

24 183



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA-U.N.A.M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

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

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ENFERMEDAD
PERIODONTAL EN NIÑOS Y ADULTOS.**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

MARCO ANTONIO MARTINEZ AGUILAR

San Juan Iztacala, México 1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PROLOGO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS Y ADULTOS.

En vista de que gran parte de la población infantil y adol-
escente padece de la enfermedad de las encías, es necesario tomar
medidas preventivas tanto en el consultorio dental como en las ins-
tituciones de salud educativas, para tratar de erradicarla en una
medida considerable; sin embargo, a éste problema no se le da la -
importancia que debería tener, pues es aquí donde deberíamos de po-
ner la atención necesaria para lograr mejorar la salud bucal de -
los niños enseñándoles desde temprana edad medidas preventivas con-
tra la enfermedad gingival y parodontal que debe tener con la vigi-
lancia de los padres y la ayuda que debemos aportar nosotros los -
dentistas para así lograr la formación de un hábito de higiene bu-
cal en los niños y adolescentes.

Ciertos que los cambios producidos por la enfermedad gingi-
val de los niños y adolescentes no es muy acentuada, pues es muy -
poco común encontrar enfermedad gingival grave en niños y adoles-
centes. Es por eso que he llegado a comprender que la enfermedad_
gingival es un grave problema en nuestra comunidad, por no existir
la atención para dicha enfermedad porque el dentista se ha enfoca-
do a otros problemas bucales que él cree más importantes pero está
descuidando el principio de las lesiones que provoca la enfermedad
gingival que se observa en los niños. Es aquí donde debemos inter-
venir para darle una pronta solución.

Así como se desarrollan campañas de vacunación, nosotros debe-
mos hacer nuestra pequeña campaña dentro de la consulta dental_
y estar en la mejor disposición para colaborar con la salud bucal_
de los niños, dándoles instrucciones de como se debe cepillar y -
cual es la finalidad del uso del hilo dental, así como otras medi-
das preventivas de enfermedades bucales.

Este no ha sido posible por la imagen que tiene la mayoría -- de la gente, por el hecho de entender que el dentista solo se ocupa de extraer dientes o para ponerles una prótesis, y no toma en consideración que estos tratamientos se realizan con la valorización de los tejidos de soporte del diente y la extracción se hace cuando no existe el soporte necesario que haga posible su rehabilitación y en el caso de prótesis saber si el tejido de soporte del diente va a tener la función requerida.

De aquí se deriva que se haya despertado mi interés de analizar la enfermedad gingival en niños y adultos para saber cual es la causa que provoca cada enfermedad gingival en niños y adultos y cual es la diferencia que tiene una de otra, con que medios contamos para prevenir la enfermedad gingival, en dado caso de que ya esté presente y que es lo que debemos hacer para tratarla. Otra de las cosas que me insitó a escoger este tema es la gran importancia que tiene la enfermedad periodontal en los adultos, pues hay pacientes que llegan a la consulta dental y que jamás han hecho uso del cepillo dental y además llevan una dieta demasiado rica en carbohidratos; la atención que debemos poner a estos pacientes debe ser muy rigurosa pues hay que tener un control en ellos de alimentación de sarro y una técnica de cepillado específico para cada caso.

INDICE

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS Y ADULTOS.

CAPITULO I

Definiciones.- Parodoncia, Anatomía dental 1

CAPITULO II

Parodonto normal en adultos

Encía 3

Fibras gingivales 5

Ligamento Parodontal 6

Hueso 7

CAPITULO III

Periodonto normal en niños 9

CAPITULO IV

Cambios producidos por la enfermedad periodontal en niños.

Gingivitis por erupción 10

Quiste de la erupción 11

Gingivitis dilátnica 12

Gingivitis escorbútica 13

Gingivoestomatitis Herpética Aguda 14

Herpangina 16

CAPITULO V

Cambios producidos por la enfermedad Periodontal en adultos 17

Gingivitis úlcero necrosante aguda 17

Parodontitis 19

Pérdida ósea 20

Formas de destrucción ósea

Por los procesos inflamatorios 22

Bolsa Parodontal 23

Descripción de la bolsa supra g nea.....	26
Recesión y profundidad de la bolsa	27
Bolsa infra g nea	28
Absceso Parodontal	29
Lesión en la Bifurcación	31

CAPITULO VI

Prevención de la enfermedad periodontal en niños y adultos.	
Prevención	32
Programa de control de placa	33
Método de cepillado de la dentición temporal	34
Método de Bass en adulto	36
Uso del hilo dental	37
Nutrición	39

CAPITULO VII

Pacientes analizados en la consulta dental.	
Pacientes analizados niños	42
Pacientes analizados adultos	44

CAPITULO VIII

Alternativas	46
Conclusión	58

CAPITULO IX

Bibliografía	59
--------------------	----

CAPITULO I

-Definiciones-

PARODONCIA.- Ciencia que trata de la enfermedad Parodontal, prevención y tratamiento de el Parodonto.

PERIODONTO.- Es un término que se refiere a la unidad funcional de tejidos de sostén del diente.

CORONA ANATOMICA.- Es la parte del diente cubierta por el esmalte.

CORONA CLINICA.- Es parte de el diente que sobresale hacia afuera de los tejidos blandos.

CUELLO ANATOMICO.- Es la unión Amelocementaria.

