

24.30

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA - U. N. A. M.**



**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**ALGUNOS ASPECTOS DE LA
PERIODONCIA EN LA PRACTICA GENERAL**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

RUBEN JAIME BARAJAS VAZQUEZ

San Juan Iztacala Edo. de México 1980



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

PROLOGO

CAPITULO I CONSIDERACIONES BIOLOGICAS

CAPITULO II DIAGNOSTICO PERIODONTAL

CAPITULO III ATENCION DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL

CAPITULO IV TERAPIA PERIODONTAL

CAPITULO V TRATAMIENTOS QUIRURGICOS MAS FRECUENTES EN *
PERIODONCIA

CAPITULO VI ALGUNAS AFECCIONES PERIODONTALES AGUDAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

A partir de la segunda guerra mundial, el campo de la Odontología se ha manifestado por un gran número de progresos que no tienen igual en toda la historia de la Odontología como profesión.

Dentro de este avance han contribuido de manera importante las innovaciones en los equipos y en los materiales, mas amplios programas de investigación y el perfeccionamiento de métodos clínicos.

Desde luego lo mas importante es el nuevo enfoque que se le ha dado a la Odontología actual, producto de la reevaluación de los programas, tanto de los éxitos como de los fracasos del tratamiento odontológico en el pasado.

Esta nueva vista de la Odontología se fundamenta en reconocer en que la práctica tradicional que consistía en la reparación y sustitución, no podía resolver los problemas planteados en el aspecto sanitario y a la vez por la enfermedad dental, y el objetivo fundamental de la Odontología es la conservación de la dentadura natural-sana, funcional y cómoda, esto puede llegar a lograrse mediante el reconocimiento de las causas y de los métodos de prevención de la enfermedad dental.

No es casualidad que durante este periodo de cambio odontológico se le diera un nuevo enfoque de interes a la enfermedad periodontal y se aceptara a la periodoncía como una importante disciplina dentro del campo odontológico.

El renovado interes por mantener la boca en buen estado de salud ha provocado un mayor estudio de la enfermedad periodontal como factor causante de las pérdidas de piezas dentarias.

Se ha deshechado la opinión de la piorrea como una secuela de envejecimiento y que la pérdida de la dentición natural era una secuela inevitable.

Se han efectuado estudios para determinar el alcance imputable a la enfermedad Periodontal, sus causas posibles y medios de prevención.

A partir de esta nueva investigación se ha deducido que la enfermedad periodontal puede evitarse, y si ya existe puede ser tratada con bastante éxito y lograr la conservación de las piezas dentarias por un mayor tiempo.

El nuevo impulso que ha tomado la periodoncia y el reconocimiento de su importancia para la conservación de las piezas dentarias y de la salud de la boca en general desde luego aunadas a las diferentes disciplinas que se relacionan entre sí, han hecho que algunos autores mencionen a la periodoncia como la "CONSTITUCION Y EJE DE LA ODONTOLOGIA CLINICA" y repitiendo aunado a las diferentes disciplinas que a la odontología se refieren.

Es imposible mencionar que cualquier disciplina odontológica es independiente, puesto que todas se relacionan entre sí y por consiguiente en este pequeño estudio trataré de enfocarlo principalmente a la periodoncia como -foco principal y desde luego respetando y auxiliandome de las diferentes disciplinas que se encuentran relacionadas-al tema a tratar.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS

Es necesario para poder comprender y estudiar la enfermedad periodontal (su iniciación, proceso y tratamiento), que el Odontólogo de práctica general este familiarizado con los tejidos afectados y las personas que den una información mas completa, la persona que desee mas información podrá -- hacerlo en cualquier texto sobre la materia, ya que en este estudio se hara incapie en el tratamiento de las lesiones -- incipientes de estos tejidos y los cambios producidos por -- ellos en las fases precoces de la enfermedad periodontal. En este estudio no se incluye la descripción por independiente de los componentes individuales del aparato de fijacion del -- periodonto.

ESTRUCTURA DEL PERIODONTO

El periodonto es un complejo interno que comprende los tejidos que revisten las piezas dentarias y le sirven de apoyo -- y que actuan como una unidad funcional. Esta unidad biologica incluye a la encia, hueso alveolar, ligamento periodontal y el cemento de la raiz del diente. La encia forma una cubierta protectora de los otros tres componentes que en conjunto -- pueden ser considerados como aparato de fijación, mecanismo mediante el cual los dientes estan unidos a los maxilares, cada uno d los componentes del periodonto es y funciona en interdependencia biologica con los otros tres tejidos y se -- ha de considerar como la parte de un todo.

COMPONENTES DE LA ENCIA

DIVISIONES ANATOMICAS.- La membrana mucosa que se extiende -- desde la porción cervical del diente hasta el pliegue buco-lingual puede dividirse en dos areas anatómicas : la zona -- que rodea inmediatamente al cuello del diente y que se extiende en sentido apical en una distancia variable hacia la linea muco-gingival se denomina encia.

Esta zona esta junto a la mucosa alveolar pero bien delimitada por ella, mucosa que se extiende en sentido apical desde la unión mucó-gingival hasta el punto en que se refleja, sobre las mejillas en el fondo del vestíbulo.

Desde el punto de vista anatómico la encía puede subdividirse en dos partes, la encía fija y la encía libre - la encía libre rodea la porción cervical de los dientes y se extiende desde el borde gingival hasta una porción que corresponde a la localización de la base del surco gingival. La encía fija que cubre a la raíz de los dientes a su salida del alveolo y la porción marginal del hueso alveolar, se extiende desde la base del surco hasta la unión mucó-gingival.

SURCO GINGIVAL

El surco gingival es el espacio comprendido entre la encía libre y el diente, limitada en un lado por el epitelio del surco, en el otro por la superficie del diente y en la base por el ligamento epitelial. La unión dento-gingival ha sido objeto de mucha atención en los últimos años durante este periodo el mecanismo de unión entre el epitelio y el diente ha sido investigado por una multitud de investigadores. Aunque se han hecho muchos progresos todavía existen muchas dudas en lo que corresponde a la verdadera naturaleza de esta unión y a la manera de como se mantiene. Desde el punto de vista clínico por el momento basta decir que existe tal unión y todo odontólogo de practica general debe aspirar a la conservación de su integridad lo mas cerca posible de la unión cemento esmalte.

PAPILAS INTERDENTALES

La porción de papila libre entre los dientes recibe el nombre de papila interdental. Morfológicamente la imagen de la zona interdental es la de una depresión en forma de tienda de campaña, en forma de col etc. que en los dos picos representada por la papila facial y la papila lingual.

El epitelio que reviste esta depresión interdental es fino y ofrece poca resistencia a la aparición y desarrollo de la enfermedad periodontal, las técnicas preventivas y conservadoras resultan de difícil aplicación en el área interdental. Lo cual en virtud de su configuración anatómica tiende a proteger la multiplicación bacteriana y a complicar las maniobras de limpieza.

SURCO GINGIVAL LIBRE

Este surco gingival libre delimita coronariamente la encía insertada, desde el punto de vista histológico este surco suele corresponder a una papila epitelial grande.

Se cree que el surco gingival libre y la papila epitelial son el producto de los impactos funcionales - sobre la encía libre, los impactos pliegan la zona móvil y - libre sobre la zona insertada e inmóvil.

PUNTEADO

La superficie de la encía insertada se caracteriza por la presencia del punteado. El punteado es la depresión epitelial y se opina que es el resultado de haces de fibras colágenas que penetran en la papila de tejido conectivo.

El grado de punteado y la densidad de tejido conectivo varía entre los individuos, aunque el conectivo - de las niñas es de textura más fina, al aumentar la edad los haces de fibras colágenas y el punteado manifiestan una tendencia a ser más gruesos, esto vale para ambos sexos aunque en la menopausia la encía de algunas mujeres adquiere la textura fina nuevamente.

FIBRAS

Las fibras gingivales se disponen funcionalmente en los siguientes cuatro grupos:

1.- Grupo dentogingival.-

Las fibras de este grupo se extienden desde el cemento apical hasta la inserción epitelial y corren lateralmente y coronariamente hacia la lamina propia de la encía.

2.- Grupo alveologingival.-

Las fibras de este pequeño grupo nacen en la cresta alveolar y se insertan coronariamente en la lamina propia.

3.- Grupo circular.-

Este pequeño grupo de fibras rodean al diente a manera de anillo.

4.- Grupos accesorios.-

Este grupo de fibras horizontales prominentes que se extienden en sentido interproximal entre dientes vecinos se denominan fibras transeptales. En las caras vestibulares y bucal de los maxilares un grupo de fibras denominada fibras dentoperiosticas y que se extienden desde el periostio del hueso alveolar hacia el diente.

LIGAMENTO GINGIVAL INTERDENTARIO

Las fibras dentogingivales, alveologingivales y circulares pueden ser llamadas ligamento gingival, mientras que las fibras transeptales componen el ligamento interdentario. Las fibras que se extienden desde el hueso alveolar hasta el diente forman el ligamento alveolodentario.

Los haces de fibras toman el nombre de los - diferencia de curso pero en realidad los diversos haces de fibras forman un continuo y constituyen una unidad funcional. Todas estas fibras se mezclan con otras fibras mas pequeñas y finas, las fibras subepiteliales y las fibras de reticulina interfibrilares de la encía.

ESTRUCTURA DE LA ENCIA FIJA

La encia se compone de un epitelio escamoso - estratificado y queratinizado, relativamente grueso, que recubre una base de tejido conectivo fibroso colágeno. Estas fibras de tejido conectivo están firmemente adheridas al cemento y al hueso alveolar subyacente en virtud de la inserción de estos tejidos. Si bien existe un periostio es inseparable - de las fibras de tejido conectivo que forman la mayor parte de la encia fija, este tipo de fibras están descritas en el - párrafo anterior.

DIFERENCIA HISTOLÓGICA ENTRE ENCIA FIJA Y LA MUCOSA ALVEOLAR

La encia fija se diferencia de la mucosa alveolar por que la segunda se encuentra revestida por una delgada capa de epitelio no queratinizado que descansa sobre una - base de tejido conectivo que contiene fibras elásticas sueltas y otros elementos celulares. Por esto la mucosa alveolar no está íntimamente adherida al hueso adyacente y es fácil - distinguirla y separarla del periostio.

La mucosa alveolar y la encia fija tienen diferencias histológicas que son de gran interés, la encia fija está bien adaptada para funcionar como un tejido marginal capaz de resistir los rigores del paso de los alimentos que rebasan el área marginal así como los traumas asociados a las -- diferentes prácticas de higiene oral. Por el contrario la - mucosa alveolar no es capaz de actuar como tejido marginal cuando falta la encia fija o adherida.

A pesar de su escasa resistencia para soportar los diferentes traumas, la mucosa tiene una ventaja comparada con la encia fija. El hecho de que esta esté firmemente adherida al hueso alveolar y al diente por fibras de tejido conectivo, ofrece una resistencia a la tensión sobre el borde gingival lo cual permite que los tejidos gingivales marginales permanezcan estrechamente adaptados a la raíz del diente.

Realmente las fibras gingivales sanas pueden considerarse -- como una barrera mecánica y fisiológica a la proliferación apical del ligamento epitelial.

La mucosa alveolar carece de elementos fibrosos gingivales y por ello es menos capaz de resistir la proliferación apical del ligamento epitelial, por esta causa -- cuando la mucosa se ve obligada a trabajar como tejido marginal suele producir la separación progresiva de epitelio de la superficie del diente, lo cual tiene como consecuencia la exposición progresiva de la raíz.

ESTADOS NORMAL Y ANORMAL DEL PERIODONTO

En todo sistema biológico el término normal -- involucra una serie de valores, no se considera un estado -- normal único, esto es válido para el estado del periodonto como para la temperatura corporal, el nivel de calcio en la sangre o cualquier otro componente biológico susceptible a una medición.

Aunque de manera artificial se haya formulado una imagen ideal sobre el estado del periodonto, con frecuencia se interpone erróneamente este concepto como normal, -- sin embargo las desviaciones ligeras del ideal preconcebido pueden estar muy bien dentro del marco de la normalidad. El conocimiento de los parámetros dentro de la gama de lo -- normal forman la base de la detección y el diagnóstico de -- la enfermedad periodontal.

Decimos que existe enfermedad cuando se altera el grado de salud, la enfermedad periodontal se manifiesta -- por modificaciones de los tejidos comprendidos en el periodonto y las alteraciones pueden ocurrir en cualquiera de -- ellos. Generalmente la enfermedad periodontal comienza como un trastorno gingival cuyos síntomas y signos son las modificaciones del tejido marginal. Por esta razón puede considerarse como un trastorno patológico de la encía, sin embargo las alteraciones gingivales no permanecen limitadas por mucho tiempo, de ser así la enfermedad periodontal no llevará a la

muerte del diente y el tratamiento sería relativamente sencillo. En la evolución inicial de la enfermedad periodontal, se afectan pronto los componentes subyacentes del periodonto, con lo cual la erradicación de aquella se hace mas compleja y difícil.

La lesión externa que conduce a la exfoliación del diente se produce en el tejido oseó que lo rodea. Así pues sería acertado considerar a la enfermedad periodontal mas -- como una enfermedad de hueso que de la encía y debiera tenerse en cuenta el estado de hueso subyacente durante el diagnóstico así como para planear el tratamiento.

CLASIFICACION DE LOS PROCESOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

A pesar de que se han formulado varias clasificaciones de las entidades morbosas periodontales, la mas sencilla y la que goza de mayor aceptación se basa en el tipo de lesiones patológicas que se producen:

I.- Enfermedades inflamatorias

- a).- Gingivitis
- b).- Periodontitis

II.- Enfermedades degenerativas

- a).- Distrofias
- b).- Periodontosis
- c).- Gingivosis
- d).- Trauma Oclusal e irritaciones

Dos de las categorías principales de la inflamación es la mas frecuente en comparación con las degenerativas, pues abarca un 95% o mas de las enfermedades periodontales observadas.

GINGIVITIS

Es una inflamación de las encías que se caracteriza clínicamente por tumefacción e enrojecimiento, alteraciones del contorno fisiológico y hemorragia. Puede adoptar la forma aguda o crónica, con remisiones y exaservaciones. Suele observarse bolsas gingivales infraoscas producidas por la tumefacción de los tejidos marginales, cuando solo existe la gingivitis el examen radiográfico no revela ninguna absorción ósea alveolar.

Generalmente la gingivitis es consecuencia de factores etiológicos locales, tales como la acumulación bacteriana, la acumulación de calculo, las restauraciones insuficientes o inadecuadas que pueden constituir una fuente irritativa de los tejidos periodontales o las aberraciones anatómicas locales que afectan al periodonto. Además existen alteraciones generales tales como las endocrinopatías, los trastornos nutritivos y las discrasias sanguíneas que pueden manifestarse en forma de trastornos gingivales.

También se han clasificado las gingivitis teniendo en cuenta los factores etiológicos, por ejemplo la gingivitis de la gestación, gingivitis de la pubertad, de la menopausia etc., no obstante es más útil la subclasificación que describe los límites anatómicos de las alteraciones anatómicas inflamatorias, así se diría gingivitis marginal cuando solamente se encuentra involucrada esta zona.

La periodontitis generalmente aparece como una secuela de la gingivitis, no obstante puede existir o seguir a las alteraciones clínicas de la inflamación gingival, en ambos casos se presentan alteraciones más avanzadas y profundas. El proceso inflamatorio progresa en sentido apical hasta afectar al hueso alveolar y al hueso de apoyo, se produce la proliferación apical del ligamento eitelial con formaciones concomitantes de bolsas periodontales, el resultado radiológico revela la resorción de las crestas alveolares.

Es importante mencionar la similitud de los procesos patológicos mencionados anteriormente y de algunas diferencias patognomónicas para la mayor comprensión de las mismas. Generalmente las gingivitis como dijimos anteriormente son producidas por trastornos locales etc., y que al eliminar estos factores irritantes mejora la salud de la encía, a diferencia de la periodontitis que aunque se elimine el factor irritante -- local el padecimiento no cura por si solo y es necesario efectuar técnicas terapéuticas e inclusive quirúrgicas para devolver la estructura fisiológica normal del hueso afectado principalmente a nivel de las crestas alveolares.

DISTROFIAS

Definición.-

Distrofia es un término que se usa para designar estados patológicos producidos por nutrición anormal de los tejidos, lo cual lleva a trastornos de metabolismo celular y se modifica por degeneración, atrofia o hiperplasia.

Estados peri dentales atróficos.-

La atrofia es un estudio en el cual el órgano o un elemento celular disminuyen de tamaño una vez alcanzada la madurez normal. Si se le compara con la degeneración es un cambio tisular mas o menos cuantitativo. Esta diferencia no es absoluta por que la atrofia suele ir acompañada de cambios degenerativos.

La atrofia no es necesariamente un proceso -- patológico, se produce en diversas fases de la vida como resultado de influencias ambientales en el metabolismo humano, y es un problema bastante común en el paciente geriátrico. Algunas causas de atrofia son producidas por la inanición, presión excesiva e influencia tóxicas y químicas, ya que todas estas formas pueden producir alteraciones de tipo celular.

RECESIÓN GINGIVAL

El efecto de la atrofia sobre la encía se manifiesta por la re-
 cesión gingival. La encía puede no presentar signo alguno de
 patología, es frecuente que la textura sea delgada y fina, -
 que el color sea rosa pálido con margen gingival delgado y --
 papilas interdientales puntiagudas.

Los surcos gingivales son un poco profundos, la
 resección puede presentarse generalizada, o puede estar locali-
 zada en un solo diente o grupo de dientes, puede ser fisioló-
 gica o una expresión de enfermedad. Se discute que se produce
 como producto de envejecimiento, no es posible separar con -
 facilidad los cambios intrínsecos que se producen con el tiem-
 po de los que son producto de la patología. La resección gin-
 gival se puede relacionar con determinados factores anatómi-
 cos predisponentes, la posición de los márgenes gingivales -
 esta determinado en parte por la altura y por el espesor del
 hueso subyacente y por la alineación de los dientes. Los di-
 entes con malposición con respecto a la zona oral tienen la -
 cortical alveolar más gruesos y más coronaria que sus vecinos
 bien colocados.

Los dientes con malposición vestibular presen-
 tan una cortical alveolar vestibular más delgada y margen en
 posición más apical que los dientes adyacentes. Así los mar-
 genes gingivales adoptan una posición que concuerda con la -
 posición de los dientes, con el espesor y con la altura del
 hueso. En los casos en que una encía delgada y el hueso su-
 byacente delgado se hallan sujetos a traumatismos u otras -
 alteraciones se puede provocar la destrucción del hueso y --
 de la encía, cuya consecuencia es la recesión localizada o
 generalizada de los márgenes gingivales.

Etiología.-

La etiología de la resección ya sea localizada
 o generalizada no siempre se determina con facilidad, se le
 han atribuido a los siguientes factores:

- 1.- Lesión por cepillado
- 2.- Fuerzas ortodónticas que han recorrido en exceso hacia oral.
- 3.- Otros irritantes intrínsecos y extrínsecos
- 4.- Trauma oclusal
- 5.- Alineación inadecuada de los dientes
- 6.- anomalías Anatómicas
- 7.- Hábitos perniciosos
- 8.- Retenedores y barras protésicas inferiores orales de prótesis parciales que se han encajado en el tejido
- 9.- Envejecimiento

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

Las medidas terapéuticas más importantes en la institución de una higiene bucal adecuada, no existen dos casos que demanden el mismo caso.

Los principios básicos son :

- 1.- Control minucioso de la placa dentobacteriana
- 2.- Alisado radicular frecuente y meticolosos sin que se lesionen las encías se pueden presisar restauraciones para crear contornos dentarios desviantes apropiados para la protección del tejido blando. A veces se usan injertos gingivales para corregir defectos localizados o crear una nueva zona de encía sana.

ESTADOS PERIODONTALES HIPERPLÁSICOS E HIPERTRÓFICOS

Hiperplasia.-

Es el aumento del tamaño de un órgano, o de una parte, se caracteriza por el aumento en el número de elementos celulares del órgano.

Hipertrofia.-

Consiste en un crecimiento exagerado que resulta del aumento de tamaño de los elementos celulares de un órgano, en respuesta al aumento de la función. El agrandamiento de la encía es una hiperplasia.

Otras estructuras del periodonto experimentan hipertrofia - en respuesta a la demanda funcional. El cemento se reproduce con exeso, formando espelones que son consecuencia del aumento de la función. Esto se puede determinar como hipertrofia cementaria. Al aumentar la función del ligamento periodontal se alarga. El traverculado de hueso de soporte alveolar se espesa por aumento de los estímulos funcionales.

Desde el punto de vista microscopico se observa neoformación ósea alrededor del hueso alveolar, que aumenta su espesor como consecuencia de las influencia funcionales esto se denomina hipertrofia periodontal. La elección del término hipertrofia e hiperplasia dependerá de que la definición de la palabra sea considerada como mas importante la funcional que la estructural.

HIPERPLASIA GINGIVAL

La hiperplasia gingival es un crecimiento exesivo causado por aumento de los elementos celulares de los tejidos fibrosos de la encía, una hiperplasia fibrosa no es una afección inflamatoria, aunque las dos producen un agrandamiento gingival que se presenta como un sobrecrecimiento localizado o bien limitado o bien se puede presentar generalizado.

HIPERPLASIA GINGIVAL HEREDITARIA

La hiperplasia fibrosa generalizada es una enfermedad rara, - afecta a personas jóvenes y puede ser bastante extensa, en el exámen microscopico se observó que había aumento de los elementos celulares del tejido fibroso, con cambios atróficos concomitantes en el epitelio superficial lo cuál nos permitió - observar que no había factor etiológico alguno.

Es frecuente que un factor concomitante congénito desempeñe un papel importante tal como se aprecia en muchos casos que se producen en niños de una misma familia.

HIPERPLASIA EN EL TRATAMIENTO CON DIFENILHIDANTOINA

La administración de difenilhidantoina sódica en el tratamiento de la epilepsia puede estar seguida de agrandamiento hiperplásico de la encía. Tal agrandamiento tiende a desaparecer cuando se interrumpe la administración de la droga.

No todos los pacientes que toman difenilhidantoina presentan hiperplasia gingival inflamatoria. Los investigadores han encontrado grandes diferencias en la frecuencia de la hiperplasia en los pacientes epilépticos tratados con difenilhidantoina, el promedio de morbilidad para todos los estudios publicados es de 40 X 100. La localización y magnitud de la tendencia a la hiperplasia varía considerablemente.

La hiperplasia es más pronunciada en los dientes anteriores inferiores y más extensa en las superficies vestibulares que en las ocales, también es mayor en el maxilar inferior que en el superior. El tratamiento consiste por lo general en la gingivectomía y la gingivoplastia, también con el cambio de fármaco.

PERIODONTOSIS

La periodontosis es una enfermedad poco frecuente del periodonto, que se caracteriza por pérdida ósea vertical de avance rápido con respecto a los primeros molares y a los incisivos permanentes. Su etiología y patología son desconocidos. La intensidad y velocidad de la destrucción parece proporcional con relación a los factores locales.

La enfermedad afecta a los pacientes jóvenes sanos, y se le puede encontrar en la edad adulta temprana. Puesto que se desconoce su etiología y patología, el diagnóstico se hace sobre la base de la especificidad de las características clínicas y su frecuencia. Aunque el hallazgo distintivo de la pérdida ósea en molares e incisivos es patognomónico de esta enfermedad.

