

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



19/07/84  
*[Handwritten signature]*

**CLASIFICACION DE LAS  
ENFERMEDADES  
PERIODONTALES**

**T E S I S**  
**QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**CIRUJANO DENTISTA**

**MARIO Z. LOPEZ PEREZ**

**MEXICO, D. F.**

**1984**



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.

## I N D I C E

### INTRODUCCION.

#### I Histología y Fisiología de los tejidos de soporte del diente.

- a) Encía, división y características.
- b) Ligamentos perodontales.
- c) Cemento radicular.
- d) Hueso alveolar.

#### II Historia Clínica.

- a) Historia Clínica.
- b) Historia Periodontal.

#### III Etiología de la enfermedad periodontal.

- a) Factores locales.
- b) Factores Generales.

#### IV Clasificación de las enfermedades periodontales

- Enfermedades que afectan a la superficie de la encía.
- Inflamación sin destrucción de la superficie.
- Gingivitis marginal.
- Gingivitis difusa generalizada.
- Hiperplasia gingival.

- Inflamación con destrucción de la superficie.
- Gingivitis ulcerosa necrónica.
- Gingivoestomatitis herpética.
- Gingivitis descamativa.
- Ulceras orales.
  
- Enfermedades que afectan a las estructuras profundas.
- Enfermedad periodontal destructiva crónica o periodontitis.
- Absceso periodontal.
- Traumatismo periodontal.
- Traumatismo primario.
- Traumatismo secundario.

#### V Tratamiento quirúrgico de las enfermedades periodontales.

- Técnicas quirúrgicas de raspaje y curetaje.
- Técnica de colgajo simple.
- Técnicas de colgajos desplazados.
- Gingivectomía.
- Gingivoplastia.

## INTRODUCCION

En la práctica cotidiana podemos detectar en nuestros pacientes las constantes agresiones y lesiones que sufre el tejido de sostén y protección del diente (paradonto).

Es en ese momento cuando el cirujano dentista debe actuar con atingencia y rapidez con el fin de detectar todas las agresiones que pongan en peligro al aparato masticatorio. Para lo cual el dentista tiene la obligación de conocer entre otras cosas:

1. Conocer la histología y fisiología de los tejidos de soporte del diente como son: la encía, fibras gingivales, fibras de ligamento, cemento radicular y hueso alveolar con el propósito de corregir cualquier alteración.
2. Es preciso conocer mediante un examen minucioso los datos que nos brinde el paciente los cuales serán vaciados a una ficha "Historia Clínica" para facilitarnos con esto elaborar adecuadamente nuestro diagnóstico y plan de tratamiento.
3. Es importante detectar las causas de enfermedad periodontal ya que es producida por factores que pueden ser metabólicos, irritativos e infecciosos.

Podemos identificar y clasificar a estos factores en dos grandes grupos: factores locales y generales.

4. Podemos considerar que las enfermedades periodontales - se dividen en inflamatorias, distróficas, traumáticas y de etiología desconocida: es necesario conocer las características de cada una de ellas para poderlas distinguir y ubicarlas de acuerdo a su evolución.
  
5. Es obligatorio dominar las diferentes técnicas quirúrgicas y saber en que casos están indicadas para asegurarnos que el tratamiento va a tener éxito y erradicar definitivamente el proceso patológico.

## CAPITULO I

HISTOLOGIA Y FISIOLOGIA DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE.

PARODONTO.- Es el tejido de protección y sostén del diente.

El parodonto se compone de: ligamento parodontal, encía, cemento y hueso alveolar. El cemento se considera -- parte del periodonto porque junto con el hueso, sirve de sostén a las fibras del ligamento parodontal, lo anterior está sujeto a variaciones morfológicas y funcionales, así como a cambios con la edad.

A) ENCIA, DIVISION Y CARACTERISTICAS:

- a) La encía: es aquella parte de la membrana mucosa bucal que cubre el hueso alveolar y rodea el cuello de cada diente. Muchas enfermedades afectan la salud del parodonto y producen la pérdida del hueso alveolar y por lo tanto el aflojamiento de los dientes. La inserción gingival al diente puede desplazarse en dirección apical, mientras aparentemente, la encía permanece en su lugar o se agranda.

La mucosa bucal consta de las siguientes tres zonas fundamentales: la encía y la mucosa o revestimiento que cubre el paladar duro (MUCOSA MASTICATORIA), el dorso de la lengua cubierto de (MUCOSA ESPECIALIZADA) y la restante membrana de la mucosa.

sa bucal (MUCOSA DE REVESTIMIENTO).

b) División: la encía está constituida según características clínicas normales por:

1. Encía marginal o libre.
2. Encía insertada o adherida.
3. Encía papilar o interdientaria.

1. Encía marginal o libre.- La encía en su parte más coronal sufre un dobléz y forma un intersticio, el surco gingival; que es la hendidura somera alrededor del diente limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el margen libre de la encía. Es una depresión o espacio en forma de V y sólo permite la entrada de una sonda roma delgada.

La encía más coronal, no insertada, que rodea al diente en forma de collar y forma las papilas interdientarias, se halla limitada de la encía insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda, el surco marginal, generalmente de un ancho algo mayor que un milímetro, forma la pared blanda del surco gingival.

2. Encía insertada o adherida.- Apical a la encía marginal se encuentra la encía inserta



da, se llama así porque es la que recibe el impacto directo de los alimentos durante la masticación.

Esta encía es continuación de la encía marginal; es firme, resistente y fuertemente unida al cemento y hueso alveolar subyacente. Está limitada por la unión mucogingival y por la línea del surco gingival libre. -- Presenta un ancho la encía insertada, variable, en las diferentes personas y en diferentes zonas de la misma boca. Es más ancha en los dientes anteriores, más angosta en la región de los premolares, y en la región de los segundos y terceros molares a veces no existe, estas variaciones llevándolas a números, pueden ir de menos de un milímetro a nueve milímetros. En la cara lingual del maxilar inferior, la encía insertada termina en la unión con la membrana mucosa que tapiza el surco sublingual, en el piso de la boca. La superficie palatina de la encía insertada en el maxilar superior se une con la mucosa palatina, igualmente firme y resistente. A veces se usan los términos encía cementaria y encía alveolar para designar las diferentes porciones de la encía insertada, según sean sus áreas de inserción.

Donde termina la encía insertada existe una línea de demarcación o línea mucogingival.

El color de la encía insertada y marginal se describe como rosado coral que es producido por: el aporte sanguíneo, espesor, grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentaciones. El color varía según las personas, se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea.

Es más claro en individuos de tez blanca que en trigüeñas de tez morena.

3. Encía papilar o interdientaria.- El tejido gingival que se extiende en el sector interdentario forma las papilas gingivales, son de especial importancia clínica y patológica, ya que son las primeras indicadoras de enfermedad parodontal.

En la parte anterior de la boca, las papilas tienen una forma de pirámide triangular con base apical, la punta de la papila debe de terminar por debajo del área de contacto. A diferencia de las papilas de los dientes posteriores, ya que éstos deben tener dos papilas en lugar de una, la papila bucal y la papila lingual se unen por debajo del área de contacto por una depresión que se llama COL.

Los bordes laterales y el extremo de la pa

pila interdientaria están formadas por una -  
continuación de la encía marginal de los --  
dientes vecinos.

c) Características. - Para el estudio de la encía toma  
mos en cuenta: color, forma, consistencia y textu  
ra.

Color. - El color de la encía está dado principal\_  
mente por cuatro elementos:

- a) Grosor del epitelio.
- b) Grado de queratinización
- c) Grado de vascularización.
- d) Coloración de la piel del individuo.

La encía insertada se continúa con la encía margi\_  
nal, se compone de epitelio escamoso estratifica\_  
do y un estroma de tejido conectivo subyacente.  
La encía marginal y la insertada constan de cua -  
tro capas diferentes:

- 1. Capa basal cuboidea.
- 2. Capa espinosa, de células poligonales.
- 3. Capas múltiples de células aplanadas con gránu  
los de queratohialina.
- 4. Capa cornificada queratinizada, paraqueratini\_  
zada, o las dos.

La adherencia epitelial sólo tiene células basa -  
les.

La capa basal y la porción profunda de la capa espinosa se llama Estrato Germinativo.

El epitelio crevicular tiene la capa basal crevicular y sólo está formado por: capa basal y capa espinosa.

La encía marginal consta de un núcleo central de tejido conectivo cubierto de epitelio escamoso estratificado. El epitelio de la cresta y de la superficie externa de la encía marginal es queratinizado, paraqueratinizado o de los dos tipos, contiene prolongaciones epiteliales, prominentes y se continúa con el epitelio de la encía insertada. El epitelio de la superficie interna está desprovisto de prolongaciones epiteliales, no es queratinizado ni paraqueratinizado y forma el tapiz del surco gingival.

La mucosa alveolar, no tiene queratina, tiene una gran cantidad de fibras elásticas y es ricamente vascularizada.

La encía insertada es la más queratinizada por su función, en la cual predominan fibras colágenas.

El color de la encía debe ser el mismo desde la punta de ésta hasta el surco vestibular, en pacientes de tez morena es común encontrar manchas en la encía, lengua, carrillos, este tipo de manchas son llamadas manchas melánicas. La melanina

es formada por melanocitos dendríticos de las capas basal y espinosa del epitelio gingival.

Forma.- La forma o contorno de la encía depende de la forma de los dientes y su alineación en el arco, de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales vestibular y lingual.

La encía marginal rodea los dientes a modo de collar, y sigue las ondulaciones de las superficies vestibular y lingual.

La forma de la encía insertada sigue la forma de los procesos alveolares. La forma de los procesos alveolares está dada por la posición de los dientes.

La forma de la encía interdientaria está gobernada por el contorno de las superficies dentarias proximales, la localización y la forma de las áreas de contacto y las dimensiones de los nichos gingivales.

Consistencia.- La encía más firme es la encía insertada porque tiene mayor cantidad de colágena, está determinada esta consistencia firme por la naturaleza colágena de la lámina propia y su continuidad al mucoperiostio del hueso alveolar. La menos firme es la marginal. La mucosa alveolar es la que es más completamente móvil, laxa y despla-

zable. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen gingival.

Textura.- La parte central de las papilas interdentarias es, por lo común, punteada, pero los bordes marginales son lisos.

La superficie de la encía insertada y la porción apical de la papila interdentaria, se caracterizan porque tienen aspecto de cáscara de naranja o terciopelo denominado punteado. Este aspecto está dado por unas proyecciones dactilares o papilares del epitelio o también llamados clavos epiteliales. Este punteado puede ser fino o grueso y variar de una persona a otra; asimismo, se tiene variaciones según edad y sexo. En las niñas es más fino que en los varones. Suele no haberlo en determinadas zonas como en la encía marginal, además de punteado, la superficie epitelial puede contener diminutas protuberancias esparcidas que contribuyen a su textura. El punteado, no existe en la lactancia, aparece en algunos niños, alrededor de los cinco años, aumenta hasta la edad adulta, y con frecuencia comienza a desaparecer en la vejez.

El punteado, es una característica de la encía sana y la reducción o pérdida del punteado es un signo común de enfermedad gingival. En condiciones normales, las proyecciones papilares son: anchas y cortas, y cuando existe enfermedad, la pro

yección papilar es angosta y delgada.

#### EPITELIO O PARED CREVICULAR.

El epitelio crevicular, es la pared blanda del in -- tersticio, tiene dos capas; la basal y la espinosa, es un epitelio semipermeable, el cual permite el paso de un lí -- quido o fluido que proviene de los vasos sanguíneos y se llama líquido crevicular, el cual tiene funciones, mecáni -- cas, antibacterianas, de defensa e inmunológicas.

El líquido gingival se produce en pequeñísimas canti -- dades en los surcos de la encía normal, indicando que es -- un producto de filtración fisiológico, de los vasos san -- guíneos, modificado a medida que se filtra a través del -- epitelio del surco.

La cantidad del líquido gingival aumenta con la in -- flamación, a veces en proporción a su intensidad. Asimis -- mo, aumenta el líquido gingival con la masticación de ali -- mentos duros.

La microscopia electrónica se revela que las células del epitelio gingival se conectan entre si mediante es -- tructuras que se encuentran en la periferia de la célula, denominadas desmosomas. Los desmosomas son complejos de -- unión entre célula y célula formados por engrosamientos -- de las membranas celulares y tonofibrillas. Aparecen bajo el microscopio electrónico como puentes intercelulares -- contínuos, que se encuentran en la pared celular.

Los ameloblastos forman una película primaria (lámina densa).

Las células del epitelio bucal externo forman una película o cutícula secundaria, (lámina lúcida). Por estas dos fases se va a establecer el número de unión del epitelio al diente.

Lámina densa: porque pasan menos electrones, producto de los ameloblastos.

Lámina lúcida: porque pasan más electrones, producto de la segunda capa.

La membrana basal está compuesta por tres capas vista al microscopio electrónico. Lámina lúcida, lámina densa y red de reticulina. La lámina basal es permeable a los líquidos, pero actúa como una barrera ante partículas.

Los medios de unión entre célula y célula son:

Hemidesmosomas

Desmosomas

Zonula adherens

Zonula occludens

Las células basales se unen a la membrana basal por medio de hemidesmosomas.