CUELLO CLINICO.- Es la inserción de la encía al diente.

RAIZ ANATOMICA.- Es la parte del diente cubierta por cemento.

RAIZ CLINICA.- Es la parte del diente dentro de los tejidos de sostén.

ENCIA.- Es la parte de la mucosa unida a los dientes y los procesos alveolares de los maxilares, son de tres tipos: marginales, incértada y alveolar.

MEMBRANA PARODONTAL.- Es el tejido conectivo que recubre la raíz del diente y lo une al hueso alveolar, es de origen mesodérmico. Consta de los siguientes elementos: fibras principales o ligamentos principales, osteoblastos, cementoblastos, cementoclastos, vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervios y rastos epiteliales.

CEMENTO.- Tejido conjuntivo, deriva de la capa interna del saco dentario, su grosor se compara a un cabello humano, varía de 30 a 60 micras. Histológicamente se divide en: cemento celular y cemento acelular.

CEMENTO ACELULAR.- Es más frecuente en el tercio apical.

CEMENTO CELULAR.- Es más frecuente en el tercio apical y tercio medio como en las bifurcaciones o trifurcaciones de las raíces de los molares. El cemento tiene la propiedad de formar cementoide o pre cemento que es necesario para el mantenimiento, ahí las fibras principales entran y se convierten en fibras de Sharpey.

HUESO.- Es un tejido de origen mesodérmico, proviene de la capa externa del saco dentario.

CAPITULO II

Parodonto normal en Adultos

ENCIA.- Porción especializada que cubre a hueso alveolar y parte -
de los dientes.

ENCIA MARGINAL.-

- 1) Casi de 1 mm. (entre diente y surco)
- 2) Surco o intersticio y adherencia epitelial.
- 3) Papila Interdental.- Porción de encía marginal_ en forma de pirámide y está unida por un depre- sión o valle también se le puede llamar interpa- pilar, pero más conocido por "collado".
- 4) Puntos de contacto.- Está un poco arriba del - collado.

ENCIA INCERTADA.- Continuación de la encía marginal fuertemente - unida al cemento y al hueso alveolar y su anchu- ra es de 1 a 9 mm. (al final del surco mucogingi- val).

MUCOSA ALVEOLAR.- Se continúa por vestibular y por lingual. (ésto es continuación de la encía marginal e incerta- da) se distingue por su vascularización, por pa- latino se continúa con la mucosa oral.

Características clínicas de la encía normal.

COLOR.- Rosa coral, Rosa pálido en blancos y más café en los ne- - gros.

TEXTURA. El punteado varía con la edad en la niñez no aparece, - hasta los 6 años aumenta en el adulto y desaparece en la vejez, marcado más en vestibular que en lingual.

CONSISTENCIA.- Es firme y resistente unida a hueso salvo en encía libre.

POSICION.- Rodea al cuello del diente pero migra con la edad.

MICROSCOPICAMENTE

LA ENCIA NORMAL

ENCIA MARGINAL.- Tiene dos vertientes que son:

- a) Vertiente externa.- Qué si se queratiniza o paraqueratiniza.
- b) Vertiente interna.- No se queratiniza epitelio y tejido conectivo.

La vertiente externa tiene cuatro capas que son:

Capa basal

Capa espinosa

Epitelio

Capa granulosa

Capa córnea

La vertiente interna solo tiene dos:

Capa basal

Capa espinosa

TEJIDO CONECTIVO.- Es colágeno y contiene gran cantidad de fibras elásticas.- a nivel cervical tiene fibras gingivales y posee tres funciones y son:

- a) Ajustar la encía marginal al diente.
- b) Proveer la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación.
- c) Unir la encía marginal libre al cemento radicular y a la encía insertada.



FIBRAS GINGIVALES

- GINGIVO DENTALES.-** Van del cemento por debajo de la adherencia epitelial, se abre en abanico hacia afuera y algunas llegan al periostio de la cresta alveolar - en la parte externa (están en el tejido conectivo).
- GRUPO CIRCULAR.-** Rodean al diente (están en el tejido conectivo).
- GRUPO PERIOSTICO.-** Salen del cemento por debajo de la adherencia epitelial y van a insertarse al periostio de la cresta alveolar y algunas hacia afuera.
- GRUPO TRANSEPTAL.-** Van de diente a diente.
- INTERSTICIO O SURCO GINGIVAL.-** La adherencia epitelial se encuentra al fondo del surco y está formada por epitelio escamoso extratificado.
- ENCIA INCERTADA.-** Tiene 4 capas:
- Basal
 - Espinosa
 - Córnea
 - Granulosa.
- MEMBRANA BAZAL.-** Tiene capa lúcida y otra densa y se unen por un puente llamado "desmozomas".
- TEJIDO CONECTIVO.-** Esta formado por fibras colágena y aquí va el aporte sanguíneo que se recibe de arterias subperiosticas de la cara vestibular y lingual y de arteriolas que emergen del hueso. Su inervación, viene del ligamento periodontal de los nervios de bucolingual y palatino.

LIGAMENTO PARODONTAL.- Es el que rodea al diente y que lo conecta al hueso y esta formado por fibras colágenas que son cinco grupos:

Transeptal.- Van de diente a diente.

Crestoalveolar o crestodentales.- Van del cemento en dirección horizontal, van debajo de la adherencia epitelial y van a la cresta alveolar. Su función es de contrarrestar las fuerzas coronarias y fuerzas laterales.

