



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCION DE
LA ENFERMEDAD PARODONTAL.**

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
LUZ MARIA COLIN CABELLO



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.

DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

I N D I C E

CAPITULO I

INTRODUCCION

CAPITULO II

CARACTERISTICAS NORMALES DEL PARODONTO

CAPITULO III

ETIOLOGIA DE LOS PADECIMIENTOS PARODONTALES

CAPITULO IV

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

CAPITULO V

DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

CAPITULO VI

MEDICAMENTOS AUXILIARES EN EL TRATAMIENTO PARODONTAL

CAPITULO VII

TRATAMIENTO POR MEDIO DE TECNICAS DE CEPILLADO

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO POR MEDIO DE TECNICAS QUIRURGICAS

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

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

En la actualidad se aprecia claramente que las alteraciones en los tejidos parodontales, y en general - los padecimientos bucodentales, constituyen un problema de salud de gran magnitud en nuestra población. Por - tal motivo, se les está dedicando gran interés a la pre - vención, control y rehabilitación de las funciones de todas las estructuras del Sistema Estomatognático.

La Parodoncia es la rama de la Odontología que estudia los tejidos de soporte del diente en salud y enfermedad; así como la prevención y tratamiento de éstas últimas.

Los estudios paleontológicos demuestran que la enfermedad parodontal ha estado presente en el hombre desde épocas prehistóricas, además se ha señalado que dicha enfermedad fue la causa principal de la pérdida de los dientes.

A principios del siglo XVIII, la Odontología acusa los primeros signos de curiosidad científica, Pierre - Fauchard, padre de la Odontología Moderna, es el primero en explicar varios aspectos de la parodontología, -

describiendo la enfermedad parodontal como una clase de escorbuto que ataca las encías, los alveólos y los dientes.

Actualmente para prevenir o curar las parodontopatías, se cuenta con una gran variedad de técnicas y métodos que van desde una adecuada técnica de cepillado - hasta una intervención quirúrgica,

En el Cirujano Dentista recae la responsabilidad de examinar cuidadosamente a todos los pacientes para descubrir la presencia de enfermedades, alteraciones y anomalías de la boca, y a la vez que comprenda y aprecie las relaciones entre el estado oral y el general de salud y enfermedad.

Es necesario que el Cirujano Dentista, pueda actuar eficazmente como práctico general una vez graduado y busque la forma de penetrar en las zonas apartadas del país donde no se dispone de servicio de los especialistas, por lo tanto, el odontólogo tiene la responsabilidad de prestar servicios terapéuticos adicionales.

Se ha demostrado que la mitad de la población infantil y casi toda la adulta, padecen parodontopatías, de aquí la importancia que tiene el adquirir conocimientos y habilidad necesaria para realizar los tratamien-

tos indicados en cada caso a fin de combatir las enfermedades bucodentales,

CAPITULO IICARACTERISTICAS NORMALES DEL PARODONTO

Parodonto es el término genérico de la unidad funcional de los tejidos que sostienen al diente, y comprende la encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar.

ENCIA

Fundamentalmente la mucosa bucal puede dividirse en tres tipos:

- Mucosa Masticatoria.- Abarca encía y la cubierta del paladar duro.
- Mucosa Especializada.- Abarca el dorso de la lengua.
- Mucosa de recubrimiento.- Correspondiente al resto de la mucosa bucal.

La encía es aquella parte de la membrana bucal que cubre los procesos alveolares del maxilar y mandíbula, y rodea el cuello de los dientes por todos sus lados.

Anatómicamente la encía se divide en tres regiones:

- Encía marginal
- Encía insertada
- Encía interdientaria

ENCIA MARGINAL (ENCIA LIBRE)

La encía marginal, es la encía libre que rodea los dientes a modo de collar y se halla demarcada de la encía insertada adyacente, por una depresión lineal poco profunda, el surco marginal. Este tipo de encía consta de un núcleo central de tejido conectivo de epitelio es tratificado y a nivel del epitelio de la cresta y de la superficie externa de la encía marginal es queratinizado, paraqueratinizado o de los dos tipos.

SURCO GINGIVAL, ADHERENCIA EPITELIAL Y EPITELIO DEL SURCO

El surco gingival es una hendidura en forma de "V" limitada por la superficie del diente y el epitelio del surco, en condiciones normales su profundidad no debe ser mayor de 2 mm. En la parte más profunda del surco se encuentra la adherencia epitelial que es una banda compuesta de epitelio escamoso estratificado, dicha adherencia es el acto de unión del epitelio hacia el diente, ésta unión es única en el organismo y sirve para man tener unida la encía hacia el diente, así como un medio de separación entre el medio ambiente interno y el medio

ambiente externo.

El epitelio del surco gingival es escamoso estratificado, muy delgado y no queratinizado.

El epitelio del surco es importante porque actúa como una membrana semipermeable a través de la cual pasan hacia la encía los productos bacterianos lesivos, y los líquidos tisulares de la encía se filtran en el surco.

LIQUIDO GINGIVAL (LIQUIDO CREVICULAR)

El surco gingival contiene un líquido llamado Líquido Crevicular, el cual está formado por electrolitos (K^+ , Na^+ , Ca^+), aminoácidos, proteínas plasmáticas, inmunoglobulinas, factores fibrolíticos, fibrinógeno, fosfatasa ácida, albúmina y lisozima.

Funciones del líquido crevicular:

- 1) Limpia el material del surco.
- 2) Posee propiedades antimicrobianas.
- 3) Como medio de adhesión entre la encía y el diente.
- 4) Puede ejercer actividad de anticuerpo en defensa de la encía.

5) Como medio de proliferación bacteriana.

ENCIA INSERTADA (ENCIA ADHERIDA)

Colocada a la altura de lo que corresponde el tercio medio de la raíz del diente, es firme, resistente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacentes; se caracteriza por tener un aspecto de punteado (aparición de cáscara de naranja), además de tener - - gran cantidad de fibras colágenas.

Vestibularmente se extiende hasta la mucosa alveolar que es laxa, movable y con mayor grado de vascularización, de la cual separa la línea mucogingival. La encía insertada por vestibular tiene un ancho de menos de 1 mm a 9 mm; su epitelio se compone de epitelio escamoso estratificado y un estroma de tejido conectivo subyacente.

ENCIA INTERDENTARIA

La encía interdientaria ocupa el nicho gingival que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario, consta de dos papilas: una vestibular y otra lingual, y el col. Siendo éste último una - depresión que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal. Las papilas interdientarias son de forma piramidal, sus crestas están

formadas por encía libre común a los dientes adyacentes.

En ausencia de contacto dentario proximal, la encía está firmemente unida al hueso interdentario y forma una superficie redondeada lisa sin papila interdentaria o un col.

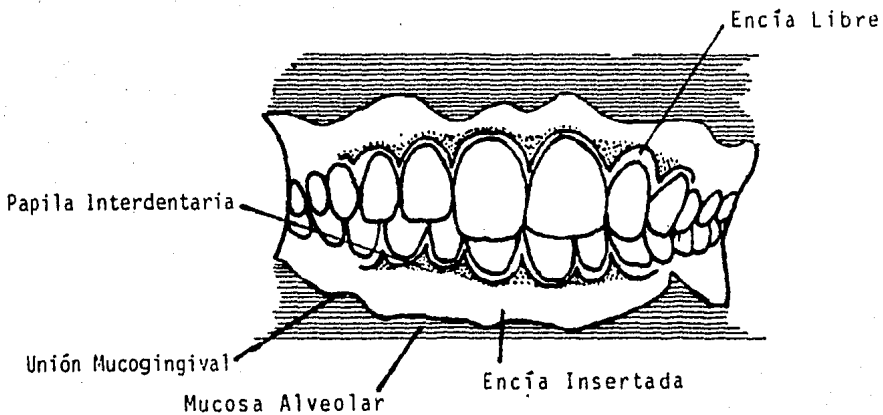


Fig. 1. Parodonto Normal.

FIBRAS GINGIVALES

El tejido conectivo de la encía marginal es densamente colágeno y contiene haces de fibras colágenas, denominadas fibras gingivales, cuyas funciones son: mantener la encía marginal firmemente adosada contra el diente para soportar las fuerzas de la masticación; unir la

encia marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada adyacente. Las fibras gingivales se disponen en cinco grupos:

- Gingivodental
- Crestogingivales
- Circulares
- Transeptales
- Dentoperiostiales

Grupo Gingivodental.- Son las fibras de las superficies vestibular, lingual e interproximal, se extienden desde el cemento, debajo de la inserción epitelial hacia la encía (más o menos hacia la cresta de la encía marginal).

Grupo Crestogingival.- Se extienden de la punta de la cresta ósea hacia el margen gingival.

Grupo Transeptal.- Son fibras horizontales situadas interproximalmente, se extienden del cemento de un diente al cemento del diente adyacente.

Grupo Dentoperiostial.- Se extienden del cemento de un diente hacia el periostio.

Grupo Circular.- Se encuentran alrededor del diente,

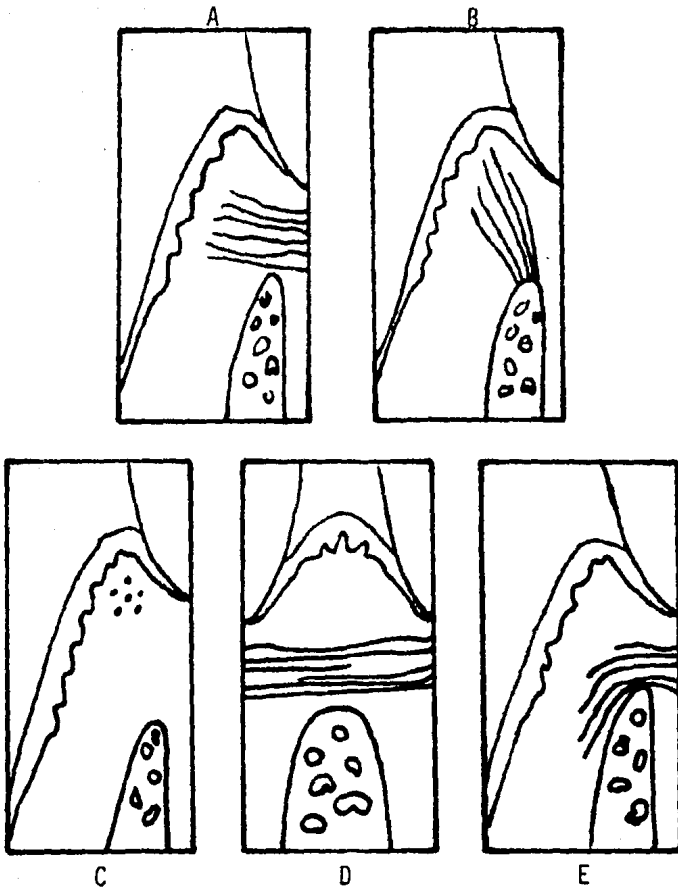


Fig. 2. Grupos de fibras gingivales

- A) Fibras Gingivodentales
- B) Fibras Crestogingivales
- C) Fibras Circulares
- D) Fibras Transeptales
- E) Fibras Dentoperiostiales

VASCULARIZACION, LINFATICOS Y NERVIOS

Hay tres fuentes de vascularización de la encía: 1) Arteriolas suprapariólicas a lo largo de la superficie

vestibular y lingual del hueso alveolar, desde las cuales se extienden capilares hacia el epitelio del surco y entre los brotes epiteliales de la superficie gingival externa. Algunas ramas de las arteriolas pasan a través del hueso alveolar hacia el ligamento periodontal o corren sobre la cresta de hueso alveolar; 2) Vasos del ligamento periodontal que se extienden hacia la encía y se anastomosan con capilares en la zona del surco y 3) Arteriolas que emergen de la cresta del tabique interdentario; se extienden en sentido paralelo a la cresta ósea para anastomarse con vasos del ligamento periodontal, con los capilares del área del surco gingival y con vasos que corren sobre la cresta alveolar.

El drenaje linfático comienza en los linfáticos de las papilas de tejido conectivo, dirigiéndose hacia la red colectora al periostio del proceso alveolar, y después hacia los nódulos linfáticos regionales. Los linfáticos que se localizan inmediatamente junto a la adherencia epitelial, se extienden hasta el ligamento periodontal.

La inervación gingival proviene de fibras que nacen en nervios del ligamento periodontal y de los nervios labial, bucal y palatino.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE UN PARODONTO NORMAL

Color.- El color de la encía normal es rosa pálido o rosa coral, pudiendo variar de acuerdo con los grados de vascularización, de queratinización epitelial, - pigmentación, grosor del epitelio y color de piel de la persona.

Contorno Marginal.- El margen gingival debe ser - delgado y terminar como filo de cuchillo.

Forma de la Encía.- Depende del hueso subyacente y a su vez la forma del hueso depende de la posición y ángulo de los dientes en el arco.

Consistencia.- La encía debe ser firme y resistente, la parte adherida debe estarlo con firmeza a los - dientes y al hueso alveolar subyacente.

Textura.- Presenta una superficie finamente lobulada como una cáscara de naranja y se dice que es punteada.

Tamaño.- El tamaño de la encía corresponde a la -

suma del volúmen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización.

LIGAMENTO PERIODONTAL

El ligamento periodontal es una inserción de tejido conectivo, denso y uniforme organizado a nivel de fibras que están colocadas entre el hueso y la raíz del diente; su desarrollo empieza a partir del saco dentario, capa circular de tejido conectivo fibroso que rodea al germen dentario.

Las funciones principales del ligamento periodontal son mantener al diente en su alveolo y la relación fisiológica entre cemento y hueso. Presenta también función formativa ya que las células del ligamento participan en la formación y reabsorción del cemento y hueso, lo cual se lleva a cabo durante los movimientos fisiológicos del diente en la adaptación del periodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones, por último presenta función nutritiva a través de sus vasos sanguíneos y linfáticos, y función sensorial por sus células nerviosas.

El ligamento periodontal está constituida por fibras colágenas agrupándose de la siguiente manera:

Grupo Transeptal.- Estas fibras se extienden in--

terproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino.

Grupo de la Cresta Alveolar.- Se extienden oblicuamente desde el cemento, inmediatamente debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar. Su función es equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales, ayudando a mantener el diente dentro del alveolo y a resistir los movimientos laterales del diente.

Grupo Horizontal.- Estas fibras se extienden desde el cemento hacia el hueso alveolar. Su función es similar a las del grupo de la cresta alveolar.

Grupo Oblicuo.- Es el grupo de fibras más grande del ligamento periodontal, se extienden desde el cemento, en dirección coronaria. Soportan el grueso de las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

Grupo Apical.- El grupo apical de fibras se irradia desde el cemento hacia el hueso, en el fondo del alveolo. No lo hay en raíces incompletas.

