



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**SEMIOLOGIA Y PREVENCIÓN DE LAS
ENFERMEDADES PARODONTALES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

José de Jesús Nuncio Salinas

Gerardo Doria Valencia



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

GENERALIDADES

- I.- SEMIOLOGIA .- Breve estudio sobre el parodonto.
 - II.- METODOS PARA EL ESTUDIO DE LA SEMIOLOGIA.
 - III.- ETIOLOGIA DE LOS TRANSFORMOS PARODONTALES.
 - IV.- CAUSAS PREDISPONENTES GENERALES.
 - V.- CAUSAS PREDISPONENTES LOCALES.
 - VI.- GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA.
 - VII.- PERIODONCIA PREVENTIVA.
 - VIII.- AYUDAS PROFILACTICAS ADICIONALES.
- CONCLUSIONES.
- BIBLIOGRAFIA.

GENERALIDADES

Dos amenazas serias para la integridad de la dentadura completa son: la caries y el grupo de enfermedades que atacan-- el parodonto.

Es necesario comprender las ideas actuales en la preven-- ción de la enfermedad gingival, y del hueso de soporte y -- además desarrollar más información y mejores técnicas preven-- tivas.

La enfermedad parodontal es la causa más común y frecuente de la pérdida de dientes en las personas adultas, no obstant-- e pueden en la mayoría de los casos prevenirse o controlar-- se antes de que se produzcan un daño más serio. Desgracia-- damente los métodos preventivos y de control requieren la--- esmerada atención personal de un odontólogo competente y el-- esmerado cuidado cotidiano por parte del paciente.

No existe en la actualidad un sistema de nomenclatura y cla-- sificación universal aceptado para las enfermedades paroden-- tales pero se admite en general que ellas incluyen trastor-- nos inflamatorios de la encia y del parodonto trastornos de-- generativos de las encias y del parodonto y además combina-- ción de ambos estados .

SEMIOLOGIA.- BREVE ESTUDIO SOBRE EL PARODONTO.

La palabra Semiología viene de las voces griegas semión: signo o síntoma y logos: discurso o tratado; por lo tanto podemos decir que es la ciencia que estudia los signos y síntomas de las enfermedades.

Por signo se entiende todo indicio de enfermedad; por síntoma toda manifestación ostensible de enfermedad. Los anglosajones prefieren denominar signo a las manifestaciones objetivas--o físicas de enfermedad y síntoma a los trastornos, molestias--o sensaciones subjetivas de enfermedad.

La semiología se compone de dos partes, la semitécnica o técnica de la búsqueda del signo y la clínica propedeutica que viene del griego pro, delante y paidevo, yo enseño; por lo tanto podemos decir que ésta última es la enseñanza clínica, destinada a reunir e interpretar los signos y síntomas, para hacer un diagnóstico. Por consiguiente la semiología puede ser denominada el arte y la ciencia del diagnóstico.

Los tejidos que rodean y soportan al diente forman el parodonto, y se consideran como el tejido de revestimiento y soporte del diente, sus elementos son: la membrana o ligamento parodontal, la encía propiamente dicha, el cemento y el hueso alveolar. El parodonto está sujeto a variaciones morfológicas y funcionales normales, así como a cambios con la edad.

Las alteraciones del parodonto más allá de las variaciones normales, constituyen la enfermedad parodontal, término de un significado amplio que se refiere a todas las alteraciones patológicas que está sujeto el parodonto. En diferentes formas el parodonto en estado patológico presenta una gran variedad de signos y síntomas clínicos y por último, la posibilidad de la pérdida de las piezas dentarias. Para poder reconocer las alteraciones patológicas a que ellos están sujetos, debemos comprender primero las características normales de los tejidos del parodonto.

Se puede considerar a la mucosa oral formada por tres zonas 1.- La encía y la mucosa que cubre el paladar duro, 2.- La mucosa especializada que cubre el dorso de la lengua y 3.- La mucosa que cubre el resto de la cavidad oral. Se define a la encía como parte de la mucosa oral que cubre los procesos de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes. En estado de salud, la encía tiene un color rojo coral muy variable, según el cutis de la persona, resiliente y firmemente adherida a la porción cervical de los dientes. En base a sus características clínicas y microscópicas se divide en marginal, papilar, insertada y mucosa alveolar. La encía insertada y la mucosa alveolar están separadas por la unión mucogingival, con excepción del paladar, donde esta división no es perceptible. La mucosa palatina tiene las mismas características que el de la encía.

La encía marginal y papilar forma el tejido blando que rodea y une a los dientes. La porción marginal es la pequeña banda de tejido gingival que corresponde al llamado intersticio. Sigue una curva parabólica en dirección mesiodistal para juntarse con el segmento vecino del otro diente en el punto donde se forma la papila. La papila es piramidal y debe su contorno a las superficies interproximales de los dientes. Así las características anatómicas de la papila dependen de la morfología y posición de los dientes. Si éstos están separados no existe papila, si están apilados la topografía corresponderá al espacio que haya entre ellos.

La encía insertada es un tejido denso y punteado, limitado por un lado, con el surco gingival, que lo separa de la encía marginal, y por el otro, por la unión mucogingival, que lo separa de la mucosa alveolar.

La mucosa alveolar es el tejido que se extiende desde la encía insertada hasta el vestíbulo. Este tejido es bastante delgado, suave, no está queratinizado y es de un color más rojo que el de la encía insertada.

La encía consta de un corion de tejido conjuntivo, cubierto por un epitelio escamoso estratificado. La superficie del epitelio de la encía insertada está queratinizada, pero no así el de la mucosa alveolar. El primero, por lo tanto es más grueso que el último. Las prolongaciones papilares del epitelio se distinguen perfectamente bien de la encía insertada, pero no existe en la mucosa alveolar.