Horizontales.- Son los que corren de cemento a hueso en un ángulo de 90 grados con el diente, su función contrarrestar fuerzas oclusales.

Oblicuas.- Son más numerosas van del cemento al hueso en forma oblicua suben. Su función es de contrarrestar las fuerzas masticatorias en forma vertical.

Apicales.- Forman un cojinete o amortiguador del diente.

LIGAMENTO PARODONTAL.- Tiene las siguientes funciones:

Física.- Transmite las fuerzas oclusales a hueso, inserta al diente en el hueso, mantiene los tejidos gingivales en el hueso en relación con el diente, disminuye el impacto de las fuerzas oclusales. Protección a tejidos blandos.

Formadora.- Las células que se derivan del ligamento parodontal participan en la absorción tanto en la formación como reabsorción de cemento y hueso.

Nutricional.- Irrigación de ligamento, aporta sustancias nutritivas a hueso y cemento.

Sensorial.- Ligamento parodontal de sensibilidad.

Irrigación.- Proviene de ramas de arterias alveolares que penetran - en los tabiques interdientales.

Inervación.- A través de los canales del hueso.

CEMENTO DEL DIENTE.- Es de origen mesenquimatoso calcificado que forma la cubierta de la raíz anatómica.

La unión amelo cementaria es de tres tipos:

- Quando el cemento cubre el esmalte es de 60 a 65%
- Quando termina borde a borde 30%
- Quando deja descubierta la dentina 5%



FIBRAS SHARPEY.- Se insertan en hueso como en cemento.

HUESO O PROCESO ALVEOLAR.- Se distinguen dos tipos de huesos:



- Hueso alveolar.- es una delgada lámina que rodea al diente.
- Hueso soporte.- son dos láminas una vestibular y otra oral y se compone - por esas placas y además de hueso esponjoso que se encuentra interno.

LAMINA DURA O CORTICAL.- Radiográficamente es radio opaca y está --- acribillada.

LA FORMA DE LA CRESTA ALVEOLAR.- Depende del contorno del esmalte de los dientes vecinos.

Por la posición relativa de la unión amelocementaria.

Por el grado de erupción de los dientes.

Depende de la orientación vertical.

Del ancho vestibulo oral de los dientes.

HUESO FASICULADO.- Se encuentra entre la lámina cortical y hueso esponjoso.

IRRIGACION.- El aporte sanguíneo del hueso alveolar proviene de:

- a) Arteria alveolar.
- b) Vasos del periostio corren sobre las placas vestibulares y orales y contribuyen a la irrigación de encía y ligamentos.
- c) Mayor aporte viene de vasos alveolares que pasa por el centro del tabique y mandan ramos laterales desde los espacios medulares.
- d) Por los vasos interdentarios que se dirige hacia arriba para irrigar el tabique y la papila interdental.

PERIODONTO NORMAL EN NIÑOS

ENCIA.-

- 1 Más rojiza, debido a un epitelio más delgado cornificado y a lo mayor vascularización.
- 2 Ausencia de punteado, debido a que las papilas conectivas de la lámina propia son más cortas y planas.
- 3 Más blanda, en razón de la menor densidad del tejido conectivo de la lámina propia.
- 4 Margenes agrandados y redondeados, originados por la hiperemia y el edema que acompaña a la erupción.
- 5 Mayor profundidad del surco, facilidad relativa de retracción gingival.

CEMENTO.-

- 1 Más delgado.
- 2 Menos denso.
- 3 Tendencia a hiperplasia de cementoide por epical a la adherencia epitelial.

LIGAMENTO PERIODONTAL.-

- 1 Más ancho.
- 2 Haces de fibras menos densos con menor cantidad de fibras por unidad de superficie.
- 3 Mayor hidratación, mayor aporte sanguíneo y linfático.

HUESO ALVEOLAR.-

- 1 Cortical alveolar, más delgado.
- 2 Menos cantidad de trabéculas.
- 3 Espacios medulares más amplios.
- 4 Reducción del grado de descalcificación.
- 5 Mayor aporte sanguíneo y linfático.
- 6 Crestas alveolares más planas, asociadas con los dientes primarios.

CAPITULO III

CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL
EN NIÑOS.

Es relativamente poco común en niños una gingivitis grave, si ---
bién muchos exámenes nos han mostrado que gran parte de la población in-
fantil posee gingivitis de tipo leve y reversible.

GINGIVITIS POR ERUPCION

Hay un tipo temporal de gingivitis que se observa en los niños pe-
queños cuando están erupcionando los dientes temporales.

Esta gingivitis, que está asociada con la dentición amenudo men-
cionado como "erupción difícil" pasa cuando los dientes emergen en la -
cavidad bucal.

El mayor incremento de este tipo de gingivitis se ve en niños de -
6 y 7 años, cuando los dientes permanentes empiezan a erupcionar. Este
hecho se debe a que la encía marginal no tiene protección alguna de la -
forma coronaria del diente durante la fase inicial de erupción activa, -
y la continua agresión de los alimentos contra la encía causa el proce-
so inflamatorio.

Es más común ver éste tipo de inflamación en primero y segundo mo-
lar permanente. En su erupción, por el acumulamiento de alimento entre
la encía marginal y la zona donde se reabsorbió la raíz de diente temp-
ral.