Características clínicas.-

Es raro que la periodontosis se diagnostique cuando es incipiente, pues en estos momentos existen pocos signos y síntomas. En ocasiones el diagnóstico temprano se hace en forma fortuita mediante un examen de rutina de radiografías bucales. En estos casos la encía no presenta signos ni síntomas manifiestos de la inflamación.

Las características clínicas tardías de la enfermedad son migración dental, con aparición de diastemas y extrusión de los dientes, cuando el paciente suele ir a la consulta puede haber bolsas parodontales profundas.

Varias características distintivas de esta enfermedad justifican su clasificación como entidad patológica separada de la periodontosis:

- 1.- Edad de la instalación
- 2.- Relación con respecto al sexo
- 3.- Tendencia familiares
- 4.- Cuando se pierde la relación proporcionada entre los factores etiológicos locales.
- 5.- Patrón radiográfico definitivo de pérdida ósea alveolar
- 6.- Velocidad de avance.

Edad de la instalación.-

La instalación de la periodontosis es incidiosa y se produce durante el periodo de circunpuberal, entre la edad de 11 a 13 años. El hueso alveolar se desarrolla normalmente y la erupción dentaria también es normal, solo hasta después se presenta la resorción, es por esto que no aparece el factor que produzca los defectos congénitos de desarrollo del hueso.

Relación con el sexo.-

La periodontosis ataca mas a las mujeres que a los hombres en relación de 3 a 1.

Tendencias familiares.-

En la periodontosis existe la tendencia familiar, se produce en aquellos idénticos .

Tratamiento.-

Los procedimientos a realizar en el tratamiento de la periodontosis con pérdida ósea alveolar extensa es similar al tratamiento de la periodontitis avanzada con determinados pequeños agregados y algunas modificaciones:

- 1.- Extracción del diente flojo y dejar al diente firme
- 2.- Cirugía ósea
- 3.- Piezas parcialmente afectadas
- 4.- Ferulización fija
- 5.- Tratamiento ortodóntico de la piezas emigradas
- 6.- Ajuste oclusal en el caso de trauma oclusal
- 7.- Técnica de Baer y Gamble (Extraen el primer molar afectado y trasplantan el tercer molar).

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA

La gingivitis descamativa crónica es una afección rara que ataca a la encía papilar marginal e insertada. Las zonas irregulares se presentan en toda la encía y son de color rojo vivo, lisas y brillantes. Al frotar la encía con el dedo, con un rollo de algodón, un chorro de agua o aire puede desprender el epitelio superficial dejando una superficie sangrante dolorosa de tejido conectivo expuesto.

En casos mas graves la encía se cubre de múltiples zonas vivas sangrantes sobre un fondo eritematoso extenso. Estas lesiones comienzan como lesiones vesiculares que despues se rompen, los pacientes experimentan una sensación de ardor que se agrava con los condimentos alimenticios, acidos bebidas carbonatadas, sienten sabor salado y en raras ocasiones sufren dolor espontaneo.

La patogéni_a de esta lesión fué atribuida a una alteración del metabolismo de la substancia fundamental y de la membrana basal. Aunque es mas frecuente que la gingivitis crónica afecte a mujeres menopáusicas, suele presentarse en hombres también. En la gingivitis descamativa crónica típica las zonas afectadas de la encía son de color rojo brillante, lisa y lustrosas.

Las lesiones se limitan a la encía vestibular, pero en ocasiones se produce en la mucosa oral, alveolar, bucal o en el paladar duro y en torno a los dientes, es raro que afecte sectores desdentados, tiene periodos de remisión espontánea y de exaservación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL E HISTOPATOLOGIA

Es preciso diferenciar a la gingivitis descamativa crónica de la estomatitis estreptococcica aguda, el pénfigo vulgar y algunas afecciones micoticas.

Desde el punto de vista microscópico se distinguen dos formas principales la liquenoide y la Bulbosa. En la forma Liquenoide las características más sobresalientes son atrofia del epitelio y falta de queratinización, no hay papilas de tejido conectivo por ello el límite tisular entre epitelio y tejido conectivo aparece como una línea más o menos recta.

El epitelio está edematizado y los espacios intercelulares ensanchados, las células basales presentan destrucción lítica. En la forma bulbosa hay separación entre el epitelio y el tejido conectivo, se pueden apreciar en algunos casos las dos formas la liquenoide y la bulbosa. Los estudios con microscopio electrónico revelan que la formación de queratina es deficiente.

El infiltrado en el tejido conectivo es inflamatorio crónico, se observan plasmocitos, linfocitos, eosinófilo y macrófagos. Los mastocitos son abundantes en particular cerca de la unión del epitelio y de la lámina propia.

Etología y tratamiento.-

La etiología de la gingivitis descamativa crónica es desconocida, la conjetura que la enfermedad guarda relación con alteraciones de las hormonas sexuales se basa en el hecho de que aparece predominantemente en mujeres menopáusicas.

Es probable que la mayoría de los casos de gingivitis desca-
mativa representan lesiones localizadas de liquen plano ero-
sivo o de penfigoide benigno de las mucosas. La mayoría de-
los pacientes con esta enfermedad gozan de buena salud en gene-
ral. Algunas veces se observa un cuadro similar a las gingi-
vitis comunes despues de determinadas medicaciones en la -
leucemia monocitica aguda, en la plasmositosis y en casos -
idiopáticos.

El tratamiento ha sido un grán problema desde
el momento en que fué reconocida clinicamente. La mayoría de
los tratamientos solo han logrado una curación temporal. La -
aplicación tópica de hormonas estrógenas en forma de pomada -
proporcioná una curación temporal en muy pocos casos, se ob-
tuvieron mejores resultados con la aplicación tópica de cor-
ticoides, se recomienda la pomada de corticoide 2.5 X 100 en
una base adhesiva enaloy en Orobase.

Para obtener mejoría clínica e histológica el
tratamiento con esta medicina debe de durar por lo menos seis
meses, tambien es beneficioso que la higiene bucal sea exe-
lente; en casos rebeldes, dolor, y cuando resulta difícil -
masticar se emplean aparatos protectores de plástico.

TRAUMA DE OCLUCION E IRRITACIONES

La mayoría de las úlceras orales aisladas no
son induras y suelen ser secundarias a un trauma. Si no se
sospecha que la úlcera sea de origen infeccioso grave o de
una enfermedad maligna, es importante aclarar su frecuente
relación con agentes irritantes locales crónicos como las
restauraciones con bordes agudos, dientes mellados, las denta
duras totales o parciales con bordes afilados, los ganchos -
de las prótesis, las bandas ortodónticas y los depósitos de
cálculo. Si el examen clínico no guarda relación con alguno
de estos factores mencionados la historia del paciente pue-
de revelar alguna fuente de irritación o trauma crónico.

Puede imputarse la lesión a alguna quemadura como las producidas por la aspirina, o una quemadura térmica producida por la ingestión de alimentos demasiados calientes.

La historia del paciente también puede poner de manifiesto hábitos bucales como morderse la mejilla o la lengua que pudieran ser la causa de la irritación. Muchas veces el aspecto de la lesión o su localización en la mucosa del labio bucal, frente al plano oclusal hacen pensar en una etiología por mordedura. Cuando se descubre una fuente de irritación es necesario suprimirla, la modificación de los hábitos orales del paciente es difícil pero la corrección de otra causa concomitante de irritación reduce al mínimo el daño del tejido. Los dientes mellados las restauraciones con bordes agudos y las dentaduras con irregularidades se han de retocar y alisar.

Una vez corregida la fuente de irritación se ha de citar al paciente para dentro de una semana a fin de que el dentista pueda observar si la lesión presenta signos de curación. Como se ha visto que el carcinoma se asocia a traumas o irritación crónica, siempre que se descubra una lesión ulcerada aislada no indurada se hará una extensión para el examen citológico. Si el examen citológico sugiere la posibilidad de un cancer se citará inmediatamente al paciente se le tomará una biopsia para determinar el diagnóstico. Si el examen citológico no revela sospechas de cancer pero la lesión persiste y no presenta signos de curación en siete días se tomará biopsia del tejido involucrado habarcando hasta tejido sano.

TRAUMA PRIMARIO Y TRAUMA SECUNDARIO

La mayoría de los casos demuestra cambios tisulares traumáticos periodontales, que de no sufrir esos cambios serían zonas sanas. En estas condiciones podemos hablar de trauma primario es decir una fuerza excesiva o mal orientada sobre un diente con soporte óseo normal.

Si la enfermedad peri-dontal produjo pérdida ósea y debilitamiento de los tejidos de soporte y el trauma oclusal había producido lesión periodontal hablamos de trauma secundario o en otras palabras cuando la fuerza es excesiva para el soporte óseo disminuido. En realidad podemos suponer que si un diente pierde una determinada cantidad de periodonto, incluso las fuerza funcionales normales se tornarían excesiva.

FORMACION DE BOLSAS

La bolsa que es un signo patognomónico de la enfermedad periodontal inflamatoria puede sencillamente definirse como un surco Gingival Patológico, siendo el estado de los tejidos la diferencia principal entre el surco gingival y la bolsa.

Descripción histopatológica.-

La formación de la bolsa es la reacción del -periodonto a los irritantes, durante su formación pueden identificarse varios estados. En un principio las encías se hinchan y a medida que el aparo fibroso gingival se va infiltrando con células de tejido inflamatorio y exudado líquido. Esta reacción inflamatoria inicial se caracteriza por la presencia de linfocitos, polimorfonucleares en la fase aguda de la gingivitis principalmente.

En la gingivitis crónica que es la que se observa con mayor frecuencia el infiltrado está constituido -principalmente por células de plasma y linfocitos, este infiltrado celular altera la disposición normal de las fibras gingivales, las fibras quedan destruidas primero por el centro y después por sus extremos. A la destrucción de estas fibras se debe el borde gingival blando y retraible característico de la gingivitis y la formación de una bolsa gingival a consecuencia de la tumefacción del borde de la encía. Es importante mencionar que si esta primera fase del proceso morbo no se ve afectada la inserción de las fibras gingivales en la superficie de cemento subyacente.

Si se elimina el irritante local el infiltrado desaparece - y el aparato fibroso recupera su estado original. Cuando la causa de irritación se mantiene por un periodo de tiempo prolongado el infiltrado inflamatorio progresa en sentido apical y ataca las fibras gingivales mas profundas. A medida que disminuye la inserción de las fibras en el ligamento epitelial entonces puede moverse libremente en dirección del ápice y - a medida que lo hace se separa del diente a nivel mas coronal dando origen a una bolsa periodontal.

El infiltrado inflamatorio despues de vencer las barreras fibrosas desaparece en su zona inicial apareciendo en los espacios medulares de la cresta osea. Es típica la lesión que aparece con una deformidad en forma de copa, en el crater interdental que substituye a la cresta interdental.

Características clínicas.-

Desde el punto de vista histopatológico la - diferencia entre el surco gingival normal y una bolsa depende del estado de salud de las fibras gingivales. Por consiguiente no siempre es posible determinar la profundidad del surco para diferenciar el surco de una bolsa periodontal. Es posible que un surco tenga seis milímetros de profundidad, por el contrario teóricamente es posible la existencia de una bolsa periodontal de cero milímetros de profundidad pero sin embargo en este estado existe una ulceración.

Sin embargo desde el punto de vista clínico - la profundidad del surco se ha constituido en un factor importante en la práctica por que casi en todos los casos en que la profundidad del surco rebasa los 3 o 4 milímetros se observa ulceración y estas en peligro la integridad del revestimiento del surco. Por esta razón los terapeutas suelen aceptar como normal una profundidad del surco de hasta 3 milímetros pero hablan de la existencia de una bolsa y estudian el caso cuando la profundidad es mayor.

CLASIFICACION DE LAS BOLSAS

Las bolsas se han clasificado atendiendo a las posiciones relativas del ligamento epitelial del borde gingival, de la cresta del hueso alveolar:

I BOLSAS SUPRAOSEAS

- a).- Gingival
- b).- Peridontal

II BOLSAS INTRAOSEAS

- a).- Con una pared oseas
- b).- Con dos paredes oseas
- c).- Con tres paredes oseas
- d).- Combinación de una, dos, tres paredes etc.

Una bolsa es supraosea cuando su base esta en situación coronal con respecto a la cresta del hueso subyacente, puede formarse por movimientos coronales del borde gingival producido por la tumefacción o por la proliferación apical y desinserción subsiguiente del ligamento epitelial. En ambos casos la distancia del borde gingival a la posición del ligamento epitelial en la superficie de la raíz rebasa lo que se considera normal y existe ulceración.

Por el contrario la bolsa intraosea tiene la base en posición apical con respecto a la cresta oseas. Estas bolsas se clasifican de acuerdo al número de paredes oseas.

CAPITULO II

DIAGNOSTICO PERIODONTAL

El diagnóstico de una enfermedad periodontal es fruto de una combinación de métodos diagnósticos que comprenden la historia médico dental, un examen completo de tejido blando, un examen periodontal, un examen dental y un análisis de la oclusión. El examen clínico periodontal se realiza mediante visión y palpación directa y valiéndose de una sonda periodontal, un espejo bucal y otros elementos auxiliares como -- exploradores y cucharillas curvas. Las radiografías y los modelos de estudio constituyen valiosos elementos informativos.

Examen periodontal.-

Perfil del examen periodontal:

- Determinación de la importancia de la enfermedad oral actual y de las principales molestias del paciente.
- Observación general de los labios, mucosa oral, lengua y dientes
- Pruebas de movilidad de los dientes
- Palpación de la encía y de las raíces dentarias
- Extensión de los labios y de las mejillas para determinar los frenillos y las inserciones musculares
- Exploración del surco gingival
- Inspección de las caras oclusales de los dientes
- Observación de los movimientos de abertura y cierre bucal
- Observación de la protrusión y sobreoclusión de los dientes - anteriores y posteriores
- Palpación del suelo de la boca y de los músculos
- Historia médica y odontológica
- Examen radiográfico
- Fotografías
- Impresiones para modelos de estudio
- Pruebas especiales y estudios de laboratorio.

Exámen clínico.-

El exámen se inicia preguntando al paciente cuales son sus molestias y transtornos principales. Si una región determinada preocupa al paciente por que le duele, esta tumefacta o sangra debe de examinarse en primer lugar. Esto es lo que le interesa principalmente y debe de reclamar desde el principio atención, pues podría olvidarse al efectuarse la inspección oral general de no haber alteraciones superficiales evidentes. A veces es necesario tomar en cuenta el autodiagnóstico del paciente y valorarlo con sentido crítico.

Inspección oral preliminar.-

Para llevar a cabo un exámen oral completo y correcto el examinador debe de estar familiarizado con el aspecto de los tejidos normales. El exámen se inicia con la observación superficial de los labios, mucosa oral, lengua, paladar y áreas sublinguales. Se examina la posición, el contorno, la densidad y el color de las papilas interproximales y de la encía marginal y fija. Se buscan las áreas de inflamación, edema, úlceras, aberturas fistulosas, aumentos de volúmen, pigmentación i manchas de los dientes. Se levantan los labios del paciente y se retraen las mejillas para examinar la boca y descubrir las aberraciones anatómicas del periodonto, tales como, los bordes marginales gruesos, exostosis y torus, se estudia la anatomía de las regiones maxilares con tuberosidades. La morfología de estas áreas es un factor primario de la etiología y tratamiento de la enfermedad periodontal, se observa el grado de limpieza oral. Se toman notas de las lesiones de caries, especialmente si son profundas y amenazan la pulpa y requieren tratamiento inmediato.

Historia.-

Se ha de investigar y registrar la historia clínica general del paciente. Si se procede con especial cuidado para descubrir cualquier enfermedad que pueda afectar el tratamiento o la evolución de la periodontopatía o poner en peligro la vida del paciente.

El examinador debe de aclarar si el paciente es alérgico o hipersensible a los agentes anestésicos locales y otros medicamentos que quepan utilizar en el tratamiento. Se toma nota de la historia odontológica, se incluyen las consideraciones orales anteriores y su origen y desarrollo de los síntomas actuales.

Los síntomas subjetivos son las anomalías observadas por el paciente. Los trastornos orgánicos suelen originar síntomas precisos, pero los trastornos emocionales o nerviosos acostumbran ser expuestos por los enfermos como molestias imprevistas y sin alteraciones claras.

Pruebas de movilidad.-

Se examina la movilidad de cada uno de los dientes, examen debe de efectuarse de una manera sistemática, puede iniciarse un estado patrón iniciando la prueba en el lado derecho de la mandíbula en el diente mas posterior, y revisando sucesivamente cada uno de los dientes del arco hasta el último diente del lado opuesto. Se sigue el mismo orden con los dientes maxilares, se prueba la movilidad de los dientes posteriores colocando la punta de un escariodonto calcifome en la fosa oclusal central. Se aplica presión para saber se existe movilidad lateral y luego se empuja en sentido bucal y en sentido lingual, finalmente se hace fuerza en dirección mesial y distal. Los dientes anteriores se examinan colocando el mango de un instrumento grande sobre la superficie labial, un instrumento similar en la cara lingual y empujando alternativamente en las direcciones labial y lingual..

El sistema de registro depende de cada examinador, no es posible copiarlo exactamente pero cabe adaptarlo adecuadamente a fines clínicos. Es suficiente graduar la movilidad del 1 al 3 y pueden añadirse los signos + o - para una mayor exactitud.

El número 1 representa una movilidad ligera, el 2 una movilidad moderada y el 3 una movilidad exagerada. También se anotan en las pautas los dientes que faltan, así como el tipo de substitución en presencia de prótesis.

Después de completar la prueba instrumental de los dientes individualmente se indica al paciente que cierre los dientes en posición oclusal y que imprima un movimiento de vaivén. Puede haber dientes no movilizables manualmente que presentan amplio movimiento cuando se aplica una fuerza muscular bucal.

Percusión.-

La percusión proporciona una información precisa sobre la salud del aparato de fijación periodontal. el cemento, el ligamento periodontal, hueso alveolar, cuando se golpea con el mango de un instrumento metálico la cara oclusal, vestibular o lingual de un diente se produce un sonido claro si el aparato de fijación esta entero, si se produce un ruido apagado el aparato de fijación se encuentra lesionado.

Examen de las bolsas periodontales.-

Sondeo:

Se examina con la sonda un surco alrededor de cada diente para averiguar su profundidad, estado y contenido, se utiliza la sonda como explorador subgingival para localizar la base de la bolsa o del surco gingival. Se inserta suavemente entre la encía y el diente hasta donde no se nota resistencia. Se aplica presión apical con ligera manipulación lateral para determinar si alcanzó el fondo de la bolsa si el ángulo es demasiado obtuso el instrumento tendrá una utilidad limitada, se emplea un instrumento fino por que el sondeo puede ser doloroso. La sonda lleva marcados con milímetros hasta el número diez, pero se han omitido las marcas a los milímetros 4 y 6 para facilitar la lectura.

Se registran las medidas en seis posiciones alrededor de cada diente, es decir tres puntos en cada una de las caras vestibulares y linguales. Se anotan las medidas de ambos lados - del area del contacto distal de las superficies mediovestibular y mediolingual y de ambos lados del area de contacto mesial. Esto se realiza introduciendo la sonda en el surco gingival en la linea del ángulo distobucal y moviendola hacia el lado del surco hacia el area de contacto mesial. Despues se retira la - sonda y se introduce en el surco del diente siguiéndo de una manera sistemica. El sondeo se empieza en la cara distal del diente terminal de un lado del arco maxilar y progresa rapidamente alrededor de todas las superficies dentales bucales hasta la cara distal del último diente del lado opuesto de la arcada dental. A continuación se examina la cara bucal mandibular de una manera similar y luego las caras dentarias maxilar, palatal y mandibular. Tibbets determinó a este procedimiento método circunferencial y exige menos tiempo y es menos doloroso que el sondeo vertical, posiblemente sea mas preciso ya que rodea los depósitos subgingivales del cálculo en lugar de chocar con ellos verticalmente.

El sondeo suave puede producir hemorragia si el epitelio que reviste al surco está ulcerado, la supuración -- depende mas del estado del epitelio que de la profundidad de la bolsa. Es posible que una bolsa somera contenga exudado purulento espeso y que una bolsa profunda no presente exudado visible. Cabe descubrir exudado en el surco mediante el sondeo o - exprimirlo aplicando presión sobre la encia. Si la encia está flúcida se puede ver levemente el contenido del surco gingival dirigiendo un chorro de aire sobre el diente y la encia. A -- medida una encia rosada de aspecto sano cubre bolsas profundas con destrucción osea avanzada. La sonda periodontal es el instrumento básico estandar en una exploración periodontal.

Palpación.-

La palpación consiste en la aplicación del sentido del tacto al examen, con los dedos se ejerce diversos - grados de presión para determinar la consistencia del tejido.

Se ha de palpar cuidadosamente la mucosa que cubre el ápice de las raíces para descubrir la existencia de áreas de infección profundas y sensibilidad dolorosa.

La densidad del tejido también se determina por la palpación, puede ser grueso, fino, fibroso o edematoso y - para efectuar la palpación intraoral el examinador debe de llevar un guante o un dedil.

Observaciones de la forma anatómica.-

Se examinan las papilas interproximales y la encía marginal para descubrir las desviaciones de la forma anatómica, la inflamación, el edema y las ulceraciones. Los dientes prominentes suelen tener el hueso y la encía de la cara facial delgados, los dientes en retrogresión por el contrario suelen tener en dicha cara el hueso marginal y la encía gruesos. En la cara lingual existe un borde grueso frente a los dientes prominentes en el arco y un borde fino en los dientes que presentan retrogresión.

La posición de la encía puede verse afectada - por la resección en cuyo caso es delgada a no ser que la irritación crónica haya producido engrosamiento gingival marginal o presentar un festoneado exagerado. Los aumentos de volumen causados por el edema o hiperplasia suelen ser devidos a la irritación crónica.

Frenillos y vestíbulo.-

Se separan los labios del paciente para observar la inserción de los frenillos tanto el superior como el inferior de la línea media y se examina la profundidad del vestíbulo oral. La extensión de las inserciones musculares también se revisan en la encía marginal de las regiones de los bicúspides y del primer molar. Se inspecciona la anchura de la encía fija, las bolsas de las caras vestibulares de los dientes que atraviezan a la zona de encía fija creando problemas especiales del tratamiento, las bolsas de este tipo se dan con más frecuencia en los dientes mandibulares.

Examen de la oclusión.-

Se examina la anatomía de la corona para descubrir los signos de atracción, abrasión y erosión, se observa la altura de los planos inclinados así como los angulos de las cúspides de los dientes posteriores. Se anota el tamaño y la posición de las areas de contacto con hilo dental si se duda de su impermeabilidad. Se anotan tambien las faltas de contacto adecuado y la anchura excesiva de las caras proximales. Se examina la normalidad de los bordes marginales que pueden haber sido destruidos por el uso o por restauraciones que no han tomado en cuenta este importante rasgo anatómico. Se examina la concordancia del plano oclusal y las relaciones de la cresta marginal.

La falta de concordancia de las crestas marginales facilita la retención e impactación de alimento. Tambien se toma nota de las cuspides que pueden actuar como pistones - que impulsen el alimento entre los dientes. Se observa la protrusión y la sobreclusión de los dientes anteriores y la relación bucolingual de oclusión de los posteriores. Se anota la dificultad y la anormalidad de la abertura de la boca, al abrir la boca al maximo la barbilla puede desviarse a un lado, el movimiento de abertura puede estar limitado y puede o no producir dolor.

Modelos de estudio.-

Se toman las impresiones del arco maxilar y - del arco mandibular para poder obtener modelos que permitan proseguir el estudio de la anatomía gingival y coronal. Se observan las relaciones oclusales estáticas, la vista lingual es muy util para descubrir la existencia de cuspides con acción de pistón. Muchas desarmonia se hacen mas evidentes cuando se observan los dientes fuera de la boca en modelos de yeso.