Las formas de conexiones de células epiteliales observadas con menor frecuencia son las uniones cerradas (zonula occludens), áreas donde las membranas externas de las células vecinas están fusionadas; uniones intermedias (zonula adherens), áreas en las cuales las membranas celulares son paralelas y están separadas por un espacio de 200 a 300 Amstrongs, lleno de material amorfo.

### FIBRAS GINGIVALES.

Se localizan por debajo de la adherencia epitelial y por arriba de la cresta alveolar. Están compuestas de colágena y sus funciones son las siguientes:

Mantener la encía marginal firmemente unida o adosada contra el diente, para proporcionar la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación, unir la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada adyacente. Las fibras gingivales se disponen en los siguientes grupos:

1. DEN TO GING I VALES. - Se extienden desde el cemento hacia la cresta de la encía. En las superficies vestibular y lingual se proyectan desde el cemento, en forma de abanico, hacia la cresta y la superficie externa de la encía marginal, termina cerca del epitelio.
2. CRESTO GING I VALES. - Van de la punta de la cresta alveolar a la lámina propia de la encía.

3. DENTOPERIOSTALES. - Se encuentran en la adherencia epitelial pasando por la cresta, le dan vuelta y se insertan en el periostio, o sea van del cemento a la parte externa del alvéolo.
4. CIRCULARES. - Rodean al diente a modo de anillo, - estas fibras corren a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdientaria.
5. TRANSEPTALES. - Es un grupo de fibras horizontales prominentes que se extienden en sentido interproximal entre dientes vecinos. Están en el área entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdientario y a veces se clasifica con las fibras principales del ligamento periodontal.

#### B) LIGAMENTO PARODONTAL.

El ligamento parodontal es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y la une al hueso, se comunica con los espacios medulares a través de canales vasculares del hueso.

Fibras principales: lo más importante del ligamento periodontal son las fibras formadas por colágena, dispuestas en haces que siguen un recorrido ondulado, y se insertan en el hueso alveolar y el cemento, se les denomina fibras de Sharpey. Estas fibras no se llegan a unir, pero donde se cruzan se denomina plexo intermedio, que al mi -

croscopio electrónico se observa que es la mitad del ligamento parodontal.

Fibras del ligamento:

- a) Fibras del grupo de la cresta alveolar. - Van de la cresta ósea al cemento radicular. Su función es equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales ayudando a mantener el diente dentro del alvéolo.
- b) Fibras horizontales. - Se extienden en ángulo recto, respecto al eje mayor del diente o sea se encuentran perpendicularmente al eje longitudinal del diente. Su función es similar a las fibras del grupo anterior.
- c) Fibras oblicuas. - Son las más numerosas y las más importantes, ya que se encargan de transformar las fuerzas de presión que llegan al diente, en fuerzas de tensión al hueso. Se extienden desde el cemento en dirección coronal, y en sentido oblicuo respecto al hueso.
- d) Fibras apicales. - Se encuentran en forma de abanico o en forma radiada en el ápice radicular desde el cemento hacia el hueso, en el fondo del alvéolo, tienen por función proteger el paquete neurovascular.

- e) Fibras de bifurcación. - Son las que se encuentran en dientes birradiculares.
- f) Fibras de trifurcación. - Son las que se encuentran en dientes trirradiculares. Estas tienen la misma disposición que las que se abren en abanico.
- g) Fibras oxitalánicas. - No se sabe su función, se disponen principalmente alrededor de los vasos y se insertan en el cemento del tercio cervical de la raíz.

También se encuentran fibras elásticas, que se encuentran próximas a los vasos sanguíneos, por lo tanto, los vasos linfáticos y nervios dentro del espacio del ligamento.

También encontramos en el ligamento parodontal elementos celulares, como son los fibroblastos (formadores de colágena), células endoteliales, cementoblastos, osteoblastos, osteoclastos, macrófagos de los tejidos y cordones de células epiteliales, denominados "restos epiteliales de Malassez" o "células epiteliales en reposo".

Funciones del ligamento parodontal:

1. FUNCION FISICA:

- a) Se refiere a la transmisión de fuerzas oclusales hacia el hueso.

- b) Inserción del diente al alvéolo.
- c) Mantenimiento de los tejidos gingivales en la correcta relación con el diente.
- d) Protección a los tejidos blandos para evitar lesionar a los vasos sanguíneos y nervios, por las fuerzas mecánicas.
- e) Absorción de choques o disminución del impacto a las fuerzas oclusales.

## 2. FUNCION FORMADORA:

Está dada por las células blásticas que se encuentran en el ligamento parodontal. Los cementoblastos tienen la función de sintetizar la matriz orgánica que se denomina cementoide. El ligamento cumple las funciones de periostio para el cemento y el hueso. Las células del ligamento parodontal participan en la formación y reabsorción de estos tejidos, formación y reabsorción que se produce durante los movimientos fisiológicos del diente, en la adaptación del periodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones.

## 3. FUNCION NUTRITIVA:

La función nutritiva está dada por los vasos sanguíneos, que aportan sustancias nutritivas al hueso alveolar y encía, y provee también drenaje linfático.

#### 4. FUNCION SENSORIAL:

La inervación del ligamento periodontal da la sensibilidad táctil y propioceptiva por medio del cual se detectan y localizan las fuerzas externas que actúan sobre los dientes y los tejidos parodontales. Se llama propioceptiva porque permite a veces localizar el lugar de alguna presión, dolor, etc. Tiene un importante papel en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria.

#### C. CEMENTO RADICULAR.

El cemento es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica, tiene por función cubrir la dentuna y permite la inserción de las fibras.

Histológicamente existen dos tipos de cemento:

acelular      (Primario)

celular      (secundario)

Los dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas.

El cemento celular y el intercelular se disponen en láminas separadas por líneas de crecimiento paralelas al eje mayor del diente. Representan períodos de reposo en la formación de cemento y están más mineralizadas que el

cemento adyacente. Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de la estructura del cemento acelular, que desempeña un papel importante en el sostén del diente.

El cemento intermedio es una zona mal definida de la unión amelocementaria que contiene remanentes celulares de la vaina de Hertwing, incluidos en la sustancia fundamental calcificada.

El cemento se localiza, en el tercio apical de la raíz. El cemento acelular se localiza en el tercio medio y tercio coronal de la raíz, ambos tipos consisten en una matriz calcificada que contiene fibras colágenas dispuestas paralelamente a la superficie del diente.

En la unión amelocementaria existen tres clases de relaciones del cemento:

- a) El cemento cubre el esmalte en un 60 a 65 por 100 de los casos.
- b) Alrededor de un 30 por 100 hay unión de borde con borde.
- c) Y en un 5 a 10 por 100 el cemento y el esmalte no se ponen en contacto.

Y en el último caso, la recesión gingival puede ir acompañado de una sensibilidad acentuada porque la dentina queda expuesta.

**Funciones del cemento:**

1. Sirve de inserción a las fibras del ligamento.
2. Compensa el desgaste incisal, oclusal y funcional, aumentando en su porción apical, permitiendo la erupción continua de los dientes, ayudando a la renovación de la disposición de las fibras principales del ligamento.
3. Ayuda a la reposición de la raíz por fracturas simples.

**D. HUESO ALVEOLAR.**

Se llama proceso alveolar a la porción del maxilar o la mandíbula que forma los alvéolos dentales. Se compone de la pared interna del alvéolo, de hueso delgado, compacto, denominado hueso alveolar propiamente dicho (lámina criviforme), el hueso de sostén consiste en trabéculas reticulares (hueso esponjoso), y las tablas vestibulares y palatina de hueso compacto. El tabique interdentario consta de hueso de sostén encerrado en un borde compacto.

La pared del alvéolo adyacente al ligamento parodontal es delgada y relativamente densa, y se le denomina lámina dura o hueso alveolar.

**Existen tres tipos de hueso:**



- a) El que está en contacto con el ligamento periodontal, se le denomina también hueso fasciculado, -- porque permite la inserción de fibras.
  
- b) Hueso esponjoso.- Se encuentra en el septum o tabique interdentario, formado por hueso esponjoso que tiene numerosas perforaciones por donde atraviesan los vasos sanguíneos. El septum es el hueso que existe entre los dientes.
  
- c) Hueso cortical o compacto.- Es la parte externa de los dos procesos alveolares, está formado por hueso compacto, hueso duro, y es el que está cubierto por una membrana que se le denomina perostio.

El hueso que forma la parte externa e interna del -- proceso alveolar se le denomina cortical.

Se le denomina cortical interna a la palatina o lingual, y cortical externa a la que se encuentra en la cara vestibular del proceso alveolar.

Microscópicamente, el hueso está formado por lagunas óseas, que es donde se encuentran los osteocitos, están comunicados unos con otros por medio de canaliculos que se encuentran anastomosados unos con otros, formando lo que se llama Sistema de Havers.

Función:

El hueso propiamente dicho se adapta a las demandas funcionales de los dientes de manera dinámica. Se forma con la finalidad de sostener los dientes, y después de una extracción tiene tendencia a reducirse, como también lo hace el hueso de soporte.

La actividad celular que afecta a la altura, contorno y densidad del hueso alveolar se manifiesta en tres zonas:

1. Junto al ligamento periodontal.
2. En relación con el periostio de las tablas vestibular y lingual.
3. Junto a la superficie endóstica de los espacios medulares.

## CAPITULO II

## HISTORIA CLINICA

Para establecer el plan de tratamiento completo, es preciso hacer un examen minucioso. Tal examen contiene los siguientes elementos: entrevista, examen radiográfico y examen bucal toda la información obtenida se anotará en una ficha " historia clínica ", que es una manera simple de documentar. La confección de la ficha ayuda a la elaboración de un diagnóstico sopesado y el plan de tratamiento. Las apreciaciones se harán con mayor objetividad. Sobre la base de observaciones medidas. Los hallazgos del examen, el diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento, las cuales se relacionan directamente uno con el otro, se determinan con mayor exactitud.

Además del proceso patológico, el paciente desconoce otro peligro para la longevidad de la dentadura natural. Puede que no sepa que tiene enfermedad periodontal, o puede que no está motivado hacia su tratamiento. Es entonces cuando recae sobre el profesional la necesidad de educar al paciente y orientar su motivación. Eso es posible cuando fluye una relación adecuada entre el profesional y el paciente.

## ENTREVISTA

La entrevista brinda al odontólogo la oportunidad de establecer una relación, comenzar la educación del paciente y familiarizarlo con el estilo con que se realiza la práctica. Durante la entrevista se obtiene información referente a la molestia principal, la historia médica y la historia dental. Al mismo tiempo, se observa al paciente con la finalidad de hacer una valoración preliminar del individuo.

## ESTADISTICA BASICA

La estadística básica incluye el nombre del paciente, la dirección del domicilio y la comercial, números de teléfono, edad, sexo, estado civil y familiar, y ocupación. Todo esto tiene importancia. Proporciona información sobre el paciente y sus posibles antecedentes. Por la manera de responder; el dentista puede medir la inteligencia del paciente. Asimismo, puede apreciar el grado de cooperación del paciente. También es importante saber quién lo envía. Si el paciente fue enviado por otro paciente que tuvo tratamiento periodontal, es posible que se halle parcialmente informado sobre la enfermedad periodontal, y se requiere menos tiempo para la educación del paciente.

## MOLESTIA PRINCIPAL

¿Cuál es el motivo de la visita del paciente ? -  
¿ Siente dolor, incomodidad u otra molestia ? . Con frecuencia se presenta para una inspección de rutina. Sin embargo, habrá veces que se presenta con urgencia, con dolor, hemorragia o hinchazón. En estos casos, se atenderá la urgencia tan pronto como se determine su localización y su origen. Si no hay contraindicaciones médicas o precauciones que tomar, se pospondrá el resto de la entrevista. En todo caso, el odontólogo deseará saber cuando comenzó la lesión y si se produjo anteriormente.

## HISTORIA MEDICA

Para determinar el estado médico de un paciente nuevo, el paciente llena un cuestionario antes de la entrevista propiamente dicha. El que sigue es un cuestionario tipo. Es solo una guía para obtener una historia médica completa. Algunos profesionales prefieren un cuestionario; otros trabajan sin estas guías impresas.

## HISTORIA DENTAL

Cuando la molestia principal no es de naturaleza urgente, anótese, con las propias palabras del paciente, la historia de la enfermedad bucal presente desde su comienzo hasta el momento actual.

En algunos casos será evidente el hecho de que el paciente es estoico y ha restado importancia a una situación de urgencia. Por el contrario, un paciente ansioso puede presentar como urgencia lo que en realidad es una pequeña molestia. Toda la información que brinde el paciente se seguirá mediante preguntas hechas en un orden lógico para aprender lo más posible.

Algunos examinadores particularmente sagaces hacen la misma pregunta de dos maneras diferentes para constatar la veracidad de las preguntas.

