



2ej' 99

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**CONCEPTOS BASICOS EN PARODONCIA**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P r e s e n t a :**

**NORMA TERESA BASURTO CALZADA**

México, D. F.

1982



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

I.- INTRODUCCION.

II.- PARODONTO.

a) *Encla.*

*Encla marginal.*

*Encla insertada.*

*Encla interdientaria.*

*Características macroscópicas de la encla.*

*Características microscópicas de la encla.*

*Características que diferencian al epitelio crevicular del masticatorio.*

*Surco gingival.*

*Funciones del fluido crevicular.*

*Adherencia epitelial.*

*Lámina propia de la encla.*

*Características clínicas de la encla en niños.*

b) *Ligamento parodontal.*

*Funciones del ligamento parodontal.*

c) *Cemento.*

d) *Hueso alveolar.*

*Componentes del hueso.*

Posiciones dentarias y forma del hueso alveolar.

Dehisencia y fenestración ósea.

Migración mesial fisiológica.

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

III.- CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

a) Agudas.

a.1. Gingivitis ulceronecrotizante aguda.

a.2. Gingivitis viral o herpética.

a.3. Gingivitis estreptocócica.

a.4. Absceso parodontal agudo.

b) Crónicas.

b.1. Gingivitis.

b.2. Parodontitis.

b.3. Absceso parodontal crónico.

c) Degenerativas.

c.1. Gingivosis.

c.2. Parodontosis.

c.3. Atrofia por desuso.

c.4. Trauma por oclusión.

d) Agrandamiento gingival.

d.1. Medicamentoso.

d.2. Hereditario.

IV. - TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

*Técnica de raspaje y curetaje.*

*Gingivectomía.*

*Gingivoplastia.*

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

## I.- INTRODUCCION

Estudios estadísticos demuestran que el índice de enfermedad parodontal es tan elevado, que tal vez podría compararse con las cifras que la caries dental ha alcanzado, con este dato, y conociendo que la conservación de los órganos dentarios depende del completo estado de salud parodontal, resulta necesario que el Odontólogo ponga en práctica sus conocimientos para reducir el registro estadístico de las parodontopatías.

El objetivo de esta tesis es hacer un somero recordatorio del estado de los elementos parodontales, tanto en salud como en enfermedad, y la sintomatología que se refiere en las distintas enfermedades lesivas al parodonto.

## II.- PARODONTO

Es el conjunto de tejidos de revestimiento y so porte del diente.

El parodonto se considera una unidad biológica - pues todos sus tejidos guardan una interdependencia entre sí.

Esta formado por,

Dos tejidos conectivos suaves:

- a) encla.
- b) ligamento periodontal.

Dos tejidos conectivos duros:

- a) cemento.
- b) hueso.

### A) ENCIA

Es aquella parte de la membrana de la mucosa - bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares, y que rodea los cuellos de los dientes. Anatómicamente se divide en: encla marginal, encla insertada y encla interdientaria.

### ENCLA MARGINAL

A esta también se le llama encla libre, es la que sirve de collar a los dientes y su límite con la encla insertada se encuentra demarcada por una depresión lineal poco profunda a la que se le da el nombre de surco gingival. A la encla marginal le podemos estudiar una pared interna que co--- rresponda al epitelio crevicular, y una pared externa que junto con la encla insertada forman el epitelio externo y mastica torio.

El surco gingival es la unión ligera casi superficial de la encla alrededor del diente, está limitada por la superficie del diente y el epitelio crevicular; el surco gingival tiene forma de "v" en su depresión, siendo su profundidad promedio de 1.8 mm.

### ENCLIA INSERTADA

Se continúa con la encla marginal y se encuentra firmemente unida al hueso alveolar subyacente. El ancho de esta encla varía en distintas zonas de la boca y va de 1 a 9 milímetros, siendo en el maxilar siempre más ancha que en la mandíbula, y más ancha también la región anterior, en ocasiones, a nivel de molares y premolares es de 1 mm., o no existe. En la parte vestibular está separada de la mucosa alveolar por una línea perfectamente definida en todas las zonas que recibe el nombre de línea mucogingival. Por lingual se extiende hasta el epitelio que tapiza el surco sublingual en el piso de la boca. Por palatino se continúa imperceptiblemente con la mucosa palatina.

### ENCLIA O PAPILA INTERDENTARIA

Recibe este nombre la parte de encla que se localiza en el nicho gingival, o sea, en el espacio interproximal por debajo del área de contacto dentario. La papila en los dientes posteriores tiene forma de dos papilas, una vestibular y una palatina unidas por una depresión denominada col o collado. En los dientes anteriores la papila es única y tiene forma piramidal, siendo un poco cóncava en sus extremos mesial y distal.

Si no hay contacto entre dos dientes la enclia interdentaria no existirá.

La encla interdientaria está formada tanto por encla marginal como insertada.

## CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS DE LA ENCLA

**COLOR:** Es rosado coral tanto en la encla marginal como en la encla insertada, aunque este varía dependiendo del color del individuo, grosor del epitelio, grado de queratinización, vascularización y pigmentación melanínica.

**TEXTURA SUPERFICIAL:** La encla marginal es lisa y brillante.

La encla insertada presenta una superficie finamente lobulada con un característico puntilleo, el cual se acentúa más en toda la superficie vestibular que en la lingual. Tiene el conjunto un aspecto de cáscara de naranja.

**CONSISTENCIA:** La encla marginal es ligeramente más flexible que la encla insertada, pero la colágena le da cierta firmeza.

La encla insertada es firme, firmeza que está dada por la naturaleza colágena de la lámina propia.

**FORMA:** La forma de la encla interdientaria depende de la posición, tamaño y forma de los dientes así como de la localización del área de contacto.

La encla marginal también depende de las características de las superficies de los dientes.

## CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS DE LA ENCLA

Microscópicamente la encla se compone de un núcleo central de tejido conectivo cubierto de epitelio escamoso estratificado.

El epitelio externo o masticatorio está cubier

to por encla marginal e insertada. Consta de cuatro estratos o capas que del fondo a la superficie siguen esta secuencia: capa basal, capa espinosa, granulosa y queratinizada.

**CAPA BASAL:** Se compone de una hilera de células de forma cuboidal que descansan sobre la membrana basal; -- las células que están en esta capa son melanocitos y queratinocitos.

**CAPA ESPINOSA:** Ocupa más de la mitad el grosor de todo el epitelio, la forma de las células es poligonal, aquí se encuentran las células de Langerhans, y por su situación, ya que se encuentran en la parte más superficial del estrato espinoso se les llama células de alto nivel. Por la similitud que presentan con los melanocitos por sus largas prolongaciones citoplasmáticas, y por su aspecto microscópico también se les conoce como células blancas.

