóseas

La gingivectomía es un procedimiento muy simple y por lo tanto el Cirujano Dentista lo utiliza frecuentemente. Es un método muy efectivo, pero cuando no es el tratamiento adecuado -- puede provocar una disminución en la altura gingival.

Instrumental

- 1.- Anestesia
- 2.- Pinzas marcadoras Krane-Caplan
- 3.- Bisturíes de hoja ancha
- 4.- Bisturíes de hoja angosta
- 5.- Tijeras para encía
- 6.- Curetas y escariodontos

Técnica de la Gingivectomía

El paciente deberá ser preparado desde la primera visita, explicándole las ventajas de la operación; dándole confianza y seguridad.

La intervención se realizará por cuadrantes, que se operan individualmente uno por semana.

Pasos de la técnica quirúrgica

- 1.- Anestesia por infiltración utilizando técnicas locales y/o regionales. En pacientes aprensivos, es recomendable el uso del Nembutal en dosis de 0.5 a 0.9 mg. 30 min. antes de la anestesia.
- 2.- Marcador de bolsas.- Se delinea la profundidad de la bolsa en el área a operar con las pinzas marcadoras.
- 3.- Incisión primaria.- Es transversal, utilizando el bisturí de Kirkland numeros K15 y K16, se realiza en la línea disto-

bucal y el ángulo disto-lingual del diente, en el margen gingival; obteniendo una curva suave, esta incisión debe ser profunda hasta el hueso.

- 4.- Incisión secundaria.- Se realiza con el bisturí de Golman-Fox números 8 y 11: la incisión interproximal se extiende para dejar libre el tejido que se extirpa.
La incisión deberá tener una angulación de 45° para que termine a nivel del fondo de la bolsa.
- 5.- El margen gingival se desprende con un bisturí Kirkland de los números 12, 13 o 14, comenzando por la cara distal del último molar. Se debe de eliminar la encía vestibular, la encía de los espacios interproximales y posteriormente la encía palatina o lingual.

Durante la intervención observaremos fragmentos de sarro, - ablandamientos necróticos del cemento, tejido granulomatoso que son acúmulos blando enrojecidos y sangrantes.

Las paredes de los dientes del área operada deben quedar -- alisadas, limpias de restos de tejido y el sangrado debe haber desaparecido. Y se procederá a colocar el cemento quirúrgico.

Características del Cemento Quirúrgico

Formula de Kirklan 1 modificada

Oxido de cinc	Aceite de cacahuete
Polvo Resina	Líquido Eugenol
Ac. tánico en escamas	Resina derretida en eugenol
Fibras de asbesto	Colorante vegetal

La consistencia debe ser pastosa firme, como de mastique - para que lo proteja, evita la infección, el sangrado y el dolor.

Se retira a los ocho días indicándole al paciente que debe mantener el área limpia mediante un cepillo de cerdas suaves.- Vease Dibujo No. 7

GINGIVOPLASTIA

Definición.- Es el recontorneado de la encía marginal, fija e interproximal para devolver su forma anatómica y para darle una apariencia estética y evitar la irritación de los tejidos blandos por el choque de alimentos.