La historia dental ha de incluir todos los tratamientos dentales realizados en el pasado ( ortodoncia, aparatos de prótesis, eliminación de dientes retenidos). Además, la historia incluirá datos como los que siguen: fechas aproximadas del tratamiento periodontal anterior raspaje radicular, curetaje, cirugía gingival, cirugía ósea, ajuste oclusal, ferulización, instrucciones sobre el cuidado bucal casero ). Anótese la historia de las molestias anteriores (hemorragia gingival, abscesos periodontales, dolor, ardor, mal gusto, mal aliento, migración dentaria patológica). Interróguese al paciente

respecto a la velocidad de neoformaciones de pigmentaciones y depósitos calcificados. Se harán anotaciones como las siguientes: " Las encías sangran al cepillar ", " dolor de encías ", " algún diente flojo ", " algunos dientes se mueven ", " dientes extremadamente sensibles al frío ", " mal aliento o mal gusto " (síntomas subjetivos).

#### CONSULTA MEDICA

A veces, después de la entrevista, el dentista considera que hay que realizar pruebas de laboratorio o que es conveniente una consulta médica. Pueden estar indicados frotis sanguíneos, biopsias, análisis de sangre y análisis de orina. Cuando se requiere consulta médica, el dentista se pondrá en contacto con el médico del paciente. El examen clínico se hafa después de la entrevista.

#### EXAMEN INTRABUCAL

El examen intrabucal comprende la inspección de los tejidos blandos (incluso la encía) los dientes, la oclusión y la articulación temporomandibular. Se tomarán radiografías seriadas de toda la boca. Además, son de utilidad modelos de estudio y fotografías de Kodachrome. Puede precisarse probar la vitalidad pulpar de los dientes. Hay que anotar la fecha del examen. Todos los datos se anotarán -

con cuidado, porque forman parte de la fecha general del paciente, y hay que guardarlos en forma sistematizada para poder consultarlos con facilidad y no perderlos.

### EXAMEN RADIOGRAFICO

Las radiografías son de gran valor diagnóstico en periodoncia cuando la angulación de la proyección y la regulación de la densidad han de corregirse para mostrar patrones trabeculares y cambios discretos en la densidad ósea. Las radiografías proporcionan la siguiente información:

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 entre corona y raíz.
7. Forma y longitud de la raíz.



8. Caries, calidad general de las restauraciones y de p<sub>ó</sub>sitos grandes de cálculo.
9. Localización del seno maxilar respecto a la cresta alveolar.
10. Dientes ausentes, dientes supernumerarios y retenidos.

Las radiografías son la representación bidimensional de estructuras tridimensionales. Son muy útiles como elementos de diagnóstico cuando se las correlaciona con el examen bucal visual, sondeo clínico y anotación de las bolsas.

En conclusión se ha de investigar y registrar la historia clínica general del paciente. Se ha de proceder con un especial cuidado para descubrir cualquier enfermedad que pueda afectar al tratamiento o a la evolución de la periodontopatía o poner en peligro la vida del paciente. El examinador ha de aclarar si el paciente es alérgico o hiper-sensible a los agentes anestésicos locales y otros medicamentos que quepa utilizar durante el tratamiento. Se toma nota de la historia odontológica; se han de incluir en la misma las condiciones orales anteriores y el origen y desarrollo de los síntomas actuales. Gran parte de estos datos pueden recogerse durante los comentarios sobre una enfermedad oral actual.

Los síntomas subjetivos son las anomalías observadas por el paciente. Los trastornos orgánicos suelen originar síntomas precisos, pero los trastornos nerviosos o emocionales acostumbran ser expuestos por los enfermos como molestias imprecisas y sin relaciones claras con los otros datos. Los síntomas objetivos o signos son modificaciones o anomalías evidentes para el examinador. La historia puede conducir al descubrimiento de problemas inusitados en casos al parecer corrientes.

A continuación vamos a presentar una historia médica, y una historia con datos más específicos que interesan al parodontista.

HISTORIA CLINICA MEDICA GENERAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio  
Particular: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Edad:

Márquese si es:

soltero, casado, viudo, separado, divorciado.

Márquese el último año de estudio:

1 2 3 4 5 6 7 8      Elemental

1 2 3 4      Secundaria

1 2 3 4 5 6 7 8      Universidad

¿Cuál es su ocupación ? \_\_\_\_\_

Instrucciones: Si su respuesta es positiva, hágase un círculo en el SI. Si su respuesta es negativa hágase un círculo en el NO. Contéstese todas las preguntas.

Las respuestas a las preguntas que siguen son solo para nuestro registro, y se considerarán confidenciales.

1. ¿ Se halla en tratamiento médico ahora ? ..... NO SI
2. ¿ Está tomando medicamentos ahora ? ..... NO SI
3. ¿ Ha sido examinado por el médico el último año?. NO SI
4. ¿ Hubo algún cambio en su salud general el último año ? NO SI
5. ¿ Ha estado enfermo de gravedad ? ..... NO SI
6. ¿ Ha estado hospitalizado ? ..... NO SI
7. ¿ Se le han hecho operaciones grandes ? ..... NO SI
8. ¿ Se le han hecho transfusiones de sangre ? ..... NO SI
9. ¿ Ha tenido algunas de las siguientes enfermedades ? NO SI

- Fiebre reumática ..... NO SI
- Reumatismo inflamatorio ..... NO SI
- Ictericia (piel y ojos amarillos)..... NO SI
- Tuberculosis ..... NO SI
- Enfermedades venéreas ..... NO SI
- Ataque cardíaco ..... NO SI
- Apoplejía ..... NO SI
- 10. ¿ Le dijo alguna vez al médico que tenía un -  
murmullo cardíaco ? ..... NO SI
- 11. ¿ Tuvo asma o fiebre alta ? ..... NO SI
- 12. ¿ Ha tenido ronchas o erupciones en la piel ? . NO SI
- 13. ¿ Ha experimentado reacciones poco comunes con  
alguna de las siguientes drogas ? ..... NO SI
- Aspirina ..... NO SI
- Penicilina ..... NO SI
- Yodo ..... NO SI
- Sulfonamidas (sulfa)..... NO SI

- Barbitúricos (pastillas para dormir)..... NO SI
- ¿ Otros medicamentos ? ..... NO SI
14. ¿ Ha experimentado reacciones a la anestesia -  
dental ? ..... NO SI
15. ¿ Tiene diabetes (enfermedad de la azúcar) ?.. NO SI
16. ¿ Tiene presión alta ? ..... NO SI
17. Cuando se corta, ¿ sangra mucho tiempo ? ..... NO SI
18. ¿ Recibió lesiones en la cara o en los maxila\_  
res ? ..... NO SI
19. ¿ Se le ha hecho tratamiento quirúrgico, o de\_  
rayos X por tumor, agrandamiento u otra lesión  
en la boca o labios ? ..... NO SI

Revisión de sistemas:

20. ¿ Sufre dolores de cabeza con frecuencia ? ... NO SI
21. ¿ Tiene molestias en los ojos ? ..... NO SI
22. ¿ Tiene trastornos en los oídos ? ..... NO SI
23. ¿ Se resfría con frecuencia ? ..... NO SI

24. ¿ Tiene afecciones sinusales ?..... NO SI
25. ¿ Le sangra la nariz ? ..... NO SI
26. ¿ Tiene dolores de garganta frecuentes ?..... NO SI
27. ¿ Tiene algún diente sensible ? ..... NO SI
28. ¿ Tuvo alguna vez dolor dentario ? ..... NO SI
29. ¿ Le sangran las encías ? ..... NO SI
30. ¿ Tiene ampollas labiales o herpes labial con frecuencia ? ..... NO SI
31. ¿ Tuvo dolor bucal intenso ? ..... NO SI
32. ¿ Le cuesta abrir la boca tanto cuanto quisiera? ..... NO SI
33. ¿ Hace ruido la mandíbula cuando mastica ? .. NO SI
- Cardiorrespiratorio
34. ¿ Le duele el pecho al hacer ejercicio ?..... NO SI
35. ¿ Queda sin aliento con ejercicios suaves ?.. NO SI
36. ¿ Se le hinchan los tobillos ? ..... NO SI

37. ¿ Tiene tos persistente ?..... NO SI

38. ¿ Tosió alguna vez sangre ?..... NO SI

**Gastrointestinal**

39. ¿ Ha cambiado su apetito recientemente?..... NO SI

40. ¿ Hay alguna comida que no pueda comer ?.... NO SI

41. ¿ Tiene dificultad para tragar ?..... NO SI

42. ¿ Tiene indigestiones frecuentes ?..... NO SI

43. ¿ Vomita con frecuencia ?..... NO SI

**Genitourinario**

44. ¿ Tiene enfermedades renales ?..... NO SI

45. ¿ Orina más de seis veces al día ?..... NO SI

46. ¿ Está sediento gran parte del tiempo ?..... NO SI

**Huesos y articulaciones**

47. ¿ Ha tenido dolor o inflamación de las articu  
laciones ? ..... NO SI



**Neuromuscular**

48. ¿ Tiene entumecimientos o zonas punzantes de la piel ? ..... NO SI
49. ¿ Sufre ataques o convulsiones ? ..... NO SI
50. ¿ Tiene tendencia a desvanecerse ?..... NO SI

**Hematología**

51. ¿ Tiene contusiones con facilidad ?..... NO SI
52. ¿ Tiene trastornos sanguíneos tales como anemia ? ..... NO SI

**Endocrinos y metabolismo**

53. ¿ Le molesta el tiempo caluroso más que a otras personas que conoce ? ..... NO SI
54. ¿ Es excesivamente nervioso ? ..... NO SI
55. ¿ Se cansa con facilidad ? ..... NO SI

**Mujeres**

56. ¿ Está embarazada en la actualidad ?..... NO SI

57. ¿ Ha pasado la menopausia ?..... NO SI

58. ¿ Son irregulares sus periodos menstruales?. NO SI

HISTORIA PERIODONTAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Remitido por: \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dentista del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección comercial: \_\_\_\_\_

Nombre de la firma: \_\_\_\_\_

Médico del paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

E.A. (enfermedad actual y duración) \_\_\_\_\_

¿ Sigue Ud. algún tratamiento médico ? \_\_\_\_\_

¿ Por qué ? \_\_\_\_\_

¿ Toma Ud. alguna medicación? \_\_\_\_\_

¿ Qué clase de medicación ? \_\_\_\_\_

¿ Ha padecido Ud. algunas de las enfermedades siguientes ?

Fiebre reumática aguda \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_

Ataques cardíacos \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_

Hepatitis Infecciosa \_\_\_\_\_

¿ Ha presentado en alguna ocasión una hemorragia anormal o excesiva a consecuencia de alguna herida ? \_\_\_\_\_

¿ Ha padecido alguna enfermedad importante o ha sido operado durante los últimos cinco años ? \_\_\_\_\_

¿ Ha tomado Ud. alguna vez preparados de tipo cortisónico ?

\_\_\_\_\_

¿ En caso afirmativo ¿ por qué y durante cuánto tiempo ?

\_\_\_\_\_

¿ Es Ud. alérgico a alguno de los preparados siguientes ?

Medicamento

Tipo de reacción

- a) Cutánea
- b) Gastrointestinal
- c) Choque Asmático

Aspirina	_____
Codeína	_____
Demerol	_____
Barbituratos (Nembutal-Seconal)	_____
Penicilina	_____
Preparados "micina"	_____
Preparados sulfamídicos	_____

¿ Ha presentado Ud. alguna vez una reacción a la anestesia local ? \_\_\_\_\_

¿ Rechina Ud. los dientes o los cierra con demasiada fuerza ? \_\_\_\_\_ ¿ Lo hace Ud. durante el sueño ? \_\_\_\_\_

¿ Durante el día ? \_\_\_\_\_.

¿ Nota Ud. cansancio en los músculos faciales al despertar ? \_\_\_\_\_

¿ Se disloca la mandíbula al abrir mucho la boca ? \_\_\_\_\_

¿ Le duele ? \_\_\_\_\_

¿ Presenta Ud. herpes febril después del tratamiento dental ? \_\_\_\_\_

¿ Tiene Ud. los dientes sensibles ? \_\_\_\_\_

¿ Qué dentrítico usa ? \_\_\_\_\_

## CAPITULO III

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

La etiología es el estudio o teoría de las causas de una enfermedad.

Existen factores predisponentes que favorecen la aparición de una enfermedad parodontal, causas existentes -- que realmente estimulan la enfermedad y factores perpetuantes que tienden a prolongarla a hacer que pase a la cronicidad. Los factores modificantes, como indica su nombre, alteran el curso de la afección una vez se ha establecido. La enfermedad invasora es producida por múltiples y complejos factores; estos factores pueden ser metabólicos, irritativos e infecciosos.

El agente etiológico primordial de la enfermedad periodontal sin el cual no se desarrolla la enfermedad periodontal, es la acumulación de bacterias patológicas y de sus productos en la encía marginal, lo que origina una inflamación inespecífica. Sin embargo, hay cierto número de personas cuyos tejidos periodontales resisten el ataque de estos agentes. En estos individuos la placa bacteriana no induce gingivitis, resorción ósea ni formación de bolsas. Tales personas presentan una resistencia extraordinaria a las enfermedades periodontales e incluso en los casos en que la enfermedad es evidente, sus progresos son lentos y pueden corregirse fácilmente.