Tratamiento.- Higiene bucal y si se trata de un diente temporal que no
se ha exfoliado hacer la extracción.

QUISTE DE LA ERUPCION

Este tipo de quiste dentigero guarda relación con los dientes en erupción, por lo común con los dientes primarios en erupción.

Es el producto de la acumulación de líquido tisular y sangre en el espacio folicular dilatado alrededor de la corona del diente que está -- erupcionando.

Incidencia.- El quiste aparece en niños de todas las edades incluso en recién nacidos. En estos, los quistes suelen estar asociados con las coronas de los incisivos centrales inf.

Características clínicas.- El quiste aparece como una hinchazón azulada sobre un diente en erupción. El color varía según sea la cantidad de sangre presente en la cavidad de erupción y el espesor de la mucosa suprayacente.

Tratamiento.- Por lo general, el tratamiento es innecesario porque el diente erupciona sin trastornos. Sin embargo, en raras ocasiones, en los cuales el quiste sea la causa evidente del retardo indebido de la erupción del diente afectado, es necesario hacer una escisión de tejido que lo cubre para exponer la corona.

GINGIVITIS DILANTINICA

Muchos niños tratados con difenihidantofina sódica (dilantina) por un periodo prolongado generan una hiperplacia indolora de las encías.

La hiperplacia es de un tipo generalizado y afecta los tejidos proximales, vestibular y lingual. Una inflamación de los tejidos precede a la etapa hiperplásica, a la que sigue una proliferación fibriplástica y depósito de colágeno.

A veces se produce una forma leve de engrosamiento, mientras que en otros puede cubrir prácticamente las coronas de todos los dientes.

El grado de involucración está a menudo relacionado con la cantidad de irritantes locales presentes.

Tratamiento.- Quirúrgico dejando cemento quirúrgico y a la semana se elimina éste y se coloca una férula de presión positiva. Posible recidiva.

GINGIVITIS ESCORBUTICA

La gingivitis asociada a una deficiencia de vitamina C difiere del tipo de gingivitis relacionado con una pobre higiene oral.

La lesión suele estar limitada a los tejidos marginales y papilares. El niño con gingivitis escorbútica se queja de gran dolor y haber hemorragias espontáneas.

Se describe a la gingivitis escorbútica como una enfermedad - primordialmente capilar, en la cual el endotelio se hincha y degenera.

Las paredes vasculares se vuelven débiles y porosas, con lo -- que se produce la hemorragia.

Los capilares que alimentan las encías son terminales y se --- anastomosan libremente. Se crean obstrucciones capilares en las papilas interdientales y con ello necrosis.

La gingivitis crónica grave de tipo escorbútica es rara en niños pero podría presentarse, en niños alérgicos a jugos de frutas en los que se descuida el complemento dietético Vitamina C.

Tratamiento.- Atención odontológica, mejorar la higiene y un suplemento de vitamina C hidrosoluble con otras vitaminas_ mejorará el estado gingival.

GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA AGUDA

Esta afección aguda inflamatoria de la cavidad bucal es causada - por el virus herpes simple.

Se le ha atribuido la mitad de las ulceraciones bucales de los niños, aunque la enfermedad puede aparecer a cualquier edad.

Rara vez ataca a niños menores de un año y alcanza su pico alrededor de los 3 años de edad.

La incidencia tiende a ser mayor en los meses de otoño e invierno.

ETIOLOGIA.- Herpes simple y por lo general se transmite por contacto directo.

Virus genera en su exposición, formación de anticuerpos. Los niños afectados, por lo tanto, son los que poseen anticuerpos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Los primeros hallazgos son fiebre elevada (promedio 38.3 grados centígrados a 39.4 - grados centígrados) anorexia, malestar general y afección de la glándula submaxilar.

El aspecto clínico de la cavidad bucal es de una inflamación difusa de color rojo intenso en toda la encía y la mucosa alveolar que a veces hace difícil establecer donde termina la encía incertada y donde comienza la mucosa alveolar. A esto se le une la formación de múltiples vesículas pequeñas en un período que va de 4 a 5 días; las vesículas se rompen dejando úlceras planas con los bordes de estas úlceras - están inflamados.

Cuando las vesículas aparecen en la encía incertada, se las pueden confundir con la G.U.N.A. debido a la presencia de exudado, que puede ser tomado por una papila interdenteria necrótica común en ésta última enfermedad, éstas dos enfermedades pueden producirse juntas.

Tratamiento.- El tratamiento es fundamentalmente de sostén y paliativo. Por lo general el paciente está deshidratado a causa de la fiebre y la dificultad de ingerir alimentos y líquidos. Indica dieta blanda y líquida, se darán analgésicos, amoliente como el orabase y un demulcente como leche de magnesia y un demulcente de uso local para aliviar el malestar de la cavidad bucal.

Pronóstico.- La enfermedad sigue su curso entre 6 y 16 días su duración promedio es de 11 días. Las lesiones bucales cicatrizan en 5 ó 6 días sin formación de cicatriz; raras veces produce complicaciones secundarias.

HERPAGINA

Es una enfermedad producida por el virus Xoxsackie del grupo A que se produce en forma epidémica en infantes y niños durante los meses de verano. En niños grandes y adultos jóvenes se ve muy rara --- vez:

Características clínicas.- La enfermedad se caracteriza por la aparición brusca de fiebre que alcanza el pico entre las primeras 24 y 48 horas y puede llegar hasta 40.5 grados centígrados, va acompañado de anorexia, disfagia, dolor de garganta, cefalea, dolor y sensibilidad de cuello, abdomen y extremidades.