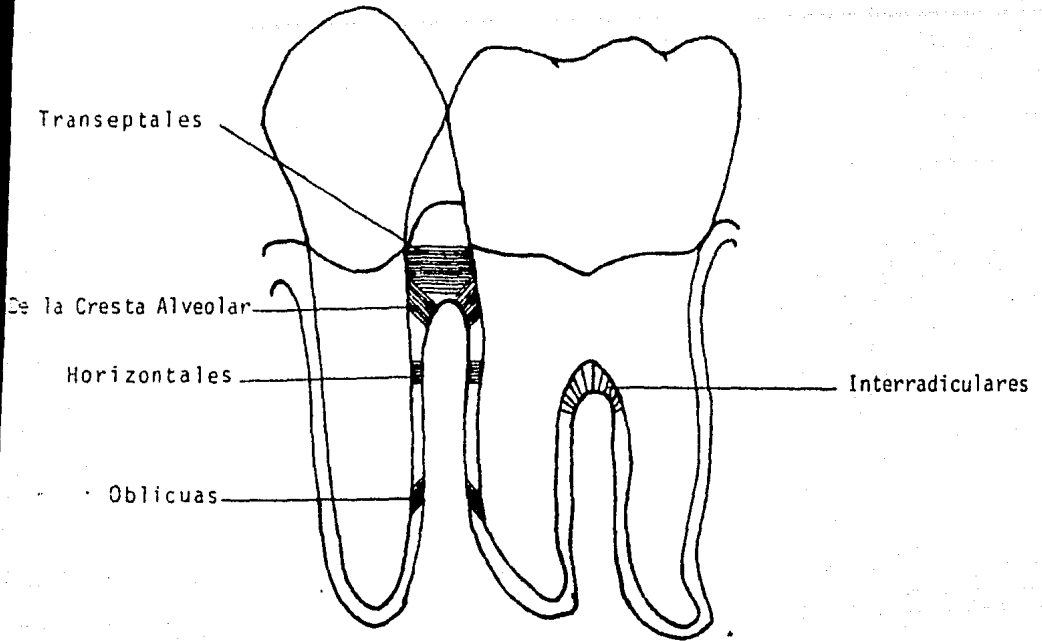


Fig. 3. Principales fibras del ligamento periodontal.

CEMENTO

El cemento es el tejido conjuntivo calcificado, de origen mesenquimatoso, que forma la capa externa de la raíz anatómica del diente. La formación del cemento empieza en las primeras fases de la erupción del diente y se debe a células diferenciadas mesenquimatosas; es decir: los cementoblastos. Su función principal es insertar en la superficie del diente las fibras del ligamento periodontal.

Hay dos tipos de cemento: acelular y celular. Los

dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas; el tipo celular contiene cementocitos en espacios aislados que se comunican entre sí, - mediante un sistema de canaliculos anastomosados; mientras que el cemento acelular, la mayor parte de su estructura la ocupan las fibras de Sharpey.

La distribución del cemento acelular y celular varía, el cemento acelular está localizado primeramente - en los dos tercios coronarios de la raíz, mientras que el cemento celular está localizado de modo especial en el tercio apical.

UNION AMELOCEMENTARIA

El cemento que se halla inmediatamente debajo de - la unión amelocementaria es de importancia clínica especial en los procedimientos de raspaje radicular. En la unión amelocementaria hay tres clases de relaciones del cemento:

- El cemento y el esmalte no se ponen en contacto dejando dentina expuesta y tal vez una unión amelocementaria sencible en aproximadamente 10 por 100 de los casos.
- El cemento y el esmalte forman una unión de - borde con borde en un 30. por 100 de los casos.

- El cemento se superpone ligeramente al esmalte en 60 por 100 de los casos.

HUESO ALVEOLAR

El proceso alveolar es la porción de los maxilares o de la mandíbula que forma y sostiene los alveolos dentarios. Se compone de la pared interna del alveolo, hueso delgado y compacto llamado también hueso alveolar propiamente dicho o lámina dura, y el hueso de sostén.

El hueso alveolar propiamente dicho consta de una lámina ósea delgada que recubre la raíz del diente en la cual se insertan las fibras del ligamento periodontal. El hueso de soporte rodea al hueso alveolar y sirve de sostén a su función, consta de trabéculas reticulares (hueso esponjoso) y las tablas vestibular y palatina de hueso compacto.

En la composición del hueso entran principalmente, el calcio y el fosfato, junto con hidroxilos, carbonato y citrato, y pequeñas cantidades de otros iones como Na, Mg y F.

El aporte sanguíneo proviene de vasos del ligamento periodontal y espacios medulares, y también de pequeñas ramas de vasos periféricos que penetran en las tablas corticales.

CAPITULO III

ETIOLOGIA DE LOS PADECIMIENTOS PARODONTALES

En condiciones normales existe una relación armónica entre las diferentes partes del parodonto, pero a falta de dicha armonía puede ocasionarse enfermedad parodontal.

La enfermedad parodontal no es el resultado de la acción de un factor específico o aislado, más bien, es un proceso vital condicionado por multitud de factores tanto internos como externos. La extensión y la gravedad de la enfermedad parodontal dependen de la resistencia del huésped y de la capacidad de los tejidos locales para resistir el irritante y reparar la lesión. Sobre esto, influyen diversas condiciones generales, específicamente las que actúan sobre los mecanismos de la inmunidad.

Los factores etiológicos que causan la enfermedad parodontal forman parte de un intrincado complejo, desde el punto de vista amplio, las causas principales son una inadecuada higiene oral, lo cual permite la proliferación de microorganismos en la materia alba, placa bacteriana y cálculos, más irritantes mecánicos, abrasiones

de la morfología del parodonto, posiciones de los dientes, etc.

Es importante aclarar que la enfermedad parodontal no resulta solamente de la irritación producida por factores irritantes del medio ambiente, sino también intervienen factores de orden general.

Los factores etiológicos de la enfermedad parodontal pueden clasificarse de la siguiente manera: locales y sistémicos.

Factores Locales.- Son irritantes locales, considerándose como tales a aquéllos que actúan irritando directamente al diente y tejidos de soporte, por lo general se encuentran en el medio intermedio al diente y sus estructuras de soporte.

Factores Sistémicos.- Se refieren al estado general del paciente, hecho que influye en los tejidos parodontales y comprenden todo un conjunto complejo de fenómenos físico-químicos, que constituyen la base fisiológica del organismo.

El estado fisiológico de los tejidos parodontales depende de la interrelación de entre los factores locales y sistémicos, por lo tanto, la naturaleza y severidad de los cambios producidos por factores locales, de-

pendará de la naturaleza de las influencias sistémicas que afectan los tejidos en ese momento. De manera similar, el efecto de los factores sistémicos depende de las influencias locales.

Tomando en cuenta esta interrelación de factores etiológicos locales y sistémicos, las causas de la enfermedad parodontal pueden representarse de la siguiente manera.

- a) Enfermedad parodontal causada por factores locales patológicos con influencia sistémica.
- b) Enfermedad parodontal causada por factores sistémicos patológicos con influencias locales.
- c) Enfermedad parodontal causada por influencias locales y sistémicas patológicas.

Factores Etiológicos Locales.- Son factores locales que actúan mediante una influencia directa sobre los tejidos parodontales y son:

- Placa bacteriana
- Materia alba
- Depósitos calcáreos

- Higiene bucal inadecuada
- Cepillado defectuoso
- Respiración bucal
- Restauraciones mal ajustadas
- Impacto de alimentos
- Hábitos que pueden irritar la mucosa
- Oclusión traumática
- Placa Bacteriana.- Es un depósito amorfo, suave, mucilaginoso y adherente que se deposita en el tercio cervical de los dientes, pudiéndose retirar fácilmente por medio de la limpieza mecánica.

La placa bacteriana está formada por el sustrato o película adquirida (capa delgada, lisa, incolora y translúcida que se encuentra distribuida sobre la corona de los dientes) y por los microorganismos, generalmente bacterias, las cuales se encuentran en un 70 por ciento de la placa. En pequeñas cantidades la placa no es visible, pero se puede observar fácilmente al aplicar una solución descubridora sobre estas superficies; con el tiempo, se hace visible y adquiere un color que varía del gris amarillento al amarillo.

El sustrato o película adquirida está formada básicamente por tres partes;

- a) Mucoides: provenientes de la saliva
- b) Mucopolisacáridos: provenientes de la saliva y del metabolismo bacteriano.
- c) Proteínas: provienen de la saliva, metabolismo bacteriano y de la alimentación.

Todo esto le da a la placa bacteriana una consistencia, con la cual se empieza a organizar, y así, causar daño sobre las estructuras del parodonto. Generalmente los microorganismos toman su alimento de este sustrato.

Bacterias presentes en la placa bacteriana:

- Cocos y Bacilos Grampositivos
- Cocos y Bacilos Gramnegativos
- Borrelias, diversos tipos de Treponemas, Fusobacterias, Bacteroide Melaninogénico.
- Actinomyces y Leptotrichia Buccalis
- Veillonellas
- Celenomonas

Las funciones de estos microorganismos dentro de la placa bacteriana son las siguientes:

- Los cocos y bacilos, tanto grampositivos como gramnegativos son los principales organizadores de la placa bacteriana.

- Los cocos y bacilos grampositivos, los cocos y bacilos gramnegativos, las borrelias, treponemas, fusobacterias y bacteroide melaninogénico producen gran cantidad de enzimas; básicamente son dos, siendo éstas muy agresivas:

- a) Hialuronidaza (disgrega o lesiona al epitelio)

- b) Calagenaza (actua directamente sobre tejido conjuntivo, o sea, actua sobre las fibras de colágena.

- Los actinomyces y Leptotrichia Buccalis, tienen forma filamentosa y se organizan de tal manera en la superficie del diente que forman mallas, por medio de la cual empiezan a atrapar sales principalmente de calcio y fosfato y junto con los cocos son los principales formadores del sarro.

- Los Microorganismos Veillonella y Celenomonas, producen gran cantidad de ácido sulfhídrico, lo

cual también lesiona el epitelio.

La resistencia del organismo a la actividad bacteriana es variable por medio de formación de anticuerpos y actividad fagocitatoria, siendo modificada por la edad, sexo, herencia, estado nutritivo, anormalidades metabólicas y actividad funcional del sistema retículo endotelial.

Al nacer, la mucosa epitelial es estéril, pero de 8 a 10 horas después se establece una flora bacteriana aeróbica. La flora anaeróbica no aparece hasta después de la erupción de los dientes, posiblemente porque éstos contribuyen a la retención de comida.

La placa bacteriana es un factor etiológico y principal formador de la caries, gingivitis y enfermedad paradontal, constituyendo así la primera etapa del cálculo dentario.

Es importante considerar el papel de las bacterias en la iniciación y evolución de la enfermedad paradontal, así como el modo en que influyen en el proceso patológico y su importancia en relación a otros factores patológicos.

Algunas de las bacterias que están presentes en la cavidad bucal son potencialmente patológicas, pero exis

ten otras aparentemente saprófitas. La mucosa intacta y sana constituye una barrera a la infección. También la saliva tiene un papel importante en relación a la flora bucal, sin embargo, investigadores han demostrado que las bacterias están en la superficie y no dentro de los tejidos gingivales.

- Materia Alba.- Es una sustancia blanca y suave, formada por detritos alimenticios, materias purulentas y una placa de mucina subyacente. Las dietas blandas no detergentes son un factor contribuyente en la formación de materia alba, además de que participan directamente en la formación de ésta y aunque no es soluble al agua, puede ser eliminada fácilmente por medio de un cepillado correcto. Por lo general estos depósitos suelen ir acompañados de una inflamación ligera, si no existe otro factor de complicación; las bacterias encuentran en ellos un medio ideal para su crecimiento y de esta manera la encía puede ser invadida.

- Depósito Calcáreos (sarro o tártaro dental). El cálculo dental es una masa calcificada o en calcificación que se forma en la superficie del diente, no es común en niños, pero cuando existe puede causar enfermedad parodontal, por lo general se presenta al principio de la madurez del individuo y continúa produciéndolo durante toda la vida.

En investigaciones recientes se ha tratado de obtener la prevención de los cálculos mediante sustancias químicas, recomendándose drogas tales como el Hematofosfato de sodio o agentes de quelación, pero la mayoría de los denominados disolventes de cálculos son ácidos diluidos y puesto que la composición de los cálculos es parecida a la de las estructuras calcificadas del diente, la destrucción del diente es inevitable cuando se utilizan ácidos.

Por tal razón, la manera más eficaz para la eliminación de cálculos es conservando una dentadura funcional y una higiene bucal adecuada que mantenga los dientes de todo material adherente o de sarro. Otro factor importante es la naturaleza física de la dieta, ya que los alimentos detergentes y abrasivos, tienden a mantener limpios los dientes.

El cálculo o sarro dentario según su posición con respecto al margen gingival se clasifica en: cálculo supragingival y cálculo subgingival.

El cálculo supragingival está situado coronariamente a la cresta del margen gingival, presenta un color blanco amarillento, su consistencia es dura y arcillosa y puede desprenderse fácilmente de la superficie del diente. El color puede variar, ésto depende de varios factores,

como los pigmentos de comida o el tabaco, puede presentarse en un solo diente, en un grupo de dientes o en toda la boca; aparecen en mayor cantidad en la superficie vestibular de los molares superiores y por la superficie lingual de los dientes anteriores inferiores.

El cálculo subgingival se encuentra adherido a la superficie del diente por debajo de la encía marginal y a diferencia del tártaro supragingival, éste no es visible al realizar el examen bucal. Regularmente es de color marrón oscuro o negro verdoso, es denso y duro, de forma achatada y firmemente adherido a la superficie del diente.

El tártaro o cálculo dental solamente se acumula en las superficies de los tejidos duros, debido tal vez, a que se necesita una superficie estática para la retención del sarro, ya que cualquier movimiento del tejido blanco evitaría su formación.

Después de un tratamiento profiláctico las pequeñas partículas o porciones de tártaro que se han dejado se cubren con nuevos depósitos más rápidamente que una superficie dental bien pulida.

- Higiene Bucal Inadecuada (Retención de Alimentos).- La falta de dientes extraídos por una inadecuada higiene dental o por otras causas, tiene como conse-

cuencias una serie de cambios que producen diversos grados de enfermedad parodontal.