La inserción del tejido gingival al diente se canaliza por su componente principal que son fibras de tejido conjuntivo que van desde la capa papilar hasta el cemento. Las fibras están dispuestas en grupos y de un modo definido.

Las fibras gingivales son las que hacen la unión mecánica de la encía con el diente, y el epitelio sirve de revestimiento. Esta unión característica de la encía con el diente, se lleva a cabo por una especie de invaginación del tejido permitiendo así la formación de un espacio pequeñísimo entre el tejido blando del diente. Se cree que esto es una disposición especial para que la encía pueda llevar a cabo su función. Si la encía estuviese insertada directamente al diente, podría ser desprendida con facilidad si se le somete a una fuerza intensa mientras que gracias a este método de inserción, la encía puede ceder algo sin romperse. Así se forma un espacio pequeñísimo, o intersticio, entre la pared epitelial interna y el diente; esta cubierta interna se llama epitelio del intersticio, y la continuación, de este epitelio, inserción epitelial.

En estado de salud, el intersticio gingival muestra diversa profundidad. Por regla general es de 0.5 a 1 mm.; sin embargo podemos encontrar hasta 2 mm.

La principal irrigación de la encía se encuentra en el lado del periostio de la cara bucal y lingual de la apófisis alveolar. El riego sanguíneo viene de los vasos sanguíneos intra alveolares que van del hueso al tejido blando que lo cubre.

El cemento es un tejido duro cuya substancia intercelular está calcificada, y se dispone en capas alrededor de la raíz dentaria. Hay dos tipos de cemento: acelular y celular. El primero es claro y sin estructura, y está formado por cementoblastos, que depositan la substancia pero no quedan en ella, como ocurre en el tipo celular. Durante la formación del diente y su erupción, mientras se forma el cemento, las fibras de colágeno se incorporan a él; éstas se llaman fibras de Sharpey.

El cemento acelular cubre la porción cervical del diente y muchas veces se extiende sobre casi toda la raíz, con excepción de la porción apical, donde hay cemento celular. Este último tipo es parecido al hueso. Los cementositos se encuentran en las lagunas y sus prolongaciones se anastomosan entre sí, estas células tienen la misma relación con la matriz del cemento que los osteocitos con el hueso. Sin embargo, fisiológicamente hablando, el cemento no se reabsorbe y se forma-- sino que crece por aposición de nuevas capas, unas sobre otras. El grado de formación puede determinarse por líneas que se tiñen con hematoxilina- eosina. Estas líneas que se tiñen representan períodos en que no hay formación. Sin embargo, la aposición de cemento es muy lenta, ya que en la edad adulta el diente suele mostrar pocas capas de aposición.

Los elementos tisulares de la apófisis alveolar no tienen ninguna diferencia de los del hueso de cualquier otra parte del organismo. La porción del hueso de la apófisis alveolar -- rodea las cavidades en las que encajan las raíces dentarias. Es un hueso compacto y delgado, con numerosas soluciones de-- continuidad, por las cuales atraviesan vasos sanguíneos, linfáticos y fibras nerviosas. El hueso alveolar se une con las tablas corticales de los lados bucal y lingual en la cresta de-- la apófisis alveolar. El hueso alveolar contiene los extremos-- insertados de las fibras de tejido conjuntivo de la membrana-- parodontal. La porción esponjosa de la apófisis alveolar ocupa la zona entre las tablas corticales y el hueso alveolar y se-- continúa con la capa esponjosa del cuerpo de los huesos maxilar y mandíbula .

Esta capa ocupa la mayor parte del septum interdental, pero una porción relativamente pequeña en las tablas labial o--lingual; en éstas la región de los incisivos tiene menor hueso esponjoso que la de los molares.

El tejido óseo está en proceso de cambio constante, es--decir, la aposición y resorción de hueso ocurren simultánea--mente. En el hueso alveolar, las laminillas adyacentes pueden identificarse por las llamadas líneas cementantes. Cuando una superficie ósea está inactiva durante cierto lapso, se forma una línea basófila, que puede verse en secciones donde se ha efectuado aposición o resorción, revelando así los cambios ocurridos. El hueso es por lo tanto, un tejido relativamente--activo, diferente al del cemento, Esto se puede ver fácilmente al microscopio en tejidos adultos, en que se nota poca aposición de cemento, pero es notable un remodelado neto del hueso -alveolar. Esta observación es de gran importancia, ya que la membrana parodontal une estos tejidos. Por lo cual es lógico--concluir que hay mecanismos que hacen posible la independen--cia mutua de estos dos tejidos duros.

La membrana parodontal propiamente dicha inserta el diente al alveolo y se dispone en cuatro grupos de fibras;

1.) grupo de la cresta alveolar, que se extiende desde--ésta a la región cervical del diente; 2.) grupo horizontal,--que corre perpendicular desde el diente hasta el hueso alveolar; 3.) grupo oblicuo, cuyas fibras se insertan en el cemento se dirigen oblicuamente en dirección oclusal; aproximada--mente dos terceras partes pertenecen a este grupo, y 4.) grupo apical, que se extiende apicalmente desde el hueso hasta el diente.

Estos grupos de haces de fibras están organizados para ~~es~~ sostener al diente contra las fuerzas a que está expuesto. Sin embargo, la estructura de la membrana parodontal cambia con frecuencia para satisfacer las necesidades funcionales.

La porción principal de la membrana parodontal está ~~com-~~puesta de haces de fibras colágenas blandas de tejido conjuntivo, que se extienden desde el cemento hasta el hueso alveolar.

Los elementos celulares de la membrana parodontal son fibroblastos fusiformes largos, delgados y con núcleo ovalado, y son paralelas a las fibras colágenas. Las fibras están dispuestas en grupos, entre los cuales se encuentran espacios redondos u ovals con vasos sanguíneos, linfáticos, y nervios rodeados por tejido conjuntivo laxo.