Durante los primeros días aparecen grupos de 2 a 6 pápulas o vesículas blanco grisáceas, cuyo tamaño varía entre 1 a 4 mm, rodeada - cada una por una auréola roja, en los pilares anteriores de las fauces úvula y paladar blando. En el curso de 3 a 4 días siguientes la superficie se úlceras, deja úlceras superficiales netamente visibles, en una semana debe recuperarse el paciente.

Tratamiento.- Sintomático.

Diagnóstico.Diferencial.- La infección debe diferenciarse de la gingivitis herpética. La limitación de las lesiones a la faringe posterior, su tamaño pequeño, la evolución benigna, y la característica epidémica estacional sirven para - diferenciarse una de otra.

Cambios producidos por la enfermedad periodontal en adultos

Es muy común este tipo de problemas junto con los problemas - de caries dental, por falta de higiene bucal, el estado nutricional, psicológico, etc.

Por lo tanto, veremos algunas enfermedades que producen algunos cambios notorios en tejido periodontal y que requieren de un tra tamiento e intervención del cirujano dental.

Gingivitis Úlcero necrosante aguda.

Es una lesión que se presenta en la encía marginal y que se - caracteriza por lesiones en forma de cráter.

Etiología.- Desconocida se cree que es fusoespiroqueta.

Historia.- Aparece repentinamente y suele narrar que es después de - enfermedades debilitantes o infecciones respiratorias - agudas, otro signo después de un cambio de hábito o su es tado ánimico o también aquellos que trabajan demasiado.

Signos orales.- Encía presenta depresiones en forma de cráter, so-- bre todo en las papilas interdetales y la superficie de esos crateres se cubre de una pseudomembrana que está separado del resto de la mucosa por un eri tama lineal, la pseudomembrana es de un color gris_ blanquesino, la lesión es destructiva y ataca progre sivamente el tejido gingival produciendo denudación de la raíz y de tejido parodontal.

En algunos casos el paciente puede presentar olor fétido, aumento de salivación y sangra fácilmente, los síntomas que presenta el paciente dolor al comer y refiere gusto metálico.

También puede presentarse en bocas sanas, con gingivitis crónica o periodontitis, la lesión puede estar limitada a un solo diente o generalizada.

Signos y síntomas extraorales.- Suele haber linfadenopatía, temperatura elevada en estadios leves al paciente ambulatorio.

Histopatológicamente.- Es igual a la inflamación aguda pero se dice que el tejido conectivo tiene hiperemia, los capilares injurgitados, infiltrado denso de leucocitos polimorfonucleares, el epitelio superficial se encuentra destruido y reemplazado por una pseudomembrana.

PARODONTITIS

I.- VIAS DE EXTENSION DE LA INFLAMACION A LOS TEJIDOS DE SOPORTE.

- 1.- En caras libres (vestibular y lingual) las fibras transeptales no permiten la entrada de la inflamación a los ligamentos. Penetra a tejido conectivo y sigue su curso de los vasos periosticos, penetra en médula y la invade a esta, se cambia por la inflamación y va destruyendo la matriz ósea y pasa a ligamento parodontal.
- 2.- En caras proximales.- van a tejido conectivo y rodea a los vasos, llega a los espacios medulares, posteriormente va lateralmente y va hacia ligamentos.
La inflamación penetra por la irrigación interdental y pasa a la matriz ósea.
La inflamación del ligamento, contribuye al dolor y movilidad dental.
- 3.- Las vías de penetración se ven alteradas, por la oclusión traumática, que destruye las fibras y algunas se desgarran y se traumatizan, se presenta una bolsa infraósea y va destruir hueso angular.

II.- PERDIDA OSEA

Los cambios que se producen en el hueso es el senil o fisiológico.

La enfermedad paradontal, trae consigo la pérdida ósea y tres principales cambios que son:

- a) Aumento de la absorción con formación de hueso.
- b) Reducción de la formación ósea con absorción normal de hueso.

La destrucción ósea, es producida principalmente por factores locales, aunque suele presentarse por factores sistémicos.

Los factores locales son:

- a) inflamación gingival.
- b) trauma oclusal.

Histopatológicamente se observa.

Como la inflamación invade los espacios medulares, reemplazando la médula ósea con infiltrado linfocítico, hay proliferación linfocítica de fibroblastos, formación de neovasos y la actividad osteoclástica aumentada, hay adelgazamiento de la cresta ósea, destrucción de las trabéculas, agrandamiento de los espacios medulares y ----- reducción de la altura ósea.

OSTIOCLASTOS
 †
 Proceso inflamatorio
 ↓
 Absorción de hueso

OSTIOBLASTOS
 ↓
 Aposición
 de
 Hueso

Pero la inflamación estimula la formación ósea y esto se observa en dos lugares principales:

- 1.- En zonas de activa absorción ósea.
- 2.- En zonas alejadas de la inflamación para reforzar el hueso reabsorbido.