A la parte más profunda del estrato espinoso y a la capa basal se les llama capas germinativas, puesto que ahí ocurre la mitosis.

**CAPA GRANULOSA:** Las células se observan aplanadas preparándose para la descamación. El citoplasma se encuentra cargado de queratohialina y el núcleo se tiñe fuerte observándose además reducido de tamaño.

**CAPA QUERATINIZADA:** Es la más superficial y -- también conocida como estrato córneo. Las células se observan como escamas ya que no se hace notorio el núcleo y aquí es donde sucede la descamación.

### **CARACTERISTICAS QUE DIFERENCIAN AL EPITELIO CREVICULAR DEL MASTICATORIO**

- a) En la membrana basal del epitelio crevicular no se

- observan proyecciones epiteliales pues es continua.
- b) La disposición de las células del epitelio crevicular es aplanada y se les ha descrito como que guardan paralelismo con el eje longitudinal del diente.
  - c) El epitelio crevicular no es queratinizado, únicamente presenta dos capas de células y son: el estrato basal y el espinoso, por lo tanto es extremadamente delgado y carece de valor protector aparte de que este epitelio actúa como membrana semipermeable.
  - d) El epitelio crevicular del intersticio deriva de los ameloblastos reducidos del órgano del esmalte, mientras que el epitelio masticatorio es de origen basal pues deriva del epitelio bucal.

### SURCO GINGIVAL

El surco gingival está delimitado por la superficie coronaria de las estructuras dentarias y un epitelio escamoso estratificado carente de prolongaciones epiteliales, no queratinizado y semipermeable. En su profundidad se encuentra la adherencia epitelial y en su parte más superficial el margen gingival.

Como ya se mencionó antes, tiene forma de "v" y lo lubrica constantemente el líquido gingival que aumenta durante la masticación de alimentos duros, el cepillado dentario y en la inflamación.

El líquido gingival es un producto excretado por el tejido conectivo gingival que atraviesa el epitelio cre-

vicular para llegar hasta el surco; contiene electrolitos K, Na, Ca, aminoácidos, proteínas plasmáticas, factores fibrinolíticos, gammaglobulina A, M y G, albúmina y lisozima, fibrinógeno y fosfatasa ácida, células epiteliales descamadas, leucocitos y microorganismos.

### FUNCIONES DEL FLUIDO CREVICULAR

- a) Limpiar el material del intersticio de células descamadas, etc.
- b) Proveer de proteína plasmática a la adherencia epitelial reafirmando así su adhesión al diente.
- c) Posee propiedades antimicrobianas pues dentro de sus componentes está la lisozima.
- d) Actúa como anticuerpo en defensa de la encla ya que contiene inmunoglobulinas A, M y G.

### ADHERENCIA EPITELIAL

Se localiza en el fondo del surco gingival rodeando al diente y manteniéndolo firmemente unido con la encla marginal. Al principio de la vida presenta 3 o 4 capas, las que pueden aumentar hasta 20 con la edad. La longitud y nivel a que se encuentra depende de la etapa de erupción dentaria y difiere en cada una de las caras dentarias.

Se une al esmalte por una lámina basal que consta de:

- a) Una lámina densa, en la cual se encuentran ramificaciones orgánicas del esmalte.
- b) Una lámina lúcida, a la que se adhiere los hemidesmosomas, que son alargamientos de las células epite-

vicular para llegar hasta el surco; contiene electrolitos K, Na, Ca, aminoácidos, proteínas plasmáticas, factores fibrinolíticos, gammaglobulina A, M y G, albúmina y lisozima, fibrinógeno y fosfatasa ácida, células epiteliales descamadas, leucocitos y microorganismos.

### FUNCIONES DEL FLUIDO CREVICULAR

- a) Limpiar el material del intersticio de células descamadas, etc.
- b) Proveer de proteína plasmática a la adherencia epitelial reafirmando así su adhesión al diente.
- c) Posee propiedades antimicrobianas pues dentro de sus componentes está la lisozima.
- d) Actúa como anticuerpo en defensa de la encía ya que contiene inmunoglobulinas A, M y G.

### ADHERENCIA EPITELIAL

Se localiza en el fondo del surco gingival rodeando al diente y manteniéndolo firmemente unido con la encía marginal. Al principio de la vida presenta 3 o 4 capas, las que pueden aumentar hasta 20 con la edad. La longitud y nivel a que se encuentra depende de la etapa de erupción dentaria y difiere en cada una de las caras dentarias.

Se une al esmalte por una lámina basal que consta de:

- a) Una lámina densa, en la cual se encuentran ramificaciones orgánicas del esmalte.
- b) Una lámina lúcida, a la que se adhiere los hemidesmosomas, que son alargamientos de las células epite-

liales basales (placas de unión).

La función de la adherencia epitelial se encuentra reforzada por las fibras gingivales.

## LAMINA PROPIA DE LA ENCIA

Así se llama al tejido conectivo de la encía que es densamente colágeno y tiene pocas fibras elásticas.

Consta de 2 capas:

- a) Una papilar que se encuentra por debajo del epitelio.
- b) Una reticular contigua al periostio del hueso alveolar.

Las fibras colágenas se disponen en 5 grupos y se les conoce con el nombre de fibras gingivales de sostén. Se considera la primera barrera de defensa de la encía en contra de la enfermedad parodontal, su función es mantener la encía marginal adosada a la superficie del diente, y proporcionar la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación.

GINGIVODENTALES. Estas fibras se extienden en todas las caras del diente y van desde el cemento radicular hacia la cresta y superficie externa de la encía marginal (sin llegar al epitelio) tanto en vestibular como en lingual; del cemento al periostio del hueso alveolar vestibular y lingual, terminando en la encía insertada o uniéndose con el periostio; en interproximal van del cemento a la cresta de la encía interdentaria.

CIRCULARES. Se distribuyen en la periferia del diente a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdentaria.

TRANSEPTALES. Se disponen interproximalmente, del cemento de un diente al cemento del diente vecino, su fun-

ción es mantener la relación interproximal. Su situación es coronal a la cresta alveolar y se sabe que las fibras transeptales se reconstruyen después de una destrucción de hueso alveolar por enfermedad parodontal.

## CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENCIA EN NIÑOS

**DENTICIÓN TEMPORAL.** Hay más vascularización - por desarrollo.

Hay menos queratinización y trae como consecuencia que el tejido sea más delgado.

Coloración más rojiza, epitelio más delgado y - translúcido.

No existe el puntilleo de cáscara de naranja - porque las fibras colágenas aún no están organizadas.

Es más blanda.