Por ejemplo, la falta de un primer molar inferior - procede cambios como son la migración mesial e inclinación del segundo y tercer molares inferiores y la extrucción del molar superior. Las cúspides distal del segundo molar inferior se elevan y si no hay tercer molar superior actúa en forma de cuña rompiendo el contacto entre el primer y segundo molares superiores y desviando - éste último hacia distal. Esto produce empaquetamiento de alimentos, inflamación gingival y pérdida de hueso de los inferiores y la extrucción de los superiores altera las relaciones de contacto entre los dientes favoreciendo aún más el empaquetamiento de comida.

- Cepillado Defectuoso.- La irritación causada por un cepillado incorrecto no solamente puede dar una abrasión o recesión de la encía, sino también agravan una inflamación. El cepillado a manera de raspado, en especial cuando se emplea un dentífrico abrasivo, causa la recesión apical de la encía y de la abrasión de la superficie de los dientes. Asimismo, se observan hendiduras gingivales como consecuencia del movimiento rotatorio de un cepillo con cerdas duras, y en la abrasión por el cepillo, la lesión es más pronunciada en las superficies bucales y labiales, ya que es difícil que el pacien

te utilice el cepillo con mayor facilidad en las superficies lingual o palatina, sin embargo, el cambio en la superficie del diente es suficiente para que se diagnostique la abrasión.

Las abrasiones agudas de los tejidos blandos se reconocen fácilmente; además del aspecto que presentan las superficies son muy dolorosas.

Los cambios gingivales producidos por un cepillado defectuoso pueden ser agudos o crónicos.

Los cambios agudos tienen aspectos y duración variables, presentan una superficie áspera epitelial, con denudación del tejido conectivo subyacente formando una dolorosa lastimadura gingival. La penetración de las colocadas en posición perpendicular produce lesiones puntiformes; también se pueden formar en las zonas traumatizadas, dolorosas vesículas.

Los cambios ocasionados por un trauma crónico del cepillado produce recesión gingival y denudación de la superficie radicular. Existen otros factores que pueden producir enfermedad gingival, tales como el uso incorrecto del hilo dental, mondadientes y estimuladores interdetales de madera. Su uso exagerado puede destruir la encía formando espacios interproximales favoreciendo así,

la acumulación de restos y los cambios inflamatorios con siguientes.

- Respiración Bucal.- Juega un papel importante como causa de un trastorno parodontal. Se sabe que ejerce su acción por deshidratación de la encía con pérdida de la resistencia de tejido, también es posible que este efecto se deba a un resecaimiento de toda la cavidad bucal, abarcando encía, carrillo, paladar, lengua y piso de la boca, dando como resultado pérdida de la flora bacteriana.

A menudo se relaciona la gingivitis con la respiración bucal produciendo cambios que consisten en eritema, edema, agrandamiento y una superficie difusa brillante de las zonas expuestas.

- Restauraciones Mal Ajustadas.- La irritación constante causada por restauraciones mal ajustadas inflama la gingiva y resorción de la cresta alveolar. Actúan igual que cualquier otro irritante directo de los tejidos blandos.

- Impacto de Alimentos.- El impacto de alimentos se debe diferenciar de la simple acumulación de detritos alimenticios en el cuello de los dientes.

Se puede definir como el impacto forzoso de alimen-

tos contra la encía y que hace presión sobre el tejido o margen gingival. Esto se describe como un acuñamiento de alimentos entre dos dientes debido a un contacto defectuoso o por la acción de una cúspide que obra como pistón sobre el diente opuesto, o sea, es una presión directa del alimento contra el margen gingival.

El impacto de alimentos está en relación con la anatomía del diente, con los contactos interproximales, con la posición de los márgenes y los contactos con el antagonista, así mismo, está asociado también a problemas de caries, dando como resultado un contacto defectuoso, también las restauraciones incorrectas, las extracciones con cambios en las relaciones de los dientes y el uso incorrecto del hilo dental.

Es importante observar la retención de alimentos. En este caso el alimento no está impactado, sino que es retenido en contacto con la encía debido a causas anatómicas. Esto ocurre generalmente en los márgenes cervicales de coronas sobrecontorneadas, inaccesibles a la acción fisiológica normal del roce de alimentos.

- Hábitos que Pueden Irritar la Mucosa.- Frecuentemente se presenta irritación gingival por diversos hábitos nocivos como el uso incorrecto de los mondadientes, uso de lápices, clavos, instrumentos y otros -

implementos lo cual puede causar destrucción gingival. En su mayoría la lesión está localizada en una región - definida, y los pacientes por lo general están concientes de sus hábitos.

Dentro de los hábitos más comunes causantes de la enfermedad parodontal se pueden citar los siguientes:

- a) Neurosis.- Como morderse los labios, o las mejillas, lo cual lleva a la mandíbula a posiciones extrafuncionales, el morder el palillo de dientes e introducirlo entre los mismos, el empuje lingual, el morder las uñas, lápices y - las neurosis oclusales.
- b) Hábitos Profesionales.- Como los zapateros, - tapiceros o carpinteros que sostienen clavos - en la boca, cortar hilo con los dientes, o la presión contra los instrumentos musicales de - viento.
- c) Hábitos Diversos.- Como morder la pipa o los cigarrillos, masticar tabaco, métodos incorrectos de cepillado, respiración bucal, chupar el dedo, el uso de palillos de dientes.
- Oclusión Traumática.- Las maloclusiones ejer-

cen diferentes efectos en la etiología de la enfermedad parodontal. El alimento irregular de los dientes produce acumulación de restos de comida y empaquetamientos. Puede haber receción gingival en relación con los dientes desplazados hacia vestibular. Las disarmonías oclusales asociadas con la maloclusión producen lesiones al parodonto. Cuando existe interferencia con las excursiones funcionales de la mandíbula, el excesivo entrecruzamiento anterior produce irritación gingival por los bordes iniciales de los dientes, así como el empaquetamiento de comida.

Estos trastornos pueden aparecer alrededor de un solo diente, de varios dientes o de toda la dentadura.

La Oclusión es un factor etiológico de la enfermedad parodontal que interviene en todos los casos de dicha enfermedad y puede ser favorable si proporciona la estimulación necesaria y funcional que el tejido parodontal requiere, o bien, puede ser desfavorable cuando es inadecuada y produce fuerzas excesivas sobre los tejidos de soporte del parodonto, lo cual tiene como consecuencia lesiones al parodonto.

La respuesta del parodonto frente al aumento de la intensidad de las fuerzas oclusales es mediante el engrosamiento y aumento de las fibras parodontales, así como

un aumento en la densidad del hueso alveolar.

Existen varias causas del traumatismo oclusal, pero todas dependen del contacto con sus antagonistas. Pueden citarse las siguientes: Interferencias cuspidas, contactos de amarre, desgaste desigual, restauraciones defectuosas, desgaste excesivo, disarmonías en los movimientos mandibulares en relación con el maxilar y hábitos compulsivos.

La bricomanía y el bruxismo suelen por lo general descubrirse durante el interrogatorio.

Algunos autores clasifican el Trauma por Oclusión en Trauma por Oclusión Primario y Trauma por Oclusión Secundario. En el primero la única alteración local a la que está sujeto el diente es la oclusión, o sea, se presenta trauma por oclusión después de haber colocado una obturación alta, después de colocar una prótesis que crea fuerzas excesivas sobre los pilares y dientes antagonistas, después de un tratamiento ortodóntico, dientes extruídos, etc.

En el Trauma de la Oclusión Secundario existe destrucción del parodonto cuando la capacidad de éste para soportar las fuerzas oclusales está deteriorada, tornándose vulnerable y las fuerzas oclusales antes fisiológicas se vuelven traumáticas.

Las lesiones causadas por traumatismos oclusal consisten en resorción de las superficies radiculares, - - arrancamientos del cemento, alteraciones del ligamento parodontal (generalmente se ensancha), resorción de hueso y movilidad dentaria. Cabe mencionar que el tejido gingival no se afecta al presentarse traumatismo - - oclusal, solamente afecta a los tejidos de soporte, aunque varios autores han demostrado que a pesar de las lesiones en el aparato de inserción, la encía permanece intacta, sin haber cambio en la inserción epitelial o de las fibras gingivales.

Factores Etiológicos Sistémicos.- Es probable que los trastornos generales o metabólicos, rara vez producen manifestaciones a nivel parodonto, no obstante, - - puede suceder.

Dentro de las enfermedades más importantes que - - afectan al parodonto encontramos las carencias nutricionales, diabetes, embarazo, trastornos gastrointestinales (suelen complicarse con trastornos nutricionales), - alergias y cierto tipo de fármacos como la Dilantina Sódica que provoca una hiperplasia fibrosa gingival.

Cuando existen perturbaciones en la salud general de una persona, se puede producir o no cambios en el tono y en la resistencia vital de los tejidos parodonta--

les haciéndolos más susceptibles. Es necesario hacer -
notar la relación que existe entre los factores psicoso-
máticos y las manifestaciones parodontales, puesto que
se ha demostrado que muchos hábitos se desarrollan du-
rante los estados de tensión emocional.

La ingesta, la absorción y la utilización adecuada
de diversas vitaminas, minerales y otras sustancias nu-
tritivas, son esenciales para el mantenimiento de un pa-
rodonto normal.

EMBARAZO

Muchos investigadores manifestaron que la encía -
presenta cambios durante el embarazo, denominándolos -
" Gingivitis del Embarazo ".

El embarazo con sus correspondientes modificacio-
nes hormonales produce una respuesta a la irritación lo-
cal, que posiblemente en la mujer embarazada sea de mag-
nitud insuficiente como para generar una reacción gingi-
val.

La gingivitis del embarazo es de aspecto clínico -
inespecífico, aparece cerca del tercer mes desapare-
ciendo por completo, al concluir el embarazo.

DIABETES MELLITUS

Hasta la fecha no se ha podido comprobar que la diabetes es una causa específica de enfermedad parodontal avanzada, puesto que muchos diabéticos poseen estructuras parodontales normales, sin embargo, hay que mencionar que en la diabetes no controlada están afectados muchos procesos metabólicos, que inclusive actúan en la resistencia a infección o el trauma.

El diabético no controlado, puede por ejemplo, sufrir de úlceras crónicas persistentes en la piel, debido a que la resistencia está disminuida y toda irritación menor como el traumatismo o infección bacteriana de la piel, generará una lesión mayor que en una persona normal, así mismo, disminuye la efectividad del proceso de cicatrización, probablemente como resultado de un trastorno en el metabolismo de carbohidratos.

CAPITULO IV

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

La clasificación de las enfermedades parodontales proporciona una clave para saber diferenciar las diferentes alteraciones que afectan al parodonto.

Hasta la fecha, existen gran variedad de clasificaciones, puesto que éstas deben estar sujetas a constantes cambios y nuevas experiencias para proporcionar el máximo de ayuda en el diagnóstico y tratamiento.

En la siguiente clasificación las enfermedades del parodonto se dividen en:

- Inflamatorias
- Degenerativas
- Hiperplásicas

INFLAMATORIAS

GINGIVITIS

Es la forma más común de la enfermedad gingival - que se caracteriza por un aumento de volumen en la encía debido a la presencia constante de irritantes loca-

les y factores sistémicos.

La intensidad de la reacción inflamatoria depende de la constitución orgánica y hereditaria del paciente, así como la duración e intensidad de la irritación local.

La intensidad de la gingivitis depende de la magnitud, duración y frecuencia de irritantes locales y resistencia de los tejidos, por lo tanto, la gingivitis puede ser aguda, subaguda o crónica. Asimismo, existen diferentes tipos de gingivitis según su etiología, ya sea por traumatismo locales o sistémicos generales.

Por su distribución se divide en:

- Localizada.- Limitándose a la encía de un solo diente o de un grupo de dientes.
- Generalizada.- Afecta al margen gingival, pero puede abarcar parte de la encía insertada contigua.
- Papilar.- Abarca las papilas interdentarias, extendiéndose con frecuencia hacia la zona adyacente del margen gingival.
- Difusa.- Abarca la encía marginal, encía insertada y papila interdentaria.

En algunos casos la distribución de la enfermedad gingival se describe combinando los nombres anteriores de la siguiente manera:

- Gingivitis Marginal Localizada.- Se limita a un área de la encía marginal, o más.
- Gingivitis Difusa Localizada.- Se extiende desde el margen hasta el pliegue mucovestibular, pero siempre en un área limitada.
- Gingivitis Papilar.- Abarca un espacio interdentario, o más, en un área limitada.
- Gingivitis Marginal Generalizada.- Comprende la encía marginal de todos los dientes afectando también a las papilas interdentarias.
- Gingivitis Difusa Generalizada.- Abarca toda la encía. Generalmente también afecta a la mucosa bucal, por consiguiente, el límite entre ésta y la encía insertada no existe.

La gingivitis aguda, ni la subaguda de cualquier naturaleza son muy comunes y raras veces se presentan -

en personas con buena salud. Por el contrario, la gingivitis crónica, es muy común y más aún en los pacientes dentados mayores.

El diagnóstico y el tratamiento apropiados, demandan la comprensión de los cambios tisulares que alteran el color de la encía a nivel clínico. Para alcanzar esta comprensión, lo mejor es rastrear la patología de la gingivitis desde sus comienzos.

Por tal motivo, se ha concentrado la atención sobre el parodonto de los niños, para tener una mayor información sobre los primeros períodos de la enfermedad parodontal.

Clinicamente los cambios de color de la encía son signos muy importantes en la enfermedad gingival y varían según la intensidad de la inflamación. Los cambios aparecen en las papilas interdentarias y se extienden hacia la encía insertada.

En todos los casos la primera respuesta a la irritación es el eritema, el cual es señalado por la dilatación y el aumento del flujo sanguíneo que produce el rubor inicial. Si el estado no empeora, éste será el único cambio de color hasta que la encía recupere su normalidad.

Otro signo clínico de la enfermedad es la pérdida del aspecto punteado debido a la destrucción de las fibras gingivales, la superficie se torna brillante y lisa, la coloración puede ser roja en caso de inflamación aguda o, si es de largo tiempo, puede tomar un matiz magenta.

En la gingivitis, la hemorragia es frecuente después de una irritación leve como el cepillado.

Los pacientes con síntomas de inflamación aguda - probablemente presentan exacerbación aguda de un proceso crónico que puede depender de factores locales o sistémicos. Estos factores pueden ser el uso incorrecto del cepillo dental o de los mondadientes, falta de higiene y por consiguiente acumulación de materia alba. Los factores sistémicos serán la preñez, deficiencias nutritivas, trastornos endócrinos o discrasias sanguíneas que agravan o modifican la reacción inflamatoria que existe.

La inflamación crónica se presenta en ocasiones - con crecimiento tisular excesivo, la encía adquiere un color magenta, está más fibrosa que en la inflamación - aguda, no presenta tantas hemorragias y, como regla general es indolora,

La tumefacción inflamatoria de las papilas interdentes suelen dar un aspecto abultado a estas áreas.