El abundante riego sanguíneo procede de vasos que nacen de la arteria interdental, de la irrerradicular y de la dental. La arteria interdental nace de la alveolar y se extiende hacia la cresta a través del septum interdental; da numerosas ramas, que perforan el hueso alveolar, y entran a la membrana o ligamento parodontal; la rama irrerradicular es similar a la arteria interdental.

Cada diente tiene una arteria dental que entra por el foramen apical, antes que la arteria dental entre por el conducto pulpar, nacen ramas que llegan a la membrana parodontal.

MÉTODOS PARA EL ESTUDIO DE LA SEMIOLOGIA.

Para poder hacer un diagnóstico correcto y un tratami---
ento adecuado es imprescindible llevar a cabo paso a paso cier
tos métodos generales de exploración clínica para averiguar--
el estado general del organismo y poder interpretar y aprecia
ar cualquier cambio patológico.

Dichos métodos o procedimientos de exploración son: inte
rrogatorio, inspección, palpación, percusión, auscultación, me
dición, punción exploradora y los métodos de laboratorio.

Desde que el paciente entra al consultorio por primera--
vez, el operador debe tratar de hacer una apreciación general
del paciente. Ello comprende la consideración del estado men
tal y emocional, su temperamento, actitud y edad fisiológica.
La observación atenta del paciente al entrar en el consulto--
rio y sentarse en el sillón dental puede revelar alguna de --
las siguientes manifestaciones: En la facie, se producen cam
bios cuando el paciente padece de hipertiroidismo, miastenia-
grave, acromegalia, mixedema, enfermedad de Paget, anemia per
niciosa, etc. El hábito orgánico como la obesidad o agotamien
to marcado sugieren la posibilidad de trastornos endócrinos-
o nutritivos, o enfermedades debilitantes como el cáncer o tu
berculosis. Se producen frecuentemente anomalías en la marcha
cuando padecen de sífilis terciaria, enfermedad de Paget y es
clerosis múltiple. Hay cambios en la postura en las artritis-
tuberculosis ósea, enfermedad de Paget. La disnea puede indi
car fallas cardíacas o enfermedades pulmonares.

El aumento de la temperatura corporal indica generalmente infección. En la piel aparecen erupciones en las dermatosis, -- pigmentación en la argiria y pelagra, la anemia y la insuficiencia aórtica producen palidez, y un dolor amarillento en la -- ictericia. En los ojos pueden notarse cambios en la pupila o -- inflamación; en la nariz descargas purulentas, obstrucción o -- deformación que pueden originar la respiración bucal; y por úl -- timo en los oídos que se producen descargas en las infecciones agudas o crónicas.

Una vez terminada la apreciación general del paciente procedemos al interrogatorio. Este nos sirve para orientarnos sobre la localización, principio, evolución, estado actual y terreno en que se desarrolla el proceso patológico, también nos informará sobre su estado general, abarcando los distintos sistemas u órganos cuya patología es capaz de ejercer su influencia en la cavidad oral.

Hay flexibilidad sobre el momento en que debe hacerse el interrogatorio, generalmente se hace en la primera visita, sin embargo, algunos pacientes no responden a la sucesión de preguntas, estos pacientes pueden retener datos importantes hasta que lleguen a confiar en el operador.

Después de que hemos obtenido todos los datos posibles -- que por medio del interrogatorio nos ha dado el paciente, enfocaremos nuestro examen directamente hacia la cavidad oral.

Lo primero que observaremos es el estado de higiene del -- paciente, apreciando la cantidad de restos alimenticios acumulados, materia alba, sarro y pigmentaciones dentarias. Luego -- podemos observar piezas cariadas, cambios morfológicos de las piezas dentarias, sensibilidad a la percusión, migración patológica de los dientes, desequilibrio funcional del aparato mag

ticatorio, vitalidad pulpar y lo más importante de este tema, la región gingival.

La atención al detalle y la minuciosidad esencial en todo examen clínico oral son esencialmente importantes para descubrir los primeros signos de la enfermedad; debe notarse aún -- más ligera desviación anormal que puede caer dentro de las desviaciones normales.

El examen clínico permite determinar el estado de la mucosa gingival y de las superficies radiculares accesibles y la profundidad de la bolsa, pero no puede dar datos exactos sobre el relieve óseo, la densidad ósea, los caracteres y en particular, el largo relativo de la parte radicular implantada en el hueso. Estos elementos son indispensables no solo para establecer el plan de tratamiento sino también el pronóstico y sobre todo para apreciar el factor óseo.

Por lo tanto es necesario ayudarnos con el examen radiológico para poder establecer un diagnóstico correcto.

La transiluminación llamada también diafanoscopia que consiste en hacer pasar un fuerte rayo de luz através de los tejidos y cavidades del organismo con el objeto de examinar los cambios patológicos que se producen en el contenido sanguíneo nos servirá para confirmar los datos sobre la vitalidad pulpar

En los pacientes en que el estudio exhaustivo de los factores locales no llegan a explicar la naturaleza y severidad de la enfermedad parodontal, debe investigarse la existencia de trastornos sistémicos que contribuyen al cuadro. Para esto necesitamos ayudarnos con las pruebas de laboratorio. Entre las numerosas pruebas las que especialmente se relacionan con el diagnóstico de los trastornos sistémicos que se manifiestan más a menudo en la cavidad oral son:

Hemograma; frotis de sangre que nos informa sobre la morfología, reacción tintorial y madurez de los glóbulos rojos-- y glóbulos blancos, y la presencia de parásitos en la sangre--
Tiempo de coagulación; tiempo de sangrado: química sanguínea--
fragilidad capilar: cantidad de glóbulos rojos, blancos y sus componentes: análisis de orina, en el cual buscaremos elementos anormales y características generales como son color, olor y peso específico: Histopatología de los tejidos blandos (biopsia).

EPIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS PARODONTALES.