**DENTICIÓN MIXTA.** Los márgenes gingivales están más agrandados porque hay hiperemia acompañada de edema por la erupción provocada por irritantes locales.

Profundidad mayor del intersticio gingival.

## B) **LIGAMENTO PARODONTAL**

El ligamento parodontal es la estructura conectiva que une al diente con el hueso, se continúa con el tejido conectivo gingival y comunica con los espacios medulares a través de los canales vasculares de hueso, se compone principalmente de fibras colágenas, por lo tanto es un tejido conectivo fibroso denso. Las fibras colágenas se disponen en cinco grupos y reciben el nombre de fibras principales del ligamento parodontal.

PRIMER GRUPO. Lo forman las fibras de la cresta alveolar, estas fibras se dirigen en forma de abanico inmediatamente por debajo de la adherencia epitelial del cemento a la cresta alveolar. Su función es mantener al diente dentro del alveolo y ayudar a resistir los movimientos laterales del diente.

SEGUNDO GRUPO. Son las fibras horizontales que guardan una disposición perpendicular al eje longitudinal del diente.

TERCER GRUPO. Es el más importante, las fibras oblicuas se dirigen de cemento a hueso en sentido coronal, son las encargadas de cambiar o transformar la presión en tensión.

CUARTO GRUPO. Lo forman las fibras apicales, - que también van de cemento a hueso como abanico y actúan como amortiguadores en las fuerzas de la masticación. En el caso de raíces incompletas están ausentes.

QUINTO GRUPO. Corresponde a las fibras de las bifurcaciones o trifurcaciones, guardan la disposición de las apicales y tienen su misma función

Existe muy poca cantidad de fibras elásticas, - están presentes las fibras reticulares que siguen el curso de los vasos sanguíneos. Hay otro tipo de fibras, las de oxytalan de las que se desconoce su función, también se les llama ácido resistentes, se localizan en el tercio cervical de la raíz y se insertan en un lado del diente o del hueso pero nunca en ambos. El extremo de Sharpey es el que se inserta ya sea en hueso o en cemento, estas fibras se unen en el centro,

## CELULAS ENDOTELIALES

Fibroblastos, cementoblastos, osteoblastos, - osteoclastos, macrófagos y restos epiteliales de Malassez o células epiteliales en reposo, son los elementos celulares del - ligamento parodontal.

Los restos epiteliales de Malassez aparecen en el area cervical o apical del ligamento parodontal, pueden permanecer en estado latente durante toda la vida, o bien, si son estimulados, pueden dar origen a quistes laterales.

## FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL

**FISICA.** La transmisión de las fuerzas oclusales al hueso, inserción del diente al hueso; mantener la relación entre los tejidos gingivales y los dientes; protección de las estructuras que proveen al diente de nutrientes ante un agente agresivo mecánico.

**FORMATIVA.** Se entiende ya que tenemos presentes en el ligamento cementoblastos que forman cemento, osteoblastos que forman hueso, fibroblastos que forman colágena.

**NUTRITIVA.** El ligamento aporta nutrientes al cemento, al hueso y a la encla por vía sanguínea y ofrece también drenaje linfático.

**SENSITIVA.** Tiene una sensibilidad táctil y propioceptiva, que le permite detectar fuerzas excesivas sobre un diente o grupo de dientes.

### c) CEMENTO

Tejido mesenquimatoso calcificado que cubre la raíz del diente. La aposición continua de cemento es necesaria para el mantenimiento de un periodonto sano. Su formación se inicia en las primeras fases de la formación de la raíz. Su grosor va aumentando con la edad, principalmente en la zona apical, esto en la ausencia de enfermedad parodontal.

Al microscopio se observan dos tipos de cemento.

a) **Cemento acelular.**

Formado por una gran cantidad de fibras de Sharpey principalmente, que penetran perpendicular en su espesor. También se le conoce como cemento primario.

b) **Cemento celular.**

Formado por los cementocitos que están en los espacios llamados lagunas cementarias, y por fibras de Sharpey, de las cuales algunas están calcificadas totalmente y otras parcial. El cemento celular tiene una capa no calcificada (cementoide), sobre la cual se irán depositando con el tiempo más capas. También se le conoce como cemento secundario.

A estos cements se localizarán en:

C. Acelular, en la mitad coronal de la raíz.

C. Celular, en la mitad apical de la raíz y a nivel de las furcaciones.

El cemento, es formado por unas células llamadas cementoblastos, y es absorbido por los cementoclastos, o sea - que está en constante formación y absorción. Vamos a encontrar tres tipos de unión amelocementarias:

- 1) Cuando el cemento cubre al esmalte, y lo vamos a encontrar en un 60%.
- 2) Cuando el cemento y el esmalte se encuentran borde a borde y se encuentra en un 30%.
- 3) Cuando el cemento queda separado del esmalte y la dentina queda expuesta, en un 5 a 10%.

El cemento está compuesto de un 45% al 50% de sustancias inorgánicas, principalmente fosfato y calcio, bajo la forma de hidroxapatita. De un 50% a 55% de material orgánico y de agua; en el material orgánico tenemos la colágena y a los mucopolisacáridos.

La función del cemento es anclar el diente al alveolo; es protector de la dentina y da inserción a las fibras de Sharpey.

#### D) HUESO ALVEOLAR

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los dientes. El hueso, consta de una matriz calcificada con osteocitos, que se encuentran dentro de las "lagunas" y sus prolongaciones pasan por los canaliculos. Los osteoblastos tienen la capacidad de depositar hueso nuevo, mientras los osteoclastos lo reabsorben.

#### COMPONENTES DEL HUESO

Dentro de los componentes principales del hueso tenemos calcio, fosfato; iones de sodio, magnesio; sales minerales en forma de cristales de hidroxapatita y colágena.

Anatómicamente se distinguen dos partes del proceso alveolar:

- a) Hueso alveolar propiamente dicho o lámina cribiforme.

Es una lámina delgada de hueso que rodea la raíz. En ella tenemos insertadas fibras de Sharpey calcificada pero con núcleos no calcificados, a ellos se debe el nombre de hueso fasciculado. Este hueso laminar siempre sigue el contorno de la raíz de los dientes.

- b) Hueso de soporte.

Este rodea la cortical ósea alveolar y actúa en su función como sostén. El hueso de soporte se compone de:

- b.1. Hueso esponjoso. Consiste en trabéculas de distintas formas que encierran espacios medulares. Se encuentra delimitado por las tablas corticales.
- b.2. Tablas corticales. Son vestibular y lingual, de consistencia compacta.

El tabique interdentario se compone de hueso esponjoso, limitado hacia mesial y distal, por las paredes alveolares de los dientes vecinos, y en vestibular y lingual, por las tablas corticales. Hacia la región apical, es más amplio y se va ensanchando ligeramente conforme se acerca a la zona cervical.