La enfermedad no propiamente es de los adultos, a los quince años de edad un paciente puede presentar gingivitis debido a la falta de cepillado, nutrición, falta de atención odontológica, etc.

PARODONTITIS

La Parodontitis también recibe los siguientes nombres:

- Piorrea Alveolar
- Piorrea
- Piorrea Sucia

La Parodontitis es una enfermedad inflamatoria causada principalmente por factores irritativos locales, - que da por resultado la destrucción de los tejidos de soporte del diente. Se estima que la parodontitis es -

una secuela directa de la gingivitis que ha avanzado y no ha sido tratada. La diferencia entre las dos es que en la gingivitis se pueden presentar o no formación de bolsas gingivales, mientras que en la parodontitis siempre existen bolsas parodontales debido a que la encía pierde su adherencia epitelial, la cual migra hacia apical.

Los factores etiológicos de la parodontitis son locales e irritativos, pero puede complicarse por enfermedades generales o sistémicas, trastornos nutricionales, deficiencias nutricionales y otros factores.

Uno de los datos característicos de la parodontitis es la bolsa parodontal (profundización patológica del epitelio del surco) el cual es un dato patognomónico de dicha enfermedad y no se observa en ninguna otra.

La profundidad de la bolsa en la parodontitis no depende del agrandamiento o aumento de volumen del margen gingival, sino de la invasión progresiva de la bolsa en la membrana parodontal.

El diagnóstico de la enfermedad parodontal se basa en la inflamación gingival, en la formación de bolsas, el exudado purulento de éstas y en la resorción alveolar, para lo cual se necesita llevar a cabo la inspec-

ción, palpación y sondeo. Por lo general la enfermedad es indolora, la movilidad es más bien un síntoma tardío y muchas veces mínimo pese a la extensa pérdida de hueso alveolar.

Existen dos tipos de parodontitis: Simple, también llamada Parodontitis Marginal, en la cual la destrucción de los tejidos parodontales tiene su origen únicamente en la inflamación y; Compuesta, en la cual la destrucción de los tejidos proviene de la inflamación combinada con el trauma de la oclusión.

Parodontitis Simple.- Clínicamente se observa inflamación crónica de la encía, formación de bolsas (aunque no siempre con pus), pérdida ósea, movilidad dentaria, migración patológica y pérdida de los dientes. Puede localizarse en un solo diente, o en un grupo de ellos, o bien generalizada.

La parodontitis simple puede ser indolora, pero pueden manifestarse síntomas como: sensibilidad a cambios térmicos, a alimentos, a la estimulación táctil debido a la denudación de las raíces; dolor irradiado o profundo durante la masticación y después de ella, dolor punzante, sensibilidad a la percusión, proveniente de abscesos parodontales, síntomas pulpares como consecuencia de pulpitis originada en la destrucción de la -

superficie radicular por la acción de caries.

Parodontitis Compuesta.- Presenta las mismas características que la parodontitis simple, exceptuando - que hay pérdida ósea angular, mayor frecuencia de bolsas infraóseas, ligamento parodontal ensanchado, movilidad dentaria más marcada e inflamación gingival pequeña.

Esta clasificación se basa en la premisa de que el trauma de la oclusión, cuando existe es parte integral - de la enfermedad parodontal y no un proceso patológico separado, asimismo admite que el trauma se produzca como un proceso patológico independiente en la enfermedad parodontal.

BOLSA PARODONTAL

La bolsa parodontal es la profundización patológica del surco gingival, el único método para la localización y extensión de las mismas es el sondeo cuidadoso - del margen gingival en cada cara del diente.

Las bolsas parodontales son originadas por irritantes locales como por ejemplo: los microorganismos y sus productos, residuos de alimentos, los cuales proporcionan nutrición a los microorganismos y, retención de alimentos, todo ésto produce una alteración patológica en los tejidos y profundizan el surco gingival.

El avance progresivo de la bolsa conduce a la destrucción de los tejidos parontales de soporte, aflojamiento y exfoliación de los dientes,

La formación de las bolsas empiezan con un cambio inflamatorio en la pared del tejido conectivo del surco gingival, debido a la irritación local. El exudado inflamatorio celular causa la degeneración del tejido conectivo circundante, incluyendo las fibras gingivales.

A medida que la inflamación continúa, la encía - - aumenta de tamaño y la cresta del margen gingival se extiende hacia la corona. La adherencia epitelial sigue su emigración a lo largo de la raíz y se separa de - - ella,

El contenido de las bolsas parodontales consiste - principalmente de microorganismos y sus productos (enzimas, endotoxinas y otros productos metabólicos), placa bacteriana, líquido gingival, restos de alimentos, - mucina, células epiteliales descamadas y leucocitos. Si hay exudado purulento, consiste en leucocitos vivos, de generados y necróticos, bacterias vivas y muertas, suero y escasa fibrina.

La bolsa parodontal con su exudado purulento y la resorción de la cresta alveolar son las características

más importantes en la parodontitis.

CLASIFICACION

Las bolsas parodontales se clasifican según su morfología y su relación con las estructuras adyacentes, - como sigue:

- Bolsa Gingival (Relativa).- Está formada por el agrandamiento gingival sin destrucción de los tejidos parodontales subyacentes. El surco se profundiza a expensas del aumento del volumen de la encía.
- Bolsa Parodontal (Absoluta).- Este es el tipo que se produce en la enfermedad parodontal. La encía enferma y el surco se profundiza, hay destrucción de los tejidos parodontales de soporte. Las bolsas absolutas son de dos clases:
 - a) Supraósea
 - b) Infraósea

La clasificación según el número de caras afectadas es la siguiente:

- Simple.- Una cara del diente

- Compuesta.- Dos caras del diente, o más
- Compleja.- Hay una bolsa espiralada que nace en una superficie dentaria y da vueltas alrededor del diente y afecta a una cara adicional o más.

Las bolsas tienen por un lado la superficie del diente, y el cemento expuesto está cubierto de depósitos calcáreos. El otro lado de la bolsa está formado por la encía con varios grados de inflamación.

Radiográficamente, la alteración más temprana del hueso parodontal es una desaparición de la cresta alveolar causada por la resorción ósea insipiente. La borrosidad y pérdida de la continuidad de la cortical en los sectores mesial y distal de la cresta del tabique interdentario son los primeros cambios radiográficos de la parodontitis. Este tiene su origen en la extensión de la inflamación desde la encía hacia el hueso y el ensanchamiento concomitante de los conductos vasculares, y una disminución del tejido calcificado en el margen del tabique.

Cuando la inflamación es el único factor destructor de la enfermedad parodontal, la cresta del tabique es horizontal, cuando la inflamación se combina con el trauma de la oclusión, la destrucción es angular.

En las radiografías la resorción se observa también en la porción del periostio de la apófisis alveolar interdental y no es rara la situación en que solamente la porción lingual o bucal del tabique interdental permanezca sanas, mientras que las otras están reabsorbidas.

En la parodontitis compuesta o avanzada se puede observar la corona clínica más grande que la raíz clínica.

DEGENERATIVAS

GINGIVOSIS

La gingivosis es un estado distrófico raro, que se caracteriza por cambios degenerativos en el tejido conjuntivo de la encía. Esta enfermedad afecta a las papilas, la encía marginal y la encía adherida se presenta en toda la encía como zonas irregulares de color rojo intenso, lisas y brillantes. El epitelio puede quitarse fácilmente, dejando expuesto el tejido conjuntivo que sangra fácilmente y es muy doloroso.

Las lesiones suelen limitarse a la encía y raramente se extienden hasta la mucosa alveolar, a la mucosa bucal o al paladar duro. Las regiones afectadas generalmente están alrededor del cuello de los dientes y

muy rara vez en las regiones edéntulas.

La gingivosis se presenta con mayor frecuencia en mujeres por lo común mayores de treinta años, pero también pueden presentarse en niños y hombres adultos.

Hasta la fecha se ignora la etiología de esta enfermedad. Se asocia con trastornos de las hormonas sexuales basándose en suposiciones teóricas y en algunas observaciones clínicas.

Los cambios más importantes en la gingivosis son inflamatorias y se producen en la superficie vestibular, y están asociadas a irritantes locales, sin embargo, existe la sospecha de que se trata de un estado degenerativo en que las alteraciones inflamatorias son secundarias.

PARODONTOSIS

Con este término se designa la destrucción no inflamatoria degenerativa crónica del parodonto que comienza en un tejido parodontal. Se caracteriza por la migración y aflojamiento temprano de los dientes, con formación de diastemas, elongación y separación de los mismos. Por regla general, la encía está libre de inflamación y muchos pacientes presentan inmunidad a la caries, pero si ésta se presenta en fases avanzadas de la enfer

edad, generalmente afecta al cemento y no al esmalte.

La degeneración inicial en la parodontosis se considera de etiología general, entre los estados generales que serían la causa de la parodontosis, están el desequilibrio metabólico, alteraciones hormonales heredadas, enfermedades debilitantes, deficiencias nutricionales, diabetes, sífilis, hipertensión, enfermedades de la colágena e inferioridad heredada del órgano dentario.

HIPERPLASICOS

HIPERPLASIA GINGIVAL

Por definición hiperplasia es el aumento de tamaño de un tejido u órgano por aumento del número de las células que lo componen.

En la hiperplasia gingival, se presenta crecimiento excesivo debido al aumento en el número de elementos del tejido fibroso de la encía. Es un tipo de agrandamiento gingival no inflamatorio que generalmente se presenta por el uso de Dilantin Sódico,

La hiperplasia tiene una lesión secundaria que consiste en el agrandamiento gingival indoloro en las superficies interproximales de los dientes, vestibulo-linguales y palatinas, circunscribiendo al cuello de los -

mismos con superficies lobuladas y sin tendencias a sangrar espontáneamente. El agrandamiento es crónico, y aumento de tamaño con lentitud, por lo general la hiperplasia es generalizada siendo más intensa en las regiones anteriores, superior e inferior, llegando a cubrir en algunas ocasiones la encía libre casi toda la cara de los dientes.

Puede ser causa de confusión que en algunos casos de gingivitis, donde la encía aparece agrandada, se aplique el término "Gingivitis Hiperplásica", sin embargo, es importante saber distinguirlas. La gingivitis hiperplásica es una enfermedad inflamatoria caracterizada por el crecimiento de la encía debido a la acumulación de productos inflamatorios, edema y elementos celulares, mientras que en la hiperplasia verdadera o fibrosa, el crecimiento se debe al aumento en el número de los elementos celulares locales. De ahí el término hiperplasia gingival o hiperplasia fibrosa de la encía.

Dentro del agrandamiento o hiperplasia gingival se encuentran también aquellas que son de tipo neoplásico, dentro de las cuales se citan las siguientes:

- **Fibromas.**- Los fibromas de la encía provienen del tejido conectivo gingival o del ligamento parodontal. Son tumores esféri-

cos de crecimiento lento y tienden a ser -
definidos, firmes y nodulares, aunque pue-
den ser blandos y vasculares. Generalmen-
te son pediculares y frecuentemente se en-
cuentran en ellos formaciones de hueso den-
tro del tumor. Su origen se encuentra en
los irritantes locales y puede proliferar
a la malignización.

- Papiloma de la Encía,- Aparece como una -
protuberancia dura de aspecto de verruga -
en la superficie gingival con una prolife-
ración e hiperqueratosis del epitelio.
- Granuloma Reparativo Periférico de Células
Gigantes,- Puede salir de la papila inter-
dentaria o del margen gingival, es más fre-
cuente en la superficie labial y puede ser
sésil o pedicular. Su aspecto varía de -
una masa irregular y lisa, hasta una protu-
berancia multilobulada. Ocasionalmente -
presenta úlcera marginal.

Las lesiones que provoca son indoloras de
tamaño variable y pueden llegar a cubrir -
varios dientes. Su consistencia puede ser
firme o esponjosa y su color varía del rosa

hasta el rojo profundo o azul púrpura. Su diagnóstico exige el examen microscópico.

- Granuloma Reparativo Central de las Células Gigantes.- Aparece en el hueso alveolar. Crece a expensas del hueso dando como resultado una cavidad o destrucción central del margen alveolar. En ocasiones puede deformar el contorno del maxilar, apareciendo como un agrandamiento de la encía,
- Leucoplasia.- El aspecto de la leucoplasia de la encía varía desde una lesión escamosa blanco-grisácea achatada, hasta una placa queratinoza gruesa e irregular. Microscópicamente presenta un espesamiento del epitelio con hiperqueratosis y acantosis y algún grado de disqueratosis. Frecuentemente se encuentra inflamación del tejido conectivo y subyacente.
- Carcinoma.- Es el tipo más común de tumor maligno de la encía. Se presenta con mayor frecuencia en la encía mandibular. Aparece en la zona molar a menudo en relación con la leucoplasia preexistente, presentándose

en varias formas.

- a) Exofítico.- De forma de coliflor, rara vez confinado en la encía, - puede sufrir hemorragia y necrosis.
- b) Ulcerativo.- Tiende a invadir la mandíbula, exponiendo al hueso alveolar.
- c) Verrugoso.- Lesión de crecimiento lento superficial granular que puede extenderse a tejidos vecinos.

Los carcinomas de la encía se comportan - igual que el de cualquier otra parte del - organismo, es decir, que provoca metástasis, así como invade localmente.

CAPITULO VDIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Diagnóstico es el proceso mediante el cual se reconoce la naturaleza de una enfermedad. Para llevarlo a cabo se requiere del conocimiento de la anatomía normal y sus variaciones al igual que su fisiología, así como de reconocer las características clínicas y radiográficas de las diferentes enfermedades.

El diagnóstico se basa en la valoración de los datos obtenidos durante el examen clínico y la elaboración de la historia clínica. Un buen interrogatorio del paciente, nos proporciona una información valiosa respecto a su estado físico actual y nos da la clave para descubrir enfermedades no detectadas.

El dentista está inhibido de hacer la valoración total de la salud del paciente, mientras no sea capaz de efectuar un examen físico e interpretarlo correctamente. Sin embargo, no hay razón para que no pueda pedir una consulta médica cuando lo considere necesario.