Como la prevención depende de la eliminación de factores etiológicos y el tratamiento requiere la corrección o eliminación de los factores causales, resulta indispensable un estudio de la etiología de la enfermedad parodontal. Los parodontistas aceptan generalmente que los factores etiológicos de los trastornos parodontales pueden dividirse en los grandes grupos:

- I.- Irritaciones locales.
- II.- Trastornos generales.

En realidad todos los casos presentan una combinación de ambos grupos. Algunos muestran poca reacción tisular a una irritación local grave porque los tejidos afectados tienen una resistencia demasiado fuerte, mientras que en otros casos una irritación local leve, obrando sobre tejidos debilitados por algún trastorno general, puede dar como resultado una perturbación bastante seria. Esto es debido a que generalmente existe más de un factor causal. El error fundamental al considerar una sola causa. Existen muchos factores etiológicos en este tipo de enfermedades y pueden ser locales o generales, pero tenemos que diferenciar entre un factor etiológico y un factor predisponente. El factor etiológico es aquel que causa directamente la enfermedad, mientras que el factor predisponente cambia el medio externo e interno facilitando así el principio y desarrollo de la enfermedad. Para hacer un juicio de los factores predisponentes, tenemos que tomar en cuenta el factor herencia. Este puede presentarse más generalizado en ciertos

grupos étnicos, por ejem.: los habitantes de la India y Pakistán y las poblaciones que viven cerca del Mediterraneo-- presentan gran incidencia de enfermedades parodontales igual-- que los Semitas. Sin la presencia de éste factor hereditario-- ya sea de grupo étnico o familiar es difícil que la enferme-- dad parodontal se presente en sus formas más severas.

También tenemos que considerar el factor ingénito, que-- no es propiamente hereditario, sino que por alguna causa du-- rante la gestación el parodonto se vea debilitado persistien-- do ésta debilidad durante toda la vida del individuo. Vemos-- entonces que la valorización de éstos factores influirá en-- las medidas que el Odontólogo lleve a cabo para evitar la en-- fermedad y también la recurrencia después que ésta ha sido cu-- rada. De suma importancia en la prevención es instituir una-- higiene bucal minuciosa y que ésta parece ser punto clave en el éxito del tratamiento y de la prevención. No debemos olvi-- dar tampoco la importancia de los factores psicosomáticos co-- mo factores predisponentes importantes y también la dieta, la oclusión y la función defectuosa.

Una comprensión exacta de lo que es la salud es necesaa-- ria para poder instituir las medidas preventivas adecuadas. El parodonto, debe considerarse una entidad biológica del orgaa-- nismo, de manera que el problema reside no en tratar de curar un parodonto enfermo, sino en curar a un individuo con el pa-- rodonto en mal estado de salud.

En la prevención, es de suma importancia eliminar todos los hábitos que pueden ser nocivos a la salud parodontal. La-- prevención tiene que tomar en cuenta la eliminación completa-- de todo factor etiológico y predisponente, además la eterna-- y cuidadosa vigilancia por parte del Odontólogo y del enfermo

para evitar la recurrencia o que la enfermedad se establezca. La atención debe ser detallista en extremo para notar cualquier desviación de lo normal, que debido a la naturaleza progresiva de ésta enfermedad puede en un momento dado llevar a estados irreversibles. El control de la formación de sarro es también de importancia como lo es la eliminación del mismo por parte del Odontólogo los cuidados caseros son más importantes que las profilaxis frecuentes, ya que el sarro constituye un factor importantísimo en la etiología de este tipo de enfermedad. La dieta tiene que ser valorizada cuidadosamente para evitar todo lo que sea posible que ésta influya en la formación de sarro, los alimentos blandos favorecen el estancamiento de alimentos en la boca mientras que los alimentos fibrosos y detergentes favorecen la auto limpieza durante la masticación.

Se ve entonces la importancia del cepillado inmediato después de los alimentos, en casos en que la dieta es un factor directo en la formación de sarro. Existen alimentos que aparentemente favorecen la rápida formación del sarro tales como alimentos con alta concentración alcalina.

Todos los tejidos incluyendo los parodontales pueden reaccionar al daño en un número limitado de formas.

Atrofia
Degeneración
Hiperplasia
Inflamación
Necrosis, etc.

Las reacciones sin embargo son muchas y el examen del tejido sólo, no identificará de forma positiva la clase de irritación sufrida. Sin duda la prevención o el tratamiento adecuado debe basarse en la eliminación de la o las causas que provocan la reacción tisular. El tratamiento sintomático de los trastornos parodontales dependerá del desarrollo satisfactorio de

de los tejidos de soporte del diente, luego la eliminación o corrección de factores etiológicos realizados por el Odon-
tológo, seguido por el mantenimiento de una excelente higiene-
bucal por parte del paciente.

Los estados locales influidos por los estados predisponen-
tes generales pueden dar como resultado una enfermedad parodon-
tal. El conocimiento del estado normal del parodonto es de mu-
cha importancia ya que entonces es posible conocer cualquier--
desviación de lo normal.

CAUSAS PREDISPONENTES GENERALES.

Los factores generales que controlan la salud del parodon to determinan su resistencia a las irritaciones locales son:

- 1.- Edad fisiológica.
- 2.- Sexo.
- 3.- Herencia.
- 4.- Nutrición.
 - A.) Deficiencia.
 - a.) Vitamínica, (A. Complejo B,C,D.).
 - b.) Mineral.
 - C.) Proteíca.
 - B.) Excesos (Proteínas)-
 - C.) Equilibrio ácido - base (pH).
- 5.- Disfunción endocrina. (Diabetes, hiper o hipoparati roidismo, hiper - hipotiroidismo, disfunción ovárica.
- 6.- Embarazo.
- 7.- Discrasias sanguíneas. Anemias, granulosis, pur-- pura, etc.)
- 8.- Enfermedades debilitantes. (tuberculosis, nefritis)
- 9.- Trastornos psíquicos. (Stress).
- 10.- Alergias.
- 11.- Trastornos idiopáticos.