Los moldes registran la posición axial de los dientes, las relaciones de la cresta marginal y las huellas o desgaste tambien pueden ser estudiadas en ellos, tambien - estos modelos sirven de guia para el ajuste oclusal y son in

dispensables para el tratamiento restaurador, se convierten - en parte permanente del registro.

Registro del examen.-

Los hallazgos se ven registrando a medida que avanza el examen, existen cartas de exploración preparadas de diversos tipos adaptables a las necesidades de cada consultorio, los impresos-patrón ayudan a sistematizar la exploración. Las notas tomadas constituyen la historia clínica del paciente que es necesaria cuando se hacen reclamaciones a los seguros - y como prueba documental en caso en que se produzca alguna - interpretación errónea.

Examen del síntoma dolor.-

Pruebas de vitalidad:

Se realizan pruebas de vitalidad cuando la corona de un paciente es opaca o anormalmente oscura, cuando - existe una abertura fistulosa y cuando el dolor indica que existe un trauma pulpar. El aspecto radiográfico puede constituir una indicación de la prueba de la vitalidad. Estas pruebas - pueden hacerse con un vitalómetro, y se completan cuando es - necesario con pruebas de sensibilidad térmicas valiéndose de conos de hielo para aplicar el frío y de gutapercha o pasta de impresión calientes para revisar la prueba al calor.

Percusión.-

La respuesta dolorosa a la percusión puede ser el único indicio positivo de la inflamación de la pulpa. Si - la percusión de un diente con una pieza metálica produce una nota resonante y no dolorosa, el ligamento periodontal y la - pulpa están sanos. Sin embargo el aparato de fijación gravemente lesionado por el traumatismo periodontal crónico no es doloroso a la percusión. Los agentes noxígenos producidos por la degeneración de la pulpa irritan al tejido conjuntivo periodontal de la región apical y causan lesiones celulares e - inflamación, la percusión del diente produce dolor.

También puede producir dolor la trepanación del tejido de la pulpa inflamada encerrada entre las paredes rígidas de los canales radiculares. El absceso periodontal suele no causar dolor del tejido conjuntivo del periodonto, de no ser grave. Por lo tanto la prueba de la percusión es la más útil para determinar si el dolor es de origen pulpar o periodontal. Los dientes afectados de pulpitis crónica pueden no ser dolorosos a la percusión.

El dolor es un síntoma de enfermedad periodontal solo cuando el paciente sufre una enfermedad gingival o un absceso periodontal agudo. Los abscesos periodontales pueden no presentar al principio tumefacción o dolor local especialmente si se han localizado en una bifurcación. En casos del dolor sordo el examen comprende la palpación de los músculos masticadores para averiguar si existe espasmo.

Exploración radiográfica.-

La exploración requiere 20 película intraorales por medio de la técnica del plano paralelo o del ángulo recto. Entre ellos se incluye un placa BITE-WING posterior o placa interproximal de cada lado. Las radiografías de BITE-WING y las radiografías periapicales se complementan mutuamente en el examen de las crestas alveolares y de las crestas interproximales dentales. Cabe utilizar las placas maxilares laterales o panorámicas para suplementar las placas intraorales al proporcionar una imagen de las estructuras, situadas más allá de los ápices de las raíces de los dientes, pero las películas intraorales son imperativas para examinar los dientes y el proceso alveolar.

Todavía se hacen muchas exploraciones radiográficas por medio de la técnica de la bisectriz por que se enseña este sistema en la mayoría de las escuelas dentales. Con esta técnica el ángulo vertical de la proyección causa deformación de la pieza impresionada. Pueden usarse estas placas si el ángulo horizontal de proyección es preciso, pero se han de interpretar teniendo en cuenta su deformación.

La posición del hueso marginal no queda registrada en relación con los dientes y las caries dentarias, y las restauraciones dan una imagen deformada de acuerdo a la cámara pulpar y conducto radicular. Los dientes cuyo pronostico es reservado se han de volver a examinar siempre con la técnica de planos paralelos.

Si el angulo de proyección no es el indicado, los dientes aparecerán superpuestos y las placas no servirán para efectuar un buen diagnóstico. Se tomarán radiografías de los dientes y de las encías de cada lado con los dientes en posición de oclusión y una fotografia frontal con los dientes en protrusión, en casos especiales se tomarán radiografías adicionales.

Se utiliza el siguiente equipo:

Cámara fotográfica

Pentaprisma

Luz estrobe de 40 watts

Stenheil macro-quinar 100mm lente automática f2,8.

Con este equipo se hacen exposiciones normales a f 22 con película para luz diurna. Para fotografias aereas de tipo quirurgico hemorrágicas la abertura del diafragma se gradúa a f 16. Las fotografias ayudan al diagnóstico al poner de manifiesto el color del tejido y la posición. Cuando se proyectan diapositivas sobre una pantalla el aumento del tamaño de la imagen permiten descubrir detalles que podían pasar desapercibidos durante las exploraciones clínicas. Se guardan junto con las notas gráficas sobre el estado de la boca antes y despues del tratamiento, y son indispensables para poder contestar algunas de las preguntas hechas por el paciente despues del tratamiento. Los pacientes que no han mirado el interior de su boca en años con frecuencia se dedican a observar minuciosamente sus tejidos orales despues del tratamiento. Algunos de ellos piensan que sus dientes se han movido o cambiado de coloración durante el tratamiento, en tales casos el auxilio de las fotografias tendrán un extraordinario valor.

Pruebas de laboratorio.-

El aspecto de los tejidos orales o la historia del paciente pueden orientar sobre las conveniencias de efectuar algunas pruebas de laboratorio. Estas deben de ser un -- complemento de la exploración clínica y de la historia médica y no un atajo para establecer un diagnóstico, un informe negativo del laboratorioraramente permite llegar a una conclusión en cambio un resultado positivo puede ser definitivo. Generalmente es mejor ordenar directamente los estudios al laboratorio que obtenerlo a través del médico de cabecera, ya que este no conoce la significación de las pruebas odontológicas, sin embargo si el paciente esta en tratamiento simultáneo con un -- médico debe de solicitarse su colaboración. Puede estar indicado el estudio hematológico cuando el aspecto de la encía o -- la historia de hemorragias exesivas de las heridas asi lo requieran.

La posibilidad de que la diabetes sea un factor complicante de la afección parodontal constituye una indicación para la determinación de la glucemia en ayunas. El aspecto radiográfico de los maxilares aconseja a veces una determinación de los niveles de calcio y fosforo en sangre para descartar el paratiroidismo.

Biopsia.-

Para el tratamiento y el estudio de tejidos gingivales anormales a menudo esta indicado el examen microscópico aunque no se sospechen que sean malignos. En tales casos el -- examen comprende una biopsia, o sea la extirpación de un trozo de tejido vivo para su examen microscópico, en algunos casos se hace una exición biopsia; es decir se extirpa por completo la lesión y se somete al examen histopatológico. La muestra se enjuaga con agua corriente para eliminar el exeso de sangre y se pone inmediatamente en un frasco con formalina al 10 %. No deben de emplearse antisépticos superficiales capaces de teñir, como el metaphen y el yodo antes de la exición por que podrían dificultar la tinción histológica posterior y junto con la muestra.

Es muy importante que junto con la muestra se anexara la siguiente información:

Localización

Tamaño

Color

Forma

Superficie

Fijación

Consistencia

Movilidad

Modificaciones secundarias

Velocidad de crecimiento

Síntomas

Tratamiento anterior

Linfoadenopatía regional

Factores etiológicos

Estudios Bacterianos.-

A veces tienen mucho valor las extensiones de cultivos bacterianos. Si una infección como un absceso periodon tal agudo o una ostiomielitis no responde a una medicación de un antibiotico, se a de determinar el germen infectante y el fármaco al cual es sensible. Las extensiones tambien pueden estar indicadas para identificar una infección micótica.

El número de enfermedades micóticas va en aumento y pueden originar diseminaciones profundas o micosis generalizadas asi como infecciones agudas o crónicas de la mucosa oral. Las infecciones micóticas superficiales de los tejidos orales pueden estar producidas por Candida Albicans. La aplicación de penicilinas y de antibioticos de amplio espectro con frecuencia suprime la flora oral normal y permite el desarrollo sin obstáculos de otros microorganismos especialmente del tipo de los hongos.

Con instrucciones competentes la técnica del examen oral puede aprenderse durante los cuatro años de estudio odontológico, pero se necesitan años de estudios y de observación atenta para alcanzar un buen juicio y capacidad diagnóstica.

La exploración oral proporciona la oportunidad de captarse la confianza del paciente. La retracción y la manipulación de los tejidos se han de efectuar con delicadesa. Durante el examen se puede determinar el umbral del dolor y el grado de aprensión del paciente observando la reacción a las maniobras del sondeo y de percusión. El ambiente del consultorio debe de contribuir a ganar la confianza del paciente.

CAPITULO III

ATENCION DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL

HISTORIA CLINICA

Historia medico-dental.-

Muchas enfermedades y anomalías presentan un conjunto de características o antecedentes históricos que pueden conducir al diagnóstico por sí mismas, por ejemplo; un paciente puede quejarse que siente una zona áspera en la mucosa oral frente a un diente mellado y afirmar que hace meses que lo tiene, sin que al parecer se haya modificado y aparecieran otros síntomas. Basandonos en esta información la posibilidad diagnóstica más verosímil es que se trata de una lesión de hiperqueratosis. La información suministrada por el paciente sugiere una fuente de irritación que provoca la reacción del tejido involucrado.

La aspersion indica que el tejido ha reaccionado con una proliferación y formación de queratina. Si el tejido se hubiera desintegrado y ulcerado se hubiera quejado de dolor en lugar de sentir la aspersion. El tiempo en el cual el tejido se ha mantenido sin modificaciones hace suponer que es benigna y si bien es necesaria la biopsia para confirmar la suposición en realidad la historia clínica solo permite hacer prácticamente el diagnóstico.

Una buena historia clínica es sumamente útil durante la exploración clínica, los informes en relación con la duración, síntomas y modificaciones de una lesión o de una enfermedad permiten que el dentista de una manera más inteligente interprete lo que observa. Por ejemplo si un paciente con una úlcera en el labio informa que ha padecido úlceras anteriores, tal información sugiere al dentista a distinguir un proceso inflamatorio de un proceso maligno.

De modo similar un dentista que observa unas encías hipertróficas, que según las referencias datan de varias semanas se tendrá en cuenta un diagnóstico diferente que si el aumento de volumen existiera desde algunos años atras.

La elaboración de la historia sin embargo implica algo mas que la observación de la información aserca de las principales molestias del paciente. Incluye la exploración de los antecedentes familiares, la historia clínica de la familia y la historia personal etc. la amplitud de la información en este sentido dependerá de la situación con que tiene que enfrentarse el dentista. Obtener mas información de la realidad que se necesita no es malo, por el contrario la información inadecuada o incompleta puede dar origen a diagnósticos innecesarios y ocasionar problemas terapéuticos.

Al efectuar la historia el dentista debe de aprender a escuchar a el paciente, le ha de dejar en libertad de hablar, de usar sus propios términos con bases en otras preguntas, y aceptar o rechazar lo que contribuye o lo que es inútil al diagnóstico de la situación clínica.

Ciertamente antes de efectuar un tratamiento es importante saber si el paciente padece una cardiopatía, una diatesis hemorrágica, alergias u otras complicaciones médicas. El conocimiento de cualquier enfermedad grave entre los miembros de la familia del paciente, especialmente las hereditarias o contagiosas influyen en las determinaciones diagnosticas y terapeuticas. El modo de vivir del paciente sus hábitos de estados emocionales, su ocupación y su actitud con respecto a la salud pueden tener una relación directa con su estado o con el resultado del tratamiento.

Historias necesarias en las muestras biopsicas.-

La necesidad de una buena historia clínica se demuestran en forma impresionante cuando se somete una muestra biopsica al examen del patólogo oral.

Este especialista no tiene la ventaja de poder examinar al paciente, no ha hablado con el ni tomado ningún dato. Disponiendo solamente de la muestra del tejido que va a examinar, el patólogo oral necesita con frecuencia información acerca de la duración, síntomas y velocidad de crecimiento de la lesión con el fin de hacer un diagnóstico exacto, y esta información se la debe proporcionar el dentista.

Cuando el dentista de práctica general realiza una biopsia no es necesario que entregue al especialista una historia médica y clínica completa de su paciente, si no que basta solo un pequeño resumen de ella. La primera parte del cuestionario que se le ha de enviar al patólogo, requiere pocas explicaciones, debe de hacerse generalmente con lapiz para llenar el impreso por que el derrame del fijador del frasco que contiene la muestra podría hacer correr la tinta. Las demas secciones comprenden los datos esenciales acerca de la lesión y dan al especialista una idea bastante clara de esta. En la siguiente sección se sugieren los datos patológicos, la historia de tuberculosis se puede dar como un ejemplo de un tipo de problema médico antiguo que pudiera tener relación con el problema que se estudia.

Los factores anteriores junto con la presencia del dolor, el caracter superficial de la lesión, su breve duración sugieren mas bien una lesión inflamatoria que una lesión maligna según el caso. Esta puede ser una conclusión a la que puede llegar el odontólogo despues de haber realizado una buena historia clínica y dental, aunado a los estudios realizados por el patólogo y por consiguiente un buen diagnóstico así como la terapéutica

Fuentes de error en la historia.-

La principal fuente posible de error al obtener una historia clínica es el propio paciente, es necesario comprobar siempre el grado de confianza que este merece en cuanto a la historia clínica se refiere.

Los senectus, la incompetencia mental los trastornos psicologicos y las dificultades de comunicación son factores que - constituyen otros tantos obstáculos a la toma de la historia.

No es posible obtener datos precisos en los niños especialmente si son de corta edad, en algunos casos los pacientes dan una información incompleta o incluso falsa por sentirse perplejos, por temor a un estigma social o en ocasiones por hostilidad.

En las situaciones descritas anteriormente hay que recurrir a otras fuentes de información, padres, parientes o médicos u otros dentistas que hayan visto al paciente en el pasado o que lo vean en la actualidad. Algunas veces son importantes los datos proporcionados por las fichas del hospital, - del nacimiento, del servicio militar o de la empresa donde - desempeña sus labores el paciente en su vida general.

Biopsia

Funciones de la biopsia.-

Cuando la historia, el aspecto clínico y el - comportamiento de una lesión hacen dudar de su naturaleza o - cuando es necesario confirmar el diagnóstico clínico, es necesario realizar una biopsia. Debe de practicarse siempre una - biopsia, siempre que exista una duda sobre una lesión por mas pequeña que esta parezca. La biopsia como elemento auxiliar de la historia clínica y de la radiografías, puede ser de gran utilidad, ya que proporciona información de los tejidos epite - liales y conjuntivo, indica si una lesión es benigna o es ma - ligna y revela la extensión de la lesión o enfermedad. Tambien puede ser útil para instituir el tratamiento. El resultado de la biopsia puede indicar que no es necesario ningún tratamien - to, que es necesario utilizar una determinada terapéutica, que hay que utilizar procedimientos diagnósticos adicionales o que existe la necesidad de remitir al paciente a otros especialis - tas con el fin de que pongan en práctica sus conocimientos - relacionados con el caso a tratar.

Complicaciones posibles de las biopsias.-

Aunque la biopsia es uno de los instrumentos - de diagnóstico mas utiles en odontología, muchos prácticos - generales lo miran con mayor aprensión que otras técnicas. Resulta paradójico que algunos dentistas realicen extracciones múltiples en una sola sesión y no obstante duden en extirpar - unos milímetros del tejido blando de la lengua, de la mucosa - oral o de otras zonas involucradas en el problema.

Contrariamente a la creencia popular, la extirpación de tejido blando no es mas peligrosa ni mas difícil - que la extracción de un diente, en realidad desde el punto de vista de la hemorragia, la extracción de un diente es mas peli - grosa que la toma de una biopsia de 6 X 4 X 3 mm de lengua, - del labio o del piso de la boca. El area de la superficie de la zona de extracción es mayor que el area de la superficie del - tejido blando de la cual se toma una biopsia del tamaño antes indicado. Existe un mayor número de vasos sanguineos expuestos en el punto de la extracción y por lo tanto la posibilidad de hemorragia es mayor.

La unica diferencia real entre una biopsia de - tejido blando y la extracción de un diente, es que la primera - suele requerir unos cuantos puntos de sutura o solo uno, mien - tras casi no es necesario suturar cuando se hace una extracción. Otro motivo de duda en el caso de una biopsia es la posibili - dad de facilitar las metástasis de las neoplasias malignas. Sin embargo las pruebas de que se disponen no indican que la - biopsia acelere la formación de la metástasis en el caso de - cancer oral. Una consideración mas importante que la posibili - dad de la metástasis es que el diagnóstico de cancer debe de hacerse mediante la biopsia antes de iniciar el tratamiento. Todo retraso d. la toma de la biopsia dificulta el diagnósti - co precoz que es vital para que el tratamiento tenga el éxito deseado, por lo tanto resulta mas peligroso retrasar la toma - de la biopsia que la toma inmediata de la misma.

En la interpretación y realización de una biopsia puede cometerse error. Una biopsia realizada en forma incorrecta o tomado la muestra en un sitio inadecuado puede originar un falso diagnóstico negativo, también es posible que la muestra biopsica sea mal manipulada, o que el patólogo no la interprete bien, como salvaguardia contra ambas posibilidades hay que observar al paciente hasta que la lesión o la anomalía hayan curado o hayan sido tratadas con éxito. Si la lesión no cura en un periodo de tiempo corto aproximadamente diez días son necesarios antes de realizar la biopsia.

Citología.-

La citología exfoliativa oral es en la actualidad una técnica de diagnóstico acreditada. Debe de utilizarse como auxiliar de la biopsia mas bien que como sustituto de esta, un diagnóstico citológico de carcinoma requiere ser corroborado con otro diagnóstico de tipo histológico (biopsia). Existen varias circunstancias en las que son útiles los medios citológicos:

- 1.- Cuando se observa la evolución de una lesión durante cierto periodo de tiempo, los hallazgos de una muestra citológica pueden acelerar la decisión de practicar la biopsia.
- 2.- Cuando se realiza una biopsia por insición en una lesión amplia cabe utilizar la citología para examinar muestras de células de otra parte de la lesión no incluida en la biopsia. Una biopsia mal hecha o una biopsia de un punto donde no hay células cancerosas puede originar un diagnóstico falso.
- 3.- Las muestras citológicas orales pueden hacer el diagnóstico de la anemia perniciosa y de otras discrasias hemáticas.
- 4.- La citología oral permite detectar las anomalías cromosómicas características de ciertos transtornos genéticos y del desarrollo.

5.- Las muestras citológicas pueden dar el diagnóstico de ciertas enfermedades no neoplásicas tales como las enfermedades herpéticas y miniliásicas.

Técnica para la obtención de una muestra citológica.-

1.- Se coloca un depresor u otro instrumento adecuado en un borde de la lesión.

2.- Se raspa la superficie de la lesión con un depresor, en algunos casos se obtiene más fácil, la muestra celular si se moja primero la lesión, bien con la propia saliva del paciente bien con solución salina o con agua aplicada por el operador.

3.- En ocasiones es necesario repetir el frotis con el instrumento para obtener una muestra adecuada. No se insistirá demasiado en la importancia que tiene la aplicación firme del instrumento. Si se produce una hemorragia carece de importancia, por que la sangre no interfiere la interpretación de la muestra cuando se examina al microscopio.

4.- El material recogido se extiende sobre un portaobjetos, generalmente se preparan dos extensiones por cada zona raspada.

5.- Las extensiones se han de fijar rápidamente con cualquiera de los dos procedimientos siguientes: Inmersión del portaobjetos en alcohol a 95° , aplicación de un fijador comercial que viene en forma de pulverización. Si se recurre a la inmersión los portaobjetos se sacan del alcohol a los treinta minutos y se secan con aire. Si se utiliza el pulverizador no es necesario hacer nada más.

6.- Los portaobjetos una vez secos se remiten al laboratorio - de patología oral para su diagnóstico. Los métodos utilizados para remitir las muestras por correo difieren, y lo mejor es seguir las indicaciones del laboratorio.

Conductas posibles tras las detecciones de las lesiones.-

Una vez descubierta una lesión y tomada la historia clínica cabe seguir diversas conductas.

Inhibición.-

Existen muchas anomalías que sugieren inmediatamente un diagnóstico y que no requieren tratamiento, por ejemplo la lengua geográfica y los torus.

Observación.-

En algunos casos existen dudas sobre los casos y causas de la lesión, y un breve período de observación puede confirmar el diagnóstico que se sospecha. Son ejemplo de lo dicho las aftas, las irritaciones producidas por las dentaduras artificiales y las lesiones traumáticas como las producidas por una cúspide mellada o por los alimentos demasiado calientes, en tales casos hay que suprimir la causa aparente y volver a examinar la lesión de siete a diez días para ver si ha curado la lesión. Si transcurrido dicho período la lesión no presenta signos de curación o ha empeorado debe de realizarse una biopsia o se ha de remitir al paciente a un especialista.

Tratamiento.-

Si se considera que la lesión es susceptible de tratamiento quirúrgico, medicamentoso o de sostén, debe de instituirse tal tratamiento. Ejemplo de lo dicho es la infección herpética, la infección fungica o bacteriana y los quistes odontogénicos.

Si el tratamiento no da resultado o empeora debe de hacerse una biopsia o consultar a un especialista como se mencionó anteriormente.

Problemas de diagnóstico diferencial.-

Un problema que es necesario considerar despues de descubrir las anomalías y de enfocar el diagnóstico en que los mismos signos y síntomas clínicos pueden ser debidos - a mas de una enfermedad, por ejemplo una ulcera puede ser traumática, infecciosa o maligna, otra consideración importante - es que pueden existir dos enfermedades al mismo tiempo, asi - una enfermedad periodontal preexistente puede sobreañadirse - una gingivostomatitis harpética, o una dentadura mal ajustada puede sumarse una extensa respuesta inflamatoria que enmascare un carcinoma subyacente, o puede haber una diabetes bajo - una periodontitis.

Una buena regla para utilizar cuando se plantean problemas de diagnóstico diferencial es buscar la explicación o diagnóstico mas sencillo de los síntomas y signos existentes, aunque en la cavidad oral pueden desarrollarse un sinnúmero de enfermedades. Basandonos en la práctica general, las enfermedades raras no se dan con frecuencia como para considerarse elemento principal para el diagnóstico diferencial.

Conductas que hay que seguir con los pacientes antes y despues del diagnóstico.

Preparación del paciente para los procedimientos diagnósticos.-

Independientemente de la técnica diagnóstica - que se va a emplear es necesario advertir al paciente sobre el método en particular elegido y sobre los motivos de tal elección. El paciente ha de tener pleno conocimiento de las operaciones a las cuales ha de someterse . nada produce mas aprensión que la falta de comunicación y la desorientación del paciente.

Una manera excelente de tener comunicación con un paciente es la manera en que se explica punto por punto el objetivo de cada parte del examen clínico. En muchos casos la palpación de los ganglios linfáticos cervicales o del tejido blando serán una experiencia enérita para el paciente. Una explicación de las técnicas y la finalidad evitará la aprensión y dará la impresión que el dentista es un explorador concienzudo.