## POSICIONES DENTARIAS Y FORMA DEL HUESO ALVEOLAR

De acuerdo a las malposiciones dentarias son -

las variaciones en la forma del hueso alveolar.

En el caso de dientes extruidos, el hueso puede localizarse, en posición más coronaria que el hueso que rodea - al resto de los dientes, y que mantienen una posición correcta.

En el caso de dientes lingualizados, el margen vestibular del diente es más grueso y se encuentra en un nivel normal, por el contrario, el margen óseo lingual, se localiza - en un nivel más apical y es un poco más delgado.

Asimismo, tenemos que la estructura ósea es más delgada en los sitios en que la raíz dentaria es más prominente.

## DEHISCENCIA Y FENESTRACION OSEA

Dehiscencia se le llama al área en que la raíz - de un diente, está desprovista de hueso, y únicamente están presentes el periostio y la encla. Su forma es circular y bien definida, ubicándose a cualquier nivel de la raíz.

Fenestración es la exposición de parte de la raíz dentaria, debido también a la ausencia de hueso. Su forma es alargada y abarca el margen óseo, cubren a la raíz el periostio y la encla.

Estas alteraciones en la estructura ósea alveolar, se presentan con más frecuencia en la parte vestibular y anterior de la arcada dentaria; son consecuencia de contornos - radiculares prominentes y tablas vestibulares delgadas.

## MIGRACION MESIAL FISIOLOGICA

Todos los dientes tienden a migrar hacia mesial, lo que en un principio es punto de contacto, pasa posteriormente

te a ser área de contacto, ocasionando destrucción ósea en las zonas de presión (presencia de osteoclastos), mientras que en el espacio que va dejando el diente atrás, hay formación de hueso (presencia de osteoblastos).

## INERVACION, VASCULARIZACION Y LINFATICOS DEL PARODONTO

### ENCLIA

La papila interdientaria es irrigada por las arterias alveolares interdientales, que corren a través de los canales intraalveolares y la cresta alveolar, algunos capilares se anastomosan con las ramas superficiales de las arterias lingual, palatina, mentoniana y del buccinador (provenientes de la encla vestibular, lingual y palatina).

También recibe nutrición de las arteriolas supraparietísticas, algunos capilares se extienden dentro del hueso para llegar al ligamento periodontal, del que parten otros vasos para la encla.

Su drenaje linfático se inicia en los vasitos de las papilas conectivas, que se dirigen hacia las redes colectoras externas y a los nódulos linfáticos regionales. Otra red de linfáticos se ubica por debajo de la adherencia epitelial y se extiende hasta el ligamento parodontal.

La Inervación gingival corresponde a fibras de los nervios del ligamento parodontal, de los nervios bucal, labial y palatino; localizamos en el epitelio también corpúsculos táctiles de Meissner y terminaciones de Krause.

### LIGAMENTO PERIODONTAL

Su irrigación proviene de las arterias alveolares superior e inferior.

Los vasos apicales penetran al ligamento precisamente en la región apical extendiéndose a la encla, dan ramas laterales hacia el hueso y cemento; dentro del ligamento se forma un plexo que viene de las arterias perforantes alveolares.

Los linfáticos del ligamento toman una dirección apical para atravesar el hueso alveolar y vertir su contenido en los nódulos linfáticos submaxilares y sublinguales.

El ligamento parodontal posee propiedades sensitivas capaces de transmitir sensaciones táctiles de presión, y de dolor por vía del trigémino además, es propioceptivo pues posee nervios de Meissner, Krause y Paccini.

### HUESO ALVEOLAR

La lámina dura o cribiforme del hueso alveolar posee perforaciones por donde pasan los vasos sanguíneos, linfáticos y nerviosos, que unen al ligamento parodontal con el hueso esponjoso. El aporte sanguíneo deriva pues, de los vasos del ligamento y de los espacios medulares localizados dentro de las trabéculas del hueso esponjoso, y también de pequeñas ramas de vasos periféricos que atraviesan las corticales externas.

### FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Es importante el conocimiento de las causas determinantes o los factores predisponentes de las enfermedades parodontales, para poder prevenirlas o tratarlas una vez establecidas.

1) FACTORES LOCALES.

- a) Mala higiene.
- b) Saliva.
- c) Alimentación blanda.
- d) Caries dental.
- e) Maloclusión.
- f) Movilidad y dientes separados.
- g) Malposición dentaria.
- h) Disfunción dentaria.
- i) Márgenes desbordantes de obturaciones y prótesis.
- j) Piezas dentarias faltantes no reemplazadas.
- k) Drogas y venenos metálicos.
- l) Hábitos parafuncionales.
  - l.1. Empuje lingual.
  - l.2. Succión digital.
  - l.3. Bruxismo y bruxomanía.
  - l.4. Hábito de succión de carrillos.
  - l.5. Respiración bucal.
- m) Encía sumamente delgada y márgenes gingivales abultados y gruesos.

2) FACTORES SISTEMICOS.

- a) Deficiencias nutricionales.
- b) Déficit vitamínico.
- c) Afecciones endocrinas.
- d) Afecciones hematológicas.

### III.- CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

- a) Agudas.
  - a.1. *Gingivitis ulceronecrotizante aguda.*
  - a.2. *Gingivitis viral o herpética.*
  - a.3. *Gingivitis estreptocócica.*
  - a.4. *Absceso parodontal agudo.*
- b) Crónicas.
  - b.1. *Gingivitis.*
  - b.2. *Parodontitis.*
  - b.3. *Absceso parodontal crónico.*
- c) Degenerativas.
  - c.1. *Gingivosis.*
  - c.2. *Parodontosis.*
  - c.3. *Atrofia por desuso.*
  - c.4. *Trauma por oclusión.*
- d) Agrandamiento gingival.
  - d.1. *Medicamentoso.*
  - d.2. *Hereditario.*

#### A) AGUDAS

##### A.1. GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA (GUNA)

*Esta enfermedad se conoce también como estomatitis ulcerosa, gingivitis de Paul-Vincent, boca de trincheras y con otros nombres más.*

*La GUNA se presenta en todas las edades observándose con más incidencia - en adultos jóvenes, en adictos con - suspensión de la droga, después de - una enfermedad debilitante o de una infección respiratoria. En sí la cau*

sa de la enfermedad es una combinación de factores locales con una perturbación psicológica.

Siempre se acompaña de malestar general, fiebre y linfadenitis.