## A) FACTORES LOCALES.

- a) Placa dental o bacteriana.- Los dientes se hallan expuestos a un ambiente complejo en la boca y sobre la superficie dental se forman diversos compuestos orgánicos. Sobre un diente acabado de limpiar se forma en pocos minutos la exposición a la saliva una "película adquirida". Es una capa delgada, clara, acelular exenta de bacterias, casi invisibles. A medida que la película madura se hace más gruesa y puede pigmentarse.

Después de la formación de la placa dental o bacteriana se forma una colonización bacteriana en la superficie de la película adquirida. La placa bacteriana es una matriz proteínica blanda, en la cual se hallan en suspensión muchas bacterias de varios tipos. Se forma sobre la película adquirida de 12 a 24 horas. Este producto del crecimiento bacteriano, se encuentra completamente adherido a la superficie del diente, y presenta una forma arquitectónica definida cuando se estudia histológicamente. La composición de la dieta afectada a la formación de la placa y a su relación con la caries dental y la enfermedad periodontal. Para que se inicie la enfermedad periodontal destructiva crónica, es esencial la formación de la placa.

- b) Cálculo dental.- La placa bacteriana orgánica -

es un precursor y parte integral del cálculo, - pero la formación de la placa no produce necesariamente el desarrollo de un cálculo. La mineralización de la placa puede verse influida por - factores salivales desconocidos y por la acción bacteriana.

La presencia de placa y cálculo no siempre causa una enfermedad periodontal progresiva. La calidad de la placa puede afectar el grado de -- irrigación que provoca.

El proceso de la formación del cálculo se inicia con un depósito de material orgánico blando sobre la superficie del diente. Esta película - de mucina y bacterias se impregna de sales de - calcio y se transforma en una acreción calcificada.

El cálculo, supragingival o subgingival, causa la irritación del tejido gingival, que está en contacto con él. Quizás esta irritación sea generada por los productos derivados de los microorganismos, o por fricción mecánica de la superficie dura e irregular del cálculo. Además de - la posibilidad del daño físico del cálculo sobre la encía por fricción, se sugirió que la estimulación natural o el masaje de la encía por los alimentos durante la masticación es impedida por la presencia de una masa calcificada de cálculos. Esto predispone a la formación de un



epitelio mal queratinizado, y permite el ataque bacteriano con mayor facilidad.

El cálculo se deposita dentro de la placa bacteriana y se adhiere firmemente al diente coronal con respecto al borde gingival, o bien en el surco o bolsa gingival. Los depósitos supragingivales del cálculo pueden causar atrófia, sin que lleguen a formarse bolsas por destrucción de la pared gingival a medida que se forma el depósito. El cálculo subgingival se forma únicamente cuando hay inflamación gingival y los depósitos constituyen un factor agravante. El cálculo es a la vez, un irritante mecánico y bacteriano que tiene una posición fija sobre la superficie del diente. En la superficie y en el interior del cálculo se multiplica una masa microbiana que elabora incesantemente productos tóxicos que infiltran el epitelio adyacente y causan una respuesta inflamatoria inespecífica. La encía puede ponerse turgescente por el edema, y si la tumefacción se desarrolla en dirección a la corona, aumenta la profundidad del sulcum. La masa del cálculo aumenta de tamaño y cubre una área mayor, y a medida que la bolsa gana en profundidad en sentido apical, el cálculo continúa depositándose en su base.

El cálculo es un irritante mecánico, así como bacteriano y químico. La encía es comprimida contra la superficie áspera durante la masticación.

ción y el cepillado de dientes y también por -- los movimientos de los labios, mejillas, lengua y dientes.

c) **Materia alba.**- La materia alba, es una masa de residuos blanda, blanquecina, que contiene elementos hísticos muertos, principalmente células epiteliales, leucocitos y bacterias, retenidos en los dientes y encías y que pueden penetrar en el sulcum. Se trata, en efecto, de un medio de cultivo que contiene una elevada concentración de bacterias. La materia alba es un agente irritante químico y bacteriano grave que actúa sin cesar, a menos que sea eliminada mediante el cepillado de los dientes o por otros instrumentos usados en la práctica de la higiene oral personal. La materia alba no tiene forma arquitectónica específica y no sigue a la base de la bolsa a medida que se hace más profunda.

d) **Irritación mecánica.**- Las anomalías anatómicas dentarias o gingivales que interfieren el mecanismo natural de movilización de la masa alimenticia constituye un factor predisponente a la periodontitis. La inserción del frenillo en el borde gingival dificulta la circulación del alimento y la higiene oral en esta zona. El movimiento del labio causa la retracción del borde gingival y permite la acumulación de restos alimenticios y de materia alba entre el diente y la encía.

Un irritante local débil puede causar un engrosamiento del borde gingival, que impide la movilización correcta del alimento y que gradualmente origina irritación bacteriana, química y mecánica. El ligero aumento de volumen del margen hace que el tejido sobresalga de los relieves protectores de la corona, de tal modo que la masa alimenticia choca contra la encía libre y causa irritación mecánica, así como retención de alimentos. Las porciones retenidas actúan como pábulo de las bacterias.

- e) Restauraciones o aparatos inadecuados o irritantes.-Las restauraciones inadecuadas actúan como irritantes de los tejidos gingivales e inducen de esa manera una gingivitis. Los márgenes desbordantes de restauraciones proximales irritan directamente la encía, además de fomentar la acumulación de residuos alimenticios y microorganismos que añaden otra agresión a estos tejidos. También las restauraciones mal contorneadas producen irritación gingival al causar acumulación de alimentos y excursiones anormales de la comida contra la encía durante la masticación. Las prótesis o aparatos de ortodoncia que invaden los tejidos gingivales producen gingivitis tanto por la presión en sí como por el atrapamiento de alimentos y microorganismos.

- f) Papel de la infección en la etiología.- En la -

periodontitis la infección no se debe a una sola especie de microorganismos, sino a la concentración de los microorganismos orales. La boca, las vías respiratorias altas, el tracto gastrointestinal inferior y la piel poseen una flora bacteriana que es "normal" y no obstante es una fuente potencial de infección.

Desde el punto de vista biológico se define la infección como la presencia de microorganismos en la superficie o en el interior de los tejidos del huésped, con independencia de que originen o no efectos patológicos apreciables. La infección precede a la enfermedad infecciosa pero no suele originar un proceso progresivo.

- g) Factores ambientales favorables para el desarrollo bacteriano.- Las bacterias constituyen el factor aislado más importante en la etiología de la enfermedad periodontal. Son retenidas en los dientes por el cálculo, la materia alba, las palancas y las colonias o agrupaciones de microorganismos (zoogreas). La flora oral completa exige la presencia de un surco gingival, especialmente para el desarrollo de los miembros anaerobios característicos. La flora está disminuida, tanto en la boca preedéntula como en la edéntula.

Toda la cavidad oral -dientes, lengua, paladar,

mejillas, encías y amígdalas -está cubierta-  
 por una sustancia proteínica que Black denominó  
 aglutinina o zooglea, lo que significa goma vi-  
 va. La cantidad de esta película adherente va -  
 ría mucho en las diferentes personas y es bas-  
 tante más abundante en las bocas cuyo periodon-  
 to está enfermo. Esta sustancia semejante a un-  
 gel, cubre y protege a las bacterias. Arnim dió  
 la siguiente descripción de la posición ocupada  
 por las distintas sustancias bacterianas; empe-  
 zando por la superficie del diente está el - -  
 cálculo hay un entretejido de formas filamento-  
 sas fuertemente adheridas al cálculo, cuando --  
 falta éste, se fijan sobre la superficie del -  
 diente. Microorganismos móviles, como las espi-  
 roquetas y los fusiformes, entran y salen libre-  
 mente en el lecho filamentosos. En esta capa pa-  
 recida a un césped, tienen su alojamiento vi --  
 brios, tricomonas, leucocitos y células epitelia-  
 les. Estos microorganismos están cubiertos y -  
 protegidos por el gel de la zooglea que forma -  
 una barrera osmótica semipermeable invisible, -  
 pero eficaz entre la comunidad y su alrededor -  
 inmediato.

En la gingivitis y periodontitis se observan --  
 bacterias en la superficie y en el surco gingi-  
 val, y algunos autores e investigadores las han  
 hallado en el tejido conjuntivo. Es poco proba-  
 ble que puedan existir bacterias en la lámina -  
 propia sin originar una respuesta inflamatoria-

por parte del huésped.

La flora dominante en la boca cuidada es anaerobia y facultativa, y en la boca descuidada, es anaerobia y origina putrefacción. La putrefacción de las proteínas de la saliva de desarrollo más rápidamente en la boca afectada de periodontitis que en la boca sana.

Las bacterias corrientemente no invaden el tejido sano intacto. La encía a menudo es traumatizada por raspaduras, abrasiones, punciones y desgarros que proporcionan una puerta de entrada a las bacterias, pero las fases iniciales de la enfermedad periodontal suelen comenzar en el surco gingival. Sin embargo, el surco gingival proporciona un hábitat a las bacterias que no existen en ninguna parte; la enfermedad que causa la destrucción del periodonto constituye una afección única en su género.

La respiración bucal y la falta de cierre de los labios deshidratan la encía. También producen la desecación de los restos adheridos a los dientes, lo cual hace que sea más difícil eliminarlos. Las bacterias y sus productos se concentran porque no son diluidos por la saliva y se convierten en fuente de irritación que viene a sumarse a la deshidratación.

Las bacterias encuentran resistencias diferentes en cada paciente y también es distinta la resistencia en las diversas partes de la boca. Estas diferencias explican, en parte, los caracteres clínicos variables de la periodontitis. La masticación de alimentos crudos y fibrosos ejercen una acción limpiadora y promueve la queratinización, pero no elimina de manera eficaz la placa bacteriana. La viscosidad de la saliva y la actividad de la lengua, labios y mejillas influyen sobre el estado de la higiene oral; y por consiguiente, en la salud del periodonto.

- h) Malposición dental.- Se denomina traumatismo periodontal a la lesión mecánica producida en el periodonto por una fuerza excesiva. La fuerza puede obedecer a la oclusión enérgica de los dientes, a movimientos ortodónticos o a un hecho accidental.

La oclusión desempeña un papel importante en la etiología de la enfermedad periodontal, además de traumatizar las estructuras de sostén, debido a que las somete a fuerzas excesivas. Los dientes apiñados, que se superponen en parte, facilitan el estancamiento de residuos al dificultar la limpieza natural y artificial.

El desgaste producido por hábitos o compulsiones, tales como el bruxismo, va acompañado de traumatismo periodontal que lesiona el aparato

de fijación.

La pérdida de los dientes, la caries y las irregularidades alteran la anatomía desviadora natural que debe proteger a las papilas y bordes gingivales contra los traumatismos.

- i) Aplicación de sustancias químicas o drogas.- Muchas drogas son capaces por lo menos potencialmente de producir gingivitis, en particular una gingivitis aguda, debido a una acción irritante directa local o sistemática. Así por ejemplo, fenol, nitrato de plata, aceites volátiles o aspina, colocados sobre la encía provocarán una reacción inflamatoria. Otros medicamentos como Dilantina, producen alteraciones gingivales al ser administrados por vía sistemática.

#### B) FACTORES GENERALES.

Las enfermedades generales, como la diabetes, actúan como factores modificantes, pero no causan periodontitis. Los factores generales pueden modificar la reacción inflamatoria del periodonto: --

- 1) Alterando la defensa natural contra los irritantes; 2) Limita la capacidad de reparación del tejido; 3) Causa una respuesta hística anormal por hipersensibilidad y 4) Modifica la estabilidad nerviosa del paciente de modo que interviene un nuevo factor que es la tensión o sobreesfuerzo.



- a) Diabetes.- Repetidas veces se comunicó la asociación de diabetes mellitus con enfermedad periodontal avanzada, especialmente en las personas jóvenes. Somos incapaces de probar que la diabetes es una causa específica de enfermedad periodontal avanzada, existen diabéticos que poseen estructuras periodontales normales. Sin embargo, hay que reconocer que en la diabetes no controlada están afectados muchos procesos metabólicos, incluso los que actúan en la resistencia a la infección o el trauma. El diabético no controlado puede, por ejemplo, sufrir de úlceras crónicas persistentes en la piel de piernas, presumiblemente porque la resistencia está disminuida y toda irritación menor como el traumatismo o infección bacteriana de la piel generará una lesión mayor que en una persona normal.

Se conocen trastornos del metabolismo como la: diabetes mellitus, el almacenamiento de glucógeno y la inanición que se caracterizan por cetosis, y las personas afectadas de cualquiera de ellos son anormalmente susceptibles a las infecciones bacterianas y micóticas progresivas.

- b) Factores hormonales.- Se ha comprobado que los trastornos hormonales afectan al periodonto. Durante la gestación la gingivitis preexisten

te tiende a intensificarse y puede modificar su carácter. La gingivitis descamativa crónica es una enfermedad rara que se observa principalmente en las mujeres en la época de la menopausia. La hiperplasia de la encía marginal se da con mayor frecuencia durante la pubertad, en la cual puede haber un desequilibrio endócrino temporal. La intensidad de la gingivitis puede variar con los períodos menstruales. Con todo, raras veces es posible demostrar signos de desequilibrio endócrino, excepto durante el embarazo. Todos estos períodos discurren paralelamente con los aumentos de tensión emocional.