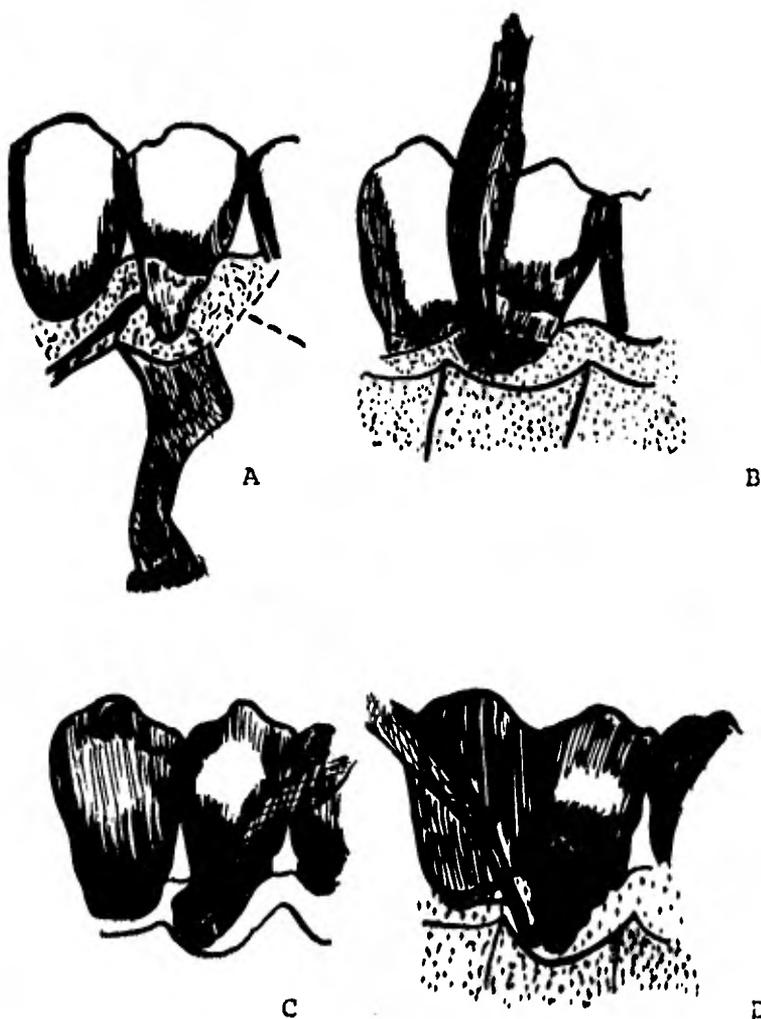
- 1.- Erupción pasiva alterada.- En la cual la encía cubre una porción grande de la corona anatómica.
- 2.- Gingivitis Ulceronecrosante.- La cual altera la anatomía gingival.
- 3.- Cuando existen bolsas paradontales poco profundas y no es necesario corregir la arquitectura ósea.
- 4.- En encías hiperplásicas que necesitan su eliminación.

TECNICA DE LA GINGIVOPLASTIA

La incisión se inicia en la unión mucogingival, es de forma oblicua y se realiza en la cara vestibular de la encía fija y -- termina junto a los dientes, lo más cerca al extremo apical del ligamento epitelial. Utilizaremos el bisturí Goldman Fox número 7; se socava la encía interproximal con el bisturí Towner números 19 o 20. En lingual se hará lo mismo pero la incisión será -- menos inclinada. El tejido incidido es eliminado. En seguida utilizaremos el bisturí número 7 para raspar y reducir la superfi--

GINGIVECTOMIA

DIBUJO No. 7



TECNICA DE GINGIVECTOMIA PARA LA ELIMINACION DE BOLSAS INFRAOSEAS. A) LA PRIMERA INCISION CORTA LA PARED DE LA BOLSA ENCIMA DE LAS -- MARCAS HECHAS POR LA PINZA MARCADORA DE BOLSAS B) UNA VEZ ELIMINADAS LAS BOLSAS, SE HACE UNA SEGUNDA INCISION PARA RECATAR LA PARED INTERNA DE LA BOLSA C) UNA VEZ ELIMINADA LA PARED INTERNA DE LA BOLSA SE RASPA Y SE ALISA LA SUPERFICIE RADICULAR D) EL TEJIDO DE GRANULACION Y LAS FIBRAS PARODONTALES QUE CUBREN EL HUESO SE ELIMINAN -- CON UNA CURETA.

cie del tejido, y dejar un borde delgado. El tejido interproximal es alisado con curetas.

Con esto se busca una arquitectura gingival ideal, desarrollando bordes gingivales afilados como es la hoja de un cuchillo, muescas interdetales y papilas interdetales en forma de cono. Esto se logra siempre y cuando la superficie ósea subyacente tenga la misma topografía.

En algunas ocasiones en lugar de la gingivoplastia, se utiliza la técnica de incisión de bisel interno de la cirugía ósea. Esta técnica nos ofrece una superficie de tejido maduro en lugar de tejido conjuntivo seccionado. Las molestias postoperatorias son menores y la curación es más rápida pero lo mejor de dicha técnica es que el tejido parece mantenerse en posición estable, con poca neoformación de tejidos. Esta técnica es también empleada para suprimir el exceso de tejido de las regiones retromolares y de la tuberosidad.

Como hemos dicho con anterioridad, la Dilantina Sódica produce generalmente hiperplasia y/o hipertrofia gingival intensa. Su eliminación quirúrgica suele ser seguida de una rápida neoformación. Se creyó que dicha técnica retrasaba el crecimiento de tejido nuevo, pero no existen pruebas que lo afirmen.

Algunos investigadores informan sobre el uso de un dispositivo para aplicar presión positiva en la encía y prevenir la reaparición de la hiperplasia causada por la Dilantina.