### **SIGNOS BUCALES.**

Se presentan depresiones crateriformes en la cresta de la encla abarcando cualquiera de las formas de encla o las tres, hay destrucción rápida de los tejidos y va dejando una membrana de aspecto necrosado (blanca grisácea), cubriendo la lesión, en ocasiones no existe esta película y se observa la encla inflamada, brillante, rojiza y sumamente sangrante. La lesión se encuentra limitada de la mucosa bucal por una línea eritematosa perfectamente definida; puede abarcar toda la boca, un grupo de dientes, o a uno solo y si continúa su curso, puede acabar definitivamente con los tejidos parodontales pues es una enfermedad irreversible.

Hay también alitosis, sialorrea, hemorragia gingival espontánea. Puede presentarse en ausencia de enfermedad parodontal o bien sobreponerse a ella.

## SINTOMAS BUCALES.

Las lesiones resultan muy dolorosas al tacto, a la masticación, y a los alimentos calientes, aún en ausencia de estímulo el paciente aqueja un dolor constante e irradiado.

Hay un sabor metálico, pérdida de apetito y como alteraciones generales puede haber pulso acelerado, cefaleas, decaimiento general y alteraciones gastrointestinales.

TRATAMIENTO.- Primera cita, antibiótico, (penicilina o eritromicina), reposo, dieta rica en proteínas.

En la segunda cita, se realiza el raspaje y curetaje, y se le instruye al paciente para eliminar la placa bacteriana de las superficies interproximales por medio de hilo dental y una técnica de cepillado adecuada.

Tercera cita, se lleva a cabo la gingivoplastia.

## A.2. GINGIVITIS HERPÉTICA.

También conocida como gingivostomatitis herpética o viral, se debe al herpes simplex, como factores predisponentes podemos mencionar traumatismos localizados en la zona de la boca que

presenta la alteración, menstruación - y disminución de la resistencia orgánica. Es común en niños menores de seis años y en lactantes.

Puede aparecer la afección en la encía, paladar, piso de boca, mucosa bucal, - lengua, labio o piel de la cara.

En ocasiones va acompañada de fiebre, - malestar general y sialorrea.

### **SIGNOS BUCALES.**

Se inicia por una zona eritematosa - - brillante con grados variables de hemorragia que presenta una vesícula, la - cual permanece aproximadamente veinticuatro horas, dejando en su sitio pequeñas ulceraciones rodeadas de un halo eritematoso y en el centro tiene -- una depresión gris amarillenta.

Cuando la lesión es única tiende a desaparecer por sí misma de 3 a 4 días y cuando es múltiple de 7 a 11 días.

### **SINTOMAS BUCALES.**

Al romperse las vesículas y aparecer - las úlceras el paciente manifiesta dolor, el que se acentúa al tacto y durante la masticación de alimentos duros, calientes o ácidos.

TRATAMIENTO.- Es paliativo, auxiliándose de un oxigenante como el Solco-

seryl. Dieta rica en proteínas y vita  
mina C, higiene bucal adecuada y enju  
gues.

### A.3. GINGIVITIS ESTREPTOCOCCICA.

El agente etiológico es el estreptoco  
co viridans, con mayor frecuencia se  
encuentra en niños y en adultos jóve-  
nes. Puede haber fiebre y malestar -  
general.

La encla se observa rojiza, lisa y -  
brillante. Hay sialorrea y una marca-  
da alitosis; es sumamente contagiosa.

TRATAMIENTO.- Antibiótico (penicili-  
na o eritromicina).

### A.4. ABSCESO PARODONTAL AGUDO.

Es una inflamación purulenta de los -  
tejidos parodontales que generalmente  
se presenta en la cara lateral de la  
ralz, por tratamiento endodóntico ina  
decuado, o por profundización de la -  
infección de bolsas parodontales obs-  
truidas, también por la eliminación -  
incompleta de cálculos durante el tra  
tamiento de bolsa parodontal.

#### SINTOMAS BUCALES.

El dolor es pulsátil e irradiado, hay

sensibilidad a la palpación y percusión.

Como posibles manifestaciones generales mencionaremos la fiebre y el malestar general.

### **SIGNOS BUCALES.**

Es una elevación ovoide, lisa y brillante en una encla edemática y roja en la zona lateral de la raíz.

Es posible expulsar del margen gingival material purulento a la presión digital.

TRATAMIENTO.- En la primera cita se hace el drenaje del absceso y se recetan antibióticos.

En la segunda cita, ya eliminadas las molestias se hace el legrado de la zona correspondiente.

## **B) CRONICAS,**

### **B.1. GINGIVITIS.**

Consiste en el aumento de volumen de la encla dado por la inflamación, debido a factores locales como es la placa dentobacteriana, va haber cambio de coloración según la evolución, es rojiza en un principio, para transformarse en rojo azul y azul oscuro -

con el tiempo, hay pérdida del puntillito así como de la forma normal de la encla. Los cambios aparecen en las papilas interdientarias y se extienden hacia la encla insertada.

Esta alteración de la encla es asintomática, pero existe sangrado espontáneo o provocado; puede durar un tiempo considerable si es que se establece un equilibrio entre el ataque y la defensa, pero cuando el ataque es mayor que la defensa se establece la parodontitis.

En la gingivitis no hay migración de la adherencia epitelial.

#### DISTRIBUCION:

LOCALIZADA.- Se limita a la encla de un solo diente o grupo de dientes.

GENERALIZADA.- Abarca toda la boca.

PAPILAR.- Abarca las papilas interdientarias y con frecuencia se extiende hacia la zona adyacente del margen gingival.

Es común que afecte las papilas y no al margen gingival, los primeros signos de gingivitis aparecen en la papila.

MARGINAL.- Afecta el margen gingival pero puede incluir una parte de la encla insertada contigua.

DIFUSA.- Abarca la encla marginal, -

encla insertada y papila interdientaria.  
GINGIVITIS MARGINAL LOCALIZADA.- Se li-  
mita a una area de la encla marginal o  
más.

GINGIVITIS DIFUSA LOCALIZADA.- Se ex-  
tiende desde el margen hasta el plie-  
gue mucovestibular, pero en una area -  
limitada.

GINGIVITIS PAPILAR.- Abarca un espa-  
cio interdientario o más de una area li-  
mitada.

GINGIVITIS MARGINAL GENERALIZADA.- -  
Comprende la encla marginal de todos -  
los dientes. Por lo general la lesión  
afecta también a las papilas interden-  
tarias.

GINGIVITIS DIFUSA GENERALIZADA.- Abar-  
ca toda la encla, por lo común también  
la mucosa bucal se haya afectada, de -  
modo que el límite entre ella y la en-  
cla insertada queda anulado.

TRATAMIENTO.- Eliminación de placa -  
bacteriana y una correcta técnica de -  
cepillado.

## B.2. PARODONTITIS.

Recibe también el nombre de enferme-  
dad parodontal destructiva crónica.