Aunque la razón de la anotación de la historia clínica pueden parecer evidentes, el paciente en ocasiones tiene sus dudas sobre la finalidad de algunas preguntas especialmente las que se refieren a su estado personal y emocional, o los antecedentes familiares y determinados aspectos de la historia clínica médica. Hay que explicar al paciente que esta información facilita la comprensión de su problema y repercute en su tratamiento. Aunque generalmente no es necesario se darán algunos casos en que habrá que recordar al paciente que todo cuanto diga será considerado confidencial.

Como el público profano cada vez es más enterado de los riesgos que implica la radiación, a menudo será necesaria una explicación clara de por qué a menudo es necesaria una exploración radiográfica. El paciente debe de saber con qué objeto se realiza esta exploración. En el caso que haya que repetir las radiografías para el diagnóstico hay que explicar al paciente los motivos. El problema para preparar los pacientes para realizar la biopsia presenta dos facetas, en primer lugar esta la preparación y explicación que requiere toda intervención quirúrgica, evidentemente hay que informar al paciente sobre la administración y los efectos del anestésico y la posibilidad de molestias postoperatorias. El segundo aspecto del problema no es tan obvio, el dentista debe recordar que la biopsia está asociada con el estigma del cáncer. Si el paciente cree que la biopsia es un procedimiento rutinario experimentará menos temor a los resultados.

Estudio del paciente.-

Para tomar una decisión con respecto al tratamiento de un paciente con enfermedad periodontal es necesario sopesar varios factores, no solamente se ha de evaluar la extensión de la enfermedad sino se han de considerar factores tales como la edad del paciente, su actitud hacia la salud dental y sus deseos de cooperar para determinar el tipo de terapéutica apropiada para este paciente en particular.

Tiene especial importancia que la extensión de la enfermedad periodontal se considere de acuerdo a la edad del paciente. La enfermedad periodontal avanzada evidenciada por una destrucción severa, esto es mas grave en un paciente joven que en un paciente de edad avanzada. El pronóstico es mayor en relación a la gravedad en un paciente joven a pesar de su potencialidad de recuperación que es mayor. El hecho que la enfermedad haya avanzado en un periodo de tiempo corto puede ser indicio de un potencial inherente de degradación y de una persistente incapacidad del individuo para combatir los factores etiológicos causantes del trastorno. Además en el paciente joven se han de conservar los dientes durante un tiempo mayor.

Otro factor que exige ser tomado en cuenta es la extensión del problema morboso en relación con problemas etiológicos identificables. Un paciente con grandes problemas de cálculo, bordes salientes de las restauraciones, áreas de contacto abiertas o defectuosas e interferencias oclusales representan un candidato mejor para el tratamiento que otro que sufra el mismo grado de destrucción periodontal pero que presenta una boca relativamente limpia con pocos problemas de restauraciones o de oclusión. En el segundo paciente los factores etiológicos causantes de la enfermedad periodontal son mas obscuros y evidentemente mas difíciles de eliminar.

La extensión del daño de la enfermedad periodontal influye mucho sobre el tratamiento restaurador que haya que prescribir, cuanto mayor sea la extensión de la enfermedad periodontal, es probable que sean necesarios procedimientos de restauración avanzada, incluso el ferulamiento fijo. Los requerimientos de restauraciones del paciente se han de soportar cuidadosamente teniendo en cuenta su actitud sobre la salud dental y sus posibilidades económicas.

Consultas.-

Un estudio a fondo del paciente determinado con frecuencia plantean cuestiones que requieren nuevas exploraciones para aclararlas. Cuando surge un problema que su solución no se vislumbra conviene consultar con otro profesional. Generalmente se descubre la necesidad de una consulta médica al hacer la historia clínica o cuando la exploración oral revela signos que implican la complicación médica, todos los procedimientos dudosos deben de aclararse antes de instituir el tratamiento.

Quando se remite un paciente para una consulta médica es obligado por parte del dentista que solicita la consulta que indique exactamente al médico cuales son sus sospechas y sus motivos de estas. El tipo de consulta que da mejores resultados al paciente, al dentista que consulta y al especialista es aquella que los tres se hayan presentes. Cuando solicita la consulta el dentista debe de tener a punto la historia clínica, la historia dental y las notas tomadas durante la exploración oral del paciente incluso diagramas, radiografías y modelos de estudio. Toda esta información será útil al especialista para formular su opinión, después de explorar personalmente al paciente. La discusión entre el especialista y el dentista mientras tienen al paciente a su disposición proporciona al máximo fruto del tiempo que se dedique al comentario y reduce a un mínimo las interpretaciones erróneas que de otro modo podrían sucitarse.

Presentación del caso.-

Es aconsejable que el dentista discuta con el paciente los hallazgos diagnósticos y sus complicaciones antes de empezar el tratamiento. Una decisión de que hasta que punto se ha informado al paciente depende de cada paciente en particular. Algunos desean informes detallados sobre los hallazgos y de lo que hay que hacer, otros prefieren menos explicaciones u opinan que el dentista puede proceder al tratamiento sin dar ninguna explicación.

Todos los pacientes tienen derecho a ser informados lo que se ha observado y cual es su pronóstico. Una explicación sobre el carácter de la enfermedad periodontal presentada en forma sencilla y en el lenguaje corriente proporciona al paciente una base para tomar decisiones inteligentes con respecto a la aceptación del tratamiento. Independientemente del grado de interés del paciente esta explicación mínima es imperativa. El paciente no ha de albergar ninguna duda sobre el estado actual de su boca y el peligro que se cierne sobre su dentición.

Al paciente con gingivitis hay que advertirle que la inflamación, aunque en sí misma no causa lesiones graves, es el comienzo de una enfermedad periodontal y que tal proceso morbosos no se autoelimina, si no se elimina con el tratamiento, continuará progresando hacia los tejidos profundos que sirven de soporte al diente y que los mantienen en la mandíbula. Por medio de un sencillo dibujo a lápiz puede mostrarse al paciente que en presencia de inflamación el hueso se absorbe o se desintegra. Luego se explica que esta destrucción ósea es la causa de la pérdida de muchos pacientes en edad adulta, por cuya razón muchas piezas no se conservan a la edad de 55 años de edad en adelante. Si el paciente padece periodontitis, el paciente puede entender un dibujo del tejido que rodea al diente, explicándole como el proceso morbosos al afectar a las fibras de tejido conjuntivo aumenta la profundidad del surco gingival. Entonces se hará ver que aunque la encía se mantenga a su nivel normal aparentando buena salud la enfermedad periodontal se encuentra en estado avanzado.

Después de exponer el estado de salud de boca hay que poner en conocimiento del paciente el resultado previsible si no se sigue los procedimientos adecuados del tratamiento. Aunque es posible que el estado del periodonto se mantenga estacionario no se aplica una terapéutica, la experiencia clínica demuestra que tal posibilidad es remota.

Al llegar a este punto se ha de describir el tipo de cura que el caso requiere y hay que tomar en cuenta sus propias responsabilidades durante el tratamiento y después de él. Se le ha de explicar lo que implica en cuanto a tiempo, dinero, molestias y esfuerzo. La habilidad y la voluntad del paciente para efectuar la higiene oral descrita afectará de manera decisiva el resultado del tratamiento.

Educación del paciente.-

La educación del paciente periodontal es un proceso continuo, comienza en la visita inicial cuando el dentista revela los resultados de su examen y describe el estado del paciente. Prosigue cuando le explica las causas de enfermedad y esboza los medios para restablecer la salud. Cuanto mas datos posea el paciente sobre su estado periodontal, cuanto mas se interesará por el tratamiento. A medida que aumenta su comprensión su confianza es mayor y se puede llegar a obtener una mayor cooperación. Así pues el propio dentista tiene un interés bien definido en la educación de su paciente.

Medios auxiliares visuales.-

Como las lecciones orales constituyen una de las menos eficaces de influir en el paciente la gravedad de su estado, hay que recurrir a otros medios. Los procedimientos visuales constituyen un procedimiento convincente. Cabe utilizar un espejo de mano para señalar las diferencias entre las zonas sanas y las enfermas en la misma boca del paciente.

Las radiografías montadas en el diafanoscopio pueden servir para explicar los efectos de la enfermedad sobre las estructuras de soporte subyacentes. Los modelos diagnósticos son sumamente instructivos pues permiten que el paciente observe su dentición y su periodonto con mayor objetividad de los que podrían hacerlo con un espejo. En los modelos se pueden señalar los dientes que faltan, los mal alineados, las rotaciones, las flocetas desgastadas, las irregularidades del tejido blando y otras alteraciones manifiestas y explicar al mismo tiempo su importancia.

Instrucciones sobre la higiene.-

La eliminación de la placa que rodea a los dientes no solo es un medio de la prevención de la enfermedad periodontal si no que forma parte integral del tratamiento una vez descubierta la enfermedad, por estas razones las instrucciones sobre la higiene oral se han de considerar como una de las facetas más importantes del tratamiento del paciente periodontal. Las instrucciones sobre la higiene oral no se ha de dar en la primera sesión del tratamiento, solamente que el dentista disponga de un medio para averiguar la cooperación del paciente.

CAPITULO IV TERAPIA PERIODONTAL

Principios de la terapia periodontal.-

A pesar de los estudios epidemiológicos proporcionan una explicación razonable de la terapia periodontal, por desgracia no se han realizado estudios a largo plazo que atestigüen la eficacia de las diversas formas de tratamiento utilizado ni tampoco por el mismo motivo, existe una verificación estadística de que la terapia periodontal contribuye realmente a la longevidad de la dentición. No obstante disponemos de abundantes pruebas clínicas basadas en las impresiones subjetivas de los diferentes dentistas de que despues del tratamiento se produce una disminución de la inflamación, una reducción de la movilidad dentaria y una reconstrucción del periodonto apreciable clínicamente y radiográficamente por lo tanto, basandonos en estos criterios clínicos es lícito apoyar la terapia periodontal como razonable y práctica.

Objetivos de la terapia.-

Los principales objetivos de la terapia periodontal son la eliminación o la detención del proceso morbo-so suprimiendo los factores etiológicos, la supresión de las bolsas y la creación de un surco gingival de profundidad mínima y la restauración de la arquitectura fisiológica osea y gingival.

Supresión de los factores etiológicos.-

Si bien no son conocidos ni identificables todos los factores etiológicos, en general se sabe lo suficiente para hacer posible la eliminación de los factores más importantes.

Todos los textos de periodoncia contienen una - larga lista de factores etiológicos asociados con la enfermedad periodontal. Con frecuencia se clasifican en locales y generales, con varios subgrupos y en varias categorías según el subgrupo, pueden ser perfectamente evidentes o relativamente oscuros, pero cada uno de ellos a su manera contribuyen a la iniciación y a la progresión de la enfermedad. Basta decir que en la opinión de los autores, la placa bacteriana que se acumula sobre las superficies dentales es el factor etiológico más importante en la enfermedad periodontal inflamatoria.

Eliminación de la bolsa.-

Los terapéutad actuales están de acuerdo en general en que la eliminación de la inserción gingival enferma es - una parte importante del objetivo terapéutico. Aunque las opiniones difieren en cuanto a la profundidad exacta aceptable del surco, y existe aun mas controversia con respecto a los métodos de eliminación de la bolsa, pero todos coinciden en que la eliminación total de la profundidad es un resultado deseable en la terapéutica.

Las razones de la necesidad de la eliminación - de la bolsa se basa en que esta actúa como una resistencia ideal para que la placa bacteriana que se acumula en la superficie dental. La bolsa abriga un lugar obscuro húmedo con abundantes elementos nutritivos y esta protegida contra influencias exteriores y se convierte en una lesión que se aturperpetúa. Solamente eliminando la pared protectora de la bolsa puede evitarse la acumulación de la placa bacteriana y el paciente estará en condiciones de suprimir sus bacterias adherentes de manera regular y eficaz.

Restauración de la arquitectura fisiológica.-

El estudio del periodonto normal revela una forma arquitectónica característica, cuando la encía esta sana sus bordes estan afilados y estan intimamente adheridos a la superficie del diente. El borde tiene forma festoneada con las papilas interproximales a nivel mas coronal que el tejido que cubre las caras faciales y linguales, la misma forma festoneada se repite en el hueso subyacente.

La topografía del periodonto sano esta inflexiblemente ligada a la función. El borde gingival afilado con un surco de profundidad minima protegido por las superficies de los contornos dentales que desvían las masas alimenticias contribuyen a la integridad del periodonto y a la conservación de la salud. Los alimentos y los residuos son eliminados de manera natural por encima de la región marginal y la sección limpiadora de los labios, mejillas y lengua ayudan a prevenir la acumulación de la placa dentobacteriana.

Como el patrón determinado por la naturaleza esta destinado a la conservación y la salud óptimas, los intentos de los terapeutas se encaminan a devolver al periodonto un patrón morfológico que imite al normal sencillamente porque esta forma es menos susceptible al deterioro continuo y es mas facil de conservar con las medidas de higiene oral corrientes prescritas al paciente.

Comparación de la terapéutica de la caries dental con la terapéutica de la enfermedad periodontal.-

Para comprender la metodología de la terapéutica periodontal, es útil compararla con la caries dental. Aunque es evidente que existen notables diferencias en las técnicas que se aplican, el concepto terapéutico básico es idéntico. El tratamiento de ambas afecciones comprende la eliminación de los factores etiológicos causantes del proceso morboso, seguida de algún tipo de reparación plástica o reconstructiva de la cavidad que queda.

En ambos casos de las lesiones incipientes, el tratamiento es más fácil, eficaz, ofrece mejor pronóstico a largo plazo y comporta menos sacrificio del tejido que la terapéutica de la lesión avanzada. El tratamiento de la caries dental implica la eliminación de la penetración bacteriana en los túbulos dentinales, lo cual se logra con un instrumento de mano y giratorio, la deformidad resultante se repara insertando un material de obturación. Es importante tomar en cuenta que la caries se trata por la eliminación de las bacterias, y no por el material de obturación por sí mismo.

Las restauraciones de oro y amalgama etc., constituyen una reparación plástica del defecto producido por el proceso carioso y su eliminación subsiguiente por medio de los instrumentos. El material de obturación es necesario para la eliminación de la enfermedad sino para la prevención de la recidiva, una cavidad no obturada proporciona un ambiente adecuado para la acumulación bacteriana y por ende para la repetición del proceso carioso. Ningún dentista tendrá la idea de preparar una cavidad y dejarla sin obturar por que sabe que el proceso carioso se reanuda en corto tiempo.

También en la enfermedad periodontal el primer objetivo del tratamiento es la eliminación de los factores etiológicos, en este caso la acumulación bacteriana de la superficie dental, asociada generalmente a la formación de cálculo. Una vez que se han eliminado las bacterias y otros elementos extraños mediante los métodos de higiene oral y el raspado y escariado de las raíces, pueden acabar con el proceso morbo. Sin embargo los estadios de la enfermedad periodontal incipiente difieren del proceso carioso en un aspecto muy importante.

La gingivitis precoz es totalmente reversible y muchas veces cabe que el área afectada recupere su estado original sin ninguna secuela del proceso morbo.

Por el contrario si la enfermedad avanzó hasta su fase destructiva en que se pierden tejidos periodontales de sostén, cabe detener el proceso pero quedan huellas de sus efectos anteriores. Estas secuelas se manifiestan con frecuencia por la alteración de la forma gingival y osea, e invariablemente por un aumento de la profundidad de la bolsa. En tal caso el tratamiento consiste no solamente en la eliminación de los factores etiológicos, sino también en la reparación plástica del defecto - resultante lo cual se consigue con la extirpación o la modificación del contorno de los tejidos. Al igual que en el tratamiento de la caries, la finalidad de la reparación es evitar que recidive el proceso morboso.

Los dentistas están acostumbrados al concepto - de sacrificar una porción del diente sano cuando se elimina el proceso carioso y preparan la cavidad para evitar que recidive la enfermedad. Por desgracia los dentistas que sin reparos y - de manera justificada extirpan cantidades considerables de dentina y esmalte sano cuando reparan una cavidad, con frecuencia tienen dificultades para aplicar este concepto para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Y sin embargo la extirpación del tejido gingival o periodontal a menudo es esencial - para la creación de un ambiente que conduzca a la salud.

Como el tratamiento de la caries dental, las -- áreas afectadas se han de volver otra vez a su forma fisiológica anterior, para que puedan ser conservadas fácilmente por el paciente mediante los cuidados caseros corrientes evitando con ello que reaparezca la enfermedad periodontal.

Tipos de terapéutica.-

En la práctica periodontal moderna las controversias históricas relativas a las formas del tratamiento conservador o radical ya no se consideran dignos de discusión.

Todas las formas de tratamiento tienen sus indicaciones y sus contraindicaciones, ninguna de ellas esta totalmente inviolables Para el tratamiento individual y eficaz se eligen y combinan formas del tratamiento conservadoras y complejas destinadas a lograr los objetivos clínicos. La terapéutica se hace a la medida de las condiciones que presenta el paciente ya que no es posible limitarla según las preferencias o los prejuicios personales del terapeuta.

A continuación mencionaremos algunos tipos de tratamiento que pueden utilizarse:

Terapéutica inicial.-

Régimen de higiene oral
 Escariado y raspado de las raices
 Ajuste oclusal aproximado
 Movilización dentaria menor
 Esferulamiento temporal
 Reevaluación antes de proseguir el tratamiento

Terapéutica coadyuvante

Extracciones indicadas
 Correcciones restauradoras

Cirugia periodontal

Raspado de tejido blando
 Gingivectomía y gingivoplastia
 Frenectomía

Cuidados de mantenimiento.-

No es necesaria utilizar todas las técnicas de terapéutica enumeradas en el tratamiento de cada paciente.

Terapia inicial.-

Los procedimientos incluidos en la fase de la terapéutica inicial se llevan a cabo con la intervención mínima del dentista y de el paciente, ninguna de la técnicas es particularmente dolorosas, ninguna es complicada hasta el punto de originar modificaciones considerables inalterables que prescriben tratamiento ulterior.

En cualquier momento de la fase inicial del tratamiento no es conveniente suspenderse sin que el paciente quede exento de una recidiva de los procesos de la enfermedad y sus procesos destructivos.

Todos los procedimientos iniciales tienen por objetivo la supresión de las causas de irritación del periodonto y el establecimiento de condiciones favorables para la reparación natural. Las técnicas específicas y el instrumental, el arsenal quirúrgico utilizados en la eliminación de las acreciones orales y de la placa bacteriana, y las formas de esferulamiento utilizadas para estabilizar los dientes y promover la curación, se aplicarán según los casos específicos.

Ajuste oclusal aproximado.-

Entre los factores etiológicos que contribuyen a la aparición de la enfermedad periodontal se hallan las desarmonías oclusales que pueden afectar al periodonto de diversas maneras. Aunque las modificaciones hísticas de la encía y la formación de bolsas no son directamente imputables a la tensión oclusal, las discrepancias a la reacción de los dientes pueden forzar a la encía a la penetración de alimentos en las áreas interproximales o las regiones sublinguales, favoreciendo así a los residuos o retención de alimentos. Además de las desarmonías de la oclusión pueden afectar al periodonto directamente al someter al aparato de fijación a fuerzas anormales las cuales en virtud de su magnitud y dirección pueden producir alteraciones traumáticas y alteraciones en los tejidos subyacentes.

Además estos factores oclusales en forma directa e indirecta - pueden influir simultáneamente en el periodonto, o cuando se ha producido otra lesión gingival por otras fuentes de irritación el trauma oclusal sobre el aparato de fijación puede convertirse en factor agravante. Así, los factores y los defectos causados y combinados por la disfunción oclusal estimulan progresos rápidos.

En las fases preliminares de la terapéutica periodontal se intentan eliminar las discrepancias que podrían - producir retención de tejidos y de residuos, y aliviar la tensión oclusal para aliviar daños en el aparato de fijación. La eliminación de interferencias oclusales toscas en esta fase - precos se realiza principalmente mediante el tallado selectivo se redondean las cúspides que actúan como un émbolo y se ajustan las alturas de los bordes marginales para reducir la retención de alimentos. También se han de corregir los contactos - oclusales desviadores en relación céntrica y en los movimientos excursivos de la mandíbula u eliminar el trauma manifiesto en los dientes aislados.

Movilización dentaria.-

La movilización dentaria menor se ha convertido en una parte importante en el tratamiento del paciente con una enfermedad periodontal. En muchos casos la solución favorable de la enfermedad y el mantenimiento de la salud oral dependen de que se realice el movimiento dentario para devolver los dientes a su alineación que se han desviado a causa del - proceso morbo. En otros casos la presencia de un apiñamiento exagerado puede dificultar seriamente que el paciente consiga un nivel satisfactorio de higiene oral.

Ordinariamente los procedimientos de movilización dental se efectúan durante las fases iniciales de la terapéutica, antes de practicar el tratamiento quirúrgico definitivo, las experiencias han demostrado que los aparatos ortodónticos especialmente los de tipo removible utilizados con frecuencia en la movilización dentaria menor casi invariablemente causan una irritación adicional en el periodonto.

Así, si la movilización dentaria le sigue a la cirugía periodontal a menudo son necesarias medidas correctoras subsiguientes. Por esta razón la mayoría de los autores prefieren la aplicación de aparatos fijos y sugieren su uso antes de proceder a la intervención quirúrgica periodontal.

No obstante existen discrepancias con respecto a la oportunidad de mover dientes en presencia de un estado inflamatorio, el trauma de la movilización agrava el estado inflamatorio y complica la irritación. Por consiguiente los movimientos ortodónticos se han de comenzar solo después de haber hecho todos los esfuerzos posibles para eliminar el proceso inflamatorio agudo mediante el escariado, el raspado de las raíces y las técnicas de higiene oral.

Reevaluación antes de proseguir el tratamiento.-

Tras la terminación de las fases preliminares de la terapéutica, cada paciente debe de ser reevaluado antes de proseguir con otros tratamientos curativos. Una simple revisión visual puede poner de manifiesto algunos cambios de color, forma, consistencia de los tejidos blandos. No obstante existen otros como la profundidad de las bolsas o la movilidad dentaria, que solamente pueden determinarse mediante una exploración cuidadosa comparable a la realizada antes de comenzar el tratamiento.

Esta pausa para la reevaluación antes de embarcarse en otras técnicas más complicadas, proporciona al terapeuta la oportunidad de revisar el plan curativo y cambiar las decisiones a la luz del estado del paciente, su respuesta al tratamiento, su actitud y su comprensión. En algunos casos la respuesta a las técnicas conservadoras de la terapéutica inicial es tan impresionante que disminuye en gran manera e incluso elimina la necesidad de otras técnicas más complejas de tratamiento, por el contrario una reacción insuficiente puede exigir un nuevo estudio del caso y una revisión extra.

Terapéutica coadyuvante.-

Extracción:

Desde un punto de vista ideal la extracción de los dientes en que es obvio, que no tienen remedio, deberán realizarse precozmente en el régimen de tratamiento, puesto que tales dientes pueden contribuir al progreso de la enfermedad o representar un obstáculo cuando se efectúan maniobras terapéuticas ejemplo, el raspado de la raíz y la cirugía periodontal se facilita si se eliminan los dientes condenados. Con todo y las ventajas técnicas que se logran con la extracción de estos dientes al comenzar el tratamiento se han de sopesar teniendo en cuenta los factores etiológicos y psicológicos que la extracción produjera en el paciente.

En muchos casos lo mejor es preparar al paciente en los posibles casos, con unas cuantas palabras bien dirigidas durante la presentación del caso, pero retrasar la intervención hasta que se haya establecido una buena comunicación y confianza. Entonces se ha de proceder a la extracción durante alguna maniobra quirúrgica periodontal. Si se hace de esta manera el terapeuta tiene la ventaja de observar al diente dudoso después de haber el área, y el paciente sabe que la decisión final solo se ha tomado después de haber agitado todas las medidas conservadoras. Algunas veces sorprende comprobar que un diente que en un principio parecía sin remedio, responde a los procedimientos terapéuticos iniciales y puede conservarse durante un periodo indefinido.