Los datos obtenidos de la historia clínica, los exámenes clínicos y radiográficos, así como las pruebas de laboratorio son evaluados e interpretados para pro--

porcionar un diagnóstico correcto,

La historia clínica en Parodontia, puede dividirse en dos secciones:

1. Antecedentes Patológicos del Paciente
2. Datos Obtenidos Mediante el Estudio Clínico

1. Antecedentes Patológicos del Paciente.- Es importante tomar en cuenta las siguientes apreciaciones:

a) Apreciación General del Paciente.-

Desde la primera visita y el momento en que el paciente entra al consultorio podemos observar algunas manifestaciones vagas de enfermedad, el dentista debe hacer una valoración general del paciente incluyendo consideraciones del estado mental y emocional del paciente, temperamento, actitud, edad fisiológica, facies, hábitos orgánicos, tipo de marcha, postura, respiración, etc., a fin de tener una idea más completa del tipo de paciente que vamos a tratar.

b) Principales Molestias del Paciente.-

Se tomarán en cuenta los síntomas - que nos refiere el paciente acerca - de las molestias y trastornos principales. Se examinará en primer lugar la región que le preocupa al paciente, ya sea porque le duele, sangra o está tumefacta.

Generalmente durante la primera visita se trata de aliviar o erradicar - estos síntomas, no obstante, hay ocasiones en que sólo se prescribe anti bióticos u otros medicamentos dependiendo del tipo de enfermedad, pero ésto quedará a criterio del operador.

- c) Examen Preliminar de la Cavidad Bucal.- Se realiza para explorar el origen de la queja principal y determinar la necesidad de llevar a cabo medidas de emergencia.

HISTORIA SISTEMICA

La historia sistémica ayudará al dentista cuando - el paciente refiera enfermedades generales que tengan - manifestaciones bucales, o sea, la detección de estados

Se tomarán en cuenta los síntomas - que nos refiere el paciente acerca - de las molestias y trastornos principales. Se examinará en primer lugar la región que le preocupa al paciente, ya sea porque le duele, sangra o está tumefacta.

Generalmente durante la primera visita se trata de aliviar o erradicar - estos síntomas, no obstante, hay ocasiones en que sólo se prescribe antibióticos u otros medicamentos dependiendo del tipo de enfermedad, pero ésto quedará a criterio del operador.

- c) Examen Preliminar de la Cavidad Bu--cal.- Se realiza para explorar el - origen de la queja principal y determinar la necesidad de llevar a cabo medidas de emergencia.

HISTORIA SISTEMICA

La historia sistémica ayudará al dentista cuando - el paciente refiera enfermedades generales que tengan - manifestaciones bucales, o sea, la detección de estados

sistémicos que puedan afectar a la respuesta de los tejidos parodontales, a factores locales y detección de los estados sistémicos que demanden especiales precauciones y modificaciones en los procedimientos terapéuticos.

La historia sistémica debe incluir los siguientes datos:

- a) Si está bajo tratamiento médico actualmente, en caso afirmativo preguntar la naturaleza de la enfermedad, tiempo y el tratamiento que se está llevando a cabo.
- b) Indagar si existen antecedentes de fiebre reumática, enfermedad cardiaca reumática o congénita, nefritis, antecedentes hepáticos, diabetes, desmayos frecuentes o lipotimias.
- c) Investigar si presenta hemorragias frecuentes o anormales como epistaxis, sangrado prolongado por heridas, equimosis espontáneas, tendencias a hematomas y sangrado menstrual excesivo.
- d) Enfermedades infecciosas contagiosas.

- e) Si existe la posibilidad de enfermedades debido al tipo de trabajo o profesión que desempeña,
- f) Si es alérgico o hipersensible a ciertos alimentos, anestésicos locales, idiosincrasias a medicamentos como la aspirina, codeína, barbitúricos, sulfonamidas, antibióticos, procaína, laxantes o materiales dentales como el eugenos o resinas acrílicas,
- g) Transtornos menstruales.

Es importante investigar acerca del tipo de alimentación que lleva, tomando en cuenta si hay nutrición excesiva, normal o pobre. La deficiencia nutricional connota un estado nutricional inadecuado de los tejidos. La nutrición insuficiente puede ser consecuencia de la ingestión excesiva de alimentos y equilibrio inapropiado de los mismos.

HISTORIA DENTAL

La historia dental deberá incluir las siguientes referencias:

- 1, Visitas al dentista.- Frecuencia, fecha de la última visita, motivo, tratamiento, frecuencia y fecha de la última profilaxia oral.
2. Cepillado.- Frecuencia, tipo de cepillo y dentífrico, técnica de cepillado, si acostumbra el uso de ceda dental y su frecuencia.
- 3, Si está en tratamiento ortodóntico, duración y fecha aproximada de conclusión.
- 4, Si presenta dolor en los dientes o encías, modo en que se provoca, naturaleza y duración, ¿ cómo se alivia ?
- 5, Encías sangrantes.- Cuando lo noto por primera vez, si es espontáneo, al cepillarse o durante las comidas, por la noche, si sangran regularmente, si tiene relación con el período menstrual y otros factores específicos. Debe mencionar la duración del sangrado y medios que utiliza para detenerlo.
- 6, Halitosis o mas sabor de boca.
- 7, Movilidad dentaria,

8. Si ha presentado problemas anteriores de la encía, naturaleza de la afección, duración y tratamiento, así como el tiempo - aproximado de conclusión.
9. Si tiene hábitos de chuparse el dedo, introducción de objetos extraños en la boca, bruxismo, bricomanía, etc.

MODELOS DE ESTUDIO

Son útiles para complementar el examen bucal puesto que indican la posición e inclinaciones de los dientes, relaciones de contacto interproximal, zonas de retención de alimentos, mal oclusión y el planeo de las prótesis, asimismo, sirven como ayuda visual para explicarle al paciente las alteraciones que presenta y para hacer comparaciones antes y después del tratamiento.

FOTOGRAFIAS CLINICAS

No son esenciales, pero son útiles para registrar el aspecto de tejido antes y después del tratamiento.

2. Datos Obtenidos Mediante el Estudio Clínico.-

La segunda etapa de la historia clínica se basa en la intervención directa del operador y - abarca los siguientes puntos:

- Inspección
- Palpación
- Percusión
- Pruebas de Laboratorio
- Estudio Radiográfico

INSPECCION

Consiste en hacer un examen de la cavidad oral ay dado por instrumentos que facilitan este paso de la his toria clínica,

La inspección se empieza observando el estado de - limpieza de la cavidad viendo si existe tártaro denta-- rio o no, detritos alimenticios, materia alba, lesiones cariosas, etc,

Se debe ver la cantidad y densidad de saliva, examinar toda la mucosa bucal, color, textura, si existen o no pigmentaciones.

Al examinar la lengua hay que observar si no está alterado su color, tamaño y alteraciones en las papilas. Generalmente puede ser lesionado por enfermedades como leucoplasia, sífilis, tuberculosis, anemia perniciosa, etc,

Los cambios de la lengua pueden ser indoloros o bien presentar diversos grados de dolor y ardor.

Piso de boca.- Observar si hay presencia de ránula, neoplasmas y aftas las cuales producen dolor.

Al examinar el paladar es frecuente observar leucoplasia, paladar del fumador, exostosis, neoplasmas, etc.

Examinar los dientes.- La examinación de los dientes es con la finalidad de descubrir caries, malformaciones del desarrollo, anomalías en la forma de los dientes, desgastes, hipersensibilidad y relaciones de contacto proximal.

En las encías el examen consiste en observar su tamaño, color, contorno, textura superficial, consistencia, posición, propensión hemorrágica y dolor. Debe ponerse especial atención en la posición de la encía, margen gingival e inserción epitelial. Para lo cual tenemos que medir el intersticio gingival por medio del parodontómetro y ver si la inserción ha migrado hacia apical.

El examen de las bolsas parodontales debe incluir la presencia y distribución en cada superficie del diente, tipo de bolsa: si es supraósea o infraósea, simple, compuesta o compleja, profundidad y nivel de la inser-

ción de la raíz,

Para hacer una buena medición de las bolsas se deben registrar mediciones en seis posiciones alrededor de cada diente, es decir, tres puntos en cada una de las caras vestibular y lingual.

Por Vestibular,- Medir por mesial, distal y en la parte media,

Por Lingual,- Medir por mesial, distal y en la parte media,

PALPACION

Se lleva a cabo por medio del sentido del tacto. Por este método se analiza la consistencia de labios, carrillos, mucosa oral y encía, asimismo se determina si existe o no alteración en la articulación temporomandibular, alteración en la densidad del tejido que puede ser grueso, fino, fibroso o edematoso, el grado de movilidad dentaria. Para poder saber el grado de movilidad que presenta cada diente sostendremos con firmeza el diente entre la yema de los dedos pulgar e índice o bien con los extremos de dos instrumentos y se tratará de moverlos en todas direcciones. La movilidad anormal generalmente es en sentido vestibulo-lingual.

Existen diferentes grados de movilidad dentaria, -
siendo éstos los siguientes:

- Movilidad fisiológica o normal
- Movilidad grado 1: ligera movilidad
- Movilidad grado 2: moderada movilidad
- Movilidad grado 3: intensa movilidad vestibular-lingual o mesio-distal o ambas.

PERCUSION

La percusión proporciona una información sobre la salud del aparato de fijación parodontal: el cemento, -
ligamento parodontal y el hueso alveolar. Cuando se -
golpea con el extremo de un instrumento metálico la cara oclusal, vestibular o lingual de un diente y produce un sonido claro, resonante y no es doloroso, el aparato de fijación está íntegro, no así cuando se produce un ruido apagado, lo cual indica que dicho aparato se encuentra lesionado.

Si la percusión se realiza suave en el diente y a diferentes ángulos ayuda a la localización del sitio de la lesión inflamatoria.

Cuando una pieza dental presenta sensibilidad a la percusión es una característica de la enfermedad aguda

del ligamento parodontal,

PRUEBAS DE LABORATORIO

Las pruebas de laboratorio son un coadyudante en el diagnóstico de las enfermedades, por lo tanto, no se debe dar un diagnóstico basándose solamente en dichas pruebas.

En las pruebas de laboratorio está indicado el estudio hematológico cuando el aspecto de la encía tiende a sangrar constantemente, o cuando el paciente nos ha referido hemorragias excesivas en caso de heridas. Cuando el paciente nos da antecedentes de diabetes es una indicación para la determinación de la glucemia en ayunas.

Toda investigación de laboratorio se deberá mandar a realizar después de haber terminado la historia clínica y de explorar cuidadosamente al paciente.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Las radiografías son de gran utilidad para el diagnóstico, pronóstico y evaluación de los resultados de un tratamiento.

Los datos radiográficos que se deben observar en toda radiografía son:

- a) Relación Corona - Raíz
- b) Posición y Forma de la Raíz
- c) Hípercementosis
- d) Grado de Calcificación del Hueso
- e) Resorción Ósea
- f) Ensanchamiento del Ligamento Parodontal
- g) Absceso Parodontal u otra Patología (si existen).

Toda serie radiográfica debe constar de 14 radiografías intrabucales, además es aconsejable en algunos pacientes tomar una radiografía panorámica ya que proporcionan un cuadro radiográfico informativo general de la distribución y gravedad de la pérdida ósea en la enfermedad parodontal.

CAPITULO IVMEDICAMENTOS AUXILIARES EN EL TRATAMIENTO PARODONTAL

Por lo general la enfermedad gingival y parorontal no se base en el uso de drogas, sin embargo, son de gran utilidad en variadas ocasiones.

Las vías de administración que más se utilizan son la vía parenteral (intramuscular) y la bucal.

El uso de la vía parenteral proporciona una rápida absorción y distribución de la droga, no obstante, la administración bucal depende de la absorción de la droga en el tubo gastrointestinal y su ventaja sobre la parenteral es su fácil administración,

Existen drogas que son destruidas en el tubo gastrointestinal y el período entre la administración y el efecto que producen es relativamente largo, impidiendo su administración por vía bucal en ciertas ocasiones. Por lo tanto, queda bajo el criterio del operador decidir cual es la mejor vía de administración para los medicamentos que piensa prescribir y asimismo, obtener un mejor efecto de los mismos.

AGENTES QUIMIOTERAPEUTICOS

La Quimioterapéutica es una rama de la Farmacología que se ocupa de las sustancias de composición química definidas, que introducidas en el organismo son capaces de destruir los agentes patógenos vivos y que no deben presentar efectos tóxicos en el huésped.

Las drogas quimioterápicas generalmente tienen - - efectos bacteriostáticos en pequeñas dosis y en altas - dosis son bactericidas,

La eficacia de los agentes quimioterapéuticos proviene del retardo de la velocidad de multiplicación de los micro-organismos (inhibitorio), de la interrupción de su multiplicación (bacteriostático o fungistático) o de la destrucción de los organismos viables (bactericida o fungicida),

Por lo común, se usan las sulfonamidas y los antibióticos como agentes quimioterapéuticos.

SULFONAMIDAS

Las sulfonamidas se utilizan en pacientes sensibles a los antibióticos, son eficaces en infecciones por cocos; Estreptococos, diplococos y micrococos; tienen varios efectos tóxicos; son insolubles y tienden a precipi

tarse en los riñones,

De todos los derivados de las sulfonamidas, el sulfisoxazol puede prescribirse sin riesgo de complicaciones renales. La dosis inicial es de 4-5 tabletas de 0.5 g seguida de una tableta cada 4 o 5 horas.

ANTIBIOTICOS

Los antibióticos son sustancias producidas por organismos vivos, como bacterias y levaduras, que inhiben o destruyen los agentes infecciosos.

En la actualidad el uso de antibióticos como auxiliares en la terapéutica parodontal va en aumento ya que muchas formas de gingivitis responden a la administración de dichos fármacos, además existe gran variedad de antibióticos eficaces contra diferentes espectros de microorganismos. Su selección se debe basar en la especificidad de la droga para las necesidades del paciente.

En Parodoncia están indicados los antibióticos de amplio espectro.

Comúnmente cuando se administran antibióticos antes de la intervención quirúrgica, éstos deben empezar a ingerirse la noche anterior al tratamiento y se continúan por espacio de 48 horas después del procedimiento operatorio.

PENICILINAS

La penicilina es el primer antibiótico de elección en Parodontia ya que se considera como el único antibiótico atóxico, aunque puede presentar sensibilidad alérgica siendo más frecuente la urticaria.

El tipo de penicilina que se prescriben frecuentemente contra los organismos grampositivos son:

- Penicilina G Potásica
- Penicilina G Sódica
- Penicilina G Procaína

Las formas semisintéticas de penicilinas son eficaces contra los microorganismos gramnegativos y grampositivos. De todas las formas de penicilinas, la ampicilina es la que tiene un uso más amplio por su eficacia en las diferentes infecciones.

La dosis de las penicilinas es de 1 gr. al día, dividida en cuatro tomas por vía oral cada 4 ó 6 horas, u - 800 000 U cada 24 horas.