Es la secuela de la gingivitis cróni-  
ca, aquí la adherencia epitelial mi-

gra hacia apical, o sea que tenemos la presencia de bolsas parodontales.

Su etiología se atribuye a que el sarro dentario ha permanecido sin ser removido durante un largo tiempo, aun cuando también podemos mencionar como causante de la parodontitis, las deficiencias nutricionales.

Sus características clínicas son las mismas de la gingivitis crónica.

TRATAMIENTO.- Legrado y curetaje parodontal con una adecuada higiene bucal.

### B.3. ABSCESO PARODONTAL CRÓNICO.

Va a estar dado por la eliminación incorrecta de sarro, perforación lateral de la raíz en tratamiento endodóntico inadecuado, o bien el cierre de una bolsa parodontal.

Se presenta como una elevación de forma ovoide o redonda, en la cara lateral de la raíz, con su correspondiente fístula por donde está drenando.

En la mayoría de los casos es asintomático, pero puede haber dolor sordo y el paciente tener el deseo de frotar el diente y morder.

TRATAMIENTO.- En la primera cita, ampliar el punto de drenaje, mediante

una incisión que pase por el centro de la lesión y que llegue hasta el margen gingival, separando los labios de la herida para facilitar la salida del exudado. Se receta antibiótico. En la segunda cita, se hace legrado y curetaje del área afectada.

c) **DEGENERATIVAS.**

c.1. **GINGIVOSIS.**

También llamada gingivitis descamativa crónica.

Es una enfermedad degenerativa, que generalmente se presenta en adultos de ambos sexos pero con mayor frecuencia en mujeres menopáusicas; la causa se desconoce pero se atribuye a factores locales asociados con deficiencias nutricionales, desequilibrio hormonal, deficiencias de estrógenos en la mujer, o testosterona en el hombre.

**SIGNOS BUCALES.**

Son variables de acuerdo a la severidad con que ataque y son: desprendimiento del epitelio al menor estímulo dejando expuesta una superficie de color rojo intenso que puede ser sangrante

te, puede afectar la encla interdental, encla marginal e insertada, o únicamente la encla marginal e insertada; el epitelio no se adhiere con firmeza a los tejidos subyacentes, su superficie es lisa, brillante y de color azul grisáceo, pudiendo abarcar solo un grupo de dientes.

### SINTOMAS BUCALES.

Hay dolor al aire y a la ingestión de alimentos condimentados y ásperos; al cepillado que ocasiona denudación de la superficie gingival. El paciente refiere sensación de ardor.

**TRATAMIENTO.**- Raspaje y curetaje, eliminación de todas las formas irritantes locales y la administración de corticoesteroides en dosis moderada. Masaje gingival.

### c.2. PARODONTOSIS.

Parodontosis o atrofia difusa del hueso alveolar, se va a definir como la enfermedad destructiva no inflamatoria que degenera los tejidos parodontales. La etiología es desconocida aun cuando se ha asociado a sífilis, diabetes, enfermedades de la colágena, deficien-

cias nutricionales y hormonales. Es considerada una enfermedad genética. Un dato importante es que en la mayoría de los casos se presenta asociada a la hiperqueratosis palmo-plantar o síndrome de Papillon-Lefèvre.

La lesión se inicia como una línea eritematosa en las fisuras de las plantas y palmas, se puede presentar también en rodillas, dedos, cuello y tobillos. La parodontosis va a consistir en la pérdida del soporte de los dientes y, por consiguiente, la exfoliación de los mismos. Se presenta de 2 a 6 años después del nacimiento, a los 4 años puede haber pérdida total de la primera dentición y a los 14 pérdida de la segunda; uno de los datos primarios va a ser la migración dentaria patológica, movilidad, extrusión y exfoliación de los dientes.

Esta enfermedad presenta tres etapas: PRIMERA.- Hay generación y desmóllisis de las fibras gingivales de sostén.

SEGUNDA.- Migración de la adherencia epitelial hacia apical, con la consecuente formación de bolsas parodontales; puede haber inflamación secundaria por irritantes locales.

Estas dos etapas, son indiferencia--

bles entre sí y muy breves.

TERCERA.- Hay inflamación gingival, -  
movilidad dentaria muy acentuada, ma-  
yor pérdida de hueso además de la pro-  
fundización de las bolsas y trauma por  
oclusión.

La resorción ósea es vertical y hori-  
zontal, radiográficamente el espacio -  
del ligamento parodontal está ensancha-  
do, la lámina dura está porosa o ausen-  
te, y el trabeculado es denso.

TRATAMIENTO.- Raspado y curetaje, ex-  
tracciones seriadas con el objeto de  
conservar hueso.

Visitas periódicas para la elaboración  
de prótesis y se aconseja la consulta  
con un Genetista.

### c.3. ATROFIA POR DESUSO.

La atrofia por desuso, se produce cuan-  
do la estimulación funcional, que se -  
demanda para el mantenimiento de los -  
tejidos periodontales disminuye inten-  
samente o está ausente.

Se caracteriza por el adelgazamiento -  
del ligamento parodontal, adelgazamien-  
to y reducción de la cantidad de fi-  
bras periodontales, alteración de la -  
disposición fasciculada de las fibras,  
engrosamiento del cemento, reducción -

de la altura del hueso alveolar, y osteoporosis que se presenta como una disminución de la cantidad y espesor de las trabéculas óseas.

TRATAMIENTO.- Extracción dentaria.

#### c.4. TRAUMA POR OCLUSIÓN.

Los tejidos periodontales dependen de la actividad funcional del diente para conservar su salud. La lesión del parodonto causada por fuerzas oclusales excesivas, se denominan trauma por oclusión.

Los cambios ocasionados por esta alteración, varían desde movilidad dentaria, engrosamiento del ligamento periodontal en la región gingival y apical, resorción de hueso alveolar, hasta necrosis del ligamento periodontal y hueso.

El parodonto, presenta cambios tales como ensanchamiento de la porción de la cresta del ligamento periodontal, con resorción de hueso adyacente, manifestando así su adaptación para amortiguar las fuerzas oclusales intensificadas, pero ello genera defectos óseos, que debilitan el soporte dentario y originan la movilidad de los dientes.

El trauma por oclusión no registra la presencia de bolsas parodontales, las complicaciones que ocasiona, pueden ser reversibles si se tratan a tiempo y no han causado aún estragos irreparables.

Puede ir acompañada esta afección por la inflamación agravando de este modo la destrucción ósea, y generando la formación de bolsas intraóseas.

TRATAMIENTO.- Desgastes oclusales hasta donde sea posible.

Si ya hubo necrosis de alguno de los tejidos parodontales, se hace la extracción dentaria, el raspado y el curetaje.