Dicho aparato es aplicado por las noches cuando se dice que la concentración del fármaco alcanza el máximo grado.

El dispositivo es del tipo del "posicionador de dientes" y puede usarse sobre dientes que se encuentran totalmente erupcionados y es recomendable en estos casos.

El área operada debe ser protegida con cemento quirúrgico - siguiendo las mismas recomendaciones que la gingivectomía.

Debemos recordar que la gingivectomía reduce la altura de - la encía y la gingivoplastia reduce el grosor de la misma.

7.- PREVENCIÓN

PREVENCION

Para el control de placa dentobacteriana necesitamos:

- 1.- Tabletillas y/o soluciones reveladoras
- 2.- Cepillo dental
- 3.- Dentífricos
- 4.- Enjuagues bucales
- 5.- Hilo o seda dental
- 6.- Aparatos irrigadores de agua
- 7.- Perio-Aid (portapalillos)
- 8.- Stím-U-Dent (cuñas de madera de Balsa)

Métodos de enseñanza para el control de placa

Dicha enseñanza se programa en una serie de sesiones de acuerdo al interés de cada paciente. Es importante motivar a este por medio de una educación en la higiene oral diaria eficaz.

Hay que indicar al paciente que existe una relación estrecha entre la limpieza oral y la incidencia de la enfermedad periodontal, puesto que se ha comprobado repetidamente que cuando el paciente elimina las concentraciones bacterianas por la supresión de la placa dental, la enfermedad cede.

En cambio cuando el paciente deja que la placa se acumule la enfermedad se acentúa y continúa.

También debemos informar al paciente que las medidas preventivas le ahorrarán tiempo, dinero, dolor innecesario y que salvarán su dentición natural.

La participación del paciente debe ser voluntaria, ya que este es responsable del mantenimiento de su propia salud.

Tabletas y/o soluciones reveladoras

El paciente deberá masticar y diluir la tableta reveladora en su boca, haciendola circular entre los dientes por un espacio de treinta a sesenta segundos. En seguida se enjuagará la boca con agua una sola vez.

Se observará una tinción de color rojo, la cual descubre la presencia de la placa bacteriana; es importante para el control que la solución haya alcanzado todas las partes de la boca.

Cepillo dental

Para obtener una buena técnica de cepillado se iniciará la enseñanza sobre un modelo, posteriormente la llevaremos a la práctica con el paciente.

Para esto necesitamos un cepillo adecuado al paciente, el cual tenga las siguientes características:

- 1.- Deberá ser material plástico
- 2.- El mango deberá ser recto
- 3.- La cabeza del cepillo deberá tener varios manojos de cerdas, las cuales su altura no deberá ser mayor de 12mm.
- 4.- El ancho de la cabeza debe ser de 12mm. y el largo no será mayor de 3 cm.
- 5.- La altura será la misma en todas las cerdas
- 6.- Las cerdas pueden ser naturales o sintéticas

El cepillado debe efectuarse 4 veces al día; al levantarse y después de cada alimento.

Técnicas de cepillado

Técnica de Bass (cepillado del surco). Las cerdas tienen una dirección apical de tal manera que con el diente formen un ángulo

de 45°. El objetivo es que las puntas de las cerdas penetren en el surco gingival y sobre la encía marginal, extendiendo las cerdas interproximales.

Debe imprimirse al cepillo una presión ligera con movimientos vibratorios cortos de atrás hacia adelante.

Para esta técnica es recomendable un cepillo de cerdas suaves y puntas redondeadas.

Técnica de Roll: Es un método fácil de enseñar y eficaz para la eliminación de la placa dentobacteriana.

Técnica de Scrub-Brush: Este es el más fácil de aprender; las cerdas forman un ángulo recto con el diente y los movimientos - serán hacia adelante y hacia atrás, con breves movimientos horizontales.

Técnica de Charter: Este método es de difícil enseñanza, se -- utilizan cepillos de cerdas naturales muy duras; con 2 o 3 hileras de cerdas, estas son dirigidas en sentido coronal formando un ángulo de 45° con el eje mayor del diente, y se presiona interproximalmente con movimientos vibratorios.

Exige tiempo pero es muy eficaz.

Técnica de Stillman: La dirección de las cerdas es hacia el - ápice formando un ángulo de 45° sobre la encía y la porción cervical del diente.

La presión que se haga será suficiente como para provocar isquemia en la encía, y más tarde realizar un movimiento vibratorio y luego rotatorio.