Los mecanismos de destrucción, por los cuales la inflamación causa absorción de hueso y que son aplicadas a la enfermedad periodontal son:

- 1.- Por aumento de presión del exudado inflamatorio con proliferación y dilatación de vasos sanguíneos.
- 2.- Por efectos tóxicos de enzimas tóxicas de las bacterias sobre los osteocitos.
- 3.- Por oclusión de vasos sanguíneos.
- 4.- Por la disolución de los componentes inorgánicos del hueso.
- 5.- Por la disminución del PH óseo debido al proceso inflamatorio.
- 6.- Destrucción de la matriz orgánica por enzimas proteolíticas.

La destrucción ósea causada por la inflamación no es un proceso necrótico.

La destrucción ósea causada por la inflamación tampoco es un proceso continuo, ni se efectúa a una velocidad constante.

FORMAS DE DESTRUCCION OSEA POR LOS PROCESOS INFLAMATORIOS.

- 1.- Forma horizontal; Ésta es la más común y afecta tabiques interdentes vestibular y lingual, el margen óseo queda horizontal y en algunos casos angular o vertical.
- 2.- La destrucción ósea vertical o angular se observa cuando existen bolsas infraóseas, causada por irritantes locales y trauma de la oclusión.

TIPOS DE DEFECTOS OSEOS.

Estos únicamente se observan radiográficamente, en muchos casos es necesario exposición quirúrgica para establecer sus dimensiones, una de ellas es llamada cráter (s) óseo (s) que son concavidades en el hueso de la cresta interdental.

Otro llamado defecto infraóseo, que son pérdidas vertical o angular encerrada por 2, 3, ó 4 paredes óseas.

Además otro defecto es el hemiseptum que es remanente de un septum interdental, después de que ha sido destruida la porción mesial o distal.

BOLSA PARODONTAL.

Es un surco patológicamente profundizado por la inflamación, en el cual hay migración de la adherencia epitelial o cuando menos involucrado en el proceso inflamatorio.

La bolsa se divide de acuerdo a su morfología y relación.

- 1.- suprásea.
- 2.- infraósea.



- 1.- Cuando el fondo de la bolsa es coronario al hueso alveolar.
- 2.- Está cuando el fondo de la bolsa es apical al nivel de la -- cresta alveolar.

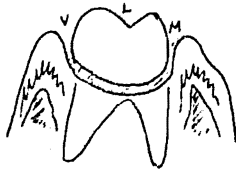
CARAS QUE ABARCA LA BOLSA.

- a) Bolsa, puede ser simple cuando abarca una sola cara del diente.
- b) Compuesta, esta abarca 2 ó más caras del diente y está comunicada con el exterior por la caras afectadas.
- c) Compleja, su profundización está en forma de espiral o envolvente con un orificio que se comunica con el exterior (puede abarcar una o dos caras).

a)



b)



c)



La patógena de la bolsa:

Son tres tipos de profundización:

- 1.- Por el movimiento de la cresta del margen gingival en sentido coronario.
- 2.- Por movimiento de la adherencia epitelial en dirección apical y su separación de la superficie apical.
- 3.- Por la formación de una bolsa, debida a la formación de las ante-riores.

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA BOLSA PARODONTAL.

Intrinsecos:

No hay duda de que van ligados con estados sistémicos del paciente los cuales desempeñan un papel importante en el desarrollo, forma e intensidad de algunos casos de ésta enfermedad; además hay enfermedades de tipo sistémico que predisponen a la destrucción tisular y --

reacciones inflamatorias por ejemplo, la diabetes y Tb. disfunciones endócrinas y trastornos en la nutrición o bien por otro tipo de causas, como la debilidad orgánica congénita o también la senectud, los signos y síntomas de la bolsa son los siguientes:

- a) Bolsa indolora; pero puede dar lugar a los siguientes síntomas: dolor localizado o sensación de presión después de las comidas, tendencia a succionar en los espacios interdenciales, sensación de dientes flojos, sensibilidad al frío y al calor en dientes sin caries y sensación de picazón en la encía.

Signos clínicos.- Encía marginal roja azulada, redondeada y separada de la superficie dental.
 Solución de continuidad vestibulo lingual en encía interdental.
 Zona roja azulada, en sentido vertical desde la encía marginal pasando por la encía insertada y algunas veces terminando en mucosa alveolar.
 Hemorragia gingival o bien exudado purulento en el margen gingival a la más leve presión.

DESCRIPCION DE LA BOLSA SUPRAOSEA

Una vez formada la bolsa supraósea, que es una lesión inflamatoria crónica (destruccion de los tejidos) con alteraciones, proliferativo y destructivo del tejido de soporte óseo.

Para que la adherencia epitelial migre, requiere de presencia de celulas epiteliales sanas.

La severidad de los cambios degenerativos no está en relación con la profundidad de la bolsa.

La bolsa está formada por restos alimenticios y micro organismos, productos bacterianos tóxicos, enzimas, restos mucinosos salivales, restos celulares y comunmente cálculo. El exudado purulento consiste en leucocitos polimorfonucleares, suero algo de fibrina y además bacterias vivas y muertas. La pús es una de las características comunes de la enfermedad parodontal y su presencia y la facilidad de exprimirlo, reflejo solo la naturaleza de los cambios inflamatorios, esto no indica profundidad de la bolsa y el grado de destruccion de los tejidos.

HISTOPATOLOGICAMENTE LA BOLSA SUPRAOSEA.