ERITROMICINA

En pacientes que presentan sensibilidad a la penicilina, el segundo antibiótico de elección es la eritromicina.

micina (estolato de eritromicina). Se le considera de espectro semejante a la penicilina ya que su campo de acción son los microorganismos grampositivos, es de amplio espectro, su potencia es menor que la de la penicilina. Su uso prolongado puede causar hepatitis colestática.

LINCOMICINA

Al igual que la eritromicina es utilizada cuando el paciente presenta reacciones alérgicas a la penicilina; es el tercer medicamento por elección para el Cirujano Dentista,

Tanto la lincomicina como la eritromicina se prescriben preferentemente en tabletas o cápsulas de 250 mg. cada 4 ó 6 horas.

TETRACICLINA

Es un antibiótico de amplio espectro, se distribuye bien en todo el organismo. Está contraindicada en pacientes menores de 8 años ya que puede afectar a los dientes apareciendo manchas o produciendo hiperplasias, asimismo está contraindicada en mujeres en período de gestación.

El Cirujano Dentista por lo general no debe hacer uso de las tetraciclinas debido a sus efectos secunda--

rios que produce debido a que puede afectar la flora microbiana digestiva manifestándose por diarrea,

ANALGESICOS Y NARCOTICOS

Son drogas que se emplean para aliviar el dolor.

El dolor consecutivo a la operación suele aparecer durante las primeras horas al cesar el efecto del anestésico. El dolor se elimina con los analgésicos y una rara vez desaparecido no acostumbra repetir.

El ácido acetilsalicílico es eficaz en adultos, se prescribe en dosis de 2 tabletas de 300 mg. cada una, - cada 3 horas. Para niños las dosis son menores.

El Darvon compuesto - 65 es un analgésico no narcótico para dolores intensos. La dosis es 1 cápsula cada 3 ó 4 horas.

La Pentazocina (Talwin) también es un analgésico no narcótico eficaz para dolores intensos obteniéndose un mejor resultado por vía parenteral que por vía oral.

La Codeína es un narcótico con efectos analgésicos, hipnóticos y sedantes. Da resultados más satisfactorios en combinación de ácido acetilsalicílico, fenacetina y cafeína. La dosis que se prescribe cuando existe dolor intenso es 2 tabletas cada 3 horas.

Por desgracia, la codeína produce una intensa irri-
tación en la mucosa gástrica y muchos pacientes se sien-
ten mal después de tomarla.

La Meperidina (Demerol), es un sustituto de la -
morfina. Es eficaz por vía intramuscular, pero da re--
sultados inferiores cuando se da por vía oral. Su admi-
nistración por ésta vía es en tabletas de 50 mg. cada 4
horas.

La Morfina es el analgésico más eficaz, en espe---
cial para dolores persistentes, por lo general, se pres-
cribe como sulfato de morfina de 8 a 10 mg. cada 4 ó 6
horas por vía oral, subcutánea o intramuscular.

El Dilaudid (Clorhidrato de Dihidromorfinoma) es
un sustituto de la morfina que produce una eficaz anal-
gesia y que carece de efectos secundarios como vómitos,
náuceas, mareos y somnolencia cuando se administra in--
tramuscularmente. Es menos eficaz por vía oral. Se -
aconseja la administración de tabletas de 2 ó 4 mg. de
Dilaudid después de intervenciones quirúrgicas parodon-
tales extensas.

ANESTESICOS

Se usan por inyección o en forma tópica para preve-
nir el dolor durante los procedimientos quirúrgicos o -

el raspaje y curetaje subgingivales, Los que comúnmente se administran por inyección son la procaína, lidocaína y la mepivacaína,

Existen muchos anestésicos tópicos, en forma de líquido, gel y rocío o aerosol (Xilocaína) que aplicados en abundancia sobre el campo de operación, son útiles durante el raspaje y curetaje, incisión de abscesos parodontales y pericoronitis.

APOSITOS PARODONTALES

La finalidad del apósito quirúrgico es evitar la hemorragia postoperatoria y evitar el contacto de los alimentos con los bordes de la incisión y su acumulación entre los dientes y a su alrededor para evitar nuevas lesiones mientras cicatriza, En el mercado existen dos tipos de apósitos parodontales: con eugenol y sin eugenol.

La mayor parte de los apósitos parodontales se componen de óxido de zinc y eugenol, con diversos ingredientes los cuales generalmente se preparan a partir de un polvo y un líquido.

Dentro de los apósitos sin augenol se encuentra el Coe-Pack que es un apósito con acción antimicrobiana que es bien tolerado por los pacientes. Comúnmente se

coloca en personas que no tengan tendencia al sangrado; en ocasiones suelen tratarse pacientes sanos con tendencia a la hemorragia excesiva, en éstos casos es necesario colocar un apósito con óxido de zinc - eugenol con ácido tánico y se tiene que adaptar bien.

El apósito suele cambiarse a los 8 días de la operación haciéndose un nuevo cambio a los 5 ó 6 días. Algunas veces no es necesario colocar un nuevo apósito al retirar el primero, pero la mayoría de las veces se deja de 10 a 14 días,

ANTISEPTICOS

Son sustancias que actúan como desinfectantes y que previenen la proliferación de las bacterias en el lugar de su aplicación en tanto esté presente la droga.

Un antiséptico ideal debe ser eficaz a baja toxicidad, debe ser activo en presencia de materia purulenta, no ser irritante, y actuar contra un espectro bacteriano amplio. En la práctica parodontal los más comúnmente usados son los peróxidos, compuestos mercuriales y las tinturas.

Los peróxidos son germicidas, el más utilizado es el peróxido de hidrógeno que es descompuesto al contacto con la enzima catalaza tisular produciendo efervesen

cia que arrastra detritos alimenticios.

Una solución de peróxido de hidrógeno al 3 por ciento, es una coadyuvante útil como agente limpiador y antiséptico durante el raspaje y curetaje. En ocasiones se recomienda al paciente hacer enjuagues de peróxido de hidrógeno (una parte de dos partes de agua tibia).

Su uso prolongado produce crecimiento de la papilas linguales.

Dentro de los preparados mercuriales se encuentra el Mertiolato, el cual es útil en la limpieza preoperatoria y postoperatoria del campo de operación.

Las tinturas son antisépticos eficaces que pueden utilizarse como complemento en el tratamiento parodontal sin riesgo de irritar el tejido.

DESENSIBILIZACION DE DIENTES

En ocasiones después de haber realizado un tratamiento parodontal, los dientes suelen estar hipersensibles, en éstos casos se lleva a cabo un tratamiento para eliminar la sensibilidad.

Existen diferentes métodos para eliminar la sensibilidad de los dientes, sólo se mencionarán algunos de ellos:

- a) Se prepara una pasta de fluoruro de sodio y caolín con glicerina, se seca la superficie del diente y se bruñe con un instrumento de metal, se deja así durante 2 minutos, La pasta se quita con agua tibia y se enjuaga la boca. Se puede repetir - dos semanas después si fuera necesario.
- b) Otro desensibilizante es la solución acuosa de fluoruro de sodio al 2 por ciento - (30 ml,) más color y sabor. Esta solución puede ser utilizada por el paciente colocándose una pequeña cantidad en un vaso, se sumerge el cepillo en esta solución y se utiliza como dentífrico. No se debe tragar,

Por lo general, cuando se terminan los 30 ml la sensibilidad desaparece,

En el mercado se encuentra un dentífrico a base de cloruro de estroncio (Sensodyne) el cual se utiliza - también como desensibilizante.

AGENTES COLORANTES

Los agentes colorantes son soluciones y pastillas que tiñen todos los residuos blandos, la película y la

placa bacteriana de los dientes. Se usan en el consultorio antes de la profilaxis bucal y después de ella, y en el hogar para observar la eficacia del control de la placa. La eritrocina y la fushina básica son colorantes efectivos para revelar la presencia de placa bacteriana.

La pastilla se mastica entre los dientes para la distribución del colorante y se mantiene en la boca por 30 segundos.

DENTIFRICOS

Es un coadyuvante de la limpieza y pulido de los dientes; se encuentra en forma de pasta, polvo o líquido. Los dentífricos contienen abrasivos como carbonato de calcio, fosfato de calcio, bicarbonato de sodio o cloruro de sodio; contienen también detergentes, edulcorante y flúor.

Los dentífricos deben ser abrasivos, pero a la vez deben proporcionar seguridad al cepillador contra el desgaste de la sustancia dentaria.

ENJUAGATORIOS

Los enjugatorios son soluciones de sabor agradable, aromáticas y hacen sentir la boca limpia. Son útiles para desalojar partículas de alimentos que el cepillo o

cualquier otro medio haya dejado pero sólo resultan eficaces si se realiza rigurosamente forzando la solución en los espacios interproximales con los carrillos, labios y la lengua.

Los enjuagatorios producen una disminución de olores bucales, pero ésto es pasajero, ya que para eliminar el mal aliento o el mal sabor de boca, es preciso eliminar los factores locales o generales o ambas clases,

Cuando se desee una acción de enjuague, se diluye algún enjuagatorio en una proporción de una parte en tres partes de agua tibia.

El enjuagatorio de elección es la solución salina normal; también eficaz el que se prepara con partes iguales de sal y bicarbonato de sodio, a lo que se agrega sabor para hacerlo más agradable.

El uso de enjuagatorios únicamente no constituyen un sustituto de la limpieza que obtenemos mediante el cepillado para mantener una buena higiene bucal y salud gingival.

CAPITULO VIITRATAMIENTO POR MEDIO DE TECNICAS DE CEPILLADO

Es importante que el interés que existe por la Parodencia se incline primeramente hacia un tratamiento preventivo dada la existencia de un gran número de enfermedades sin tratar, y que aumentan más aprisa que nuestra capacidad para curarlas,

La prevención propiamente dicha, comienza con la salud y busca conservarla utilizando los métodos de aplicación universal más simples.

Para la prevención de las parodontopatías y sobre todo para que tengan éxito, se necesita que exista una mutua cooperación entre el odontólogo y el paciente, para la preservación de la dentadura natural previniendo el comienzo y avance de la gingivitis o de la enfermedad parodontal.

Para todo tratamiento parodontal es necesario empezar con una buena odontoxesis que consiste en la remoción de placa, materia alba, cálculos, pigmentaciones y el pulido de los dientes.

CONTROL DE PLACA

El control de placa es la prevención de la acumulación de la placa y otros depósitos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes, además es la mejor manera para prevenir las parodontopatías y la formación de cálculos.

Para un paciente con parodonto sano, el control de placa significa la preservación de la salud; para un paciente con enfermedad significa una cicatrización postoperatoria óptima; y para el paciente con enfermedad parodontal tratada, significa la preservación de la recurrencia de la enfermedad.

Como parte del control de placa se debe aconsejar al paciente que incluya en su dieta alimentos fibrosos duros, en especial al final de las comidas ya que proporcionan una estimulación funcional del ligamento parodontal y hueso alveolar.

En el consultorio se lleva a cabo un programa de instrucción con el paciente que consiste en enseñarle la técnica de cepillado que ha de llevar a cabo, para esto se necesitan varias visitas diarias al consultorio para llevar un registro del índice de placa para mostrar la mejoría al paciente.

Una ayuda muy valiosa para el paciente en la técnica de cepillado son las soluciones o agentes reveladores.

TIPO DE CEPILLOS DENTALES

La fácil manipulación del cepillo por parte del paciente, es un factor importante en la elección del cepillo. Su eficacia o bien, el potencial lesivo de los diferentes tipos de cepillo depende en gran medida de cómo se les usa.

El cepillo de dientes elimina la placa bacteriana y materia alba reduciendo así la instalación y frecuencia de caries dental, además debe limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad a todas las áreas de la boca.

Los cepillos son de diversos tamaños, diseño, dureza de las cerdas, longitud de las mismas y distribución. La superficie del cepillo debe ser de 2.5 a 3 cm. de largo; y .75 a 1 cm. de ancho; de 3 a 4 filas de penachos y de 5 a 12 penachos por fila. Las cerdas pueden ser naturales o de nylon (conservan su dureza más tiempo), con los extremos y puntas redondeadas, el mango debe ser recto, las cerdas deben estar a un mismo tamaño y de un mismo tipo.

Existen diversas opiniones respecto a las ventajas de las cerdas duras y blandas. Las cerdas de dureza mediana pueden limpiar mejor que las blandas y traumatizan menos a la encía, además abrasionan menos la sustancia dentaria y restauraciones; las cerdas blandas son más flexibles, limpian por debajo del margen gingival y alcanzan mayor superficie interdientaria proximal, pero no eliminan por completo los depósitos grandes de placa. Las cerdas blandas pueden limpiar mejor que las duras por el efecto de despulido de la combinación de cerdas blandas y dentífrico.

Es preciso indicar al paciente que el cepillo debe ser reemplazado periódicamente antes de que las cerdas se deformen o bien, cada 3 meses.

Al instruir al paciente sobre una técnica de cepillado, al principio requerirá de 10 a 15 minutos aproximadamente, hasta que adquiera la habilidad necesaria; después serán suficientes 3 ó 5 minutos.

Por lo general al enseñar al paciente sobre la mejor técnica de cepillado para él, ésto se deberá hacer primero sobre un modelo y posteriormente en el paciente y frente a un espejo, con buena luz para que el paciente vea la colocación del cepillo y las cerdas.

En todas las técnicas, la boca se divide en dos secciones: se comienza por la zona molar superior derecha, cepillándose en orden hasta que queden limpias todas las superficies accesibles,

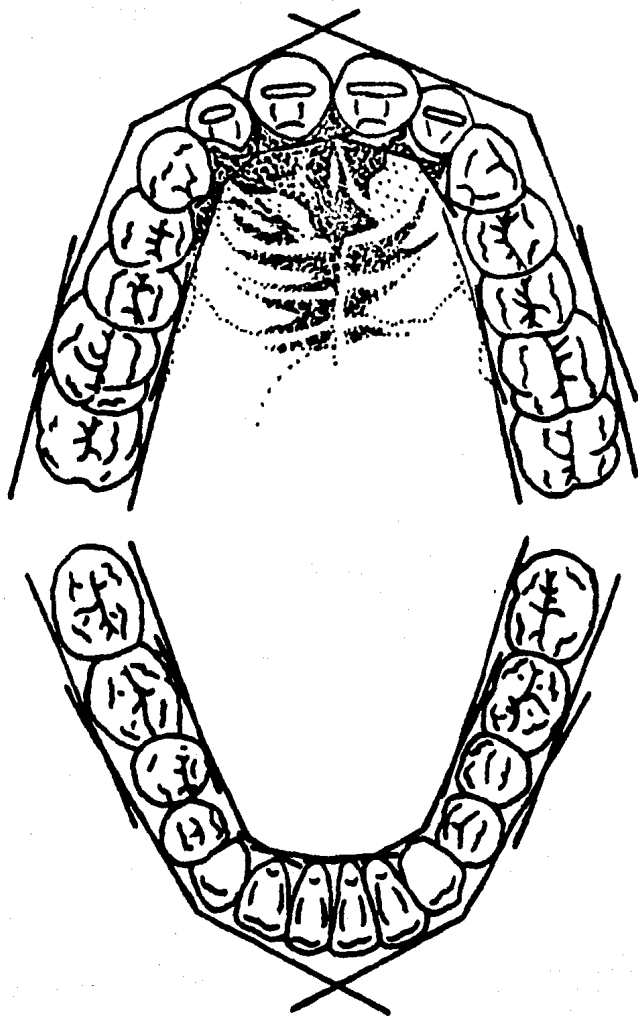


Fig. 4 . Posiciones del cepillo de dientes para la limpieza sistémica.