Técnicas de Stillman modificada

Las cerdas tienen una dirección hacia el ápice sobre la en cia adherida formando un ángulo de 45°. Se presionará sobre la encia produciendo isquemia.

Se aplica un movimiento vibratorio al cepillo en sentido -mesiodistal contando hasta 10. A medida que el cepillo se mueve las cerdas deben alcanzar los bordes oclusales.

La diferencia entre la técnica de Stillman y la de Stillman modificada, es que en la segunda el movimiento rotatorio se usa después del movimiento vibratorio.

Cepillado de las superficies oclusales

Las cerdas del cepillo deben formar un ángulo recto con res pecto a la superficie oclusal, la terminación de las cerdas debe rá estar bien profundizada sobre los surcos y fisuras. Los mo-- vimientos son cortos de adelante hacia atrás, o bien movimientos circulares leves. (Véase Dibujo No. 8)

Cepillos automáticos

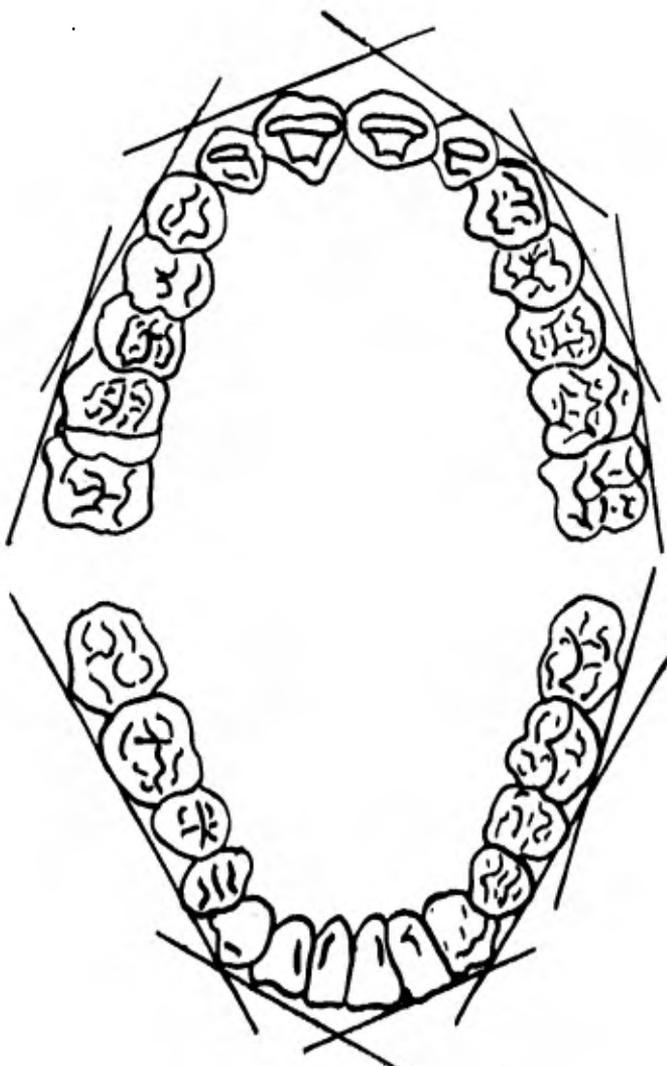
Tienen diversos tipos de movimientos, formas y texturas de las cerdas. Son indicados principalmente en pacientes con poca-habilidad manual.

Dentífricos

Más que nada son cosméticos se cree que puedan suprimir las manchas pero nunca influirán en la salud parodontal.

La mayoría de los dentífricos y colutorios tienden a desper tar la sensibilidad de los dientes. Algunos dentífricos que con tienen fluor pueden ayudar de alguna manera a evitar la caries dental.

TECNICA DE CEPILLADO



DIUJO No. 3

POSICION DEL CEPILLO DE DIENTES PARA LA LIMPIEZA SISTEMATICA.
LAS LINEAS OSCURAS SEÑALAN LAS POSICIONES DEL CEPILLO PARA AZAR-
CAR EL MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR,

En un futuro se cree poder incorporar a un dentífrico una enzima que inhiba el depósito de cálculos en los dientes. Contiene: abrasivos, detergentes y sabor artificial. Los dos primeros ayudan al pulido y a la remoción de los detritus; el tercero es para que el cepillado sea agradable.

Es importante aclarar que la remoción de los detritus es por el cepillado y no por el dentífrico.

Enjuagues bucales

Se utilizan como complemento del cepillado, más que nada dan sabor y una sensación limpia y fresca. Algunas tienen efectos bacteriostáticos o bactericidas pero esto es solo una acción temporal.