Los cambios que se presentan son: encía inflamada crónica, el tejido conectivo presenta diversos grados de degeneración con adema y un denso infiltrado de leucocitos polimorfonucleares, predominando los plasmocitos y algunos linfocitos, hay proliferación de celulas endoteliales y formación de nuevos capilares, fibroblastos y fibras colágenas principalmente.

En el epitelio la adherencia epitelial varía en longitud y espesor y estado de sus células, llenando desde una banda ancha y un corto - acúmulo de células hasta una larga y angosta.

Las células de la adherencia epitelial pueden presentar leve o - marcada degeneración.

Los cambios degenerativos más severos ocurren en la pared lateral de la bolsa.

RECESION Y PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.

El grado de recesión gingival depende de la localización del fondo de la bolsa y no de la profundidad de la misma, hay casos en que la profundidad, en diferentes dientes, tiene diferentes grados de recesión.

LA RELACION DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA CON LA DESTRUCCION OSEA.

Existen bolsas cortas o playas que han producido gran destrucción ósea, o bien bolsas profundas con poca pérdida ósea, aún más la destrucción ósea sin formación o aparición de la bolsa (trauma de la oclusión) esto nos conduce a pensar que la severidad de la pérdida ósea, - no está en relación con la profundidad de la bolsa.

Otro factor importante es que la relación entre hueso alveolar, sobre todo la cresta con la adherencia epitelial es relativamente constantes, con la enfermedad parodontal varía considerablemente.

BOLSA INFRAÓSEA

La bolsa infraósea es la menos frecuente en las caras libres y es más frecuente en las caras proximales, y se extiende de donde se origina hacia una o varias caras, no hay un informe estadístico sobre la frecuencia de este tipo de bolsa, pero si se ha comprobado que los cambios degenerativos inflamatorios y degenerativos de la bolsa supraósea e infraósea son los mismos, ambas llevan a la destrucción de los tejidos de sostén; estos no conduce a una vertice (se ha encontrado cálculo en el tercio apical).

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

ABSCESO PARODONTAL

Es la inflamación purulenta localizada de los tejidos parodontales y se forma por:

- 1.- Obliteración u obstrucción del orificio de salida de una bolsa.
- 2.- Por penetración de la inflamación desde la cara interna de una -- bolsa a tejido conectivo en la pared de la bolsa con cierre de la misma.
- 3.- Eliminación incompleta del cálculo y contracción de la pared gingival cerrándose la salida de la bolsa.
- 4.- Perforación de la pared lateral, de un conducto epical debido a - perforación en tratamiento de endodoncia.

La localización del absceso parodontal, es en la pared lateral - de la raíz, donde puede haber fístula ósea que se extiende lateralmente o bien en la pared lateral de una bolsa profunda.

Las características clínicas del absceso es que puede ser agudo - o crónico.

Agudo.- Se presenta con dolor punsátil irradiado exquisita sensibilidad a la percusión o en algunos casos movilidad, se llega a - presentar con fiebre y malestar general. Aparece como una - elevación ovoide que puede ser firme o blanda, la encía es roja adematosa, superficie lisa y brillante, cuando se hace presión hay supuración.

Crónica.- Presenta una fístula que se abre de la mucosa gingival, el - tamaño del orificio de salida puede ser tan grande como una

cabeza de alfiler que casi no se puede detectar o tamaño de una lenteja y se puede introducir una sonda o una punta de gutapercha, es generalmente asintomática, puede tener estadios de agudeza.

Aspecto radiográfico.- Es una zona radiolucida en la pared lateral de la raíz, cuando es agudo no se presentan signos radiográficos, aunque en algunos casos se observa cuando es interproximal debido a la radiolucidez de ligamento o parodontal.

LESION DE BIFURCACION

Cuando la lesión está en la furca se dice que es lesión de bifurcación.

Cuando la zona de bifurcación ha caído en la zona de inflamación se dice que tiene lesión de bifurcación que son producidos por enfermedad paradontal y se denomina según el caso:

- a) bifurcación (2)
- b) Trifurcación (3)

Características clínicas.- La lesión puede ser visible o bien obstruida por la pared inflamada es generalmente - asintomática pero puede tener complicaciones dolorosas, consecuencia de la desnuda---ción de la raíz, la lesión puede ser el resultado de un absceso paradontal o un absceso periapical agudo, existen lesiones que - presentan cambios radiográficos detectables pero que los microscópicos si lo son.

PRINCIPALES CAMBIOS:

- 1.- Zona radiolucida triángular en la zona de la bi o trifurcación.
- 2.- Engrozamiento borroso radiolúcido del espacio paradontal.
- 3.- Radiocapacidad de trabéculas óseas.
- 4.- Pérdida ósea radiográficamente visible en estas zonas.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

PARIODONTAL

EN

NIÑOS Y ADULTOS

La enfermedad periodontal inflamatoria y la caries dental son en gran medida producto de la placa bacteriana. Podemos definir la placa bacteriana como una masa estructurada adhesiva que se forma sobre la superficie de los dientes, compuesta principalmente de microorganismos. A medida que los microorganismos se organizan en colonias, crecen y producen sustancias destructivas en los tejidos subyacentes.

Como resultado de la importancia de la placa bacteriana como agente etiológico, una parte considerable del tratamiento bucal apunta la -- eliminación de placa y la prevención de su nueva formación.

El control del crecimiento y formación de la placa bacteriana es esencial para el control de la enfermedad periodontal.