- c) **Tastornos nutricionales.**- En la ingesta, la absorción y la utilización adecuada de diversas vitaminas, minerales y otras sustancias nutritivas son esenciales para el mantenimiento de un período normal.

Los desequilibrios dietéticos y nutritivos predisponen en ocasiones a la infección, y la infección puede precipitar o agravar los trastornos nutritivos. Al estudiar el efecto de la dieta sobre la enfermedad periodontal se consideran dos efectos locales; la acción limpiadora o detergente del alimento durante la masticación y también su acción como nutriente o sustrato para la placa bacteriana.

- d) Fenómenos psíquicos.- Los factores ambientales y de otro tipo someten al organismo a tensiones generales y locales.

Los factores emocionales pueden ejercer una acción directa sobre el periodonto por la reacción contra la tensión o una acción indirecta debida a uno o más factores como: higiene descuidada, dieta inadecuada, insomnio, consumo excesivo de tabaco. El stress y los trastornos emocionales pueden influir sobre la función del sistema inmunológico a través del sistema nervioso central.

- e) Herencia.- La herencia puede ser un factor intrínseco en la enfermedad periodontal, porque existe una tendencia familiar a la misma, pero ésta susceptibilidad también corresponde a áreas en que no suele practicarse la higiene oral. La relación entre la enfermedad del periodonto y la presencia de residuos alimenticios es manifiesta y constante. Sin embargo, la relación actual entre caracteres heredables puede ser modificada por el medio, tanto interno como externo porque independientemente de la etiología, toda enfermedad es modificada por factores ambientales genéticos no relacionados directamente con su causa. Muchas enfermedades son causadas por una secuencia de mecanismos, cada uno de los cuales lleva de manera

más o menos inevitable, lo que depende de su -  
duración, del paciente, del ambiente y del grado  
de severidad de la enfermedad.

## CAPITULO IV

## CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

En realidad no existe ninguna clasificación por todos aceptada de las enfermedades periodontales, y por lo tanto hay diferencia de opiniones, se necesita una clasificación, y esas diferencias no son insalvables.

Las enfermedades periodontales siguen el mismo proceso que las enfermedades de otros órganos del cuerpo. Sin embargo, hay pequeñas diferencias que es preciso reconocer y designar adecuadamente. Incluso los cambios tisulares patológicos básicos son los mismos que en otros órganos. Según los principios de la patología general, hay tres grandes reacciones tisulares: inflamatoria, distrófica y neoplásica.

Dentro del campo terapéutico de la periodoncia hay pocas alteraciones neoplásicas. Sin embargo, los factores ambientales, dictan la inclusión de otra y diferente categoría de reacción patológica en periodontología, el trauma.

Por el hecho de que el periodonto está constantemente expuesto a las fuerzas oclusales hay que prestar atención a las reacciones patológicas generadas por esas fuerzas. Por ello, se incluye la tercera categoría de reacciones patológicas, y el estado mórbido se conoce como trauma periodontal. Así pues la clasificación es de la siguiente manera.

- INFLAMATORIAS:** Gingivitis y periodontosis
- DISTROFICAS:** Estados degenerativos atróficos,  
Recesión por falta de uso.  
Hiperplasia gingival.
- TRAUMATICAS:** Trauma periodontal primario y secundario.
- ETIOLOGIA**  
**DESCONOCIDA:** Periodontosis.

Otro ejemplo de la clasificación de enfermedad periodontal es el siguiente:

Inflamación	Distrofia (retrogresiva)
Gingivitis	Traumatismo Periodontal
Periodontitis	Gingivosis
	Periodontosis

#### Neoplasias

Toda enfermedad neoplásica que afecta al periodonto.

#### Anomalías

Todas las anomalías que afecten a los dientes y al periodonto.

## CLASIFICACION CLINICA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

La enfermedad periodontal comprende como mínimo 4 en  
tidades clínicas distintas:

1. Gingivitis marginal.- Que suele ser una hiperemia indolora del borde gingival sin supuración ni destrucción de la superficie.
2. Gingivitis ulcerosa.- Que es un proceso inflamatorio más agudo que la gingivitis marginal, con necrosis de zonas pequeñas o grandes de la superficie gingival expuesta.
3. Periodontitis.- Que es una destrucción crónica - que penetra por el surco gingival y se aproxima a las raíces dentarias, formando bolsas y acompañado de fenómenos inflamatorios y de supuración de grado variable, desde oculta a profusa. El hueso subyacente sufre una absorción lenta y el manguito epitelial fijo migra en dirección apical, recubiendo a la raíz en los puntos en que han quedado destruídas las fibras del ligamento periodontal.
4. Traumatismo periodontal.- Lesiona el ligamento periodontal. Cuando es intenso puede producir absorción del hueso alveolar y movilidad de los dientes, y absorción de la raíz, pero no determina la formación de bolsas ni alteraciones superficiales de ningún tipo. Si continúa durante mucho tiempo y es severo puede causar absorción del hueso de -

sostén adyacente al hueso alveolar.

#### CLASIFICACION CLINICA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Enfermedades que afectan a la superficie de la encía.

Inflamación sin destrucción de la superficie.

Gingivitis marginal.

Gingivitis difusa generalizada.

Hiperplasia gingival.

Inflamación con destrucción de la superficie.

Gingivitis ulcerosa necrótica.

Gingivoestomatitis herpética.

Gingivitis descamativa.

Ulceras orales.

Enfermedades que afectan a las estructuras profundas.

Enfermedad periodontal destructiva crónica o periodon\_ titis.

Abceso periodontal.

Traumatismo periodontal.

Traumatismo primario.

Traumatismo secundario.

Es de suponerse que para conocer la enfermedad perio\_ dental debemos conocer los signos clínicos de salud perio\_ dental que a continuación mencionaremos.

Por que de lo contrario nuestro diagnóstico sería -- errático.



## SIGNOS CLINICOS DE SALUD PERIODONTAL

La encía sana tiene un color rosa coral por que su opacidad impide que sean visibles los capilares subyacentes. La porción principal la forma la encía adherida y debido a la acción de enlace de las fibras gruesas de colágena con el corión gingival su superficie presenta el aspecto de "piel de naranja o graneada". Posee una cubierta protectora córnea, el estrato córneo, similar al de la piel, que resiste la agresión de los alimentos bastos y del cepillado demasiado enérgico.

La encía desciende casi verticalmente desde la corona del diente. Es este un rasgo anatómico esencial del mecanismo de deslizamiento de la masa alimenticia que junto con las secreciones orales ha de asegurar la autolimpieza de la cavidad oral. El vestíbulo ha de tener la profundidad suficiente para permitir que el alimento pase por encima de la encía fija hasta los fondos de saco vestibulares; de no ser así el alimento podría quedar retenido en la zona marginal. La mucosa vestibular roja está separada de la encía por la línea mucogingival, ondula excepto en el paladar duro en que no hay una línea precisa de demarcación.

Para que encontremos una arquitectura casi ideal el tejido debe ser firme, rosado y denso, con bordes afilados y papilas bien formadas que impiden que el alimento se acumule en la región cervical. El contorno de la encía está determinado en gran parte por el contorno del hueso y de los dientes subyacentes. Las variaciones de la forma, tamaño y disposición de los dientes y las anomalías del proceso alveolar influyen sobre el perfil gingival. El fino bor

de libre de la encía marginal normalmente está protegido por el contorno de la corona del diente.

### GINGIVITIS SIN DESTRUCCION DE LA SUPERFICIE

#### Gingivitis marginal:

La inflamación clínicamente visible casi siempre forma parte de la enfermedad gingival, debido a la presencia constante de microorganismos. También suelen encontrarse irritantes locales, como restos alimenticios o cálculos.

La reacción inflamatoria puede estar localizada en el tejido que rodea a uno o más dientes.

La intensidad de la reacción inflamatoria depende de la constitución orgánica y hereditaria del paciente así como de la duración e intensidad de la irritación local. Raras veces se observan los efectos de una enfermedad general sobre la encía a menos que exista simultáneamente irritación local: en tal caso, la reacción es mayor que la que produciría el irritante actuando aisladamente. La enfermedad general y los trastornos hormonales actúan como factores modificantes.

La recesión del borde gingival se observa con frecuencia sobre las raíces prominentes, en áreas de "absorción por el cepillado" y en los puntos en que las fibras musculares o el frenillo se insertan muy cerca del borde gingival. En las enfermedades la encía puede estar tume -

facta, desviada o retraída. La encía normal tiene una consistencia firme, pero puede ponerse turgente, o dura en presencia de una inflamación o de una hipertrofia.

Uno de los primeros signos de enfermedad es la pérdida del aspecto graneado debido a la destrucción de las fibras gingivales. La superficie se torna brillante, abollada o forma gruesos gránulos. La coloración puede ser roja en caso de inflamación aguda o, si la inflamación data de largo tiempo, puede tomar un matiz magenta. De todos modos, la ausencia de los síntomas clásicos no descarta la existencia de una enfermedad.

#### GINGIVITIS DIFUSA GENERALIZADA

La gingivitis difusa generalizada afecta a toda la encía y a la mucosa alveolar y desaparece la línea de separación entre ambos tejidos. Este tipo de gingivitis se da en pacientes con una enfermedad general que intensifica la reacción, pero también se observa frecuentemente como extensión del proceso inflamatorio producido por irritantes superficiales en el área marginal.

Esta vía natural del proceso inflamatorio sigue el tejido conjuntivo que sostiene a los vasos sanguíneos de la zona.

#### AUMENTO DE VOLUMEN DE LA ENCIA

El aumento de volumen de la encía constituye un sig\_

no clínico corriente de enfermedad gingival. Los tejidos aumentan de volumen por hipertrofia y por hiperplasia.

Es conveniente diferenciar los estados periodontales hiperplásticos e hipertróficos. Hiperplasia es el aumento del tamaño de un órgano o de sus partes, se caracteriza por el aumento del número de elementos celulares del órgano, y por que no desempeña sus funciones. Hipertrofia, -- que es un crecimiento excesivo que resulta del aumento de tamaño de los elementos celulares de un órgano, en respuesta al aumento de función. El agrandamiento de la encía es una hiperplasia. No hay hipertrofia gingival. Otras estructuras del periodonto experimentan hipertrofia en respuesta al aumento de la demanda funcional.

Los aumentos de volumen por inflamación aguda se deben a edema y a formación de abscesos. Se producen aberraciones de la forma anatómica por la presencia de exósto sis. Generalmente es posible hacer el diagnóstico mediante la observación, el sondeo y la palpación.

Con frecuencia se observa gingivitis marginal cuando brotan los dientes mientras la encía libre se halla situada sobre la parte convexa de la corona. En tal posición la encía sufre un traumatismo constante por el paso de alimento durante la masticación. En la erupción pasiva alterada, el borde gingival no retrocede a su posición protegida en la unión cemento-esmalte y, la inflamación crónica suele producir hiperplasia gingival marginal.

La hiperplasia ligera que causa aumento de volumen y redondeamiento de los bordes gingivales, produce una línea festoneada, los festones gingivales suelen ser debidos a irritación crónica. La irritación a menudo es consecuencia del uso traumático del cepillo de dientes.

La hiperplasia gingival, se observa con frecuencia durante el tratamiento de la epilepsia con dilantín sódico. En tales casos la encía hiperplásica es firme, elástica e indolora, a no ser que haya también inflamación por irritación local. El aumento de volumen parece ser debido al crecimiento de las papilas. La fibromatosis gingival hereditaria presenta un aumento más uniforme de la encía marginal. La hiperplasia puede también acompañar a los cambios hormonales que se producen durante la adolescencia y la gestación. Puede observarse aumento de volumen gingival en los pacientes leucémicos, por infiltración de células leucémicas.

#### OTRAS CAUSAS DE IRRITACION SUPERFICIAL

Puede producirse irritación debajo de una dentadura postiza por presión excesiva, alergia al material protésico o infección. Si la causa de la inflamación es una moniliasis, los rasgos clínicos son imprecisos, por que la cándida penetran realmente en el material protésico y, en vez del clásico "sarro" blanco, la reacción es eritematosa sin que se forme ninguna membrana ni revestimiento. De otro modo la infección por monilias se caracteriza por la formación de capas blancas, semejantes a cuajo, que --

suelen hallarse en la mucosa bucal, pared posterior de la faringe y lengua.

Hay muchas enfermedades dermatológicas y trastornos de la nutrición que puede manifestarse con lesiones orales y, que no deben ser confundidas con la enfermedad periodontal destructiva, crónica, que se caracteriza por la formación de bolsas en el periodonto. El contacto con diversos alérgenos puede causar eritema difuso o localizado, tumefacción y ulceración de la mucosa oral, de la encía o de la lengua. Estas reacciones acostumbra ir acompañadas de sensaciones de prurito y de quemazón.

#### GINGIVITIS CON DESTRUCCION DE LA SUPERFICIE

Gingivoestomatitis herpética y gingivitis ulcerativa necrótica.