En ningún caso se ha de hacer una extracción sin haber evaluado antes todos los miembros de la arcada dental. Con independencia del estado del paciente, se ha de considerar su importancia estratégica y su posible contribución en el éxito del tratamiento conservador. Con los conocimientos procedimientos y técnicas actuales, es posible salvar casi todos los dientes si su retención es lo suficientemente importante para justificar las técnicas necesarias, por el contrario no se aconseja acudir a intentos heroicos para salvar dientes muy afectados.

Correcciones de las restauraciones.-

En los estadios preliminares de la terapéutica periodontal se intenta determinar y eliminar todas las causas posibles de inflamación gingival y periodontal. Por lo tanto en cuanto se hayan eliminado todos los depósitos de cálculo, - la atención debe de dirigirse hacia la corrección de los defectos que pueden existir en las atenciones anteriores que podrían actuar como irritantes adicionales. Tales imperfecciones pueden ser causa de irritación de los tejidos gingivales, puesto que permiten la retención de alimentos y residuos, proporcionando así un medio a los microorganismos, o producir lesiones hísticas por traumatismo mecánico.

Las restauraciones se examinan atendiendo a las partes salientes, los bordes cervicales asperos, las areas de contacto deficientes, la anatomía o las relaciones oclusales - inadecuadas, los contornos coronales y los contactos interproximales irregulares, y la presencia de caries subyacente mediante las piedras, las fresas, las limas y los instrumentos de corte ultrasónico, se ajustan los bordes de las restauraciones imperfectas y se restablece la anatomía coronal. En este momento se pueden poner restauraciones temporales para eliminar los defectos coronales.

En el tratamiento restaurador final, suele diferirse hasta que se ha dominado la infección parodontal. Una vez que se ha realizado la eliminación de la bolsa, los tejidos gingivales pueden adoptar una posición estable con una forma fisiológica a la cual pueden adaptarse contornos anatómicos coronales protectores. Sin embargo no siempre es posible retrasar los procedimientos de restauración definitiva hasta que se ha completado la terapéutica periodontal y se ha logrado la curación. En presencia de lesiones profundas de caries que hacen temer una exposición de la pulpa, puede ser necesaria la excavación y la restauración inmediata de estas areas.

En las situaciones en que se han de hacer restauraciones cuando todavía está enfermo el periodonto, que aconseja restaurar con amalgama provisionalmente.

Cirugía Periodontal.-

Independientemente del grado de enfermedad presente, cuando se examina al paciente por primera vez, cabe obtener ventajas definidas de la aplicación de algunos métodos - incluidos en las técnicas iniciales o coadyuvantes.

En algunos casos la supresión de los factores etiológicos tendrá por consecuencia la restauración natural - y evitará la necesidad de proseguir el tratamiento, si la enfermedad ha progresado hasta el punto en que la autorreparación ya no es posible, la disminución de la inflamación producida - por las medidas preliminares facilitará la intervención quirúrgica requerida en las fases más avanzadas de la terapéutica.

El tratamiento de los casos más avanzados de enfermedad periodontal esta encaminado a la reparación de las deformidades arquitectónicas existentes ha consecuencia de los trastornos morbosos. En esencia consiste en la eliminación - de las bolsas supra e intraoseas, y en intervenciones plásticas y coadyuvantes para volver a formas arquitectónicas fisiológicas gingivales y de tejidos duros.

Las medidas terapéuticas comprendidas en esta fase de tratamiento varían desde procedimientos quirúrgicos relativamente sencillos a formas más complejas de cirugía osea y - mucogingival. Las técnicas descritas en este capítulo se han limitado a las formas más simples de cirugía periodontal que - pueden incorporarse desde un punto de vista realista, al arsenal del dentista general, específicamente el raspado de tejido blando, la gingivectomía la gingivoplastia y la frenectomía - simple. No incluyo las técnicas quirúrgicas más complicadas - tales como la ampliación de la encía fija, la modificación del vestíbulo, los colgajos por deslizamiento etc.

Cuidados de mantenimiento.-

Como la enfermedad periodontal en la mayoría de los casos es una afección crónica, los cuidados de mantenimiento deben de considerarse parte intrínseca del tratamiento. Ningún régimen terapéutico periodontal puede tener un éxito permanente si los factores que llevan al proceso morbozo continúan afectando al periodonto. La placa bacteriana se adhiere a la superficie dental si no se llevan a cabo las técnicas de higiene dental en un periodo de tiempo relativamente breve. Si se deja que la placa permanezca en su sitio, se produce rápidamente un residuo de sales de calcio en la matriz bacteriana y se forma el cálculo. Ahí se constituye el factor local primordial responsable de la iniciación del proceso morbozo y comienza nuevamente la desintegración periodontal.

Es imposible que el dentista asume la responsabilidad de eliminar diariamente la placa bacteriana, esta responsabilidad corre a cargo del paciente, no obstante el terapeuta esta obligado a dejar el periodonto en un estado que el paciente pueda conservar, y enseñarle como y por que se han de limpiar los dientes y a fijar una pauta de revisiones periódicas para poder apreciar los efectos del tratamiento y de los cuidados caseros y practicar las operaciones que sean necesarias.

La primera cita de revisión se ha de fijar para una fecha no mayor de tres meses después de terminar el tratamiento activo. Entre las operaciones que es necesario efectuar en esta sección figura la historia clínica y dental del periodo transcurrido, la inspección y la palpación de los tejidos orales blandos, el analisis de la oclusión, examinar posibles carieses y por supuesto el sondeo de la profundidad del surco. El ultimo se ha de efectuar sin tomar en cuenta la ficha previa con el fin de tomar un juicio objetivo. Por muy meticuloso que el paciente haya sido en la ejecución de las técnicas de higiene oral prescritas, generalmente será necesario que el escariado coronal y el raspado de las raices en la sección de revisión.

Si el examen oral revela avances positivos no habrá que recurrir a otra forma de terapéutica, y si la acumulación de placa bacteriana ha sido excesiva deben de revisarse los métodos de higiene oral.

Teniendo en cuenta la evaluación de la capacidad del paciente para mantener el nivel de higiene oral, se fija una nueva cita, el periodo entre dos secciones puede ser de dos meses hasta un máximo de seis cuando el paciente ha mantenido - una buena higiene oral.

TERAPIA INICIAL

Se puede ilustrar al paciente sobre los métodos de higiene oral antes del escariado inicial o después de él. A no ser que haya una cantidad inusitada de cálculo, los autores prefieren empezar el tratamiento con una discusión sobre la - higiene oral y la prevención de la enfermedad periodontal. El régimen de higiene oral está encaminado al control de la flora bacteriana asociada con los residuos orales y el cálculo, - factores considerados primordialmente en la aparición de la enfermedad periodontal, si se desea que el programa sea eficaz, - los procedimientos han de ser sencillos y cómodos, requerir el mínimo de instrumentos y que el periodo de tiempo sea relativamente breve, y producir los máximos beneficios sin traumatizar los tejidos de soporte de los dientes.

Utillaje.-

Los cuidados higiénicos necesarios se limitan al mínimo requerido para conseguir una buena eliminación bacteriana lo más rápida, eficaz y atraumática que sea posible. Aunque algunos problemas individuales pueden obligar el uso - de instrumentos, el utillaje se suele restringir a : tabletas reveladoras de placa, 2.- cepillo de nylon suave, 3.- hilo - dental sin cera.

Primera cita.-

Pastillas reveladoras de placa:

Esta sección da inicio con una explicación clara y concisa de lo que es la enfermedad periodontal, por medio de diagramas se muestra el periodonto normal y los progresos de la enfermedad periodontal desde los inicios hasta las fases avanzadas, luego con la sonda periodontal el terapeuta muestra los diversos estadios de la enfermedad en la boca del propio paciente el cual va observando la operación con un espejo de mano.

Se explica brevemente el papel de las bacterias como el factor etiológico primordial en la aparición de la enfermedad. Puesto que muchos pacientes están familiarizados con el concepto de que las bacterias son causa de caries dental generalmente no tienen dificultad en aceptar la explicación de que la enfermedad periodontal obedece a la acción de los productos bacterianos sobre las estructuras de soporte de las piezas dentarias. Después de esta explicación se les muestran las pastillas reveladoras de placa y su finalidad. La tableta reveladora contiene un colorante vegetal hidrosoluble (eritrosina) que no colorea los dientes ni las restauraciones pero que es específica para las acumulaciones bacterianas. Al disolverse el colorante en la boca revela la situación de la placa dentobacteriana que ordinariamente es incolora, de manera invariable las áreas cervical e interproximal presentan una tinción más intensa.

Se invita al paciente a que mastique la tableta y que haga circular la solución por toda la boca durante 30 a 60 segundos, luego se le da un espejo de mano y se le indica que se observe mientras que el dentista quita una porción del material teñido rascando suavemente la masa con un instrumento. Se continúa la demostración de lo fácil que es la eliminación de la acumulación bacteriana dando al paciente un cepillo blando y diciéndole que termine de eliminar todo el colorante en el interior de su boca.

Cuando el paciente ve las áreas que hay que limpiar y comprende la importancia que tiene la eliminación del colorante suele desarrollar una técnica de cepillado sorprendentemente eficaz.

Segunda cita (cepillado).-

Antes de empezar el tratamiento en la segunda cita, se usa una tableta reveladora para evaluar el nivel de higiene oral conseguido. Se enseñan las áreas coloradas al paciente y se le llama la atención sobre la limpieza submarginal que se desea. Luego se le enseña la técnica de cepillado que le permitirá lograr tal limpieza.

Cepillo.-

En etapas pasadas se creía que el cepillo de cerdas naturales aumentaba la eficacia de la limpieza, especialmente en las áreas interproximales y que también realizaba un masaje en la gingiva. Los estudios realizados con las pastillas reveladoras no han aportado pruebas que atestigüen esta creencia, se ha demostrado que los cepillos duros son más traumáticos y también menos eficaces para limpiar las áreas interproximales y marginales. Cuando se examina bajo aumento las cerdas de un cepillo, se ve que muchas puntas están cortas en ángulos agudos, tales cepillos y los de cerdas de nylon o naturales dispuestas en dos o tres hileras tienen los bordes mellados, espolones y otras irregularidades con acción de corte.

Los autores piden y opinan que son mejores los cepillos de nylon con las puntas redondeadas a la cerda dura o semiduras, por lo tanto se recomienda el cepillo de haces múltiples recortadas a nivel con cuatro filas de cerdas de nylon de 0.007 a 0.008 pulgadas de diámetro.

Los informes acerca de las investigaciones realizadas sobre el cepillo automático durante los últimos cinco años, así como las impresiones clínicas subjetivas han sido contradictorias e inducen a la contradicción.

Muchos investigadores coinciden en que el cepillo eléctrico aumenta la eficacia del cepillado inicialmente - por que los pacientes lo utilizan durante mayor tiempo que el cepillo manual, sin embargo como muchos pacientes vuelven a su costumbre anterior una vez pasada la novedad del aparato, los beneficios no son duraderos. Actualmente parece que el cepillo eléctrico es útil para el cuidado higiénico de los minusválidos enfermos y ancianos, los pacientes que no poseen la habilidad para manejar bien el cepillo manual pueden hallar ventajas en el uso del cepillo eléctrico, no obstante se sigue recomendando el uso del cepillo manual de cerdas suaves de nylon descrito - en los renglones anteriores.

Métodos del cepillado.-

Entre los muchos métodos de cepillado recomendado para el cuidado higiénico de la cavidad oral, ninguno se ha demostrado claramente superior a los otros métodos. Se debe de enseñar al paciente que se cepille sistemáticamente comenzando hacia atrás y avanzando hacia la parte contraria, para volver a la parte posterior del lado contrario del mismo lado.

El tiempo que demanda la limpieza de la boca varía de cada paciente y dependerá en parte de la frecuencia del cepillado. El cepillado se hará frente a un espejo, con buena luz para que el paciente vea la colocación del cepillo y de las cerdas. Los pacientes que dicen cepillarse con frecuencia quizá no hagan una limpieza tan a fondo como otros que se cepillan conscientemente una vez al día, el paciente debe de cepillarse por las noches antes de irse a dormir, de esta manera durante las horas de sueño la boca estará en las condiciones de higiene mas limpias posible y no se dejará la placa insitu mas de 12 horas.

Técnica intersurcal.-

Se comprobó que no hay un solo método eficaz para todos los pacientes.

El método intersurcal preconizado por Falbot en 1899 y por Bass en 1944 es popular en la actualidad por que incluye un intento por limpiar el surco. Esta técnica elimina la placa del margen gingival expuesto y alrededor de medio milímetro dentro del surco, los surcos interdientarios se limpian mejor con el uso del hilo dental, la superficie oclusal se limpia mediante un movimiento oscilatorio y vibratorio de las puntas de las cerdas sobre la misma cara oclusal. En bocas en que la enfermedad periodontal ha dejado grandes espacios interproximales se hará la técnica de Charters después de la intersurcal para después hacer uso del hilo dental o del cordón de algodón.

Técnica intersurcal modificada.-

En el método intersurcal modificado se mete un cepillo en forma de penacho de cerdas blandas, las cerdas tienen extremos pulidos de 0.01 mm de diámetro. Se coloca el cepillo de manera que las cerdas queden contra la superficie vestibular, palatina o lingual de los dientes, las cerdas internas quedan cerca de los dientes y los extremos de las cerdas contra el margen gingival de esos dientes. Gírese levemente del mango del cepillo hasta que las dos o tres hileras externas de cerdas se apoyen sobre el margen gingival y sobre la encía insertada.

Se imparte un movimiento de vibración en sentido anteroposterior, dejando que las cerdas cercanas se introduzcan en el surco gingival. Al mismo tiempo el movimiento vibratorio de las dos o tres hileras de cerdas quitarán la placa que se ha ya bajo los extremos de las cerdas y estimularán la encía, este movimiento vibratorio se prolongará unos 10 sg. Los costados de las cerdas cercanas friccionarán lo cual ayuda a aflojar la placa, después de efectuar el movimiento de vibración gire el cepillo hasta que llegue a la cara oclusal. Comiense la secuencia del cepillado en la parte posterior de la boca en el arco superior y en las superficies vestibulares.

Cepille la superficie distal del último diente del arco colocando los extremos de las cerdas contra esta cara y haciendo vibrar el cepillo, repita el procedimiento volviendo por la superficie palatina del lado opuesto del arco. Coloque los extremos de las cerdas sobre la superficie oclusal en un extremo del arco superior y vivrese para penetrar en las superficies oclusales dando la vuelta hacia el lado opuesto.

Una vez completado el arco superior cepille los dientes inferiores recomenzando por la cara vestibular del segmento posterior recorriendo el arco por las caras vestibulares - y linguales de la misma manera que se hizo en el arco superior. Coloque los extremos de las cerdas en los márgenes gingivales - con los costados de las cerdas sobre las superficies dentarias - gire el mango del cepillo de modo que dos o tres hileras externas queden en contacto con la encía insertada i enseguida vivre el cepillo en sentido anteroposterior dejando que los extremos de las cerdas de las hileras internas introduzcan dentro del - surco gingival. Despues gire la muñeca para llevar los extremos de las cerdas hacia las superficies oclusales, haga esto - por sectores en todo el arco en la superficie vestibular de los dientes y repitiendo en las superficies linguales como se describió para el arco superior. Cepille perfectamente las superficies oclusales y distales de los últimos dientes del arco. Cepille el segmento lingual anterior como cualquier otro segmento.

Técnica de Stillman modificada.-

Ha gozado de gran popularidad pues permite limpieza y excelente masaje, en virtud de la estimulación que proporciona se ha recomendado para tratar problemas de hiperplasia gingival. En esta técnica primero se colocan las cerdas sobre la encía insertada inmediatamente coronaria a la unión mucogingival. Coloque las puntas de las cerdas apicalmente con una angulación de 45° . Con los costados de las cerdas apoyados firmemente contra la encía, efectúe un movimiento leve de vibración simultaneamente o con el movimiento gradual del cepillo hacia el plano oclusal.

Este masaje mesiodistal leve, pero firme, limpia al diente con eficacia, en especial cuando el movimiento vibratorio fuerza - las cerdas contra los espacios interproximales y zonas dentaria vecina y simultaneamente se masajea la encia. Se advertirá sobre la situación dañina de la colocación inadecuada de las cerdas para evitar las lesiones de los tejidos blandos. Asegurese que el paciente sepa lo facil que es pasar por alto a la encia y - a las zonas cervicales de los dientes y dejar materia alba.

Se hace un presión para que los tejidos palides can, al cepillar las zonas vestibulares de las piezas posteriores superiores, se muestra como se obtiene espacio para el cepillo moviendo la mandibula hacia el lado que se esta cepillando se muestra como cepillar las superficies distales de los últimos molares moviendo las cerdas hacia arriba y en redondo sobre estas superficies.

Se hace la demostración de la colocación del cepillo en los dientes y en la encía, en superficies palatinas y linguales. La técnica se mostrará primero en la región anterior inferior. Los pacientes con procesos cortos utilizarán parte de las cerdas. En algunos casos los pacientes podrán limpiar los - incisivos inferiores mordiendo el cepillo de textura fina. Otra manera de limpiar los dientes inferiores por sus superficies linguales es tomando el cepillo por el extremo, inclinándolo sobre el lavabo y se transmite la fuerza del brazo en el movimiento. Puesto que las superficies linguales de los incisivos inferiores son zonas difíciles de limpiar se pueden emplear - muchos tipos de cepillos.

Se debe de insistir en la necesidad de alcanzar toda la superficie lingual de los molares inferiores. Se debe de enseñar al paciente como puede dejar de limpiar el último molar si no lleva el cepillo sobre la encía y bien atrás. Cuando el paciente tiene nauseas o dificultades con el acceso, - se enseña a colocar las cerdas sobre las superficies oclusales - manteniendo la mitad de las cerdas en esa posición y llevando el resto de las cerdas sobre la encía.

En las superficies orales de premolares y molares superiores, se mantiene el cepillo paralelo a la línea media del maxilar superior, de esta manera las cerdas llegan a la zona en forma pareja. Si el mango se mantiene ladeado no todas las cerdas tocan los dientes y la limpieza y el manejo no serán ideales.

Los beneficios de la técnica de Stillman son los siguientes:

- 1.- La encía insertada se estimula mecánicamente.
- 2.- El tercio gingival del diente se limpia mediante un movimiento vibratorio corto sobre la superficie, y se elimina la placa que se halla entre el margen gingival y el ecuador del diente.
- 3.- Las puntas de las cerdas llegan hasta las zonas interproximales y limpian y estimulan la papila interdental.

Lo anterior es una descripción de la técnica de Stillman modificada, en la original se emplean otro tipo de movimiento para la limpieza de la cara oclusal. Las cerdas se colocan sobre el margen gingival y la posición cervical de los dientes, y la presión vibratoria mesiodistal se ejerce sin movimiento de las puntas de las cerdas desde su posición original.

Técnica de Charters.-

Cuando las papilas interdentarias se han retraído y han dejado zonas interdentarias abiertas, la técnica de higiene y fisioterapia bucales deben de adaptarse a este terreno bucingival. Se introducen las cerdas sobre los dientes en sentido incisal u oclusal con una angulación de 45° . Una vez que las cerdas están dentro de los espacios interproximales se hace un movimiento circular firme pero suave durante unos 10 a 15 sgs.

Para hacer el cepillado lingual se emplea el mismo procedimiento excepto que solo se pueden utilizar eficazmente las puntas de las cerdas del cepillo.

En las zonas palatinas y linguales de los dientes posteriores el paciente apoyará el cepillo contra el paladar - para que las cerdas trabajen entre los dientes. Si no se mantiene el ángulo apropiado, las cerdas lesionan la encía e impiden que el resto de las cerdas trabajen en la zona interdientaria. A muchos pacientes les cuesta mucho trabajo aprender la técnica de Charters, Stillman e Intersurcal pero ninguna técnica - elimina bien los residuos una vez que se han desprendido por ello a cada cepillado seguirá un enjuague minucioso y vigoroso.

Técnica Circular.-

Probablemente la técnica circular sea la más - enseñada por que el paciente la realiza con facilidad, es apropiada solamente cuando hay cambios mínimos en la relación dentogingival normal. En esta técnica las cerdas se colocan bien - arriba de la encía insertada con una angulación de 45° . Se presiona el costado de las cerdas contra el tejido y al mismo tiempo se mueve el cepillo hacia incisal u oclusal contra la encía y los dientes con movimiento circular.

Hilo o seda dental.-

No se debe de enseñar el uso de la seda dental hasta que el paciente haya demostrado un grado aceptable de eficacia y aprovechamiento con las pastillas reveladoras de placa y el cepillo, entonces se le dan las instrucciones para que utilicen la seda en las áreas interproximales que son inaccesibles para el cepillado. La cera encerada y anunciada y vendida por todo el país tiene sus inconvenientes, como es gruesa al insertarse en las áreas de contacto se fuerza la separación de los - dientes, en ocasiones produce dolor. Lo incomodo de su uso desanima inmediatamente al paciente para continuar con su uso.

La cera destinada a evitar que se enganche y que se parta, puede quedar atrapada en las áreas interproximales y contribuir a la incomodidad del paciente. Asimismo al unir todos los filamentos individuales en uno solo, la cera reduce mucho la superficie cortante a una sola, por lo cual disminuye su eficacia para eliminar la placa y las partículas de alimento.

La ceda sin cera mas fina, puede hacerse pasar por las areas de contacto separando mucho menos los dientes - y por ello su uso es mas cómodo. Con un suave movimiento de vaivén se le hace pasar por el área de contacto de suerte que no salte bruscamente y no corte el tejido blando del espacio interproximal y luego se mueve de adelante hacia atrás contra ambas superficies dentales adyacentes. Los filamentos se separan y cada uno de ellos se convierte en un borde cortante individual que desaloja y elimina la materia alba y la placa acumulada y los restos alimenticios aprisionados entre ellos. Cuando los puntos de contacto son uniones selladas como en las restauraciones y las férulas, se puede enhebrar la ceda a través del espacio interproximal luego se mueve en dirección anteroposterior para limpiar el área de tejido situado por debajo del pónico.

Medios auxiliares de la higiene oral:
Hidroterapia.-

Algunos investigadores consideran eficaces las irrigaciones con agua a presión a diferencia del enjuague bucal corriente para arrastrar los tejidos sueltos de las bolsas periodontales y disminuir la reacción inflamatoria en la región marginal de las bolsas. Sin embargo otros investigadores han demostrado que la placa bacteriana se mantiene casi igual después de la irrigación y que el uso regular de las pulverizaciones acuosas no evita la acumulación de la placa bacteriana.

se recomienda proceder con cuidado al aplicar las pulverizaciones hídricas, ya que diversos estudios han demostrado que el uso prolongado elimina el epitelio del surco con tanta eficacia como la cucharilla y se han publicado varios artículos sobre abscesos periodontales múltiples consecuencia de la hidroterapia la presión excesiva o la aplicación prolongada en una área limitada pueden separar el ligamento epitelial de la superficie radicular y destruir las fibras gingivales subyacentes. Por estas razones y por que no se ha demostrado que el chorro de agua sea eficaz para eliminar los microorganismos adherentes solo esta indicada una presión suficiente para poder arrastrar los residuos sueltos.