## D) AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

### D.1. MEDICAMENTOSO.

El agrandamiento provocado por medicamentos anticonvulsivos, tales como la Dilantina Sódica, para el tratamiento de epilepsia, aparece en algunos pacientes que ingieren la droga, la frecuencia se manifiesta más en jóvenes. Su aparición y severidad no se relacionan necesariamente con la dosis o la duración del tratamiento.

La lesión primaria se inicia con un agrandamiento indoloro, periférico en el margen vestibular y lingual de las papilas interdientarias. A medida que la lesión progresa, estos agrandamientos se hunden y pueden transformarse en un repliegue maciso de tejido, que cubre una parte considerable de las coronas y puede interponerse en la oclusión. Cuando no hay inflamación sobreagregada, la lesión tiene forma de mora, es firme, de color rosa pálido y resilente, con una superficie finamente lobulada que no tiende a sangrar. Los agrandamientos se proyectan de manera característica desde abajo del margen gingival, del que están separados por un surco.

La hiperplasia de origen dilatónico, puede presentarse en bocas desprovistas de irritantes locales, y puede estar ausente en bocas con grandes cantidades de irritantes locales.

Generalmente, la hiperplasia es generalizada, intensificándose en las regiones anteriores. Se presenta en zonas dentadas, el agrandamiento desaparece donde se hace una extracción,

El agrandamiento es crónico y aumenta de tamaño con lentitud hasta que interfiere en la oclusión. Al eliminar

lo quirúrgicamente suele volver a aparecer, desaparece espontáneamente al mes, una vez interrumpida la ingestión de la droga.

Los irritantes locales como la placa, materia alba, cálculos, márgenes desbordantes de restauraciones y retención de alimentos, complican la hiperplasia gingival causada por la droga.

TRATAMIENTO.- Control de placa dentobacteriana, eliminación de sarro y gingivectomía.

## D.2. HEREDITARIO.

Es una lesión rara de etiología desconocida, ha sido denominada Elefantiasis Gingivoestomática, fibroma difuso, hiperplasia hereditaria, fibromatosis gingival hereditaria, y fibromatosis familiar congénita.

El agrandamiento afecta la encla insertada, marginal y papilas interdentarias, en diferencia con la hiperplasia dilatónica que se limita al margen gingival y papilas interdentarias.

Es común que abarque la superficie vestibular y lingual de los maxilares, pero la lesión puede circunscribirse a un solo maxilar. La encla agrandada es rosa firme, y presenta una superficie finamente guijarrosa.

En casos avanzados los dientes están casi totalmente cubiertos por el agrandamiento que se proyecta hacia la cavidad bucal, y los maxilares se ven deformados.

Su etiología es desconocida pero en algunos casos es hereditaria. El agrandamiento comienza con la erupción dentaria temporal o permanente, y puede evolucionar después de la extracción, ello indica que los dientes son factores desencadenantes y la irritación local es un factor sobreagregado.

TRATAMIENTO.- Quirúrgico, gingivectomía, gingivoplastia y una correcta técnica de cepillado.

#### IV.- TRATAMIENTOS DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

##### TECNICA DE RASPAJE Y CURETAJE

*La técnica consiste en:*

**RASPAJE:** Es la técnica por medio de la cual se tiende a eliminar los irritantes que se encuentran adheridos a los tejidos duros del diente. Se eliminan cálculos, placa y otros depósitos.

**ALISADO:** Para emparejar la superficie radicular y eliminar sustancias dentarias necróticas.

**CURETAJE:** Procedimiento que sirve para eliminar el tejido enfermo que se localiza en la pared lateral de intersticio gingival normal o patológico, denominado bolsa.

##### LA TECNICA DEL RASPAJE Y CURETAJE ESTA INDICADA EN:

- 1.- Eliminación de bolsas suprabseas en las que la profundización de la bolsa es tal que basta con aplicar un chorro de agua tibio o una sonda para separar la pared de la bolsa edematosa.  
Si la bolsa es fibrosa se requiere de tratamiento quirúrgico.
- 2.- Todas las gingivitis, excepto el agrandamiento gingival.
- 3.- En algunos tipos de bolsas infrabseas.

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

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, los dedos activan el cincel. 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.

### ELIMINACION DE BOLSAS SUPRAOSEAS

Pasos:

- 1.- Aislar y anestesiar.
- 2.- Eliminación de cálculos supragingivales: se hace con raspadores superficiales. Causa retracción gingival y hemorragia normal, en estos casos irritación.
- 3.- 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 emplean cinceles.
- 4.- Alisado de la raíz: se efectúa con azadas y curetas. Se eliminan los depósitos profundos y se alisa perfectamente la raíz para que sea posible que se deposite cemento nuevo.
- 5.- Curetear la pared blanda: se usan curetas y este paso se hace en dos etapas:
  - a) Sostener digitalmente la pared blanda sobre la superficie externa, se introduce la cureta y se desliza hacia la cresta gingival.
  - b) Se separa la adherencia epitelial con movimientos de pala hacia la superficie del diente pa-

ra formar un socavado.

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

- 6.- Pulir la superficie dentaria: el pulido se hace con copas de hule y alguna pasta abrasiva. 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 encla para que se adapte al diente. Para limpiar la corona se le dice al paciente que se cepille suavemente al principio y gradualmente sea más enérgico el cepillado, que use hilo dental y que irrigue sus dientes.

### ELIMINACION DE BOLSAS INFRAOSEAS

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

#### ZONAS FUNDAMENTALES EN EL TRATAMIENTO:

- 1.- Pared blanda de la bolsa: esta compuesta por el revestimiento epitelial de la bolsa, la adherencia epitelial y tejido de granulación. Deberán eliminarse para que permitan que las nuevas fibras del tejido conectivo se reinserten a la superficie dentaria.
- 2.- Superficie radicular: se eliminan todo tipo de depósitos, estructura dentaria ablandada y remanentes adheridos de adherencia epitelial, para facilitar el depósito del cemento nuevo.
- 3.- Fibras periodontales que cubren la superficie del hueso: se eliminan para que la sangre y las celu-

Las osteógenas afluyan al defecto óseo.

- 4.- Paredes de los defectos óseos: se curetean para que queden limpios con puntos sangrantes y, si es necesario, hacer perforaciones en el hueso para que pase sangre y células osteógenas al defecto óseo.

El tratamiento consiste en:

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

REGENERACION.- Generalmente, la restauración 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 reparan las fibras gingivales sanas que fueron dañadas en el tratamiento.

La encla 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 los cambios térmicos y a la estimulación táctil.
- d) Reinfección durante la cicatrización.