Las formas más comunes de gingivitis, con destrucción superficial, son: la gingivoestomatitis herpética primaria y la gingivitis ulcerativa necrótica. Su aspecto superficial es similar, pero mediante la observación cuidadosa el examinador puede diferenciarlas. El herpes se caracteriza por la aparición de un grupo de vesículas sobre una base eritematosa. La gingivitis ulcerativa necrótica, se caracteriza por la necrosis de las papilas interdentes. Usualmente puede hacerse el diagnóstico teniendo en cuenta las características siguientes:

**GINGIVOESTOMATITIS  
HERPETICA**

**GINGIVITIS ULCERATIVA  
CRONICA**

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. Pequeñas vesículas elevadas que se rompen y forman úlceras, con las bases grises y los bordes rojos.</p> <p>2. Las papilas interproximales no aparecen aisladas sino tumefactas y rojas junto con el resto de la encía. Las papilas no son destruidas por la necrosis. Aparecen úlceras en la lengua, labios y mucosa oral.</p> <p>3. Es corriente en los niños pequeños.</p> <p>4. Las úlceras son poco profundas.</p> <p>5. Es contagiosa.</p> | <p>1. Úlceras necróticas que afectan las puntas de las papilas interproximales y despiden un olor necrótico típico.</p> <p>2. Se halla limitada en las encías y abarca a las papilas interdentales produciendo su desaparición por ulceración.</p> <p>3. No se observa en los niños pequeños.</p> <p>4. Las úlceras son bastante profundas.</p> <p>5. No presenta todos los caracteres de las enfermedades contagiosas.</p> |
|--|---|

6. La infección primaria no mejora con el tratamiento antibiótico.
6. Los síntomas agudos mejoran con los antibióticos.

### Gingivitis descamativa

La gingivitis descamativa es una inflamación difusa crónica que se caracteriza por el desprendimiento o descamación del epitelio. El tejido conjuntivo expuesto es sensible al tacto y sangra con facilidad. Es una enfermedad propia de la edad media de la vida, que se observa con mucha frecuencia en las mujeres menopáusicas, aunque también se observa en los hombres. No suele darse en los niños.

### Gingivosis

Este término se ha usado a la gingivitis descamativa crónica, aunque no parece muy adecuado.

### Úlceras orales

La destrucción superficial de la encía, puede ser debida también a la aplicación de drogas cáusticas y a los traumatismos. Las úlceras traumáticas son de observación frecuente en la boca; aparecen rodeadas de tejido normal. Las úlceras producidas por una infección vírica están rodeadas de un círculo de tejido inflamado de color rojo y cubiertas por una membrana serosanguínea amarilla.



## Grietas gingivales

La encía puede presentar abrasiones grietas y festones, producidos por el uso de un cepillo de dientes de cerdas demasiado duras o por el empleo traumatizante de cualquier cepillo. Sin embargo, las grietas gingivales suelen ser signo de formación de bolsas. Las verdaderas grietas gingivales son excavaciones lineales delicadas que empiezan en el borde gingival y se extienden en dirección apical en forma de líneas rectas o curvas que a veces se bifurcan cerca del extremo. El aumento de volumen de las papilas gingivales y se exteinden en dirección apical en forma de líneas rectas o curvas que a veces se bifurcan cerca del extremo. El aumento de volumen de las papilas gingivales puede originar pseudogrietas. Las grietas y festones gingivales están asociados con hueso fino en la cara vestibular de la raíz y con "trauma de cepillo" más bien que con "trauma oclusal", como anteriormente se creía. Las grietas producidas por la abrasión del cepillo de dientes suelen ser muescas en forma de V más bien que verdaderas grietas.

Goldman explicó la formación de las grietas gracias a sus observaciones microscópicas en tejido gingival inflamado. Las protuberancias epiteliales papilares del corión se alargan debido al proceso inflamatorio hasta que se unen entre sí, aislando áreas de tejido conjuntivo que se transforman en escamas y se desprenden por falta de irrigación sanguínea. En los puntos en que el tejido es delgado, es decir, en el área marginal, la lesión atravieza la capa superficial y se produce una grieta.

## ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LAS ESTRUCTURAS MAS PROFUNDAS

### Enfermedad periodontal destructiva crónica.

El diagnóstico de enfermedad periodontal destructiva crónica, o periodontitis, se establece por inspección, palpación y sondeo. La bolsa periodontal es patognomónica de la "enfermedad periodontal", no se observa en ninguna otra enfermedad. Los investigadores y muchos terapeutas opinan que la enfermedad periodontal destructiva crónica es una enfermedad gingival. La periodontitis puede estar precedida por una gingivitis clínicamente apreciable, pero no es una enfermedad gingival. La gingivitis puede mantenerse en estado crónico durante muchos años sin que invada las estructuras más profundas. El aspecto superficial de la encía puede ser prácticamente normal en casos de destrucción periodontal intensa. El aspecto defensivo o protector del proceso inflamatorio suele pasar inadvertido. Glickman afirmó que ni la incidencia ni la gravedad de la pérdida de hueso alveolar se hallaban necesariamente en relación con las alteraciones gingivales. Un diente puede estar muy flojo a consecuencia del traumatismo periodontal, pero, a menos que haya una bolsa, no está afectado de periodontitis, es decir, de una enfermedad periodontal invasora o destructiva crónica. La movilidad del diente no constituye a buen signo aplicable a esta forma de enfermedad periodontal.

Desde el punto de vista ideal la profundidad del surco gingival debería ser cero, pero este tipo de surco no se encuentra en el hombre y una profundidad de 1 a 2 mm se considera normal. En casos aislados un surco puede ser

muy profundo sin estar enfermo, es decir, está revestido de epitelio gingival normal que no sangra al realizar el sondeo, no presenta exudado, y su profundidad no va aumentando progresivamente con el tiempo. Tales ejemplos son raros y constituyen la excepción del proceso corriente.

**Métodos utilizados en el diagnóstico en las enfermedades que afectan a la superficie:**

1. Observación
2. Inspección
3. Palpación
4. Historia Clínica
5. Pruebas de laboratorio

**Enfermedad periodontal destructiva crónica:**

1. Sondeo del surco gingival
2. Palpación
3. Inspección

**Traumatismo periodontal:**

1. Pruebas de movilidad
2. Percusión
3. Tipo de desgaste oclusal
4. Roentgenogramas
5. Historia de los hábitos

**ABCESO PERIODONTAL**

Los abscesos parodontales agudos suelen ir acompañados de dolor, dolor que acostumbra ser la principal queja del paciente. La pulpitis aguda origina síntomas parecidos y es necesario aclarar el diagnóstico antes de iniciar el tratamiento encaminado a aliviar al paciente. Los síntomas que se detallan a continuación pueden ayudar a fijar el diagnóstico.

**DOLOR POR PULPITIS AGUDA**

1. El dolor no siempre se halla localizado y, a veces, es difícil descubrir su causa, la fuente puede ser cualquier mandibular o maxilar del lado afectado.

2. El dolor puede ser agudo, lancinante, intermitente y punsátil.
3. El dolor es sensible a los cambios de temperatura, el calor o el frío pueden aliviarlo o exacerbarlo, según el estado de degeneración de la pulpa.
4. El diente no parece alargado (puede parecerlo después de la destrucción completa de la pulpa pero no durante la pulpitis aguda).
5. El diente es doloroso a la percusión. Esta es la prueba más útil.
6. El diente afectado puede responder normalmente, o no hacerlo, a las pruebas de vitalidad.

#### DOLOR POR ABCESO PERIODONTAL AGUDO

1. El dolor está localizado.
2. El dolor suele ser sordo, uniforme y continuo.
3. El dolor no se modifica con los cambios de temperatura.
4. El diente puede haberse elevado en su alveolo y parecer más largo.
5. El diente no suele ser doloroso a la percusión a

no ser que se hallen muy afectadas la interfurca o la región apical.

6. El diente afectado responde normalmente a la prueba de vitalidad.

La vitalidad implica la función metabólica, y las pruebas térmicas o eléctricas generalmente indican la respuesta del tejido nervioso. Los nervios pueden persistir en una pulpa enferma. El cambio de color de la corona con frecuencia indica que el diente ha perdido la pulpa. La pulpitis crónica irreversible es más corriente de lo que en general se cree.

El espasmo muscular puede originar un dolor agudo y cuando se busca la causa de un dolor impreciso deben palparse los músculos adyacente. El dolor producido por un espasmo muscular puede ser referido a los dientes.

La diferenciación entre las lesiones periodontales crónicas y las pulpares puede presentar mayores dificultades que en las lesiones agudas. Después de la destrucción completa de la pulpa pueden existir signos patológicos tanto periodontales como endodontales.

#### TRAUMATISMO PERIODONTAL

Entendemos por traumatismo periodontal la herida o la lesión del aparato de fijación periodontal, es decir,

cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar, producida por la presión de contacto oclusal cuando es superior a la tolerancia fisiológica de dichos tejidos. El traumatismo se clasifica en primario y secundario. Se produce el primero cuando se ocluyen los dientes en actividades no funcionales como cuando se sujeta fuertemente, se roe o se muerde un objeto duro. El traumatismo secundario se produce durante la función cuando los dientes han perdido buena parte de su aparato de fijación y, por lo tanto, no son capaces de resistir de manera adecuada las fuerzas de masticación. La traumatopatía es la misma, tanto si el traumatismo es primario como si es secundario.

El diagnóstico de traumatismo periodontal se establece mediante pruebas clínicas de movilidad, percusión, observación del tipo de desgaste oclusal de los dientes, historia de los hábitos del paciente y tamaño del espacio periodontal observado en el roentgenograma. La articulación o la alineación defectuosa de los dientes no implica la existencia de traumatismo periodontal y el trauma primario no se produce durante la función normal.

#### MOVILIDAD

Los dientes no presentan movilidad cuando se ensayan individualmente si sólo se hallan afectados de periodontitis, hasta que el aparato de fijación ha sido destruido casi hasta el ápice de la raíz. Sin embargo, los dientes se moverán en exceso bajo la presión lateral de la fuerza

muscular aplicada durante el examen si la periodontitis ha causado destrucción ósea avanzada. La movilidad suele ser indicio de lesiones por trauma periodontal u oclusal.

Se observa movilidad anormal, generalmente, en los adultos que han conservado sus cúspides dentales adolescentes. Los dientes o se desgastan o se aflojan. La dentadura natural de los pacientes de edad avanzada presenta siempre desgaste y la cara oclusal es relativamente plana. La oclusión se valora teniendo en cuenta la normalidad del aparato de fijación, no por la articulación.

#### PERCUSION

La integridad del aparato de fijación puede determinarse mediante la percusión en sentido oclusal y lateral, con un instrumento metálico. El diente que dispone de un aparato de fijación sano da un sonido metálico; el ruido sordo indica que el ligamento periodontal está lesionado. El nivel del hueso marginal puede ser normal, pero el espacio periodontal es anormalmente amplio en algunas caras de la raíz. Este aumento, a veces, no es visible en el roentgenograma por que el hueso alveolar y el espacio periodontal de las caras vestibular y lingual del diente no se registran en la placa.

#### CONSECUENCIAS DE LOS HABITOS OCLUSALES

Las focetas y muescas producidas por el uso pueden dar



posiciones de oclusión que sobrepasan los límites funcionales del movimiento mandibular y que sugieren la existencia de hábitos orales destructivos de "jugueteo" dental que causa traumatismo periodontal. Estos cuadros de desgaste afuncionales, así como las focetas brillantes, revelan la existencia de hábitos. El movimiento anormal de los dientes bajo presión oclusal puede ser percibido por la palpación. La tensión y el dolorimiento de los músculos de la masticación indican una contracción isométrica que es una manifestación motora de tensión emocional. En la contracción isométrica se mantiene la longitud del músculo; no se acorta. La contracción isométrica se produce cuando se tienen hábitos oclusales. El espasmo muscular y el dolor en la región temporomandibular suelen obedecer a hábitos o compulsiones de cerrar los dientes o rechinarlos.

Se ha dicho que el trauma oclusal causa muchos trastornos, pero las pruebas científicas han demostrado en repetidas ocasiones que solamente producen migración y aflojamiento de los dientes, no causan ningún efecto en la encía.

### PERIODONTITIS

La periodontitis no está incluida en la clasificación clínica. De hecho existen pocos datos objetivos que permitan sostener que esta "enfermedad" que ha gozado de tanta publicidad, sea realmente una entidad morbosa. Se

ha afirmado que la periodontitis es una enfermedad degenerativa que se inicia en las estructuras del sostén periodontal. Los síntomas clínicos clásicos son el aflojamiento y la migración de los dientes "antes de que se formen bolsas". Los clínicos y los patólogos orales que aceptan la periodontitis como una entidad clínica no presentan ninguna uniformidad en el diagnóstico y clasificación de los casos. Para algunos la periodontitis es cualquier forma de enfermedad periodontal sin cálculos. Otros clasifican la enfermedad periodontal como periodontitis si coincide con alguna enfermedad general que complique el cuadro, como la diabetes, o un defecto del desarrollo en el cual algunas partes del organismo son evidentemente inferiores. La designación más amplia de periodontitis es la que clasifica como tal cualquier enfermedad periodontal que muestre signos de absorción vertical del hueso.