TECNICAS DE CEPILLADO

TECNICA DE BASS

Esta técnica se lleva a cabo con cepillo blando y se enfoca a la limpieza del surco. Se coloca la cabeza del cepillo paralela al plano oclusal con las cerdas hacia arriba, con una angulación aproximada de cuarenta y cinco grados respecto del eje mayor de los dientes y se presionan los extremos de las cerdas dentro del surco gingival y sobre el margen gingival, asegurándose de que las cerdas penetren todo lo posible entre el espacio interproximal y se activa el cepillo con un movimiento vibratorio hacia adelante y atrás, sin descolocar las puntas de las cerdas. Esto lo llevamos a cabo empezando en la zona molar superior derecha. Cuando se llega a la zona de caninos, el cepillo se debe colocar de modo que la última hilera de cerdas quede distal a la prominencia canina, y no sobre ella, ya que podría causar recesión gingival en dicha prominencia.

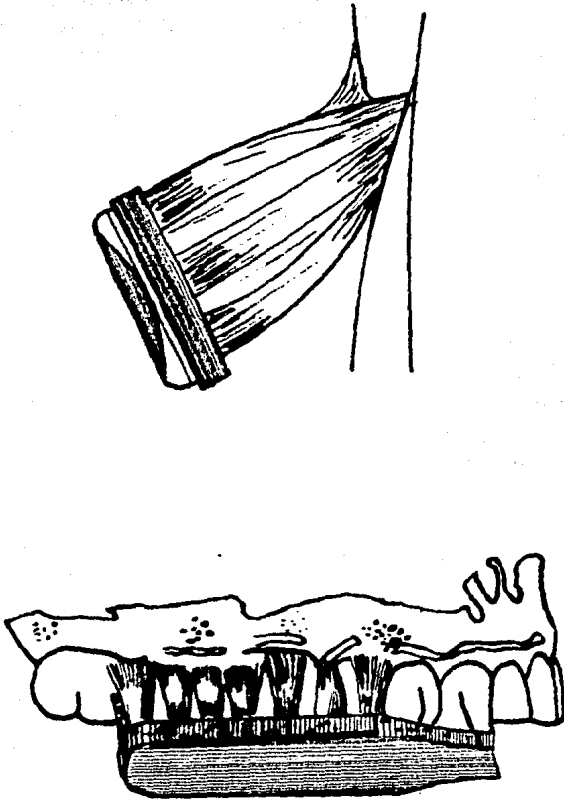


Fig. 5. Técnica de Bass. Posiciones correctas del cepillo para la limpieza del surco.

TECNICA DE FONES

Esta técnica se realiza con los maxilares en oclusión. Se presiona firmemente el cepillo contra los dientes y tejidos gingivales y se realiza un movimiento rotatorio dentro de los límites del pliegue mucovestibular.

TECNICA DE STILLMAN

El cepillo se coloca de modo que las puntas de las cerdas queden parte en la encía y parte sobre la pieza dental; las cerdas deben ser oblicuas al eje mayor del diente y dirigidas hacia apical. Se ejerce presión lentamente sobre el margen gingival hasta producir una ligera izquemia, se separa el cepillo para permitir la circulación sanguínea aplicando presión varias veces e imprimiendo al cepillo un movimiento rotativo suave. En las superficies linguales de las zonas anteriores superior e inferior, el mango del cepillo se coloca paralelo al plano oclusal y sobre la encía y los dientes. - trabajan 2 ó 3 penachos de cerdas.

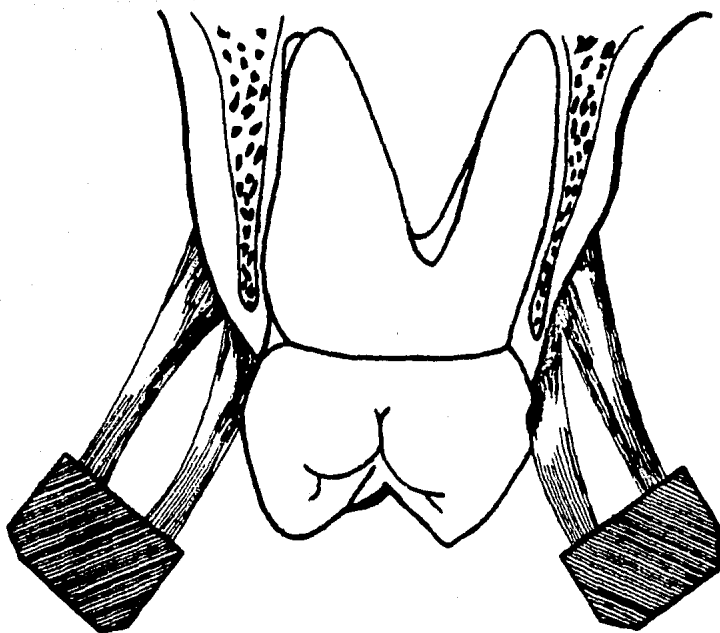


Fig. 6. Colocación del cepillo en la superficie vestibular y palatina de los dientes posteriores superiores.

TECNICA DE STILLMAN MODIFICADO

Es una acción vibratoria combinada de las cerdas del cepillado con el movimiento en sentido al eje mayor

del diente. Se coloca el cepillo en la línea mucogingival, con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona y se activa con movimientos de frotamiento en la encía insertada, en el margen gingival y en la superficie del diente. Se gira el mango hacia la corona y se vibra - mientras se mueve el cepillo.

TECNICA FISIOLÓGICA O DE SMITH Y BELL

En esta técnica se trata de cepillar la encía de manera comparable a la trayectoria de los alimentos en la masticación, realizándose movimientos suaves de barrido, comenzando en los dientes y siguiendo con el margen gingival y la mucosa insertada.

TECNICA DE CHARTERS

Se coloca el cepillo sobre el diente, con una angulación de cuarenta y cinco grados, con las cerdas dirigidas 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, conser-

vando el ángulo de cuarenta y cinco grados.

Después se gira el cepillo levemente, de modo que los costados de las cerdas presionen en el margen gingival, haciendo un movimiento de barrido, y repitiendo este procedimiento área por área.

Para limpiar las superficies oclusales, fuercense suavemente las puntas de las cerdas dentro de los surcos y fisuras y activaremos el cepillo con un movimiento de rotación.

Esta técnica está contraindicada, ya que empaqueta los alimentos dentro del intersticio gingival.

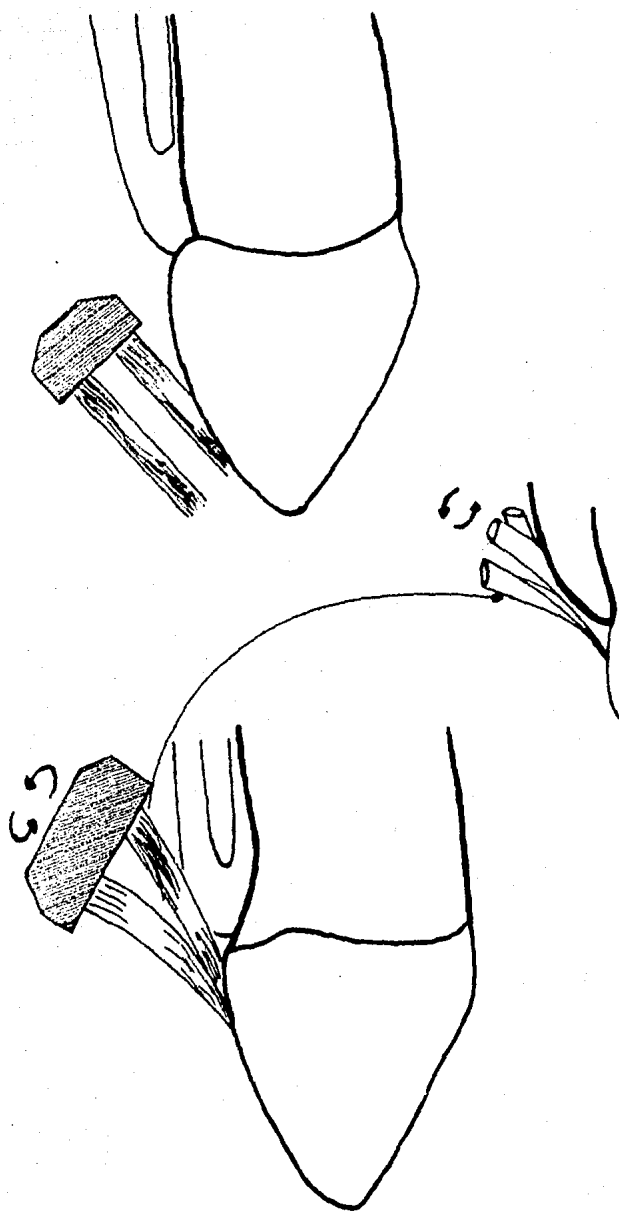


Fig. 7. Técnica de Charters. Colocación del cepillo -
y movimientos vibratorios que se deben realizar.

TECNICA DE CEPILLADO CON CEPILLOS ELECTRICOS

Cuando los cepillos tienen un tipo de movimiento - en arco, o sea, de arriba y abajo, el cepillo se mueve desde la corona hacia el margen gingival y encía insertada y da vuelta. Los cepillos con movimiento recíproco, o sea, golpes cortos hacia atrás y adelante, o las diversas combinaciones de movimientos elípticos y recíprocos se pueden usar de muchas maneras, ya sea con las puntas de las cerdas en el surco gingival, como en la técnica de Bass, y en el margen gingival, con las cerdas dirigidas hacia la corona, como en la técnica de Charters, o con un movimiento vertical de barrido, desde la encía insertada hacia la corona, como en la técnica de Stillman Modificada.

COADYUVANTES DE LA LIMPIEZA DENTAL

HILO DENTAL

El hilo dental es un medio eficaz para limpiar las superficies dentarias proximales.

En el mercado se encuentra de dos formas: hilo dental con cera o sin cera. En cualquiera de los dos tipos de hilo dental debe usarse correctamente ya que de lo contrario puede causar daño a la encía.

La técnica para utilizar el hilo dental es la siguiente:

1. Se corta un pedazo de hilo aproximadamente de 30 cm. de longitud y se enrolla la mayor parte sobre el dedo medio de una mano.
2. Se enrolla el resto alrededor del dedo medio de la otra mano, con espacio suficiente para poder introducirlo entre los dientes.
3. Se utilizan los dedos pulgares e índices para guiar el hilo.
4. Se intoruce suavemente el hilo entre los espacios interproximales siguiendo la anatomía de nuestras piezas y con un movimiento de atrás hacia adelante se lleva hacia oclusal para desprender todas las acumulaciones superficiales blandas.
5. Se repite varias veces la misma operación teniendo cuidado de no lesionar la papila interdientaria. Esto se efectúa con todos los dientes desenredando el hilo adicional

de los dedos conforme se vaya usando. -
 Por lo menos una vez al día todos los - -
 días.

ESTIMULADOR INTERDENTARIO

El estimulador interdentario se compone de una punta de caucho o de plástico de forma cónica, lisa o es-- triada, fija a un mango de plástico o en el extremo del mango de un cepillo dental. Sirven para masajear y es-- timular la circulación de la encía interdientaria, para la limpieza de las zonas interproximales y de las furca-- ciones,

Puntas de Caucho.- Cuando las encía llena el espa-- cio interdentario la punta de caucho se introduce entre los dientes con un ángulo de cuarenta y cinco grados y se presiona sobre la papila interdientaria. La punta se desplaza sobre el diente hasta el área de contacto.

Cundo hay espacio interdentario, la punta de cau-- cho se coloca con el extremo puntiagudo hacia oclusal y las zonas laterales contra la encía interdientaria para conservar el contorno triangular de la papila interdientaria, La punta se activa con un movimiento de rota-- ción, lateral o vertical presionando y limpiando la su-- perficie gingival así como la superficie dentaria proxi-- mal.

PALILLOS DE MADERA DE Balsa

Se recomendará en pacientes cuya anatomía interdentaria indique su uso. Estos palillos son de corte - transversal triangular, son muy pequeños ya que se adaptan a la mayoría de los espacios interdentarios.

Como complemento del cepillado, son útiles para -- desprender residuos retenidos en los espacios interproximales que no se eliminan durante el cepillado, y para masajear la encía interproximal.

El palillo se moja para que no sea tan quebradizo y se colocará en la zona interdientaria con la base del triángulo hacia el tejido. Se hará un movimiento de - adentro hacia afuera varias veces, en forma de cuña y - sin sacar el palillo de la zona.

APARATOS DE IRRIGACION BUCAL

Los aparatos de irrigación bucal proporcionan un - chorro de agua fijo o intermitente, bajo presión, a través de una boquilla. La presión se ejerce mediante una bomba del aparato o el aparato se une a la llave del - agua. Constituye un medio eficaz de la higiene bucal cuando se usa además del cepillado.

Su uso no desprende la placa de los dientes pero -

retarda la acumulación de placa y de cálculos además, -
la inflamación gingival y la profundidad de la bolsa -
son reducidas. Asimismo, aumenta la queratinización -
gingival, y elimina bacterias de la cavidad bucal con -
mayor eficacia que el cepillo y los enjuagatorios. Es
muy útil para la limpieza alrededor de los aparatos de
ortodoncia y prótesis fija. La irrigación no crea bac-
teremia.

CAPITULO VIIITRATAMIENTO POR MEDIO DE TECNICAS QUIRURGICAS

La finalidad de las técnicas quirúrgicas es eliminar los irritantes locales y tratar los efectos de la enfermedad sobre el parodonto, estableciendo así la armonía anato-funcional del parodonto.