Enjuagues.-

La limpieza física y la acción de arrastre de los enjuagues, en especial inmediatamente despues de los alimentos, ayuda a eliminar dichos residuos. No obstante este procedimiento no arrastra los residuos de los espacios interproximales ni impide la acumulación de la placa bacteriana, ni extirpa la placa que ya se ha adherido a la superficie de los dientes.

Contra lo que proclaman los anuncios no existen pruebas de que los preparados comerciales con sustancias medicamentosas y perfumadas sean mejores que el agua sola. Si bien el número de bacterias cultivables en la cavidad oral disminuye inmediatamente despues del uso del colutorio, la reducción es temporal y con poca importancia clínica ya que cabe obtener igual reducción con el empleo del agua sola. Por consiguiente si no es como medio de lavado mecánico los preparados comerciales raramente estan indicados como auxiliar de la higiene oral normal con el uso del cepillo.

Dentífricos .-

Casi todos los dentífricos tanto en forma de pasta como en polvo se componen de elementos parecidos, un abrasivo que actúa al mismo tiempo como agente para pulir, un deter-

gente sintético que contribuye a la limpieza y a reducir la tensión superficial y por su acción espumante un exipiente y un agente para perfumar. El agente abrasivo coadyuva a la eliminación de las bacterias adherentes y a desmanchar. Con todo a pesar de los supuestos beneficios terapéuticos demostrados de algunos dentífricos en la reducción de la incidencia de caries, no hay pruebas claras de que un dentífrico determinado sea más eficaz que otro para tratar la enfermedad periodontal.

Escariado y raspado de las raíces.-

La eliminación del cálculo suele iniciarse en la primera sesión del tratamiento, después de discutir con el paciente la enfermedad periodontal y de presentado el programa de higiene oral. Como la eliminación de cálculo en este tipo de paciente generalmente es bastante extenso, no se puede quitar todo el depósito en la primera sesión. Por lo tanto la primera operación que se ejecuta es el escariado burdo, es decir se atacan los depósitos supra y subgingivales con objeto de quitar la mayor cantidad posible en el tiempo mas corto, generalmente una sesión. En citas posteriores se realiza el alisado o curetaje de las raíces, esta maniobra esta encaminada a la exploración meticulosa de las superficies radicales con el fin de eliminar los restos y pulir las superficies de los dientes en sus raíces.

Para eliminar las porciones grandes de cálculo cabe utilizar cualquier sistema pero sea cual fuere el método elegido, el escariado se ha de realizar meticulosamente para no pasar por alto ninguna parte de la boca. Los autores prefieren enpezar por la distal del cuadrante derecho del maxilar y proseguir alrededor del arco de derecha a izquierda se procede al escariado de las superficies faciales e interproximales de cada diente y cuando comienza la hemorragia y la visión queda perturbada el operador pasa al diente siguiente pese al hecho de que tal vez queden restos de cálculo.

Después de pasar alrededor del arco maxilar de derecha a izquierda por el arco facial, el operador vuelve por las superficies palatales de izquierda a derecha, la misma operación se realiza para el arco mandibular. Cuando se realiza esta técnica la hemorragia no presenta ningún problema por que cede antes de que el operador vuelva a la misma zona, así pues el operador trabaja en un campo relativamente limpio, lo cual mejora el resultado de su trabajo.

El curetaje definitivo de las raíces puede necesitar varias secciones tal vez hasta cuatro, según la extensión del depósito presente. En este caso el método circular no es tan eficaz como el de concentrarse en un cuadrante determinado para poder explorar a fondo las bolsas del área, en tales casos es preferible limitar la operación a una área determinada de suerte que no sea necesaria la anestesia en toda la boca al mismo tiempo.

Las curetas.-

El escariado y el curetaje de las raíces figuran entre las operaciones más difíciles de la Odontología, en parte por el carácter tenaz de los depósitos de cálculo y con frecuencia por la localización en áreas submarginales relativamente difíciles para el acceso. A través de los años se han ido recomendando innumerables instrumentos para realizar estas operaciones, y hasta hace poco los que gozaban de mayor aceptación eran los escariadores, las azadas y limas. Por desgracia el tamaño de estos instrumentos impiden que alcancen el fondo de la bolsa sin una distensión considerable de tejido blando y dislaceración de tejido conjuntivo subepitelial. El conocimiento cada vez mayor de las deficiencias en el diseño de estos instrumentos, las dificultades para acomodarlos en las bolsas y el debridamiento poco satisfactorio que con ellos se consigue ha conducido a una amplia elección de las curetas como instrumento básico en la eliminación del cálculo dental.

La cureta es un instrumento mucho muy superior a cualquier otro instrumento destinado al raspado y escariado de las raíces, como su borde activo es menor que el de otros instrumentos, su empleo produce una distensión menor que el de otros instrumentos en la pared de tejido blando de la bolsa y menos molestias al paciente. El hecho de que su borde cortante puede llegar a la base de la bolsa facilita la eliminación del cálculo en una área de una importancia crucial para el tratamiento de la enfermedad periodontal.

Aunque hace años se ha reconocido la superioridad de la cureta, su uso se ha limitado a los especialistas, tal vez por que se creía erróneamente que era un instrumento de difícil manejo. Por el contrario como la cucharilla se adapta mejor a la eliminación del cálculo su empleo requiere menos tiempo y esfuerzos por parte del operador que con otros instrumentos de raspado, por todo lo dicho se ha de convertir en componente indispensable en el arsenal del dentista de práctica general.

Manejo de los instrumentos.-

Investigaciones recientes sobre la curación en diversas fases de la terapéutica periodontal, han servido de base para hacer unas consideraciones en las técnicas de escariado y curetaje. Diversos autores han observado la presencia de material calcificado en las muestras biópsicas gingivales - muchos de los cuales se han clasificado como residuos y fragmentos de cálculo que han sido empujados al interior del tejido durante las maniobras de raspado. Asimismo se encuentra este material extraño corrientemente cuando la inflamación persiste durante el periodo que sigue el tratamiento periodontal. Por esta razón se ha convertido en práctica corriente la irrigación frecuente enérgica y generoso del área del surco durante la operación del raspado para arrastrar las partículas que de otro modo podrían quedar atrapadas en el tejido conjuntivo adyacente.

También se ha demostrado que durante el manejo de los instrumentos, se produce con bastante frecuencia cortes y desgarros de los tejidos conjuntivos en la base de la bolsa. La subsiguiente pérdida de elementos de fijación originados por la proliferación epitelial hacia la profundidad de la lesión traumática es una señal de alerta sobre la necesidad de proceder con cuidado durante el raspado.

Es de suponerse que la importancia de las lesiones puede reducirse si se emplean instrumentos pequeños como las curetas. La técnica que se considera preferible consiste en insertar con precaución los instrumentos pequeños hasta la base de la bolsa y ejecutar movimientos rápidos y breves en dirección coronal. Aunque las cucharillas se pueden utilizar en forma de empuje y tracción, se aplica con mayor frecuencia el de tracción, pues se evitan las lesiones de los tejidos y fragmentos de cálculo que no entran a presión en los tejidos blandos, la empuñadura modificada en forma de pluma con un tercer apoyo para los dedos lo más cerca posible de la bolsa de trabajo, permite al operador el máximo uso del instrumento y contribuye a la eficacia y seguridad de su uso.

Ultrasonidos.-

Recientemente se han desarrollado una serie de instrumentos que incorporan los principios vibratorios de los ultrasonidos y de baja frecuencia, para responder a la demanda de una técnica menos exigente que la requerida para el uso manual de los instrumentos anteriores. Con un aparato vibratorio llamado cavitron, en el cual se combina la pulverización de agua con un extremo metálico activo, ha demostrado ser útil para remover los depósitos grandes de cálculo. Sin embargo este instrumento resulta menos eficaz cuando los depósitos son finos, pues ha quedado suprimida la presión táctil que solo es posible con los instrumentos de mano.

Además de su utilización en los depósitos grandes de cálculo el cavitron también se ha utilizado para el raspado de tejido blando y en el tratamiento inicial de la gingivitis ulcerativa necrótica. Los pacientes en la fase aguda de la gingivitis ulcerativa crónica sufren siempre molestias intensas y es frecuente que el dolor producido por el manejo de los instrumentos de mano interfieran seriamente en las operaciones de debridamiento. Como la eliminación de cálculo con el cavitron implica menos manipulación en los tejidos, que los instrumentos de mano el dolor es mucho menor.

A la luz de nuestros conocimientos actuales, la ventaja más importante del cavitron, en comparación con los instrumentos manuales, parece ser la del beneficio de la acción de arrastre que realiza el chorro de agua que acompaña a la punta activa. Más para el raspado de la raíz la técnica de elección para la mayoría de los pacientes sigue siendo la cucharilla manejada a mano. Con un arsenal mínimo el terapeuta puede llegar a la parte más difícil en relación al acceso del instrumento, y con la práctica conseguir una zona radicular limpia y lisa, las cucharillas son baratas y fácil de afilar.

Esferulado temporal.-

Durante las fases iniciales de la terapéutica se intenta identificar y eliminar todos los factores que puedan contribuir a la destrucción periodontal, o retrasar e impedir el proceso de autorecuperación. Los dientes flojos las restauraciones inadecuadas o los hábitos orales como el de rechinar los dientes puede convertirse en fuente de irritación que lesione al periodonto. Las férulas destinadas a proporcionar apoyo, reducir el trauma o aliviar la tensión ayudan a disminuir tales influencia nocivas. Algunas férulas pueden aplicarse temporalmente, o con intervalos durante el período en que se efectúan otras técnicas de tratamiento periodontal.

En algunos casos los dientes flojos adquieren firmeza al ceder el proceso inflamatorio, después de eliminar la placa bacteriana y el cálculo, y después de corregir las restauraciones defectuosas, o cuando se han suprimido las fuerzas excesivas mediante la corrección de las discrepancias oclusales con el tallado. Después de evaluar las diversas formas de terapéutica periodontal puede enjuiciarse la necesidad del esferulado permanente. Si las lesiones del periodonto son tan extensas que ya no es posible la autocuración, tal vez haya que recurrir a la esferulización continua.

Tipos de férulas temporales.-

Para el esferulamiento temporal cabe utilizar diversos aparatos como las férulas con ligadura de alambre, las férulas de banda ortodóncica soldada, la férula de resina acrílica removible y el aparato Hawley. Las ventajas de tales aparatos es de que se pueden colocar sin preparación dental previa, cabe hacer una férula que consiste en obturaciones de amalgama unidas en los contactos interproximales, que proporcionan una estabilidad temporal.

En esta sección se describirá la férula de ligadura de alambre inoxidable y la férula de resina acrílica removible:

Férula de ligadura de acero inoxidable.-

Este tipo de férula es una de las formas más antiguas de esferulamiento temporal y una de las más eficaces para la estabilización de los dientes móviles, con su empleo se logran varios objetivos.-

- 1.- Los dientes flojos se mantienen firmes en el arco, lo cual facilita mucho la estabilización de los dientes móviles y el ajuste oclusal.

2.-Disminuye el dolor y las molestias producidas por la movilidad.

3.- Se elimina el trauma del periodonto producida por el movimiento dentario continuo lo cual proporciona mejor ambiente - para los procesos curativos.

4.- La respuesta al esferulamiento permite un pronóstico a largo plazo y la elaboración del plan de tratamiento.

La férula de ligadura de alambre resulta bastante resultado y es especialmente adecuado para la estabilización temporal de los dientes anteriores, pero generalmente no es utilizado para los dientes posteriores, donde la forma de los dientes aumenta la probabilidad que se produzcan interferencias oclusales tras la aplicación de las férulas, los dientes posteriores se estabilizan mejor mediante bandas ortodónticas soldadas.

En años recientes se ha modificado la férula de ligadura de alambre por la adición de resina acrílica que se aplica sobre la férula de alambre. El revestimiento acrílico aumenta la estabilidad de la férula, ayuda a evitar las roturas o los desplazamientos y mejora la estética.

Cabe utilizar la férula de ligadura de alambre sin revestimiento acrílico cuando no hay que tener en cuenta el aspecto estético, cuando solamente se ha de utilizar durante un corto tiempo, o cuando el índice de caries es muy elevado, no obstante en la mayoría de los casos es sumamente recomendable el uso del revestimiento de acrílico.

Los componentes principales de la férula de ligadura de alambre son los siguientes:

- 1.- Arco de alambre
- 2.- Los alambres de ligadura interproximales
- 3.- Los ganchos cervicales para mantener en posición la férula principalmente mediante la preparación preliminar de los alambres.

El fragmento de alambre de 12 pulgadas que servirá de arco se dobla y se retuerce para conseguir mayor rigidez. Para retorcer el alambre rápida y eficazmente se introduce el extremo doblado en el mandril de un torno de laboratorio y se hace funcionar el motor mientras se mantiene los dos extremos libres con un portaagujas. Los trozos de alambre de 4 pulgadas de longitud se usan como alambres interproximales y pueden doblarse previamente en forma de orquilla para el pelo con una rama algo mas larga que la otra. Esta forma facilita la introducción por los espacios interproximales.

Se utiliza alambre de acero inoxidable para ligaduras de 0.010 pulgadas de diámetro. En ningún caso debe dejarse colocada un férula de acrílico y alambre o alambre solamente durante mas de tres meses. La capilaridad facilita la acumulación de líquidos orales debajo del acrílico, lo cual produce erosiones en la superficie dental. Se ha de revisar la férula a intervalos regulares y en caso de observar que se mueve o que esta floja es necesario retirarla inmediatamente.

Férula de resina acrílica removible (También recibe el nombre de protector nocturno de mordida).-

La férula de resina acrílica removible fue ideado en un principio como un auxiliar para dominar las fuerzas oclusales excesivas asociadas con mucha frecuencia al bruxismo nocturno. Si se cubren las caras oclusales con una férula de resina acrílica removible plana, evita el engranaje de las cúspides y los movimientos de lateralidad de los dientes que ya se han aflojado a consecuencia del efecto de los hábitos orales o de la pérdida de elementos de fociación.

Si bien la férula de resina acrílica removible se destina generalmente a corregir hábitos, también puede ser considerada como una forma de férula temporal aplicable a otro tipo de casos. En algunos pacientes con discrepancias oclusales cuando se tropieza con dificultades para realizar una relación céntrica positiva, la férula simula la acción de un plano de mordida en que tiende a destruir las vías neuromusculares apren-

didadas por el paciente para evitar que se forme permanentemente la vía de cierre céntrica y así ayuda a localizar y identificar las interferencias oclusales que posteriormente se pueden eliminar mediante el tallado selectivo.

Este tipo de férula también puede ser de utilidad para pacientes que necesitan restauraciones extensas, - cuando por alguna razón no pueden completarse o se prevé algún retraso, en este caso la férula actúa como estabilizador - evitando que se produzcan cambios en las relaciones entre los dientes con secuelas inevitables. La férula de acrílico puede resultar eficaz durante un largo periodo incluso cuando solamente se coloca a ratos. No obstante no debe de considerarse como un sustituto del programa de restauración. Se ofrece solamente como un medio de evitar que avance el colapso antes de instituir los procedimientos de restauración.

La férula de acrílico removible puede ser utilizada asimismo para devolver a un diente no funcional, es decir a uno que carece de antagonista en el maxilar opuesto una función parcial antes de incluirlo en una restauración fija, - cuando un diente no funciona su aparato de fijación se deteriora, las fibras principales del ligamento periodontal se desorientan, al igual que el espacio de la membrana periodontal se estrecha y los espacios medulares del hueso que sirven de soporte se agrandan. La recuperación súbita de la función de un diente así como cuando se inserta una prótesis fija puede producir un aumento de la sensibilidad o un franco dolor durante bastante tiempo, por lo consiguiente si se usa la férula por espacio de un tiempo el diente estará en la mejor disposición de aceptar las cargas de la oclusión normal.

CAPITULO

V

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS MAS FRECUENTES EN PERIODONCIA:

Preparación para la intervención quirúrgica.-

Las técnicas quirúrgicas periodontales se han humanizado con respecto a épocas anteriores en estos últimos años. El uso más documentado y frecuente de los preparados - analgésicos y sedantes han ayudado a que la cirugía sea menos traumática y frecuente para el paciente y más fácil para el - dentista. Algunos pacientes muestran aprensión por cualquier maniobra dental, sin embargo aquellos que se someten a alguna intervención quirúrgica son en especial más aprensivos.

El primer artificio que hay que utilizar para aliviar el temor y la ansiedad surgidas al hablar de la intervención quirúrgica es el compartamiento del dentista. No se - debe de tratar a la ligera la técnica a utilizar ni se ha de ocultar al paciente que de tal técnica implican algunas molestias no obstante se puede evitar el uso de la terminología - alarmante con palabras tales como cortar la encía, actuar quirúrgicamente puede ser substituida por modificar el contorno, cambiar la forma o reparación plástica aunque al paciente hay que decirle la verdad con lo que respecta a la técnica que hay que seguir diciendole que se utilizará la técnica anestésica local o regional y procurará por todos los medios reducir las molestias en todo lo posible durante el tratamiento.

Medicación Preoperatoria.-

La administración del medicamento antes del tratamiento es de utilidad tanto para el paciente como para el dentista, cuando la operación provoca menor tensión para el paciente, el trabajo del operador será más fácil.

La forma mas adecuada para la administración del paciente dental antes de proceder al tratamiento es un barbitúrico de corta duración como el pentobarbital o el secobarbital de corta duración. Otros tipos de drogas que ultimamente han gozado de amplia popularidad son menos adecuados. El empleo de la mepedisina como preparado sedante es que previene la tensión muscular, que es un signo manifiesto de ansiedad, sin embargo para lograr la relajación muscular se presisan dosis muy grandes, para que resulten eficaces en los pacientes dentales. El segundo tipo de preparado es el meprobanato descrito como agente tranquilizante. No obstante los grandes efectos secundarios observados en algunas ocasiones el riesgo de crear hábito cuando se usa durante algún tiempo y la ausencia de pruebas convincentes de que sea mas seguro o eficaz que el uso de los barbitúricos no inclinan a considerar el meprobanato como preparado de elección para aliviar la tensión neurótica en un paciente muy aprensivo ni para la premedicación corriente de los pacientes dentales.

De los diversos medicamentos utilizados el pentobarbital y el secobarbital han demostrado ser los mas eficaces para calmar la ansiedad de los pacientes aprensivos. La dosis media para los adultos para cualquiera de estas drogas tomadas al acostarse la noche anterior a la cita es de 150 mg, también se administra por via oral en dosis de 50 a 100 mg media hora antes de la cita dental.

Como el nivel de sedación resultante de la administración oral es imprevisible, recientemente los dentistas han empezado a administrar barbitúricos por via endovenosa inmediatamente antes de proceder a la intervención quirúrgica. La inyección endovenosa lenta de pentobarbital antes de proceder a la intervención quirúrgica permite estimar al dentista el nivel de sedación alcanzado a medida que va administrando la droga.

Medicación postoperatoria.-

En muchos años el empleo rutinario de la aspirina en forma de dos tabletas de 30 mg resulta adecuado para evitar las molestias postoperatorias periodontales sencillas, además de la aspirina, la medicación postoperatoria que se prescribe comunmente es un analgésico Sulfato de codeína, la cantidad de codeína se puede aumentar hasta 60 mg si la dosis inicial no surte efecto, el efecto secundario que suele aparecer es el estreñimiento pero generalmente no aparece hasta que la administración es mayor de 350 mg.

En nueve de cada diez pacientes o bien la aspirina o bien la combinación aspirina codeína será suficiente para proporcionar alivio de las molestias dentales, si las molestias no calman con la administración de 60 mg de codeína será necesario cambiar a otro tipo de medicamento. Hace algunos años se creía que el dextropropoxifeno (Darvon) hera tan eficaz como la codeína para aliviar el dolor aunque este preparado es un analgésico eficaz al menos como la aspirina sola no alivia tanto el dolor como la codeína.

Cuando se presisan drogas mas fuertes que la aspirina y la codeína se puede prescribir el narcótico meperidina (demerol) en dosis de 50 a 100 mg o tabletas de metadona de 5 a 10 mg esta última actúa a los treinta minutos despues de su administración por via oral. Respecto a las ideas actuales respecto a la prescripción de sustancias medicamentosas, se recomienda que el preparador ponga en la etiqueta el nombre de la substancia activa y las dosis de cada tableta.

Raspado de Tejido Blando.-

Cuando la supresión de la placa bacteriana y de otros factotes etiologíaicos no produce la autorreparación de los tejidos periodontales, cabe intentar la curación de la enfermedad extirpando el tejido enfermo es decir proce-

diento al curetaje gingival o a la gingivectomía. La lección de la técnica a seguir depende del estado de los tejidos. Si la alteración del tejido es inflamatoria cabe lograr el encojimiento y la reducción de las bolsas mediante el debridamiento de la pared interna de la bolsa. Si la enfermedad ha progresado mas allá de la fase inflamatoria aguda y el tejido blando presenta fibrosis, es necesario extirpar toda la pared de la bolsa.

Fundamentos del raspado de tejido blando.-

En el periodo inflamatorio de la enfermedad periodontal, la infección de los tejidos se caracteriza por la degeneración y ulceración del epitelio pavimentoso, el crecimiento de las prolongaciones del epitelio papilar que proliferan hacia los tejidos conjuntivos subyacentes, y la degeneración del aparato de las fibras gingivales que son substituidas por células inflamatorias, tras la extirpación de este complejo histico enfermo mediante el raspado, el proceso curativo produce una retracción de toda la masa de tejido. Se restaura la integridad del epitelio pavimentoso y de las fibras gingivales. Aunque se han publicado casos de la reinsertión de la encía en la superficie radicular, es este un resultado que no es posible asegurar y por lo tanto no constituye un objetivo realista de la técnica, desde el punto de vista clínico la curación se manifiesta por la retracción del tejido marginal y el aspecto normal y sano de la encías.

Indicaciones.-

La bolsa supraosea cuya profundidad va de lo ligero a lo moderado (de 3 a 6 mm) y en la cual la modificación del tejido es de caracter inflamatorio es susceptible al tratamiento por raspado de tejido blando con resultados satisfactorios.

La inflamación suele representarse por la blandura, la tumefacción y el enrojecimiento de la encía y la alteración del tejido puede también manifestarse por la desaparición de los gránulos y la retarcción y eversión de los bordes de las papilas. Las modificaciones oseas determinadas por el sondeo clínico y confirmadas por las radiografías deben de ser mínimas o haber dado lugar a una topografía horizontal aceptable. La persistencia de hiperemia, cianosis y la misma profundidad de la bolsa después del escariado, también indican que es recomendable el raspado.

Contraindicaciones.-

La principal contraindicación del curetaje es que el tejido gingival se haya vuelto firme y fibroso por el depósito de colágeno como componente de la cicatrización en respuesta a una inflamación crónica. No es de esperarse que el tejido fibrótico se retraiga después del curetaje o raspado, por lo tanto cuando se observa la fibrosis de la encía, hay que recurrir a cualquier otro tipo de exsición, asimismo en general cuanto mas profunda sea la bolsa menos indicado esta el raspado, a no ser que la profundidad sea tan grande y la destrucción subyacente tan avanzada que tenga que descartarse la exsición quirúrgica, en tales casos el curetaje practicado como tratamiento paliativo más que curativo puede ser la terapéutica a elección.

Arsenal.-

El mismo juego básico de curetas propuesto para el escariado y el alisado de las raíces puede utilizarse en el raspado de tejido blando, sin embargo constituye una buena práctica reservar un juego aparte para las técnicas en el tejido blando.

Otra cureta de especial valor para el raspado de tejido blando es la de Goldman # 12 destinada específicamente a este fin, se usa como las otras cucharillas y puede aplicarse a la mayor parte de las zonas de la boca.