CAUSAS PREDISPONENTES LOCALES.

Las causas locales, irritantes para el parodonto que pueden causar trastornos parodontales son:

- 1.- Depósitos sobre los dientes.
 - A.) Materia alba.
 - B.) Sarro (supragingival, subgingival).
- 2.- Empaquetamiento de alimentos.
 - A.) Zona de contactos anormales.
 - a.) Por caries.
 - b.) Por trabajo dental incorrecto.
 - c.) Maloclusión.
 - d.) Desgaste interproximal.
 - B.) Morfología dental defectuosa.
 - a.) Por desgaste.
 - b.) Mal formación
 - c.) Restauración incorrecta.
- 3.- Bordes gingivales irritantes.
 - A.) Por caries.
 - B.) Restauraciones incorrectas.
- 4.- Presiones oclusales anormales.
 - A.) Anomalías de dirección.
 - B.) Excesivas en fuerza.
 - C.) Restauraciones dentarias altas.
- 5.- Hábitos.
 - A.) Bricomanía.
 - B.) Hábitos linguales.
 - C.) Hábitos de masticación (fumadores de pipa).
 - D.) Respiración bucal.
- 6.- Irritación química.
 - A.) Colutorios.
 - B.) Drogas (arsénico, fósforo, mercurio, etc.).

7.- Bacterias.

- A.) Aerobias (estreptococos, estafilococos).
- B.) Anaerobias (infección de Vincent).
- C.) Leptotricia.

8.- Traumatismo.

- A.) Uso incorrecto del cepillo dental.
- B.) Uso incorrecto del escurvadiantes.

9.- Varios.

Irritación de ganchos de puentes, prótesis mal ajustadas, terapias por radiación, etc.

GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA

GINGIVECTOMIA.- Consiste en la extirpación quirúrgica de la pared gingival de la bolsa periodontal. Se ha usado en la periodontitis en un intento de eliminar las bolsas suprimiendo sus paredes de tejido blando, destruyendo así el depósito-periodontal de bacterias.

La gingivectomía es un método para eliminar bolsas supraóseas profundas, bolsas supraóseas con paredes fibrosas, agrandamientos gingivales, lesiones, de furcación abscesos periodontales, capuchones pericoronarios, determinados cráteres gingivales interdentarios y algunas bolsas infraóseas.

GINGIVOPLASTIA.- Es la remodelación plástica de la encía que ha perdido su forma externa fisiológica. Su finalidad es la creación de la forma gingival fisiológica, y no la eliminación de las bolsas periodontales.

La gingivoplastia es un método que se usa para eliminar las deformaciones de la encía tales como: Grietas gingivales y cráteres, papilas interdentarias en forma de meseta causada por la gingivitis ulceronecrosante aguda y agrandamiento gingival.

INDICACIONES :

- 1.- Eliminación de bolsas supraalveolares y bolsas falsas.
- 2.- Eliminación de agrandamientos fibrosos o edematosos de la encía.
- 3.- Transformación de márgenes redondeados o engrosados en la forma ideal.
- 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 a caries-subgingivales, o para permitir la colocación de un clamp--durante el tratamiento endodóntico.
- 7.- Corrección de cráteres gingivales.

CONTRAINDICACIONES:

- 1.- En presencia de rebordes alveolares vestibulares y orales gruesos, cráteres interdentarios o cresta ósea de forma--caprichosa.
- 2.- En presencia de bolsas infraóseas.
- 3.- Cuando la higiene bucal es mala.
- 4.- Cuando la relación dentista paciente es difícil o el manejo del paciente representa problemas.
- 5.- En presencia de ciertas enfermedades y afecciones.
- 6.- Cuando el paciente se queja de sensibilidad dentaria antes de la intervención.

TECNICA:

El cuidadoso examen de la forma de los tejidos y la medición de la profundidad de la bolsa darán al operador un cuadro tridimensional que permitirá la ejecución más precisa de la---cirugía. Las bolsas se marcan con una sonda periodontal o con una pinza marcadora de bolsas.

Cuando se utiliza la sonda milimétrica se mide y se marca sobre la superficie externa de la encía, punzando la encía con una sonda y un explorador.

Cuando se utiliza una pinza marcadora de bolsas, se introduce con el extremo recto hasta el fondo de la bolsa y se mar-

marca la profundidad con el extremo para punzar.

Se hacen puntos sangrantes en todas las zonas con bolsa--
incluso en la papila interdenteria.

PREPARACION PARA LA CIRUGIA PERIODONTAL :

Son los pasos que se sigue para preparar la boca par .el tra--
tamiento total que se va a realizar. Comprende raspado y ali--
sado de las superficies radiculares, eliminación de factores--
locales causantes de la infección, confección de férulas tem--
porales, aliviar hábitos oclusales, estados sistémicos que pu--
edan alterar la cicatrización.

La enfermedad gingival aguda debe ser eliminada antes de
hacer la gingivectomía, y el paciente debe estar libre de sin--
tomas un mes antes de realizarse la intervención.

PROCEDIMIENTO :

Cuando las bolsas periodontales se encuentran generalizadas--
se realizarán las intervenciones por cuadrantes semanalmente.
Se inicia en el cuadrante inferior derecho siguiendo con el--
superior derecho dejando el lado izquierdo para que el pacien--
te mastique, posteriormente se harán el cuadrante inferior iz--
quierdo y por último el superior izquierdo.

Las bolsas se exploran con una sonda y se marcan por me--
dio de pinzas marcadoras indicando con la superficie distal--
del último diente, continuando por vestibular, éste proceso--
se repite por la superficie lingual.

ANESTESIA :

La técnica de elección es la infiltración local.

Una vez conseguida la anestesia, se inyecta una gota en cada papila interdientaria de la zona que interesa. Esto aumenta la resistencia de la encía y hace más fácil su incisión.