## CAPITULO V

### TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

#### 1. TECNICAS QUIRURGICAS DE RASPAJE Y CURETAJE:

También se le denomina ODONTOXESIS o LEGRADO.

La técnica consiste en:

1. RASPAJE: Es la técnica por medio de la cual se tiene a eliminar los irritantes que se encuentran adheridos a los tejidos duros del diente. En esta técnica se eliminan cálculos, placa y otros depósitos.
2. ALISADO: Es la técnica por medio de la cual se va a emparejar la superficie radicular del diente y eliminar sustancias dentarias necróticas.
3. CURETAJE: Es el procedimiento por el cual se va a eliminar el tejido enfermo que se localiza en la pared lateral del intersticio gingival normal o patológico denominado bolsa.

#### INDICACIONES:

1. Eliminación de bolsas supraóseas en la que la profundización de la bolsa es tal que basta con aplicar un chorro de agua tibia o una sonda para separar la pared de la bolsa edematosa. Si la bolsa es fibrosa se requiere del tratamiento quirúrgico.
2. En las bolsas infraóseas (solo en algunas).

## TECNICAS DE RASPAJE Y CURETAJE:

El raspaje y curetaje se hace con movimientos de - - tracción, excepto en las superficies proximales de dientes anteriores muy juntos, donde se usan cinceles delgados con movimientos de empuje. Cuando el raspado se hace bruscamente se dejan muescas en la superficie radicular - que causan sensibilidad post-operatoria.

El movimiento de raspaje se inicia con el antebrazo y es transmitido desde la muñeca hacia la mano mediante una leve flexión de los dedos.

En el movimiento de empuje el cincel se apoya en los bordes laterales del cálculo y los dedos hacen un movimiento de empuje que desprende el cálculo. Nunca se empuja el cincel en dirección apical, el raspaje y curetaje exagerado causa dolor post-operativo y retarda la cicatrización.

### 1. ELIMINACION DE BOLSAS SUPRAOSEAS.

La eliminación debe seguir un orden hasta tratar toda la boca, por lo general, el tratamiento comienza en la zona molar superior derecha.

#### PASOS:

- a) Aislado y anestesia: El aislado puede hacerse con rollos de algodón o gasa, pincelando después con un antiséptico suave. En las bolsas supraóseas no es necesario anestesiar, pero se

recomienda hacerlo para que el paciente no sienta molestias.

- b) Eliminación de cálculos supragingivales: se hacen con raspadores superficiales, esto causa retracción gingival y hemorragia que es normal.
- c) Eliminación de cálculos subgingivales: con un raspador se llega hasta el fondo de la bolsa, por debajo del cálculo y se desprende, en las caras proximales se hace con cinceles.
- d) Alisado de la raíz: se efectúa con azadones (azadas) y curetas, con lo que se eliminan los depósitos profundos y se alisa perfectamente la raíz para que sea posible que se deposite nuevo cemento.
- e) Curetear la pared blanda: se usan curetas, preferentemente de dos filos. El curetaje se hace en dos etapas:
  - 1. Sostenimiento digital de la pared blanda sobre la superficie externa, se introduce la cureta y se desliza hasta la crestagingival.
  - 2. Se separa la adherencia epitelial con movimientos de pala o cuchara hacia la superficie del diente para formar un socavado.

La hemorragia origina la contracción de la encía y la reducción de la profundidad de la bolsa, facilitando la cicatrización.

- f) Pulir la superficie dentaria: el pulido se realiza con tazas de hule y unas pastas abrasivas.

No deben usarse cepillos para no irritar los tejidos blandos. Después de pulir la raíz se lava con un chorro de agua tibia y se presiona suavemente a la encía para que se adapte al diente. Para limpiar la corona se le indica al paciente que se cepille suavemente al principio y gradualmente sea más enérgico el cepillado, que use el hilo dental y que se irrigue sus dientes.

## 2. ELIMINACION DE LAS BOLSAS INFRAOSEAS.

Este tipo de bolsas está situado en un defecto óseo cuya base es apical al margen del hueso alveolar.

### ZONAS FUNDAMENTALES EN EL TRATAMIENTO.

- a) Pared blanda de la bolsa: está compuesta por el revestimiento epitelial de la bolsa, la adherencia epitelial y el tejido de granulación, se deberán eliminar para que permitan que las nuevas fibras del tejido se reinserten a la superficie dentaria.

- b) Superficie radicular: se eliminan todo tipo de depósitos, estructura dentaria ablandada y remanentes adheridos de la adherencia epitelial, para facilitar el depósito de cemento nuevo.
- c) Fibras periodontales que cubren la superficie del hueso: se eliminan para que la sangre y células osteógenas afluyan a defecto ósea.
- d) Paredes de los defectos óseos: se curetean para que queden limpios y con puntos sangrantes y si es necesario hacer perforaciones en el hueso, para que pase sangre y células osteógenas al defecto óseo.

#### TRATAMIENTO.

- a) Eliminar la inflamación, los irritantes locales y condiciones conductoras de acumulación.
- b) Corregir factores que con la inflamación forman bolsas infraóseas (trauma de la oclusión y la impactación de los alimentos).

#### CICATRIZACION.

Generalmente, las restauraciones del surco es de dos a siete días, y la adherencia epitelial a los cinco días, a los veintidós días aparecen fibras colágenas. En el proceso de cicatrización se separan las fibras gingivales

sanas que fueron dañadas en el tratamiento.

La encía recupera su aspecto normal después de dos - semanas, presenta color, consistencia, textura y contorno normales, el margen gingival está bien adaptado al diente. Debe cuidarse la técnica y eliminar irritantes de la superficie.

La eliminación de bolsas con la técnica de raspaje y curetaje puede dejar como consecuencia algunas complicaciones como:

- a) Sensibilidad a la percusión.
- b) Hemorragia.
- c) Sensibilidad a cambios térmicos y a estimulación táctil.
- d) Reinfeción durante la cicatrización.

## II. TECNICA DEL COLGAJO SIMPLE:

Esta técnica está indicada en:

- 1. Parodontosis.
- 2. Absceso paradontal.



**OBJETIVOS FUNDAMENTALES:**

1. Eliminar la bolsa parodontal.
2. Erradicar la inflamación.
3. Obtener readherencia epitelial coronal, que se logra a los 8 días de la intervención.
4. Neoformación de fibras de la encía, ligamentos parodontales y nueva inserción (se logra de 90 a -- 120 días).
5. Detener la pérdida del hueso, para disminuir la movilidad del diente.

**TECNICA:**

1. Anestesiarse la región que se va a intervenir.
2. El bisturí se coloca en el intersticio gingival - hasta el fondo de la bolsa y se separa.
3. Con un bisturí golman fox o legra se desprende el colgajo.
4. Con curetas pesadas se elimina el cálculo de la raíz.
5. Con curetas finas se procede al alisamiento de la raíz.
6. Con curetas finas se elimina el tejido granulomatoso.
7. Se lava y se seca con gasas estériles eliminando\_

los coágulos grandes.

8. Se sutura 3mm por debajo de la encía marginal.
9. Se coloca el apósito que generalmente es de wondert.
10. Se le recomienda al paciente dieta blanda, y que durante 2 ó 3 días no se cepille (se debe hacer la limpieza con gasa y agua), recetar vitamina "C", y en caso de molestias se recetan analgésicos.
11. La sutura y el apósito se deben dejar durante 8 días.

### III. TECNICAS DE COLGAJOS DESPLAZADOS:

Este tipo de colgajos se coloca en una nueva posición al final de la operación. El propósito es corregir defectos mucogingivales y restaurar a los tejidos destruidos.

Los colgajos desplazados se pueden colocar en tres direcciones:

1. Apical.
2. Lateral.
3. Coronaria.

## 1. COLGAJOS DESPLAZADOS APICALMENTE:

Se usan para corregir defectos mucogingivales, como eliminar bolsas, ensanchar la zona de las encías insertada, profundizar el vestíbulo bucal y desplazar apicalmente el frenillo.

Se divide en:

a) Colgajo de espesor parcial desplazado apicalmente, llamado mucoso. Generalmente se utiliza para evitar la exposición del hueso, tiene tres características:

1. Incisión a bicel interno, para la eliminación de la parte interna de las bolsas parodontales.

2. Colgajo de espesor parcial.

3. La localización del colgajo.

b) Colgajo de espesor total desplazado totalmente. Llamado mucoperióstico. Está indicado cuando se desea conseguir visibilidad del hueso.

El colgajo debe ser de espesor total (Mucoperióstico). Se emplea cuando hay que remodelar el hueso.

Está contraindicado cuando existe dehiscencia o fenestración ósea, en este tipo de desplazamiento se deja el hueso expuesto para la re inserción.

La técnica es la misma que en la del colgajo simple. El apósito debe dejarse por 8 días.

## 2. COLGAJOS DESPLAZADOS LATERALMENTE (INJERTOS PEDICULADOS):

La finalidad es cubrir superficies radiculares desnudas por defectos gingivales o parodontales y ensanchar la zona de encía insertada.

### PROCEDIMIENTO:

- a) Zona dadora: se incide rectangularmente, con extensión apical suficiente dentro de la mucosa alveolar, para dejar espacio para la zona de encía insertada.
- b) Preparación del colgajo: con una hoja de bisturí Bard-Parker No. 15 verticalmente desde el margen gingival hasta la mucosa de la boca y hasta el nivel de la base de la superficie receptora.

El colgajo debe ser más ancho que la zona receptora y adelgazarlo si es necesario.

- c) Transferencia del colgajo: se desplaza lateral

mente el colgajo, asegurándose que quede apla\_nado y firme, sin que exista tensión en la ba\_se, se fija el colgajo y se sutura para que no se desplace apicalmente el colgajo.

- d) Protección del colgajo de la superficie dadora: Se coloca apósito que se retira una semana des\_pués al igual que la sutura y se coloca apósito dos veces más con intervalos de una semana\_cada uno.

### 3. COLGAJO DESPLAZADO CORONARIAMENTE O INJERTO PE -- DICULADO:

La finalidad es eliminar las bolsas periodontales y tratar de obtener reinserción de la encía a las superficies radiculares previamente expuestas por la enfermedad.

#### PROCEDIMIENTO:

- a) Se separa la pared interna de las bolsas paro\_dontales de la pared externa.
- b) Se eliminan las paredes internas de las bolsas, se raspan y alisan las superficies del diente.
- c) Se coloca el colgajo y se sutura a un nivel - más coronario que el de su posición preoperato

ria.

- d) Se coloca apósito dentario: se retira una semana después y si es necesario se coloca otro.

Este tipo de colgajos se hacen en dientes anteriores superiores, por lo que en el frenillo se hace un corte de V para librarlo, dividiéndose en dos el colgajo. Los colgajos se desplazan hacia las raíces y se sutura.

#### IV. GINGIVECTOMIA:

Es un procedimiento quirúrgico por excisión, en el cual se elimina la profundidad de la bolsa mediante resección del tejido que se halla coronario a la base de la bolsa. Su finalidad es la eliminación de la bolsa.

Antes de realizar la gingivectomía, deben existir los requisitos previos básicos que son los siguientes:

1. La zona de encía insertada debe ser suficientemente ancha para que la excisión de parte de ella deje una zona adecuada desde el punto de vista funcional.
2. La forma de la cresta alveolar subyacente debe ser normal. Si se ha producido pérdida ósea, debe ser horizontal, dejando cresta ósea, de forma relativamente regular en el nuevo nivel más inferior.

3. No debe haber defectos o bolsas infraóseas (intra alveolares).

#### INDICACIONES DE LA GINGIVECTOMIA:

Si los requisitos previos se cumplen, la gingivectomía está indicada en los siguientes casos:

1. Eliminación de bolsas supraalveolares y bolsas falsas.
2. Eliminación de agrandamiento fibroso o edematoso de la encía.
3. Transformación de márgenes redondeados o engrosados en la forma ideal (en filo de cuchillo).
4. Creación de una forma más estética en casos en -- que no se ha producido la exposición completa de la corona anatómica.
5. Creación de simetría bilateral allí donde el margen gingival de un incisivo se ha retraído algo -- más que el del incisivo vecino.
6. Exposición mayor de la corona clínica para ganar retención con finalidad protética, para permitir el acceso de caries subgingivales, o para permitir la colocación de una clamp durante el tratamiento endodóntico.

7. Corrección de cráteres gingivales.

CONTRAINDICACIONES DE LA GINGIVECTOMIA:

La gingivectomía está contraindicada en los siguientes casos:

1. En presencia de rebordes alveolares vestibulares y linguales o palatinos gruesos, cráteres interdentarios o cresta ósea de forma caprichosa.
2. En presencia de bolsas intraalveolares (infraóseas). Si la bolsa se extiende más allá de la cresta alveolar, no es posible eliminar su base, únicamente mediante gingivectomía. La bolsa remanente hará que la bolsa vuelva a formarse.
3. Si la excisión de la encía dejara una zona inadecuada de encía insertada. Si la bolsa llega debajo de la unión mucogingival, la cirugía eliminará gran parte de la encía insertada, o su totalidad. La mucosa alveolar no es buen sustituto de la encía insertada y la lesión sigue.
4. Cuando la higiene bucal es mala. Si el paciente no puede realizar higiene bucal adecuada, o no la realizará, el tratamiento quirúrgico fracasará.
5. Si la relación del profesional y el paciente es difícil o si el manejo del paciente es un problema.



ma.