El cuertaje de tejido blando es un procedimiento quirúrgico y deben de observarse todas las precauciones relativas a la esterilidad quirúrgica. En la práctica basta un paquete envuelto en una toalla esteril con el siguiente equipo que se mantiene a punto para cuando esta indicado el curetaje de el tejido blando.

Boquilla aspiradora

Jeringa para aspiración con aguja corta desechable

Ampolletas de Xilicaina

Espejo # 5

Explorador

Pinzas para algodón

Sonda periodontal

Cucharillas

Gracey 5-6

Columbia 2R- 2L

Columbia 4R-4L

Columbia 13-14

Goldman 12

Lamina de metal Burlew

Espojas quirúrgicas

Método.-

Antes de realizar el raspado de tejido blando hay que completar el escariado y el alisado de las raíces y dejar transcurrir un intervalo de tiempo suficiente para que se resuelva el proceso inflamatorio agudo. Ordinariamente la persistencia de la inflamación después de tres semanas de la eliminación definitiva del cálculo constituye una indicación del curetaje.

Se inyecta un anestésico local por infiltración enpesando por el fornix vestibular y siguiendo por cada una de las papilas interdentes del área que se va a tratar. Los autores prefieren por lo general tratar como máximo dos cuadrantes de un lado de la boca en cualquier sesión y con frecuencia solamente tratan un solo cuadrante. La solución anestésica suprime el dolor del debridamiento, disminuye la hemorragia y distiende el tejido dándole una consistencia mas firme lo cual facilita su corte con el lado afilado de la cuchilla.

Una vez inyectada la solución anestésica se inserta una cucharilla en la bolsa con el borde cortante hacia el tejido blando en vez de la superficie radicular como se acostumbra usarse para eliminar el cálculo. Se imprime a la cureta un movimiento a la pared de la bolsa y se raspa el tejido enfermo, se repiten los movimientos hasta que se retira todo el tejido enfermo como pasta y la cucharilla se desplaza libremente sobre la superficie sana de tejido conjuntivo firme. Aplicando el dedo con ligera presión sobre la pared externa de la bolsa se estabiliza el tejido y se facilita la labor de la cueta.

Después del curetaje se oprimen los tejidos marginales contra las superficies radiculares y se mantiene en esta posición con torundas de gasa y con la presión del dedo hasta que se cohibe la hemorragia. Aunque se puede aplicar una cura quirúrgica periodontal convencional para mantener el tejido adaptado a la superficies de las raíces se ha comprobado que la lámina adhesiva es suficiente para lograr el mismo fin.

Se instruye al paciente para que mantenga colocado el apósito o la lámina durante veinticuatro horas al menos y para que evite cualquier actividad que pudiera deslojarlos, no suele ser necesaria la medicación postoperatoria. En el plazo de una semana se ha de observar el cambio notable en los tejidos, puede preverse el retorno a la forma fisiológica y la recuperación completa de la salud en aproximadamente de dos a cuatro semanas.

Si en este periodo no se ha conseguido eliminar las bolsas tal vez no hubiera indicado el raspado, en tal caso es necesario pensar en su exisición.

Gingivectomía y Gingivoplastia.-

La gingivectomía es una técnica quirúrgica destinada a suprimir la bolsa enferma por exisición de toda la pared de tejido blando. Despues de eliminar el tejido de la pared es necesario modificar el tejido restante para modificar y recuperar su arquitectura gingival fisiológica. Esta fase de la gingivectomía es decir el de conformar las escotaduras de tejido gingival restante, se denomina gingivoplastia. La diferencia entre ambos procedimientos es mas académico que real ya que rara vez se realiz a una sin la otra.

Durante muchos años la gingivectomía constituyó la técnica quirúrgica básica para la erradicación de las bolsas. Actualmente aunque el número de situaciones en las cuales se considera aplicable es limitado, la gingivectomía cuando esta indicada, continúa siendo un método eficaz de conseguir la eliminación de las bolsas. Por lo tanto todabía esta considerada como parte integral de la terapéutica periodontal, pero ahora se opina que es mas importante la habilidad diagnóstica de la operatoria para el éxito de la gingivectomía.

Indicaciones .-

Las indicaciones de la exisición quirúrgica simple de la pared de la bolsa han quedado bien determinadas, y el éxito de esta técnica cuando se utiliza en estos casos esta bien documentado en la práctica clínica.

Requisitos.-

- 1.- El tejido blando de la bolsa es fibrótico y se ha reducido la inflamación aguda mediante una preparación quirúrgica.
- 2.- La topografía del hueso subyacente es aceptable por - que la resorción no ha determinado aberraciones.
- 3.- La profundidad de la bolsa esta limitada a la banda de encía fija.
- 4.- La banda de encía es lo suficientemente ancha para que despues de la exisición, la cantidad restante pueda soportar las tensiones musculares o en las áreas marginales.
- 5.- El tejido gingival tiene un espesor suficiente para - permitir el contorneado posecional del área quirúrgica para volver a crear una forma fisiológica normal.

Contraindicaciones.-

El obstáculo mas importante, aisladamente considerado para el éxito de la gingivectomía es la presencia de deformidades oseas. En los casos en que el proceso inflamatorio ha invadido el hueso subyacente y la resorción resultante ha permitido que el fondo de la bolsa llegue a una posición apical con respecto al borde oseco, la exisición de la bolsa por si sola no puede reparar el defecto y eliminar la bolsa en su totalidad.

Otra contraindicación sería en el caso en que el fondo de la bolsa atraviesa la unión mucogingival. Cuando esto ocurre esta indicada una técnica quirúrgica reconstructiva o plástica para conservar la encía fija que pueda existir o reconstruirla si falta.

Arsenal.-

Se han diseñado gran variedad de instrumentos quirúrgicos para efectuar la gingivectomía y todos ellos - pueden ser utilizados con éxito, y son los siguientes:

Boquilla aspiradora
 Jeringas para aspiración con aguja corta desechable
 Ampolletas de Xilocaina
 Espejo # 5
 Explorador
 Pinzas para algodón
 Sonda periodontal
 Bisturíes de Kirkland 15 y 16
 Bisturí interproximal
 Cucharillas
 Pinzas de tejido
 Tijeras dentadas
 Torundas de gasa
 Cura periodontal
 Espátula y tablilla para mezclar
 Lamina Burlew (ortodóntica)

Método.-

Antes de empezar cualquier tratamiento periodontal se ha de preparar el área que se va a tratar mediante el escariado prequirúrgico del tejido de las raíces. Estas operaciones se han de realizar por lo menos de una - a dos semanas antes de la intervención quirúrgica para que la inflamación ceda. Si la boca se ha limpiado bien durante las fases iniciales del tratamiento no es necesario repetir el escariado y el raspado de las raíces, a no ser que sea evidente una nueva acumulación de cálculo, si es este el - caso el dentista ha de posponer el tratamiento quirúrgico hasta conseguir un nivel satisfactorio de higiene oral.

Cuando la gingivectomía se ha de realizar en toda la boca se ha de realizar por fases, generalmente la extensión del área quirúrgica es de uno a dos cuadrantes de un lado de la boca, algunos autores prefieren completar el tratamiento de un arco entero en una sesión y otros tratan toda la boca. Los autores dividen la cavidad oral en la manera siguiente la primera intervención quirúrgica se limita a un segmento posterior que abarca desde el molar terminal hasta el canino. La segunda se realiza de una a dos semanas después completan el tratamiento del mismo arco y suele incluir una área similar del arco opuesto. El área restante se trata después de otro período cutáneo de dos semanas. La división de la boca en la forma descrita presenta varias ventajas, en primer lugar el área quirúrgica no es extensa, por consiguiente la cura no tiene problemas desde el punto de vista estético, al mismo tiempo constituye una buena oportunidad para observar la reacción del paciente a la intervención quirúrgica. Entonces puede introducirse las modificaciones que se consideren pertinentes en la pauta quirúrgica corriente. La segunda sesión operatoria suele incluir el tratamiento de ambos segmentos anteriores, el maxilar y la mandíbula reduciendo así un mínimo de tiempo en el que hay que llevar curas en la parte anterior de la boca, el área quirúrgica final vuelve a ser poco extensa de ser necesario retocar los segmentos previamente tratados y pueden hacerse sin dificultades durante la misma visita sin alterar las sesiones programadas.

La gingivectomía va precedida de una anestesia local por infiltración primero en el vestíbulo y luego en las áreas interproximales, papilar y marginal. Para la gingivectomía como para el raspado de tejido blando es preferible la anestesia local por infiltración a la anestesia por bloqueo, por que produce una hipoxemia local, por que disminuye la hemorragia y el líquido distiende el tejido dando así una consistencia más firme que facilita la incisión.

Tras la administración del anestésico local se exploran las bolsas con la sonda para determinar la relación con el fondo de la bolsa y con la unión mucogingival y tener una idea de la forma del hueso subyacente, si la profundidad de la bolsa esta limitada a la encía fija y no se descubren deformidades oseas el operador puede proceder a la gingivectomía o gingivoplastia. La medida de la profundidad de la bolsa se traslada a la cara externa de la encía pinchando la superficie facial y lingual en el punto opuesto a la máxima profundidad alcanzada por la sonda, en cada área interproximal y en el centro de cada diente.

Técnica de la gingivectomía convencional.-

La incisión de la gingivectomía convencional se practica con uno de los bisturios para gingivectomía de hoja ancha como el Ireland 15 16. La hoja se introduce en el tejido en un punto perpendicular a la punción que se ha hecho distal al diente terminal. El punto de penetración debe de estar lo suficiente debajo de la punción para que se pueda formar un ángulo de 45° aprox. desde la zona de entrada en la cara externa del tejido hasta el fondo de la bolsa junto al diente. La finalidad de la incisión en bicele es similar el ángulo de la encía sana de suerte que cuando cure el tejido restante reproduzca la topografía gingival normal. Se mueve la hoja de bistruri hacia adelante desde el diente terminal hasta el extremo opuesto del segmento haciendo una incisión continua en un ángulo de 45° que descubre las puntas necesarias para seguir la línea de punción, la punción se debe de hacer con la firmeza necesaria para que atravesase el tejido blando desde la superficie exterior de la encía hasta la pared interna contra la superficie del diente. Luego se repite con uno de los bisturios de hoja estrecha como el A U S C para asegurar el corte de tejido en las regiones interproximales.

Después de trazar la primer y la segunda incisión en ambas superficies, la facial y la lingual, puede extirparse el tejido seccionado con una cureta.

Al llegar hasta aquí hay que repetir el sondeo para comprobar si queda una bolsa residual. Si persiste el fondo de alguna de ellas se ha de eliminar extirpando un poco más de tejido gingival marginal. Con las curetas de cepillan y alisan las superficies radiculares de las raíces y se eliminan las partículas de cálculo que se descubren después de extirpar el tejido, así como los fragmentos colgantes dejados por la incisión.

Luego se retocan y se pulen los tejidos para restablecer la arquitectura fisiológica (gingivoplastia). La acentuación del borde gingival en bisel y de los surcos interdientales puede efectuarse con las pinzas de tejido blando o rascando el área gingival con el bisturi de gingivectomía. Para suprimir los restos de tejido que restan son muy útiles las tijeras dentadas. La superficie cruenta puede irrigarse con agua. Una manera eficaz de cohibir la hemorragia antes de aplicar la cura es la presión mediante torundas de gasa. El material de cura periodontal se mezcla y se aplica siguiendo las indicaciones del fabricante. Aunque hay una clara tendencia a usar productos sin eugenol siempre que el hueso está expuesto, pueden utilizarse cualquiera de las diversas curas periodontales disponibles después de la intervención sobre el tejido blando como lo es la gingivectomía.

En esencia la cura actúa como un vendaje quirúrgico que cubre la herida descubierta. Su función primordial es la supresión del dolor evitando los tarumas en el área quirúrgica, aunque es posible que se ayude a la hemostasia inicial, es dudoso que la cura desempeñe un factor importante en el proceso curativo. La cura se mantiene durante un periodo de cinco a siete días y rara vez es necesario prolongarlo.

No obstante si el paciente experimenta molestias notables al retirar la cura puede ponerse otra durante una semana - mas, cuando retira la cura el operador, debe de limpiar - cuidadosamente el área con cucharillas y con una copa de - goma y pasta de dientes asegurandose que no queden frang - mentos del material de cura adheridos a la superficie de - los dientes y de que se han eliminado las placas y los re - siduos acumulados. Luego se indica al paciente que inicie el régimen de higiene oral prescrito, aunque el área opera - da sea sensible al cepillado es imperativo mantener una bu - na limpieza oral desde el principio.

Técnica de Ochsenbein.-

Recientemente Ochsenbein ha propuesto un nue - vo enfoque de la técnica de la gingivectomía que ofrece nu - merosas ventajas. Sugiere que se haga la incisión inicial en forma horizontal en la base predeterminada y marcada de las bolsas, esta incisión evita las conjeturas aserca del punto que hay que penetrar en el tejido y del ángulo neces - sario para alcanzar el fondo de las bolsas, una ventaja - aun mayor es el de completar la exploración de la morfolo - gía del hueso adyacente antes de hacer el bisel en el teji - do blando. Este paso elimina la posibilidad de que el ope - rador exponga el hueso inadvertidamente antes del corte en bisel. Pasando la sonda periodontal por el área quirúrgica vertical y horizontalmente el operador puede determinar el espesor de la encía subyacente y así juzgar si es posible o no hacer el contorneado sin exponer el hueso. En caso de que el revestimiento gingival tenga el espesor adecuado - para permitir el bisel en 45° , se completa la gingivoplas - tía con pinzas o rascando con la hoja del bisturi como an - tes se ha expuesto.

Si el tejido es delgado pero la morfología - osca subyacente es aceptable, y no exige el modelado del - contorno, puede hacerse un bisel mas corto en el tejido - blando y completar la gingivectomía-gingivoplastia.

Si por el contrario el borde subyacente es grueso y es necesario darle nueva forma, hay que utilizar el método del colgajo para exponer el hueso y modificar el contorno.

Esta técnica es de gran ayuda en la gingivectomía ya que ayuda a evitar las complicaciones inesperadas de la exposición ósea debido al modelado y al biselado, dificultad con que se puede tropezar cuando se practica la gingivectomía por el método tradicional. No obstante la técnica de Ochsenbein no elimina la posibilidad del modelado óseo del contorno, por consiguiente para eludir responsabilidades durante la gingivectomía el práctico antes de emprender la técnica convencional o la de Ochsenbein debe de investigar a fondo la topografía ósea, para tener la seguridad de que no existen problemas con el contorno óseo. En las situaciones dudosas el operador debe de prepararse para realizar la técnica de colgajo si es necesario para arreglar en contorno óseo.

Frenectomía.-

La inserción de un frenillo en el borde gingival o en su proximidad presenta a menudo diversos problemas, en muchos casos la tensión muscular originada por el movimiento del labio y transmitida a los tejidos marginales a través de la inserción del frenillo, produce desgarro del tejido en una o más superficies radiculares. Esta alteración de la forma gingival contribuye a la retención de residuos y acumulación de la placa bacteriana, que generalmente origina una inflamación gingival y finalmente periodontitis.

En otros casos en que el frenillo no es un factor etiológico y la enfermedad periodontal se desarrolla a consecuencia de otros irritantes, el frenillo se convierte en factor agravante que estimula la deterioración o impide la autorreparación, por ejemplo después de la gingivectomía, un frenillo que antes de la intervención quirúrgica no afectaba a la salud gingival, puede llegar a ser un fac

tor anatómico local en el proceso morbozo debido a las nuevas relaciones con el borde gingival.

Ademas de afectar el periodonto en forma nociva, el frenillo aberrante puede tener otras consecuencias indeseables. aunque cualquier frenillo puede causar la denudación de las raíces, el que generalmente interviene es el frenillo mandibular anterior, por que el defecto resultante con frecuencia es molesto desde el punto de vista estético, así mismo la tracción muscular transmitida por el frenillo puede dar origen a una área dolorosa traumatizada frecuentemente por los movimientos del labio. Es mas, la inserción alta del frenillo plantea un problema de restauración sumamente difícil en el caso en que el estado periodóntal progrese hasta el punto en que haya que sacrificar un solo incisivo mandibular y haya necesidad de la sustitución.

Factores etiológicos en la denudación radicular.-

Durante muchos años se creyó, que la denudación radicular esta relacionada con el trauma oclusal. Sin embargo un gran número de estudios realizados en todo el mundo no han conseguido demostrar una relación de causa y efecto entre el trauma oclusal y las modificaciones de la encía marginal. Hoy en día dejando aparte de que una fuerza oclusal excesiva puede realmente mover un diente hacia vestibular o a través del hueso alveolar y de tejido gingival, produciendo así la exposición de la raíz, el trauma se descarta como agente causal de la denudación, el factor etiológico primordial se considera que es la inserción aberrante del frenillo.

La posición del diente en el arco puede desempeñar un importante papel secundario en la denudación radicular, por este motivo merece atención.

Cuanto mas acentuada es la inclinación del diente hacia ves tibular, mas delgado es el hueso y la encía que recubre - las superficies radiculares. Cuanto mas delgado es el hueso y la encía, mas susceptibles son las alteraciones inflamato rias. Cuando se combinan ambos elementos un diente saliente y una inserción alta del frenillo se produce una situación ideal para que se desarrolle la denudación de la raíz.

Métodos de corrección del frenillo.-

Los objetivos de la terapeutica en los casos de la denudación de la raíz son la supresión de los factores etiológicos y la reparación del defecto. Según la im portancia de la denudación puede exigirse una técnica de - terminada los tipos de intervención quirúrgica utilizados para corregir el frenillo varían desde una simple insición que corta el frenillo, hasta las técnicas mas complicadas de cirugía plástica, comprende técnicas destinadas en escen cia a detener la denudación y otras cuya finalidad es re - cubrir la superficie denudada de la raíz con tejido gingival.

En este capítulo describiremos la frenectomía horizontal simple porque requiere menos capacidad diagnós tica y habilidad manual que otras técnicas quirúrgicas que implican un mayor riesgo de complicaciones.

Frenectomía simple.-

La frenectomía simple suprime el factor etio lógico responsable de la exposición de la raíz, aunque no sirve para reparar totalmente el defecto mediante el recu brimiento de la superficie de aquella con tejido blando, - no obstante tiene la ventaja de que permite producir un - buen resultado.

Con esta técnica quedará eliminada la tracción del frenillo sobre el borde gingival y se evitará que prosiga la denudación. Limitando su uso en los casos en que la exposición de la raíz es mínima, el práctico presta una asistencia eficaz rápida, sin verse implicada en los movimientos y procedimientos quirúrgicos mas complicados.

Indicaciones:

Antes de aplicar la frenectomía como forma de tratamiento de una lesión de denudación, hay que establecer el frenillo como agente causal de la exposición de la raíz. Esto puede determinarse facilmente tirando del labio hacia adelante y observando los efectos de la tracción muscular en el área que circunda al frenillo y en el borde gingival la tensión producida de esta forma hace que empalidesca el área y que se retariga el borde gingival de la superficie del diente, lo cual demuestra de manera palpable el efecto de denudación del frenillo.

Cuando se va a practicar la frenectomía simple deben de tomarse en cuenta los siguientes factores:

- 1.- La exposición debe de ser mínima, es decir que no debe de abarcar mas alla de la mitad de la superficie radicular.
- 2.- En la base de la zona denudada debe haber cierta cantidad de encia adherida intacta.
- 3.- Si el área denudada o el segmento que lo rodea incluye bolsas periodontales, la base de éstas no debe de rebasar la banda de encia fija.

Cuando ya se ha producido una denudación excsiva o la base de la bolsa penetra en la mucosa alveolar, está indicado algún tipo de reposición gingival.

Arsenal.-

Con una sola excepción el instrumental de la frenectomía simple es idéntico al utilizado en la gingivectomía, algunos operadores creen preferible hacerla la insisión con el bisturí de Board Parker, aunque el bisturí para gingivectomía de Kirkland es aceptable para este fin.

Método.-

Si el área donde existe la lesión de desnudación está afectada por la enfermedad periodontal, puede combinarse el tratamiento de ambas lesiones. Cuando está indicada la gingivectomía se extirpan primero las bolsas con una de las técnicas previamente descritas y luego se procede a la frenectomía antes de proceder al apósito para la curación de la herida. En aquellos casos en que la desnudación no va acompañada de alteraciones periodontales en las áreas adyacentes, se realiza la frenectomía como técnica individual.

Tanto si existe enfermedad periodontal en las áreas contiguas, como si no existen se observa invariablemente cierta inflamación relacionada con el propio frenillo. Así pues como ocurre con todas las técnicas quirúrgicas, es indispensable el escariado y el alisado de las raíces antes de la intervención quirúrgica.

Después de inyectar la anestesia por infiltración se hace una insisión horizontal recta con un bisturí de Bard Parker a través del frenillo y del periostio subyacente generalmente a la altura de la unión mucogingival, la insisión se ha de extender por lo menos hasta abarcar la anchura de un diente a cada lado del defecto; para asegurar la eliminación completa de las fibras profundas del frenillo, se separa el periostio del hueso rascando el área con el bisturí de gingivectomía.

El operador debe estar seguro de que extirpa todo el epitelio gingival del área marginal de la superficie radicular afectada durante la intervención, pero ha de conservar el revestimiento conjuntivo, así mismo la superficie de la raíz afectada se ha de limpiar y alisar completamente con curetas afiladas, se ha especulado sobre el raspado de la raíz y la eliminación del epitelio favorecen la re inserción rastrera, es decir, que cabe que el borde gingival avance lentamente en dirección de la corona por la superficie de la raíz durante el período curativo. Este fenómeno se ha observado con frecuencia en la clínica pues produce un recubrimiento postoperatorio mayor de la superficie radicular con encía fija madura.

Se aplica una cura quirúrgica periodontal directamente sobre la herida y se mantiene aproximadamente durante unas tres semanas, cambiándola semanalmente. En los casos descritos en este capítulo, en los cuales no se realiza una gingivectomía, la cura no puede encajar adecuadamente en las áreas interproximales porque están ocupadas por tejido blando, por ello puede resultar muy beneficioso -- aplicar una lámina seca de Burlew sobre la cura para facilitar la retención.

CAPITULO
VI

Afecciones periodontales agudas:

Las dos afecciones periodontales dolorosas agudas que con mayor frecuencia ve el dentista general, son la Gingivitis Ulcerativa Necrótica (infección de Vincent, boca de las trincheras, etc.) y el absceso periodontal, los pacientes que presentan una de estas afecciones plantean problemas especiales porque suelen requerir un tratamiento urgente.

Incidencia:

Los datos nos informan que se daban casos de gingivitis ulcerativa necrótica hace más de dos mil años, algunos de los informes más antiguos sobre lo que probablemente era esta dolorosa enfermedad, describen su aparición en las tropas de la antigua Grecia, corroborando así lo que se sabe en la actualidad acerca del grupo de edad en la que suele verse afectado por este proceso morboso. La incidencia de la GUNA suele verse más elevada en los individuos jóvenes adolescentes o de poco más de veinte años como en las fuerzas armadas y en las Universidades.

Etiología:

Desde hace muchos años se creía que las bacterias eran la causa de la GUNA y por la misma razón se suponía que era contagiosa, sin embargo el hecho de que los investigadores no hayan conseguido la transmisión directa de la

enfermedad de un paciente a un individuo sano, ha llevado a la conclusión de que aunque las bacterias tal vez estén relacionadas con la inflamación, la causa primordial de la infección es la susceptibilidad del huésped.