Además, el vasoconstrictor reducirá la hemorragia durante la cirugía. Una vez confirmado que los tejidos se hallan completamente anestesiados, se marca la profundidad de la bolsa y se realiza la incisión.

INCISION :

La encía se puede incidir con bisturíes periodontales, escalpelo o con tijeras, con la ayuda de bisturíes Bard - Parker número 11 y 12.

Se pueden realizar incisiones continuas o discontinuas según el operador.

La incisión discontinua se inicia en distal del último diente por vestibular y se continúa hacia la línea media siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose a través de la encía interdientaria hasta el diente siguiente en su porción disto vestibular. La siguiente incisión, se inicia allí, donde la anterior atravieza el espacio interdental y se continúa al ángulo distobestibular del siguiente diente.

La incisión Continua se inicia en el último diente por vestibular y se continua hacia la línea media sin interrupción siguiendo el curso de las bolsas.

Si un frenillo tiene su inserción en la zona, este se recolo-
cará para evitar tenciones.

Terminadas las incisiones por bucal, se continúan éstas por
lingual. Para evitar lesiones a la papila incisiva, las incisio-
nes se realizan a los lados y no a través de ella.

La incisión se debe hacer hacia apical de los puntos sangra-
tes. Es necesario eliminar el tejido blando que ésta en el fondo
de la bolsa, porque hay más posibilidad de eliminar toda la ad-
herencia epitelial, se verán por completo los depositos calcare-
os radiculares y elimina el tejido fibroso excesivo.

La incisión se biselará a 45 grados con respecto a la super-
ficie dentaria. En lo posible la incisión debe recrear la forma-
estonada normal de la encía, pero ello no significa dejar intac-
ta parte de la pared de la bolsa. La bolsa enferma se eliminará
por completo, incluso si esto demanda apartarse de la forma nor-
mal de la encía.

A partir de la zona distal del último diente, se inicia el-
desprendimiento del margen gingival con la incisión y con la ayu-
da de una azada quirúrgica, la cual, se introduce en la incisión
hasta la superficie dentaria y con movimientos firmes hacia la-
corona se va retirando la encía.

Una vez que se ha eliminado la pared de la bolsa se observa
ra:

- 1.- Tejido de granulación.
- 2.- Calculos dentarios.
- 3.- Zona clara sobre la raíz donde se insertaba la bolsa.

Con el uso de curetas se elimina el tejido de granulación antes
del raspado, ya que el sangrado proveniente del mismo tejido di-
ficultaría ésta maniobra, la cucharilla se introduce por la su-
perficie dentaria y por debajo del tejido de granulación para-
separarlo del hueso, quedando al descubierto el hueso adyacente.

Raspadores superficiales, profundos y curetas se utilizan-- para eliminar el cálculo y el cemento necrótico. Este raspado y-- alisado radiculares debe ser minucioso para que el tratamiento-- tenga resultado. En el tratamiento de las bolsas supraóseas no-- se debe tocar el hueso ya que éste no está infectado ni necrótico. Una vez que se ha terminado todo el procedimiento se observa que no quedan restos de tejidos después de lo cual se lava varias veces y se coloca gasa para cohibir la hemorragia.

Antes de colocar el apósito quirúrgico se debe observar en la superficie un coágulo que va a proteger y a servir de base para la cicatrización.

COLOCACION DEL APOSITO.- La finalidad del apósito es que el paciente tenga mayor comodidad posoperatoria. Consta de polvo y líquido, los cuales son mezclados con una espátula y después con los dedos hasta obtener una masilla no pegajosa. Este apósito se toma en forma de dos cilindros de tamaño similar al cuadrante -- tratado, se va adaptando desde la parte distal del último diente hacia la línea media, presionando ligeramente.

Lo mismo se realiza en la parte lingual. El apósito deberá cubrir por completo la herida, pero no se extenderá a los tejidos sanos para evitar irritaciones y que interfiera con la oclusión, por lo que se cortara 15 minutos después de haberse colocado.

El apósito quirúrgico tiene varias funciones, las cuales son:

- 1.- Controlar la hemorragia posterior a la intervención.
- 2.- Evitar la posibilidad de infección.
- 3.- Ferulizar un tanto las piezas móviles.
- 4.- Ayuda a la cicatrización al evitar contacto con placa u otro irritante.

El apósito debe permanecer en la cavidad oral durante una semana, en caso de hemorragia postoperatoria, se retirará éste para localizar el punto sangrante y una vez cohibido el sangrado se vuelve a colocar otro apósito.

La cicatrización que sucede después de la gingivectomía, se inicia con la presencia del coágulo, el cual es reemplazado por tejido de granulación, en el que migran las células epiteliales de los márgenes de la herida, para separarlo de la capa superficial contaminada del coágulo. Este sucede entre los 12 y 24 horas, habiendo aumentado de glucógeno y de síntesis de DNA; la epitelización superficial termina entre 5 y 14 días.

Se presenta neoformación ósea al cuarto día y el nuevo cementoide entre los 10 y 15 días. El líquido gingival se ve aumentado después de la intervención, pero disminuye a medida que avanza la cicatrización.

La mayor parte de las deformaciones gingivales se pueden corregir al realizar la gingivectomía sin que sea necesario el uso de la gingivoplastia, esto siempre y cuando la primera esté bien realizada.

La GINGIVOPLASTIA se puede realizar con bisturí periodontal, escalpelo y piedras rotatorias de diamante.

FOX diseño piedras de diamante áperas para eliminar pequeñas cantidades de tejido después de las incisiones iniciales de la gingivoplastia. Se emplean acompañadas de una pulverización acuosa o salina para el modelado preciso de los contornos del tejido. Si se han de usar las piedras, la incisión no es preciso que sea biselada porque puede lograrse fácilmente el desnivel necesario mediante las piedras de gingivoplastia. Sobre el área operada se aplica cura quirúrgica periodontal.