6. Cuando existen determinadas enfermedades y afecciones. Por ejemplo en pacientes con tratamiento anticoagulante.
7. Cuando el paciente se queja de sensibilidad dentaria antes de la cirugía. Hay que investigar la causa de la molestia y considerar cuidadosamente la cirugía sino se suprime la sensibilidad.

#### PASOS QUIRURGICOS:

El cuidadoso examen de la forma de los tejidos y la medición de la profundidad de bolsa, darán al operador un cuadro tridimensional, que permitirá la ejecución más precisa de la cirugía.

Se marcan las bolsas con una sonda periodontal o con una pinza marcadora de bolsas. Cuando se utilice la sonda milimétrica mida y marque sobre la superficie externa de la encía, punzante la encía con una sonda y un explorador. Cuando se emplee una pinza marcadora de bolsas, se introduce con el extremo recto hasta el fondo de la bolsa y se marca la profundidad con el extremo para punzar. Se hacen puntos sangrantes en todas las zonas con bolsa, incluso en la papila interdientaria.

Se hace la incisión por apical de los puntos sangrantes y se le extiende por la encía hasta el final, a nivel

del fondo de la bolsa, o sea, de los puntos sangrantes.

El bisel variará según el espesor de la encía. En una encía gruesa el bisel puede ser largo, en una encía delgada y de textura fina, el bisel corto tomará la forma festoneada adecuada.

Se ondula incisión mesiodistal imitando la forma festoneada ideal (similar el festoneado de las prótesis).

Es necesario que el bisturí periodontal esté bien afilado para que las incisiones se hagan con facilidad y no se desgarran o laceren los tejidos.

Se deberá percibir que la hoja haga contacto con la superficie dentaria, la incisión se extenderá a mayor profundidad en los tejidos. Cuando la encía es gruesa y fibrosa, puede preciararse volver a hacer el movimiento dentro de la primera incisión para cortar la encía del todo.

Se une la incisión con los tejidos de los costados de la zona de la operación para que prevalezca la buena forma en la zona operada y las adyacentes. Para ello, a veces hay que sacrificar una banda de encía normal, para conseguir la forma apropiada del tejido.

Para que el bisel sea apropiado, se usan bisturíes angulados. Se hace la incisión normal inicial con un bisturí arrifonado de hoja gruesa (usando el talón del instrumento) o con instrumentos similares. Se usa un bisturí

fino para gingivectomía, para incidir la encía interdental y para unir las incisiones entre los dientes.

El tejido gingival incidido se elimina tomando un extremo del tejido parcialmente desprendido con una pinza para tejidos y cortando su unión remanente con un bisturí o escarpelo.

Si las incisiones se planifican y realizan bien, se eliminan las bolsas, la incisión dejará una superficie convertiente hacia la corona (llamada bisel), el bisel terminará en un margen en filo de cuchillo y el tejido restante quedará festoneado alrededor de cada diente.

#### V. GINGIVOPLASTIA:

Es el procedimiento quirúrgico dirigido a dar nueva forma a los tejidos marginales de la encía desde la superficie externa hacia el diente. Esta técnica se realiza con el uso de hojas quirúrgicas, piedras rotatorias de alta velocidad o dispositivos electroquirúrgicos.

El objetivo general no es eliminar las bolsas periodontales sino más bien proporcionar un contorno tisular más fisiológico. Con frecuencia, la gingivectomía y la gingivoplastia se realizan juntas.

A veces es preciso acentuar el festoneado para asegurarse de que la forma fisiológica y el surco somero per-

sisten después de la cicatrización. Esta corrección se hace con el bisturí de Orban, aunque algunos operadores prefieren usar tijeras quirúrgicas, alicates para tejidos o electrocauterio. Con los mismos instrumentos se hacen vías de escape indentarias.

La angulación adecuada de la primera incisión en la gingivectomía creará contornos gingivales con vertientes inclinadas hacia la corona y margen gingival delgado. Si se quisiera hacer correcciones, se usarán bisturíes arriñonados o interdentarios, con un movimiento de raspado para retocar los biseles, se raspan levemente los bordes pero con presión firme y pareja sobre el tejido fibroso resistente. Se deben evitar hacer incisiones irregulares. Hecho apropiadamente, este raspado se puede utilizar para pequeñas correcciones, alargar, profundizar o unir biseles, o para ayudar a crear un festoneado más pronunciado. De manera similar, se usan piedras de diamante en el festoneado y biselado de las superficies, o cuando el tejido es firme. Se hacen girar las piedras en forma de rueda en la dirección contraria al diente, a velocidad moderada o alta. Esto evitará que se lastime la superficie dentaria y el tejido alveolar laxo del vestíbulo. Se dirigirá un chorro de agua o solución salina sobre la piedra y el tejido como refrigerante y para prevenir el empastamiento de la piedra. Hay piedras pequeñas redondas o piriformes para modelar tejidos en la zona interdentaria, o en las furcaciones.

Asimismo, se usa el electrocauterio para corregir -- contornos gingivales, o para biselar la superficie corta da, después de la primera incisión. Los electrodos eliminan trozos de tejidos planos o cóncavos y cortes delgados de tejidos se eliminan con facilidad, además el electrocauterio sirve para eliminar lengüetas de tejido y corregir incisiones irregulares.

Habrá que poner cuidado en no tocar restauraciones de metal, hueso o el periostio, por el peligro de lesionar el hueso o la pulpa. Se usa un abatelengua de madera para separar el carrillo o la lengua, el olor desagradable a quemado se elimina aplicando aire sobre la zona de trabajo.

Los alicates para tejido blando y las tijeras de extremos finos se usan para hacer surcos interdentarios y eliminar lengüetas de tejido.

Aplicadas correctamente, dentro de sus indicaciones, la gingivectomía y la gingivoplastia no dejan deformaciones antiestéticas, los bisturíes de raspado, las piedras de diamante, el electrocauterio y los alicates y las tijeras mejoran la forma gingival y usarlos constituye la parte del procedimiento correspondiente a la gingivoplastia.

**PERIODO PREQUIRURGICO ( Gingivectomía y gingivoplastia ):**

Se debe preparar el tejido del paciente para la ciru

gía con la remoción de todos los tejidos calcificados y -  
placa. Asimismo, es preciso enseñar al paciente que sea -  
diligente con su higiene bucal, si el paciente no es ca -  
paz de hacer higiene bucal apropiada antes de la cirugía,  
no será tampoco capaz de hacerlo después de ella, con se -  
guridad pues la cirugía no tendrá por consecuencia la cu -  
ración de la enfermedad.

#### HIGIENE BUCAL:

Si el paciente demuestra su destreza en la higiene -  
bucal, en el momento de la cirugía se habrá resuelto gran  
parte de la inflamación, durante la operación habrá menos  
hemorragia, los tejidos tendrán consistencia más firme y  
se evitarán heridas de bordes desgarrados o irregulares.

#### ANESTESIA:

La infiltración local es la técnica de elección, se  
seguirán las técnicas corrientes de dosis y administra -  
ción. Una vez conseguida la anestesia, se inyecta una go -  
ta en cada papila interdientaria de la zona que interesa,  
ésto aumenta la resistencia de la encía y hace más fácil  
su incisión, además, el vaso constrictor del anestésico -  
reducirá la hemorragia durante la cirugía.

#### CONTROL DE LA HEMORRAGIA:

Después de la cirugía se inspeccionará con atención  
la herida y las superficies dentarias, se quita todo depó

sito remanente o flecos de tejido. En este punto, será preciso que se consiga buena hemostasia, antes de colocar el apósito, ello se hace limpiando las superficies de la herida con solución salina estéril o agua empaquetando gasa sobre la zona. Si ésto no produce hemostasia. atáquen se las zonas interproximales con tapones empapados en solución de adrenalina en una dilución no mayor de 1/1000, porque las soluciones concentradas de adrenalina 8/100 podrían producir efectos sistemáticos desfavorables. Colocación del apósito. La finalidad del apósito es que el paciente tenga mayor comodidad post-operatoria. El apósito impide la formación de tejido de granulación exuberante.

El apósito debe cubrir la herida y protegerla del trauma mecánico durante la masticación y de la irritación de alimentos muy condimentados. Sin embargo, el apósito mismo no debe convertirse en irritante y de eso solo se está seguro si se coloca firmemente. El apósito se coloca a lo largo de los dientes y no debe cubrir las superficies oclusales. Si el apósito interfiere en la oclusión el paciente lo fracturará una vez endurecido.

El apósito se coloca en las zonas interdentarias, en piezas crónicas. Después, se adaptan tiras planas de apósito a los conos interproximales. Se fuerza el apósito en posición mediante presión digital con instrumentos. Se inspecciona para constatar que el apósito no invade las inserciones musculares o la mucosa orovestibular. Si lo hace, se hace el recorte muscular del apósito de la misma manera que en las impresiones para prótesis completas.

#### RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS POSOPERATORIOS:

Se le indicará al paciente que no coma ni beba una hora después de la cirugía, hasta que frague bien el apósito.

Se evitarán alimentos ácidos o condimentados. En la zona operada, el cepillado se limitará a las zonas o superficies dentarias incisales y oclusales. El apósito se limpia con suavidad mediante un cepillado blando de penchos múltiples. Es aconsejable hacer enjuagues suaves después de las comidas.

En casos de dolor intenso se administra clorhidrato de meperidina (Demerol) por vía intramuscular (50 ó 100 mg) por vía oral, 50 mg cada cuatro horas.

Después de la cirugía se recetan sedantes en pacientes ansiosos o aprensivos, o cuando se teme que ocurra dolor posoperatorio. Se indican tranquilizantes o barbitúricos. Meprobamato, 200 ó 400 mg una o dos tabletas cuatro veces al día o librium, 5 ó 10 mg una cápsula tres veces al día. Se receta fenobarbital 0.016 g dos veces al día, cuando están contraindicados los tranquilizantes.

#### CAMBIOS DE APOSITO:

Se indica al paciente que vuelva para el cambio del apósito a los tres o cinco días, o antes si el apósito se mueve.



En casos muy simples el apósito se retira en este momento. Otros casos demandan un cambio de apósito o dos. - En cada cambio de apósito inspeccione y limpie cuidadosamente la superficie de la herida y las superficies radiculares.

Si hay tejido de granulación abundante, se quita con una cureta.

#### RETIRO DEL APOSITO:

Al hacer el retiro definitivo del apósito se aconseja al paciente que no reduzca la higiene bucal. Algunos pacientes temen la hemorragia y suspenden el cepillado. - En estos casos, se forma tejido de granulación exuberante, o el tejido no madura como corresponde. La gingivectomía puede fracasar si la higiene bucal posoperatoria no es apropiada. Inmediatamente después de la remoción del apósito se usan cepillos especiales muy blandos durante una o dos semanas.

## CONCLUSIONES

Es importante para el cirujano dentista conocer el estado ideal o de salud de los componentes del parodonto como son: la encía, ligamento paradontal, cemento radicular y hueso radicular con la finalidad de detectar cualquier signo o rasgo patológico, ya que en ésta primera etapa tendremos la oportunidad de controlar de una manera rápida las agresiones que se puedan presentar. Debemos de tomar en cuenta también que la historia clínica nos brinda elementos o datos de análisis que nos permitirán en algunas ocasiones detectar la posible causa de la enfermedad que se presenta ya sea a nivel general o periodontal.

Es importante conocer en la práctica dental la etiología de la enfermedad periodontal teniendo en cuenta que esta es la acumulación de bacterias patológicas y de sus productos en la encía marginal, lo que origina una inflamación inespecífica. Sin embargo, hay cierto número de personas cuyos tejidos periodontales resisten el ataque de estos agentes, en este momento resulta importante conocer los factores que pueden agredir a la encía.

Sabemos también que es de gran importancia y ayuda que en la clasificación de las enfermedades periodontales debemos de tomar en cuenta como mínimo las siguientes entidades clínicas que son: gingivitis marginal, gingivitis ulcerosa, periodontitis y traumatismo periodontal.

Otro momento importante en la erradicación de la enferme

dad periodontal es el tratamiento quirúrgico que el dentista elija después de una adecuada valoración del caso y será imprescindible para ello el dominio absoluto de la técnica que deberá utilizarse.

BIBLIOGRAFIA

CIRUGIA BUCAL.

Guillermo A. Ries Centeno, Editorial " El Ateneo "  
Buenos Aires, Argentina, 1945.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.

Gustavo O. Kruger, Editorial Interamericana, México, 1959.

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA.

John F. Prichard, Editorial Labor.Barcelona, España, 1971.

PERIODONCIA DE ORBAN.

Daniel A. Grant, Irving B. Stern, Frank G. Everett, cuarta  
edición, Editorial Interamericana, México, 1975.

PERIODONTOLOGIA CLINICA.

Glickman Irving, Editorial Interamericana, Int. cuarta edi  
ción, 1974.

ODONTOLOGIA PREVENTIVA.

John O. Forrest, Editorial " El Manual Moderno ", 1979.