Las bacterias asociadas con la GUNA se encuentran corrientemente en la flora oral normal, pero al parecer - proliferan durante el proceso morbosos. El microscopio electrónico ha descubierto espiroquetas en la profundidad de - la capa necrótica del tejido gingival.

Diversos estudios aparecidos siguientes a la segunda guerra mundial, indican que la fatiga, el nerviosismo y la ansiedad contribuyen a reducir la resistencia del huésped. Los dentistas de las Fuerzas Armadas en dos informes independientes, observaron que la incidencia de la GUNA aumentaba cuando los soldados volvían a sus bases después de un permiso o cuando se preparaban para irse de la base; entre los estudiantes de la Universidad también se ha visto con frecuencia la enfermedad en - los períodos en que se van a incorporar a la escuela; también se ha mencionado el hábito de fumar como un factor - local que podría actuar como irritante, es posible que un individuo que trate de hacer frente a un problema emocional fume muchos cigarrillos en el transcurso del día; los dentistas también han informado que gran número de pacientes vistos en el consultorio dental, tienen historia de alguna tensión emocional, especialmente en las épocas en que apareció la GUNA.

Diagnóstico:

El rasgo clínico principal de la GUNA, es la ne-

crosis del epitelio y del tejido conjuntivo en las áreas interdetales. Sobre el área necrótica hay una capa de lo que se ha descrito como pseudomembrana gris, compuesta de fibrina, células epiteliales descamadas, leucocitos y cierto número de bacterias; también pueden estar afectadas las encías marginales, pueden estar ulceradas o tumefactas, rojas o presentar áreas de hemorragia espontánea.

Una segunda característica importante de la GUNA es el dolor, el paciente experimenta constantes molestias y el área es sensiblemente dolorosa al tacto y al sonido; como la afección es tan dolorosa, a menudo se descuidan las medidas de higiene oral, lo cual tiene por consecuencia la acumulación de placa bacteriana en toda la boca.

Se han comunicado otros síntomas no siempre frecuentes en esta enfermedad, tales como halitosis y malestar general, a veces se observa un ligero aumento de la temperatura pero no es un hallazgo constante, una temperatura muy alta indica que existe algún otro trastorno distinto de la GUNA.

El diagnóstico de la GUNA no debía de plantear ningún problema aunque en el pasado se le ha confundido a menudo con la Estomatitis Gingival Herpética Primaria. La GUNA tiene un aspecto muy típico, cuya característica principal es la necrosis de las papilas interdetales, que pueden quedar enteramente destruidas, en cambio en la Estomatitis Herpética no se produce esta necrosis.

Tratamiento:

Como en un principio se creyó que la GUNA era

una afección bacteriana, los antiguos métodos de tratamiento eran similares a los preconizados para el tratamiento de la sífilis, así entre los agentes terapéuticos utilizados figuraban los arsenicales, los agentes oxidantes, los colorantes de anilina y el ácido crómico. La aplicación del colorante de anilina Violeta de Genciana es meramente un signo visible que se está haciendo algo por el paciente, más bien que un método eficaz de tratar la GUNA. El ácido crómico en solución de 2 a 5 % se ha usado como astringente y por desgracia todavía figura en la literatura médica como tratamiento de la GUNA, aunque no se dispone de pruebas -- que atestigüen su eficacia.

Hace unos veinte años Schluger informó que el debridamiento mecánico de las áreas gingivales ulceradas era el más eficaz en el tratamiento de la GUNA que el uso de drogas destinadas a matar a las bacterias asociadas con la enfermedad. Actualmente el tratamiento preferido sigue -- siendo el debridamiento mecánico por curetaje o por instrumentos ultrasónicos. El empleo de éstos instrumentos ha hecho menos doloroso el debridamiento para el paciente y en consecuencia es más fácil para el operador.

El procedimiento usual es el debridamiento de todas las áreas ulceradas con curetas o con aparatos ultrasónicos en la primera visita al consultorio. Si se utilizan instrumentos manuales, se pasa una cucharilla grande por cada uno de los espacios interproximales para eliminar la mayor cantidad posible de placa y residuos acumulados, como la maniobra es dolorosa y la hemorragia es abundante el curetaje se efectúa rápidamente y no se intenta completar el debridamiento en esta sesión; el tratamiento inicial se encamina más bien a la eliminación de los depósitos grandes y a la apertura de las áreas interproximales para facilitar el lavado oral.

En el caso de que se empleen los instrumentos ultrasonicos en la sesión inicial, se aplica con un toque suave con una punta y un movimiento rápido. El pulverizador de agua se gradua para que exista una gran cantidad de agua para ayudar al proceso de debridamiento. Después del debridamiento se le indica al paciente que se enjuague la boca de manera enérgica con agua templada cada hora, en su casa. Este lavado oral se prescribe para efectuar una limpieza mecánica de las áreas afectadas, por eso los preparados comerciales para efectuar los enjuagues que contienen agentes bacteriostáticos o bactericidas, no son más beneficiosos que la simple agua templada.

Los antibióticos solamente están indicados cuando el paciente de GUNA padece una infección evidente, las molestias disminuyen con los enjuagues y con las soluciones analgésicas y sedantes. Los antibióticos nunca se deben prescribir al azar, su empleo como analgésico carece de fundamento y su aplicación tópica nunca está indicada.

Se indica al paciente que debe volver a las 24 horas, y se repite el debridamiento, luego se programan citas de 24 a 48 horas con un total de cuatro a cinco visitas. Es frecuente que el paciente de GUNA no se presente a todas sus visitas, por lo general no siguen el tratamiento en cuanto calman las molestias. Así mismo los pacientes que completan una serie de tratamientos no manifiestan gran interés en la cita posterior para vigilancia de su estado. Si el dentista quiere cobrar sus honorarios por cuidar una GUNA, ha de presentar la factura en la visita inicial.

Al terminar el período agudo de la GUNA puede -

dejarse al paciente con las cicatrices de la enfermedad - pápilas romas o cráteres interdentes, por la doble razón del aspecto cosmético y de la eliminación de los cráteres de tejido blando que resultaría difícil mantener - limpios de placa dentobacteriana, el tratamiento completo de la GUNA implica la cirugía de tejido blando. Está indicada una gingivoplastia-gingivectomía para restaurar la topografía gingival a su forma y contornos originales.

Abceso periodontal.-

Aunque un abceso periodontal puede desarrollarse a consecuencia de una lesión traumática aguda, generalmente se produce como una exacerbación aguda de una bolsa periodontal preexistente. La bolsa periodontal o surco periodontal patológico, se desarrolla en un periodo de tiempo prolongado y por consiguiente constituye una afección crónica, no obstante la bolsa puede presentar un periodo de transición del estado crónico al agudo si se obstruye su orificio de salida, cuando el cierre impide la salida del exudado purulento de la bolsa, la acumulación de pus produce un aumento constante de la presión y se desarrolla un abceso sumamente doloroso.

Características clínicas.-

Al abceso periodontal puede aparecer como una área tumefacta, generalmente blanda y roja en la cara vestibular o lingual del arco dental, pero raras veces se presenta simultáneamente en ambos lados, esta zona es dolorosa y sensible a la presión y el diente afectado sumamente sensible a la presión o percusión, suele haber movilidad y extrusión.

El absceso periodontal suele preferir las bolsas estrechas y profundas especialmente en las áreas inter radiculares, los abscesos pueden ocurrir despues del raspado inicial, cuando se estrecha el orificio de una bolsa profunda por la retracción del margen gingival que acompaña a la resorción de la inflamación. La pérdida de hueso alveolar en el área de una bolsa periodontal es lenta pero la destrucción ósea en presencia de un absceso periodontal es severa y rápida. La inflamación aguda caracterizada por un gran aumento en el número de leucocitos y polimorfonucleares, posiblemente explique la destrucción rápida del hueso alveolar.

Diagnóstico diferencial.-

El absceso periodontal se ha de diferenciar del absceso apical, el diagnóstico se hace principalmente por el sondeo y comprobación de la vitalidad de la pulpa en el área del sondeo. Una bolsa profunda asociada con un diente que presenta vitalidad en una área de un absceso prueba que se trata de un absceso periodontal. Un diente carente de vitalidad, con una bolsa profunda o sin ella indica un diagnóstico probable de absceso periapical.

En ocasiones un absceso periapical desagua en el espacio del ligamento periodontal junto al diente y sale al surco gingival, dando la impresión de un absceso periodontal. Si el diente carece de vitalidad y hay pocos signos de periodontitis en otras áreas de la boca, hay que sospechar de un absceso periapical.

La radiografía no suele presentar una gran ayuda para el diagnóstico diferencial, en un absceso reciente tanto si es periapical o periodontal la pérdida de hueso

no suele ser lo suficientemente importante para que se pueda discernir radiográficamente, sin embargo si la lesión data de algún tiempo, la radiografía puede presentar una zona radiolúcida periapical que indicaría un absceso periapical.

Algunos diferencian al absceso consecutivo al cierre del orificio de una bolsa periodontal, considerando como un verdadero absceso periodontal, y que el absceso se desarrolla como consecuencia de un traumatismo agudo que se considera en ocasiones como un absceso gingival más que como un absceso periodontal. Una herida penetrante producida por una cerda del cepillo de dientes, o algún material incrustado extraño como una cascara de grano o una astilla de un picadientes, pueden causar un absceso gingival. Los signos y síntomas de esos abscesos son muy similares y de los mismos ocurre con el tratamiento, así pues la diferenciación tiene escasa importancia clínica para el dentista.

Tratamiento.-

El primer objetivo del tratamiento es el alivio del dolor, el segundo es la eliminación de la bolsa, ambos pueden hacerse sin la extracción del diente. En realidad debería hacerse incipiente en que los abscesos periodontales por si solos no constituyen una excusa para la extracción.

El primer paso para disminuir las molestias del paciente es establecer el drenaje. Muchas veces los pacientes comprueban que estableciendo un drenaje en el área que contiene el absceso suprime las molestias y por experiencia aprende a forzar la salida del material de la bolsa presionando con el dedo sobre la bolsa

Si no se ha obtenido el desague se puede obtener ya sea por medio del surco o por medio de una incisión penetrante en el mismo absceso. Con una sonda, un explorador curvo o una cureta es posible explorar la bolsa en el surco con el fin de descubrir el orificio de la bolsa y establecer el drenaje a través del surco.

Si no es posible localizar el orificio o si el área del absceso presenta fluctuación una incisión penetrante en el centro del absceso con una hoja de bisturí - permitirá la salida de pus. La exploración del surco, la incisión y el raspado suelen llevarse a cabo sin la administración de anestesia, para facilitar el desague continuo se prescriben enjuagues salinos tibios y que el paciente ha de realizar en su hogar. En ningún caso se ha de aconsejar la aplicación externa de calor.

La segunda fase del tratamiento o sea la eliminación de la bolsa se puede llevar a cabo tan pronto como cedan los síntomas agudos y el paciente se ve libre de molestias. Si en esta etapa se trata al paciente de la periodontitis inflamatoria crónica, que se supone ha precedido la aparición del absceso periodontal. aunque tal vez haya sido el absceso el primer signo de la enfermedad de la cual se ha dado cuenta.

El tratamiento consiste en aplicar las técnicas periodontales convencionales adecuadas a la extensión que haya alcanzado la destrucción, sea cual fuere el tratamiento es imperativo suprimir el factor etiológico primordial si se desea alcanzar el éxito. El raspado a fondo de la raíz es la condición del tratamiento del absceso, - en algunos casos cabe extirpar el cálculo a través del surco gingival, en otros es necesario la intervención quirúrgica para acceder a los depósitos.

Durante muchos años las técnicas de colgajo han ganado amplia popularidad en el tratamiento de la enfermedad periodontal. Estas técnicas son aplicables en los casos en que el proceso morbozo han producido deformidades en el hueso que sirve de soporte, que necesitan cirugía ósea para restablecer la arquitectura fisiológica normal. También son útiles en el tratamiento de los abscesos periodontales cuando no es posible hacer el raspado completo a través del surco gingival.

A continuación se da una pequeña descripción de la técnica de colgajo que es aplicable a la erradicación del absceso periodontal:

- 1.- El diagnóstico diferencial del absceso periodontal se ha de hacer mediante el sondeo clínico, pruebas de vitalidad y exámen radiográfico.
- 2.- Se ha de aliviar el estado inflamatorio agudo mediante el desague del absceso antes de efectuar la técnica del colgajo.
- 3.- Se administra anestesia local en inyección en la parte profunda del vestíbulo y en las caras laterales de la localización del absceso.
- 4.- Se desprende un colgajo mucoperiostico, se hacen incisiones verticales con el bisturí, al menos a un diente de distancia del absceso en las caras mesial y distal, con el mismo instrumento se cortan las papilas interdenciales proximales y se despega el colgajo con un elevador de periostio.
- 5.- Se raspa completamente las superficies radiculares con curetas, se extirpa también todo el tejido inflamatorio crónico o de la pared interna del colgajo, recortandola cuidadosamente con tijeras dentadas.

6.- Se repone el colgajo y se sutura en su posición original, para la sutura suelen utilizarse una aguja curva atraumática y seda de 000 o 0000.

7.- se cubre el área con un apósito periodontal, puede colocarse la lámina de Burtlew para que ayude a mantener el apósito y los puntos de sutura y el apósito se retiran a los cinco días aproximadamente, si es necesario se coloca un nuevo apósito por un periodo de tiempo similar al anterior.

8.- Cuando se quita el apósito quirúrgico, el paciente ha de seguir el régimen de cuidados caseros descritos anteriormente.

9.- Conviene la observación posterior en visitas periódicas.

Gingivoestomatitis Herpética Primaria.-

La gingivoestomatitis herpética aguda primaria suelen padecerla los niños de 2 a 5 años, pero no es rara en jóvenes de 20 años, mucho menos casos se observan a los treinta años. Por lo regular la enfermedad se autolimita y tiene una duración de 10 a 16 días, el periodo de incubación es de 2 a 14 días. Se acompaña de irritabilidad y fiebre de 37.5° a 40° especialmente en los niños, en los adultos puede evolucionar sin fiebre.

Se trata de una enfermedad aguda que ocasionalmente puede afectar el sistema nervioso central, pueden ser necesarios unos estudios hemáticos completos para descartar una discrasia sanguínea, por que la gingivoestomatitis ulcerativa esta frecuentemente asociada con la leucemia aguda, la neutropenia maligna y la mononucleosis infecciosa - esta última se parece a la gingivoestomatitis herpética ya que ambas enfermedades presentan síntomas de malestar general, las molestias en boca y garganta y formación de seudo membranas y afectación de ganglios linfáticos.

La gingivostomatitis herpética aguda se caracteriza por la aparición de vesículas elevadas múltiples que se rompen y forman úlceras superficiales de base gris-rodeadas por un borde rojo incluyendo el paladar blando y la faringe. Estas úlceras son muy dolorosas y dificultan la masticación. Los niños inclusive pueden deshidratarse - si recahazan los líquidos por miedo al dolor. Las papilas interdentes no aparecen aisladamente, sino que su enrojecimiento y tumefacción son concomitantes con el resto de la encía, las papilas no son destruidas por la necrosis y las úlceras son superficiales en contraste con las úlceras profundas de las papilas gingivales afectadas de gingivitis ulcerativa necrótica, rara vez el paciente se queja de hemorragias. La gingivostomatitis herpética aguda difiere - también de la gingivostomatitis ulcerativa necrótica en - que es contagiosa, no mejora con los antibióticos y no deja cicatrices.

Es una enfermedad exógena producida por el virus del Herpes Simple, tras la afección primaria el virus permanece en el tejido y estimula una producción continua de anticuerpos. En la nariz y en los labios se observan lesiones recidivantes, pero las úlceras orales recidivantes se desarrollan en el paladar duro, y las úlceras aftosas - recidivantes en la mucosa visible y móvil.

Pueden observarse lesiones herpéticas primaria sin manifestaciones clínicas evidentes de carácter general, tanto en niños como en adultos del 70 al 90% poseen un elevado número de anticuerpos neutralizantes contra el virus. Este virus suele transmitirse en forma intermitente entre los individuos portadores y enfermos y los sanos, pero también pueden desarrollarse epidemias.

Tratamiento.-

La gingivostomatitis herpética aguda carece de tratamiento eficaz, pero se trata de una enfermedad que se autolimita y la curación suele iniciarse del quinto al séptimo día. Los antibióticos evitan la infección secundaria de la flora oral, pero no actúa sobre el virus. NO DEBE DE EMPLEARSE LA PENICILINA DURANTE UNA INFECCION VIRICA AGUDA.

Es útil el colutorio preparado con un sedante como el jarabe de Karo disuelto en agua, deben de evitarse los colutorios con productos químicos irritantes. Puede recetarse un anestésico tópico no irritante como el dicloro - clorhidrato para que el paciente o sus familiares lo apliquen sobre las úlceras antes de las comidas, el frío calma las molestias y puede darse una gran dieta abundante en helados.

Las dosis elevadas de gamaglobulina administrada durante el primero o el segundo día de la enfermedad parecen ser útiles pero el corto número de pacientes tratados no permiten sacar conclusiones definitivas, probablemente serían mas eficaces si se administran durante el periodo prodrómico. Las dosis pequeñas de 1 a 3 ml de gammaglobulinas pueden evitar los ataques recidivantes de herpes labial y algunas veces evitan las recidivas de úlceras no viricas.

Complicaciones de la terapeutica periodontal por factores generales.-

Historia de lesiones cardiacas:

Los pacientes con una historia de cardiopatía reumática o congénita u otras formas de lesión cardiaca, - son especialmente susceptibles a las endocarditis bacterianas. Cuando pasan bacterias al torrente sanguíneo pueden alojarse en las valvulas cardiacas lesionadas o en otras partes del endocardio y causar una endocarditis bacteriana. Por esta razón cualquier bacteria transitoria con la que = puede transmitirse durante la manipulación de los tejidos - orales blandos, extracciones dentarias o intervenciones quirúrgicas en la boca constituyen un peligro potencial para tales pacientes.

No existe ninguna excusa válida para someter a un paciente dental al riesgo de contraer una endocarditis bacteriana. Todos los pacientes nuevos han de ser interrogados para averiguar si padecen o han padecido una cardiopatía reumática, fiebre reumática, soplor cardiacos u otros trastornos cardiacos. Si se sospecha de una enfermedad en el corazón el dentista ha de remitir el paciente al médico.

En los pacientes con una historia positiva - sobre una cardiopatía se han de prescribir antibioticos antes de realizar tratamientos de cualquier especie ya que - como se mencionó anteriormente son propensos a una endocarditis bacteriana, los antibioticos se emplean por dos razones:

- 1.- Para prevenir una bacteremia o disminuir su importancia y duración en caso de que se produzca.
- 2.- Para erradicar cualquier bacteria que pudiera desarrollarse en las valvulas cardiacas, con el fin de evitar su colonización que causaría una endocarditis.

Diabetes.-

La diabetes es un trastorno crónico del metabolismo de los carbohidratos producido por una deficiencia de insulina. Los individuos que padecen esta afección suelen presentar infecciones, cosa que en ocasiones es la primera manifestación clínica de la enfermedad. Por lo tanto en algunos casos una inflamación periodontal grave puede ser una manifestación de un estado diabético.

Un trastorno secundario a la diabetes de larga duración son las alteraciones que se producen en los pequeños vasos sanguíneos, debido principalmente al trastorno del metabolismo característico de la enfermedad. Estos trastornos vasculares periféricos pueden manifestarse en forma de alteraciones periodontales.

Los dentistas han de tener en cuenta que un paciente que cuida bien sus dientes, pero muestra signos de destrucción periodontal severa, y tienen una historia familiar de diabetes, puede ser en terminos medicos lo que se le llama un prediabético. Los pacientes con abscesos periodontales multiples con una historia familiar de diabeticos pueden ser diabeticos no diagnosticados, en tales casos se han de hacer las pruebas de laboratorio correspondientes para confirmar o descartar tal enfermedad. Si los resultados de las pruebas de laboratorio son positivos se ha de remitir al paciente a un medico para que compense el trastorno diabetico antes de instituir una terapeutica periodontal.

Un diabetico compensado que presenta enfermedad periodontal puede ser tratado con buenos resultados, - no obstante durante el tratamiento de un paciente diabético es conveniente la administración preoperatoria de los - antibioticos correspondientes al caso.

Conclusiones:

Cada día es más evidente que la sociedad que ha delegado la responsabilidad de su salud oral en la profesión dental, es más ilustrada y expresa una preocupación creciente sobre el éxito o el fracaso relativos al tratamiento de que ha sido objeto. Casi no transcurre un mes sin que haya escrito un artículo sobre odontología en una o más revistas profanas.

Algunos de ellos escritos por no profesionistas, demuestran un profundo conocimiento de los problemas de la salud oral y de la odontología preventiva y proyectan un futuro libre de caries dental y de enfermedad periodontal en la actualidad el público es abiertamente exceptivo acerca de la pérdida de los dientes y espera de la profesión dental orientación y guía para conservar la dentición natural en las mejores condiciones posibles.

Con la identificación de la enfermedad periodontal como el principal factor etiológico de la pérdida de la dentición, es evidente incluso para el observador más distraído, que si la odontología ha de cumplir su objetivo de conservar la dentición natural, la prevención, el reconocimiento y el tratamiento de la enfermedad periodontal debe de ser objeto de una atención igual, o incluso superior que a la que se le ha concedido a la caries dental.

La educación dental también está experimentando muchos cambios que afectarán la práctica general de la odontología. El nuevo programa educativo está produciendo un nuevo tipo de profesionistas de práctica general influido por el creciente interés de la periodoncia de los cursos de predoctorado, si el graduado del pasado quiere mantenerse competitivo ha de aumentar sus conocimientos sobre la periodoncia.

BIBLIOGRAFIA

Fernando Quiroz
Anatomía Humana
Volumenes I y III
México, D.F.
12 Edición 1974

Artur Ham
Histología
Septima Edición 1975
Editorial Interamericana

Eric Ponder
Fisiología General
Editora Nacional
México 7 D.F.
1973

Bainbridge- Menzies
Fisiología
Dr. H. Hartridge
Dr. J. L. D' Silva
Undecima Edición 1967
Editorial Interamericana

Edward V. Zegarelli
Austin H. Kutscher
George A. Hyman
Diagnostico en Patología Oral
Editorial Salvat
Impreso en España 1977

John F. Frichard
Enfermedad Periodontal Avanzada
Editorial Labor, S.A.
Tercera Edición 1977
Impreso en España

A. Balcells Gorina
M. Carmena Villarta
J. Casas Sánchez
Patología General
Tercera Edición 1970
Editorial Toray, S.A.
Barcelona España

Port Buler
Tratado de Odontología
Versión de la quinta edición
alemana 1961
Editorial Labor, S.A.

Alvin L. Morris
Harry M. Bohannon
Las especialidades Odontológicas
en la Práctica general
Editorial Labor, S.A
1976

Daniel A. Grant
Irving B. Stern
Frank G. Everett
Periodoncia de Orban
Cuarta edición 1975
Editorial Interamericana

H. Birns - J. E. Winther
Atlas de Cirugía Oral
Editorial Salvat
1977

Irving Glickman
Periodontología Clínica
Cuarta edición 1977
Editorial Interamericana

Arthur Gayton
Tratado de Fisiología
Quinta edición 1977
Editorial Interamericana

Victor A. Drill
Farmacología Médica
Primera edición traducida
de la tercera en Inglés 1973
La prensa Médica Mexicana

William F. Ganong
Manual de Fisiología Médica
Quinta Edición 1976
Editorial El manual Moderno, S.A.

Dr. J. A. Fort
Compendio de Anatomía descriptiva
Decima Edición
Ediciones G. Gili, S.A.
México.