Frecuentemente en la gingivoplastia se usa la incisión de bicel interno de la cirugía ósea, la cual deja una superficie --

de tejido maduro en lugar de tejido conjuntivo seccionado con lo que se presentan menos molestias posteriores y la curación es más rápida, además, de que el tejido parece mantenerse en posición estable.

P R E V E N C I O N

El odontólogo debe darse cuenta de la importancia de los factores etiológicos y planear su tratamiento para eliminarlos tanto como sea posible. El odontólogo debe hacer un estudio cuidadoso del paciente ayudado por radiografías, modelos de estudio y cuando sea necesario análisis de orina, recuento de elementos sanguíneos, análisis dietéticos, metabolismo basal, etc. y por lo tanto corregir cualquier desviación de lo normal siempre que sea posible.

Debe realizar una limpieza concienzuda incluyendo raspado y pulido de las superficies radiculares expuestas, corregir--- contactos anormales, bordes salientes de restauraciones y todo tipo de irritación local; debe controlar cuidadosamente la o--- clusión y en casos especiales efectuar el equilibrio de la misma, por medio de desgastes e indicarle al paciente la importancia que tiene la higiene bucal y técnicas para efectuarla.

PERIODONCIA PREVENTIVA.- La periodoncia preventiva es un programa de cooperación entre el cárujano dentista, su persona-- auxiliar y el paciente, para la preservación de la dentadura natural previniendo el comienzo, el avance y la repetición de la-- gingivitis y la enfermedad periodontal.

El tratamiento periodontal comienza con la enfermedad y bus-- ca restaurar y conservar la salud periodontal incluso si se re-- quieren técnicas muy complicadas.

Gran parte de la gingivitis y la enfermedad periodontal, y-- la pérdida de dientes que ellas causan, puede ser prevenida, pu-- és tienen su origen en factores locales que son accesibles, co-- rregibles y controlables.

PLAN DE TRATAMIENTO:

El plan de tratamiento se basará en-- los hallazgos del examen y también en las metas y objetivos espe-- cíficos del tratamiento.

Con el tratamiento periodontal se buscará:

La Regeneración.- Es la proliferación y diferenciación de nuevas células y sustancia intercelular para formar nuevos tejidos o -- partes.

La Reinserción.- Es la reinclusión de nuevas fibras del ligamen-- to periodontal en el cemento nuevo y la adherencia del epiteli-- gingival a la superficie dentaria previamente denudada por la en-- fermedad.

La periodoncia preventiva consiste en muchos procedimientos interrelacionados, pero el control de placa dentaria es la clave de la prevención de la enfermedad gingival y periodontal.

CONTROL DE PLACA.- Es la prevención de la acumulación de la placa dentaria y otros depósitos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes.

El modo más seguro de controlarla es la limpieza mecánica con cepillo de dientes, dentrífico y otros auxiliares de la higiene.

Para el paciente con periodonto sano, el control de la placa significa la preservación de la salud.

Para un paciente con enfermedad periodontal, significa el control de la placa una cicatrización posoperatoria óptima.

Para el paciente con enfermedad periodontal tratada, el control de la placa significa la prevención de la recurrencia de la enfermedad.

CEPILLOS DENTALES.- Los cepillos dentales van a ser de diferentes tamaños, diseño, el material de las cerdas puede ser nylón o naturales, la dureza de la cerdas dependerá del tipo de masaje que se requiera.

La frecuencia con que se debe realizar el cepillado es:

- Por la mañana al levantarse.
- Inmediatamente después de cada comida.
- Antes de acostarse.

La realización del cepillado dental va a tener por objeto:

- Eliminar los restos alimenticios.
- Eliminar la materia alba.
- Eliminar la mucina.
- Reducir los microorganismos.
- Estimular la circulación gingival.
- Estimular la queratinización de los tejidos haciendolos más resistentes a cualquier tipo de agresión.

MÉTODOS DE CEPILLADO :

1.- MÉTODO DE STILLMAN.- Es uno de los más usados, y se recomienda que el paciente se coloque frente al espejo y sus dientes en posición de borde, el cepillo con las cerdas descansando parte en la encía, parte en la porción cervical de los dientes, se presiona con ellas el margen gingival hasta producir isquemia, posteriormente se dirige el cepillo hacia incisal y oclusal. Esto se refiere a las caras anteriores de ambas arcadas, el cepillo debe realizar estos movimientos cuando menos seis veces.

Las caras oclusales se cepillarán en forma circular, y las caras linguales barriendo los dientes, siempre hacia incisal u oclusal sin necesidad de producir isquemia.

2.- MÉTODO DE STILLMAN MODIFICADO.- La variación que existe en este método, consiste en que el movimiento de barrido empieza en la encía insertada y se continúa con la encía marginal.

Es una acción vibratoria combinada de las cerdas con el movimiento del cepillo en el sentido del eje mayor del diente.

3.- MÉTODO DE CHARTES .- El cepillo se coloca sobre el diente, con una angulación de 45 grados, con las cerdas orientadas hacia la corona, Después, se mueve el cepillo a lo largo de la superficie dentaria hasta que los costados de las cerdas abarquen el margen gingival, conservando la angulación.

Se gira levemente el cepillo, flexionando las cerdas de modo que los costados presionen el margen gingival, los extremos toquen los dientes y algunas cerdas penetren interproximalmente. Sin descolocar las cerdas, se gira la cabeza del cepillo, manteniendo la posición doblada de las cerdas. Luego se lleva al cepillo hasta la zona adyacente y se repite el procedimiento.

Para limpiar las superficies oclisales, se fuerzan suavemente las puntas de las cerdas dentro de los surcos y fisuras y se activa el cepillo con un movimiento de rotación, sin cambiar la posición de las cerdas.