Los investigadores en estudios recientes han demostrado, que ciertos enjuagues ayudan en el control químico de la placa dental.

Enjuagues de solución salina o agentes oxigenantes

Nos ayudan en las enfermedades inflamatorias gingivales agudas, porque remueve el tejido necrótico, restos alimenticios y reducen el edema.

Hilo o seda dental

Es un método muy efectivo para limpiar las superficies dentarias proximales. En el mercado se encuentran hilos dentales con cera o sin cera. Es recomendable utilizar el primero al principio del tratamiento, porque es más fácil su manipulación y posteriormente el hilo sin cera.

Formas de utilizar el hilo dental.- Se corta un hilo de -- , proximadamente 90cm, este se envuelve en los extremos, alrededor del dedo medio de cada mano, este se va a dirigir con el de o pulgar izquierdo y el índice derecho y viceversa.

El hilo se introduce en la base del surco gingival, en la - para mesial o distal de un diente, se aplican movimientos vestibulolinguales firmes, hacia atrás y hacia adelante y por último- el hilo se llevará en dirección oclusal para desprender todas las bacterias y acumulaciones superficiales blandas. Esto se realizaa varias veces en cada superficie interproximal de cada diente; aplicando movimientos suaves para evitar que la encía sea lesionada. Su finalidad es eliminar la placa dentobacteriana.

aparatos irrigadores de agua

Se emplean como complemento del cepillado dental, se obtienen buenos resultados utilizando ambos, que los obtenidos únicamente con el cepillado.

Es importante mencionar que los aparatos de irrigación bucal no desprenden la placa dentobacteriana, pero se cree que retardan la acumulación de placa, cálculos dentarios y reduzcan la - inflamación gingival y la profundidad de la bolsa.

Dicho aparato elimina con mayor facilidad las bacterias de la cavidad bucal, que el cepillado. Se utiliza principalmente en pacientes con aparatos de ortodóncia y prótesis fija.

Perio-Aid (portapalillos)

Es un dispositivo útil para quitar la placa dentaria de los margenes gingivales en las zonas interproximales.

Este aparato se compone de un mango de plástico que recibe un palillo pulido redondo y permite que el paciente se limpie -- los dientes en los márgenes gingivales accesibles y en zonas de acceso difícil.

La punta puede ser profundizada hacia el surco gingival.

Stim-U-Dent (Cuñas de madera de Balsas)

Estos palillos tienen un corte transversal triangular, son suficientemente pequeños para adaptarse a la mayoría de los espacios interdetales; sirven como complemento del cepillado y se utilizan para desprender residuos retenidos en los espacios interproximales es donde el cepillo no suele llegar y también nos -- sirve para darle masaje a la encía interproximal subyacente.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Los resultados de los tratamientos efectuados en pacientes con enfermedades gingivales, en su gran mayoría son exitosos, pero no son garantizados.

Es por lo anterior, que el paciente, después del tratamiento, debe seguir un control de mantenimiento, ya que si no lo lleva a cabo, puede haber una recidiva de la enfermedad.

Por lo tanto debemos dar al paciente citas periódicas para revalorar su estado de salud parodontal y verificar su programa de mantenimiento.

Las indicaciones anteriores son definitivas para conservar el estado de salud de la dentadura natural en comodidad y buen aspecto.

BIBLIOGRAFIA

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

W. HAM ARTUR
TRATADO DE HISTOLOGIA
EDITORIAL INTERAMERICANA
SEXTA EDICION

GLICKMAN IRVING
PERIODONTOLOGIA CLINICA
EDITORIAL INTERAMERICANA
CUARTA EDICION

DR. GRANT DANIEL A.
DR. STERN IRNING B.
DR. EVERETT FRANK G.
PERIODONCIA DE ORBAN
TEORIA Y PRACTICA
EDITORIAL INTERAMERICANA
CUARTA EDICION

PRICHARD JOHN F.
ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA
EDITORIAL LABOR
TERCERA EDICION

PWLAK ELIZABETH A.
HOAG PHILIP M.
CONCEPTOS ESENCIALES DE PERIODONCIA
EDITORIAL MUNDI S.A.

WARD HOWARD L.
SMIRING MARVIN
MANUAL DE PERIODONTOLOGIA CLINICA
EDITORIAL MUNDI

RODRIGUEZ FIGUEROA CARLOS
PARODONCIA
EDITORIAL INTERAMERICANA
TERCERA EDICION