## GINGIVECTOMIA

Es un procedimiento quirúrgico por excisión, -  
en el cual se elimina la bolsa mediante resección del tejido -  
que se encuentra coronario a la base de la bolsa.

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

- 1.- La zona de encla 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.

## 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 encla.
- 3.- Transformación de márgenes redondeados o engrosados en la forma ideal (de 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 márgen 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 protésica, para permitir el acceso en el tratamiento de caries subgingivales, o para permitir la colocación de un 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 (infrabóseas). 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 encla dejara una zona inadecuada de encla insertada. Si la bolsa llega debajo de la unión mucogingival, la cirugía eliminará gran parte de la encla insertada, o su totalidad. La mucosa alveolar no es buen sustituto de la encla 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.

- 6.- Cuando existen determinadas enfermedades y afecciones. Por ejemplo, en pacientes con tratamiento anticoagulante, débiles, debilitados o que por lo general responden mal a la cirugía.
- 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 si no 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 mas 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, se mide y marca sobre la superficie externa de la encla, punzando la encla con una sonda y un explorador.

El bicel variará según el espesor de la encla. En una encla gruesa el bicel puede ser largo, en una encla delgada, fina, el bicel corto será el indicado.

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

Es necesario que el bisturí periodontal, este bien afilado para que las incisiones se realicen con facilidad y evitar el desgarrar o lacerar los tejidos. Se usan bisturles angulados.

Empleamos para la incisión inicial el bisturí arrañado con hoja gruesa y, uno con hoja fina, para la gingivectomia en sí, para incidir la encla interdientaria y para unir las incisiones entre los dientes.

Debemos comprobar de que la hoja haga contacto con la superficie dentaria en lo profundo del corte. Si las incisiones se planean y realizan bien, se eliminan las bolsas, el bicelel terminará en filo de cuchillo en el margen, y el tejido restante quedará festoneado alrededor de cada diente.

## GINGIVOPLASTIA

Es un procedimiento quirúrgico dirigido a dar nueva forma a los tejidos marginales de la encla, desde la superficie externa hasta 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 gran 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 persistan después de la cicatrización. Esta corrección se hace con el bisturí de Orban, aun cuando algunos operadores prefieren usar tijeras quirúrgicas, alicates para tejidos o electrocauterio. Con los mismos instrumentos se hacen vías de escapes interdentarios.

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 desean hacer correcciones, se usan bisturíes arañados o interdentario, con un movimiento de raspado, para retocar los biceles. Se raspa levemente el borde, pero con presión firme y pareja sobre el tejido fibroso resistente. Se debe evitar hacer incisiones irregulares. Efectuado apropiadamente, este

raspado se puede utilizar para pequeñas correcciones, alargar, profundizar o unir biceles, o para ayudar a crear un festoneado mas pronunciado. De manera similar, se usan piedras de diamante en el festoneado y bicelado de las superficies, o cuando el tejido es firme. Se giran 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 vestibulo. 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.

Así mismo, se usa el electrocauterio para corregir contornos gingivales, o para bicelar la superficie cortada, después de la primera incisión. Los electrodos eliminan trozos de tejido planos o cóncavos, y cortes delgados de tejido 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 abatelenguas de madera para separar el carrillo o la lengua; el olor desagradable o quemado se suprime soplando aire sobre la zona de trabajo.

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 o 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 cirugía con la remoción de todo depósito calcificado y placa. Asimismo, es preciso enseñar al paciente que sea diligente con su higiene bucal. Si no es capaz de hacer higiene bucal apropiada antes de la cirugía, no será tampoco capaz de hacerlo después de ella. Con seguridad, pues, la cirugía no tendrá por consecuencia la curación 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 administración. 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.

COLOCACION DEL APOSITO.- La finalidad del apósito es que el paciente tenga mayor comodidad postoperatoria. El apósito impide la formación de tejido de granulación exuberante.

Debe cubrir la herida protegiéndola 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 dien-

tes y no debe cubrir las superficies oclusales. Si el apósito interfiere en la oclusión, el paciente lo fractura una vez endurecido.

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

**RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS POSTOPERATORIOS.**- Se indica al paciente que no coma ni beba una hora después de la cirugía, con la finalidad de que endurezca bien el apósito.

Se evitarán alimentos ácidos o condimentados.

En la zona que se intervino, el cepillado se limitará a las superficies dentarias oclusales e incisales; el apósito se limpia con suavidad mediante un cepillo blando. También es aconsejable hacer enjuagues suaves y no muy concentrados después de las comidas.

Se le señalan al paciente dos analgésicos, uno más fuerte que el otro, para ser ingeridos en el caso de que haya dolor.

**CAMBIOS DE APOSITO.**- Se cita al paciente para que se le cambie el apósito cinco días después, o antes si es que se le mueve o en algunos casos se retira en ese momento, pero otros demandan dos cambios. Si en esta ocasión hay tejido de granulación abundante, se retira con una cureta.

**RETIRO DEL APOSITO.**- El hacer el retiro definitivo, se aconseja al paciente que no reduzca la higiene bucal,

ya que algunos de ellos, temen la hemorragia y suspenden el cepillado, y en tales casos, se forma tejido de granulación - exuberante o el tejido no madura como corresponde. La cirugía puede fracasar si la higiene bucal postoperatoria no es apropiada.

Inmediatamente después de la remoción del apósito se usan cepillos de cerdas suaves durante una o dos semanas.

## CONCLUSIONES

Mediante el conocimiento de los elementos parodontales en salud y la importancia de mantenerlos en condiciones óptimas, el Cirujano Dentista, está capacitado tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de cualquier patología, ya sea en su fase inicial o en la más crítica. La situación, en toda enfermedad, es menos agravante cuando se cuenta con la colaboración del paciente, la que vamos a adquirir después de haber educado, de manera conveniente, al tratante con respecto al régimen que debe seguir para lograr un estado inmejorable de las estructuras orales, o conservarlas cuando aún no han sufrido daño.

La conservación de la salud parodontal demanda el control de los factores etiológicos, así como de una eficiente técnica de cepillado con su respectivo masaje gingival.

*La cooperación del paciente aunada a la práctica  
odontológica bien enfocada, obviamente nos conduce  
a la reducción de la caries y de la enfermedad  
parodontal.*

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

GLICKMAN IRVING.  
Periodontologia Clínica.  
Editorial Interamericana.  
4a. Edición.  
1977.

GRANT DANIEL A.  
STERN IRVING B.  
EVERETT FRANK G.  
Periodoncia de Orban.  
Editorial Interamericana.  
4a. Edición.  
1975.

APUNTES DE LICENCIATURA.  
Cátedra de Parodoncia.

HARRISON, T.R.

Medicina Interna.

Editorial Fournier.

3a. Edición.

1973.