4.- METODO DE FONES .- El cepillo se coloca horizontalmente al eje del diente presionando firmemente contra la encía y los dientes, después se mueve el cepillo en sentido rotatorio con los maxilares ocluidos. Se limita el movimiento rotatorio dentro de los límites del pliegue mucovestibular.

5.- METODO FISIOLOGICO .- Se realiza siguiendo el trayecto que tiene el bolo alimenticio, para ello se usa el cepillo con cerdas de la misma longitud y de tamaño mediano; el paciente sostiene el mango del cepillo en posición horizontal y las cerdas se dirigen en ángulo hacia los dientes y se hacen movimientos suave de arriba hacia abajo o en forma de barrido.

ELEMENTOS AUXILIARES EN LA HIGIENE ORAL.

Debido a que muchas veces el cepillado no es suficiente para eliminar por completo los restos alimenticios, se tienen otros elementos que sirven como complemento al cepillado dental.

1.- PUNTAS INTERDENTALES .- Las más usuales son las que se encuentran en el extremo del cepillo dental, son de hule y se adapta a los distintos tamaños de los espacios interproximales. Su función consiste en comprimir las papilas y de esta manera liberar cualquier resto alimenticio.

2.- PALILLO DE DIENTES DE FORMA FISIOLÓGICA .- Son palillos de madera balsa y tienen forma triangular, terminado en punta . Se deben usar con sumo cuidado después de cada alimento colocándolo en los espacios interproximales. El movimiento desaloja los-residuos y da masaje a la encía.

3.- HILO DENTAL .- La ceda dental es otro método que se usa para eliminar los restos alimenticios de los espacios interproximales. Se sostienen ambos extremos del hilo dental y se le hace pasar cuidadosamente por el área de contacto, se debe tener mucho cuidado de no lesionar la encía.

4.- CEPILLO ELECTRICO .- Existen varios tipos de éstos cepillos de los cuales uno mueve sus cerdas de adelante a atrás y otro--provoca un movimiento en arco. Este tipo de cepillado, mejora la higiene dental y el tono gingival reduciendo las hemorragias provocadas. Sin embargo, hay zonas en las que no elimina los--restos alimenticios, por lo que es aconsejable hacer hacer uso de ambos tipos de cepillado.

5.- APARATOS DE IRRIGACION BUCAL .- Consiste en una bomba que--expele en chorro de agua intermitente con fuerza graduable.

Tiene como aditamentos boquillas intercambiables para que lo utilicen varias personas. Las boquillas se colocan en los--espacios interproximales y áreas de difícil acceso, así se remuven restos alimenticios y se produce masaje en la encía.

6.- COLUTORIOS .- Se deben usar en conjunto con el cepillado -- y otros accesorios y no como sustituto de éstos. Deben ser usados vigorosamente para que nos sean útiles forçando la solución en los espacios interdentarios, a fin de que desaloje partículas restantes.

7.- PROFILAXIA BUCAL .- El término profilaxia bucal se refiere-- a la limpieza de los dientes en el consultorio dental, y consiste en la remoción de placa, materia alba, cálculos y pigmentaciones y el pulido de los dientes.

Para proporcionar el máximo beneficio al paciente, la profilaxia debe ser más amplia e incluir lo siguiente:

- a .- Uso de solución reveladora o tabletas para detectar la placa
- b .- Eliminación de placa y cálculos supragingivales y subgingivales, y otras sustancias acumuladas en la superficie.
- c .- Los dientes se limpian y se pulen mediante ruedas de cerda y tazas de caucho con una pasta pulidora. La placa se deposita menos sobre superficies pulidas lisas. Se limpian y se pulen las superficies dentarias proximales con hilo dental-- y pasta pulidora. Se irriga la boca con agua tibia para eliminar residuos.
- d .- Se aplican agentes tópicos preventivos de caries, salvo que estuvieran incluidos en la pasta pulidora.
- e .- Se examinan las restauraciones y prótesis, y se corrigen márgenes desbordantes y contornos proximales de restauraciones-- Se limpian las prótesis removibles y se controlan la adaptación adecuada, manifestaciones de encajamiento e irritación gingival en relación con retenedores o zonas mucosoportadas.
- f .- Se buscan signos de impacción de alimentos. Cúspides émbo-- los, contactos proximales anormales o rebordes marginales---

los gastos serán corregidos para prevenir o corregir el---
acuñamiento de alimentos.

AYUDAS PROFILACTICAS ADICIONALES.

Los colutorios suaves pueden ayudar en la limpieza bucal principalmente por su acción mecánica. El empleo de la punta de goma del cepillo dental es de valor para ayudar al cepillo a desalojar restos acumulados en los espacios interdentarios y para dar masaje a los tejidos gingivales al mismo tiempo.

El uso de la ceda dental o escarvadientes usados con técnicas adecuadas pueden ser también de utilidad.

El odontólogo debe convencer al paciente de la importancia de los exámenes regulares y frecuentes e impresionarle para que mantenga el cuidado necesario y la observación continua de sus tejidos bucales.

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

Debido a la naturaleza crónica y progresiva de las enfermedades parodontales es necesario que todo Odontólogo conozca y diagnostique las lesiones así como los factores etiológicos y pueda eliminarlos o corregirlos hasta donde le sea posible, evitando con esto un daño que sería irreparable.

No debe olvidar insistir a los pacientes sobre la importancia que tiene el aseo bucal cotidiano y las visitas frecuentes al ODONTOLOGO.

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

PERIODONTOLOGIA CLINICA .- Irving Glickman 2da. Edic.

PERIODONTOLOGIA GENERAL.- Tiburcio Padilla 7ma. Edic.

PERIODONTOLOGIA PREVENTIVA.

J. C. MÜHLER

M. C. WINE

H. G. DAY.

GINGIVITIS .- GRANULLO L. G.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS .- MORALES P. J.

PERIODONCIA .- GOLMAN, SCHLUGER, FOX Y COHEN.

PERIODONCIA .- ORBAN, WENTZ, EVERETT, GRANT.