Generalmente para que cualquier tratamiento quirúrgico tenga éxito, se debe poner al paciente en buenas condiciones fisiológicas, para lo cual tenemos que controlar las enfermedades sistémicas, si es que las hay.

La edad avanzada del paciente a veces hace dudoso el éxito del tratamiento, así como los individuos incapaces de practicar una adecuada higiene oral, ya sea por enfermedad mental o por una dificultad física.

Para cualquier técnica quirúrgica, éstas se efectuarán por cuadrantes y una vez obtenidos los resultados esperados, se procede a la intervención del siguiente cuadrante.

A continuación se describirá cada una de las técnicas y los procedimientos más empleados que proporcionan mejores resultados.

RASPADO RADICULAR Y CURETAJE

El raspaje consiste en eliminar cálculos, placa y otros depósitos que se encuentren alrededor del diente y eliminar la substancia dentaria necrótica por medio del alisado y el curetaje de la superficie interna de la pared gingival de bolsas parodontales para desprender el tejido blando enfermo.

Estos procedimientos deben ser con un mínimo de trauma a los tejidos.

Técnica para la eliminación de bolsas supraóseas por raspaje y curetaje.

- a) Alisar y anestesiar la zona
- b) Eliminar los cálculos supragingivales
- c) Eliminar los cálculos subgingivales
- d) Alisar la superficie dentaria
- e) Curetear la pared blanda (en este caso se debe eliminar el tejido degenerado, brotes epiteliales en proliferación y tejido de granulación, lo cual forma la pared interna de la pared blanda de la bolsa).
- f) Pulir la superficie dentaria

Desde el punto de vista práctico en la zona de la pared lateral donde existe una bolsa, el aflujo sanguíneo es mayor. Al realizar el curetaje se provoca ruptura de capilares que provocan una hemorragia que disminuirá el volumen de la encía.

Al eliminar el tejido de granulación, se deja tejido conjuntivo, que al sangrar forma un coágulo en la zona de raspado, con el cual se llevará a cabo la regeneración de la inserción epitelial:

Una vez realizado el raspado radicular y curetaje, se procede a proteger el coágulo colocando un apósito - (cemento quirúrgico) alrededor del cuello de las piezas dentarias y parte libre de la encía.

A continuación se mencionan los instrumentos que se utilizan en esta técnica.

Cinceles parodontales.- Son instrumentos que sirven para eliminar grandes masas de sarro supragingival. No se deben utilizar dentro del intersticio gingival. - Deben usarse con movimiento vestibulo-lingual.

Azadores.- Actúan en un solo sentido, por lo tanto eliminan solamente los depósitos calcificados sobre los tejidos duros,

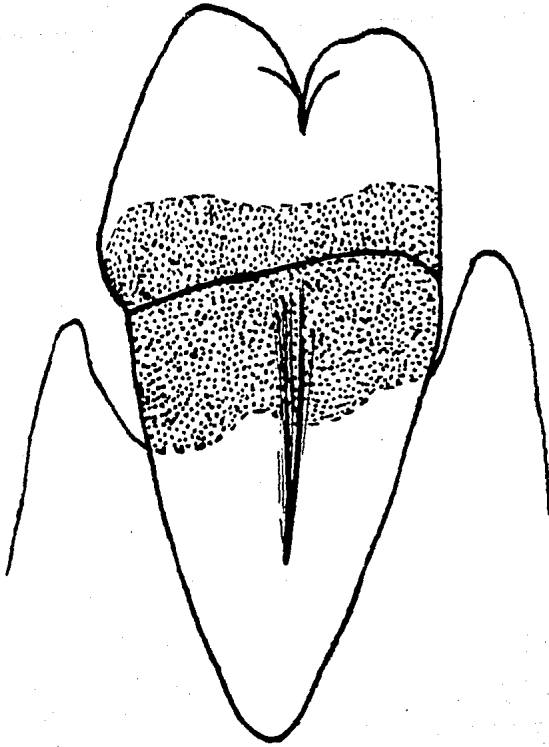


Fig. 8. Zona de instrumentación limitada al raspaje pa
para su máxima eficacia.

Hoces.- Son instrumentos que como los anteriores - sirven para la eliminación simultánea de los irritantes del intersticio gingival y del tejido enfermo de la pared lateral de la bolsa parodontal, su punta de trabajo es triangular encontrándose su filo en los ángulos del triángulo.

Limas.- Pueden considerarse como una susesión de azadones. Sólamente pueden ser empleados por un solo lado y sirven para alisar las superficies radiculares, una vez que los depósitos calcificados han sido eliminados.

Curetas.- Estos instrumentos son usados para la eliminación simultánea de los depósitos calcificados que se encuentran en relación con los dientes y el tejido enfermo de la pared lateral de la encía. Tienen doble filo, por lo tanto, su acción es simultánea.

GINGIVECTOMIA

La Gingivectomía se refiere a todos los procedimientos quirúrgicos encaminados a la eliminación de la encía enferma, al mismo tiempo que se eliminan las bolsas supraóseas profundas y hasta donde se encuentre normal la adherencia epitelial.

Indicaciones para llevar a cabo la gingivectomía:

1. Bolsas gingivales en las cuales la pared de la bolsa está formada por tejido fibroso denso.
2. Hiperplasia medicamentosa
3. Furcaciones

4. Erupción
5. Cráteres interdentarios
6. Erupción activa alterada
7. Pericoronitis
8. Disarmonía en el margen gingival

Contraindicaciones:

1. Alteraciones de la salud general del paciente que hacen peligroso cualquier tipo de intervención quirúrgica.
2. Bolsas muy profundas que ponen de manifiesto gran destrucción de hueso alveolar.
3. Bolsas infraóseas
4. Absceso paradontal

Instrumentos de elección en esta técnica:

- Parodontómetro.- Se utiliza para medir las bolsas paradontales.
- Pinzas Marcadoras.- Marcan la profundidad de la bolsa en la cara externa de la encía y así poder limitar el corte.

- Bisturí,- Sirve para hacer los cortes correctos y al mismo tiempo que tenga fácil acceso a todas las zonas de la encía por - cortar.
- Tijeras,- Complementan los cortes del bis turí.
- Curetas y Azadones,- Remueven el tejido y pequeñas partículas de sarro que pudieran haber quedado.
- Pinzas, espejo y explorador.

TECNICA

1. Anestesia regional e infiltrativa.
2. Explorar la bolsa parodontal y marcar con una pinza marcadora que determina el nivel de la - profundidad de la bolsa.
3. Realizar la incisión de una sola intención; de be ser profunda llegando hasta las estructuras duras del diente. La incisión se comienza en la superficie vestibular, diente más distal - del cuadrante y se lleva hacia el sector anterior siguiendo el contorno del cuello de los - dientes.

4. Se procede a remover la encía incidida. Para lograr su fácil desprendimiento, se realizan cortes secundarios en las caras interproximales tanto por vestibular como en lingual y palatino.

Al desprender el colgajo se debe hacer con un movimiento lento y firme y en dirección coronaria. Si al desprenderlo se descubren todavía partículas de sarro, se eliminan.

5. Eliminar el tejido de granulación. Este tejido se elimina antes de comenzar el raspaje para que la hemorragia que proviene de dicho tejido no entorpesca la operación de raspado.
6. Una vez limpia la superficie radicular del diente y libre de fragmentos de tejido, se lava varias veces con suero fisiológico y se cohibe la hemorragia.
7. Se coloca apósito de cemento quirúrgico para proteger el coágulo.

El apósito permanecerá ocho días, durante los cuales el paciente debe practicar su higiene dental a base de colutorios y cepillado poco vigoroso.

Se le indica al paciente que elimine de su dieta -

los irritantes, picantes, grasas, que evite fumar y que solamente ingiera alimentos blandos como jugos, licuados, jugo de carne, papillas, carne picada, etc.

Si los resultados obtenidos son los esperados, se procede a intervenir el cuadrante antagonista y después los del lado opuesto.

GINGIVOPLASTIA

Es un medio terapéutico por medio del cual se devuelve a la encía la forma y contornos fisiológicos normales.

Está indicada en las siguientes lesiones:

1. Encía marginal cicatrizada con bordes gruesos y fibrosos, posterior a una gingivectomía.
2. Cráteres gingivales que afectan generalmente como secuela de una gingivitis.
3. Se debe realizar la gingivoplastia después de una gingivectomía ya que es un procedimiento complementario de ésta última.

Los instrumentos que se utilizan en la gingivoplastia son los mismos que para la gingivectomía.

TECNICA

1. Anestesia por infiltración en todo el campo operatorio, se puede complementar con inyección en las papilas interproximales ya que brindan anestesia inmediata, rigidez del tejido y una vasoconstricción periférica que disminuye el sangrado.
2. Incisión con bisel largo hacia oclusal para que se reduzca el margen engrosado con menos traumatismo.
3. Reformar el margen gingival, utilizando un bisturí para gingivectomía. Se puede emplear también una piedra de diamante en el torno dental, empleando a la vez suero fisiológico para evitar la deshidratación del tejido.
4. Al tener la encía su forma normal, en las superficies cortadas colocar un apósito quirúrgico por 8 días.

Las indicaciones que se le dan al paciente son las mismas que para la gingivectomía.

El resultado final de la gingivoplastia debe ser un margen gingival como de filo de cuchillo, papilas interdetales anatómicamente correctas y una inserción epi

telial normal.

La gingivoplastia también puede efectuarse por medio de la electrocirugía obteniéndose un campo operativo limpio puesto que disminuye el sangrado, pero se tiene que tener mucho cuidado de no tocar tejido óseo, ya que produciría un dolor intenso y necrosis del hueso.

OSTEOTOMIA Y OSTEOPLASTIA

La osteoplastia se refiere al remodelado del hueso que ha sido absorbido a consecuencia de la extensión de la inflamación desde la encía.

Este remodelado se realiza en el hueso cortical - del lado periostial de la apófisis alveolar, de manera que se asemeje al margen del hueso sano de un parodonto normal.

La osteotomía consiste en reformar y extirpar hueso para recuperar la fisiología del hueso.

El objeto de los procedimientos plásticos es el re establecimiento del contorno fisiológico de la encía, - para esto hay que operar el hueso.

Para eliminar las deformidades causadas por la enfermedad parodontal en el hueso marginal o interalveolar, es necesario eliminar cierta cantidad de hueso de sopor

te del diente o dientes afectados, Teniendo la precaución de eliminar sólo una pequeña porción de hueso, a menos que existan hipertrofias notables.

Por medio de la osteoplastia se consigue reducir - las hipertrofias óseas, exostosis y torus asociados con las bolsas parodontales no complicadas, con defectos - producidos por absorción ósea en las áreas interproximal o marginal.

La técnica para llevar a cabo la osteoplastia debe seguir el orden siguiente:

La anestesia debe ser por infiltración. Se procede a la técnica de colgajo (se realiza siempre que se efectúe una operación quirúrgica completa para permitir una mejor inspección visual de los tejidos parodontales) o una gingivectomía en el campo operatorio.

Cuando se realiza la osteoplastia por medio de una gingivectomía, una vez cortado el tejido gingival, se examina la topografía, y por medio de una piedra de diamente, se le da forma al tejido gingival, atravesándolo para llegar hasta el hueso y contornearlo en la forma - que sea necesario.

Cuando hay un cráter óseo o una lesión infraósea, se tiene que levantar un colgajo para exponer la lesión

ósea. Una vez expuesto el hueso, el operador puede llevar a cabo la osteoplastia por medio de una fresa de diamante o un osteotomo y lima.

Se procede a rebajar el hueso en las zonas necesarias dándole la forma correcta. Después de esta operación se coloca el cemento quirúrgico para cubrir el campo operado, y de ser necesario debemos suturar el colgajo.

Se le indica al paciente que no debe masticar del lado operado, y evitar los colutorios enérgicos para no desalojar el coágulo ni el cemento.

El cemento quirúrgico debe retirarse a la semana de haber efectuado la operación para ver como va la cicatrización, después se coloca otro apósito de cemento quirúrgico y a la segunda semana se quita no volviéndose a colocar otro apósito a menos que sea necesario.

Una vez que la región operada se ha cubierto de tejido de granulación, la región puede dejarse expuesta.

En este momento, el paciente debe cepillarse suave para lograr la estimulación interdientaria y posteriormente la queratinización del tejido.

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

Por lo expuesto en este trabajo, se aprecia claramente que las causas principales que desencadenan una enfermedad parodontal son de origen local y sistémico, y al eliminar dichas causas, poderemos prevenir o curar la enfermedad.

Para llegar a un diagnóstico exacto en Parodoncia, se necesita llevar a cabo una Historia Clínica muy completa, pues en caso de que sea necesario realizar una intervención quirúrgica, se deben controlar primero las alteraciones sistémicas (si es que existen) que puedan poner en peligro la vida del paciente.

Es importante llevar a cabo diferentes programas de control de placa, con la colaboración recíproca entre el odontólogo y el paciente a fin de conservar un parodonto sano; asimismo hacer entender al paciente que en caso de que presente enfermedad parodontal, su tratamiento oportuno evita que haya pérdida de los dientes por falta de soporte,

Para ésto nos podemos valer de los avanzados méto-

dos pedagógicos actuales, así como de los medios de difusión masiva como radio, televisión, prensa, etc. y principalmente del Cirujano Dentista en su práctica diaria.

La limpieza mecánica con cepillos de dientes y elementos accesorios, es el método más eficaz para controlar la formación de placa y cálculos, además es el auxiliar preventivo más importante aplicado por el mismo paciente. Por lo tanto, el dominio de las enfermedades parodontales y su prevención depende más que nada de uno mismo como individuo.

Para que un tratamiento parodontal tenga éxito, es necesario hacer notar al paciente la importancia que tiene su colaboración antes y después de su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. PRICKARD F. JOHN
"Enfermedad Periodontal Avanzada"
Tercera Edición. Editorial Labor, S.A.
2. IRVING GLICKMAN
"Periodontología Clínica"
Cuarta Edición. Editorial Interamericana
3. ORBAN, WENT, EVERET, GRANT
"Periodoncia"
Cuarta Edición. Editorial Interamericana
4. LEGORRETA R. LUIS
"Clínica de Parodoncia"
5. GOLDMAN, SHUGER, FOX, CHOHEN
"Periodoncia"
Primera Edición Argentina.
Editorial Interamericana
6. R.J. GORLIN, H.M. GOLDMAN
"Thoma Patología Oral"
Primera Edición. Editorial Salvat, S.A.
7. C.D. CARLOS LAGUNES ALARCON - U.N.A.M.
"Apuntes de Odontología Preventiva"
8. C.D. MÁNUEL FRIAS PESQUEIRA - U.N.A.M.
"Apuntes de Parodoncia"