El control de la placa consistirá en la aplicación de técnicas de eliminación de placa. También incluye un enfoque educacional mediante el cual se presenta al paciente la causa, la naturaleza y la consecuencia de la enfermedad periodontal así como aspectos motivacionales para animarlo a seguir los programas indicados.

Como romper viejos hábitos es una tarea más dura que la de enseñar nuevos, la niñez es el momento de enseñar técnicas de cuidado casero adecuado. Para esto vamos a contar con la ayuda de los padres para que enseñen a sus niños como cuidar de su boca. Como los niños practican hábitos bucales que observan en los padres, la enseñanza de la higiene bucal casera es efectiva, únicamente si los padres practican los hábitos adecuados.

Como el cuidado de los niños muy pequeños debe ser realizado por los padres ese es el momento para establecer buenos hábitos higiénicos.

Cuando el niño desarrolla su propia habilidad manual, los padres pueden cumplir una función de supervisión.

PROGRAMA DE CONTROL DE PLACA

La enseñanza de eliminación de la placa en niños muy pequeños debe incluir a toda la familia. en adolescencia esto puede ser menos necesario, porque la necesidad de independencia de la familia puede ser un factor en la motivación.

El desarrollo de un programa de control de placa casero demanda bastante tiempo y paciencia. Por lo general, son necesarias cuatro sesiones o más en el consultorio antes de que el paciente sea capaz de eliminar adecuadamente la mayor parte de la placa bacteriana de las superficies de los dientes. El paciente retiene muy poco de lo que se le explica, aquí es donde vamos a insistir en cada una de las demostraciones de higiene bucal, para asegurar que el paciente alcanza niveles mínimos de competencia técnica en el procedimiento enseñado.

METODOS DE CEPILLADO DE LA DENTICION TEMPORAL

Solo en los últimos años se ha presentado la debida atención a las diferencias en la anatomía de los dientes temporales y permanentes en relación con el cepillado. Los odontólogos enseñaban al preescolar las mismas técnicas que el adulto o simplemente ni mencionaban una diferencia.

En general se condenaba el método del "fregado" o por lo menos no se le consideraba una aceptable de cepillarse los dientes, sobre todo por las irritaciones de los tejidos gingivales en el cuello del diente y la abrasión que se ve en el margen gingival como resultado del cepillado vigoroso con este método. Además se consideraba que el método del fregado no era eficaz para eliminar los residuos de entre los dientes.

Pero se ha visto que la acción del fregado desaloja mejor los residuos de las superficies dentales de los dientes temporales. El diente temporal y la anatomía de la arcada, en particular por la presencia de las prominencias cervicales de las curvas vestibulares permiten una limpieza mucho mejor si emplean movimientos horizontales. Además, la presencia de esos rebordes cervicales protege el tejido gingival y proporciona seguridad desde ese punto de vista.

METODO DE CEPILLADO DE LA DENTICION MIXTA Y ADULTA.

La técnica del barrido o giro es muy aceptable para la dentición mixta y la adulta joven. Es un método que no es excesivamente complicada o difícil, y para un buen trabajo de estimulación de los tejidos gingivales además de limpiar los residuos de los dientes.

El lapso dedicado al cepillado de los dientes dependerá en gran medida de la habilidad así como de las necesidades del individuo. El tiempo mínimo recomendable es de 3 minutos. Hay una diferencia en el tiempo que la gente dedica a cepillarse los dientes, aunque estén -- cumpliendo un procedimiento eficiente.

METODO DE, BASS

ADULTOS

Para el cepillado de caras vestibulares y linguales, se fuerzan las cerdas directamente de las hendiduras gingivales y en los surcos entre los dientes en un ángulo de 45 grados, con respecto de los ejes mayores dentarios. Se fuerzan las cerdas dentro de las hendiduras cuando es posible y con movimientos anteroposteriores cortes de cepillo que de oloja material blando de los dientes, dentro de las hendiduras, al cual pueden llegar. Al mismo tiempo, se limpian los dientes por sobre el tejido gingival, en los nichos, y entre los dientes lo más lejos que puedan llegar las cerdas. Los dientes anteriores se limpian por lingual - dirigiendo las cerdas del talón o del costado del cepillo hacia las hendiduras gingivales y espacios interdentarios en un ángulo de 45 grados, como en los demás lugares.

El método que se ha de recomendar y enseñar dependiendo de las necesidades del paciente.

En las observaciones: se ha llegado a la conclusión, que para -- llegar a el mantenimiento de los dientes limpios es eficaz como control de la enfermedad periodontal y que el cepillado dentario es el método -- más recomendable comunmente para la remoción de los depósitos de residuos bucales y placa de los dientes. Pero se ha demostrado que no hay un método de cepillado que haya demostrado una clara superioridad sobre los demás. Sino que más importante que el mantenimiento de la salud periodontal es la minuciosidad puesta en la remoción de residuos y placa. En cuanto a los dentífricos opino que son útiles para limpiar los dientes, pero que su exagerado uso cuando poseen fuertes abrasivos esta con traindicado, especialmente cuando están expuestas las partes más blandas de la cavidad oral.

USO DEL HILO DENTAL

- 1.- Usando 60 a 90 cm. de hilo dental sin encerar, se envuelven alrededor del dedo medio de la mano derecha excepto unos 20 cm.
- 2.- Envuelve bastante del extremo libre en torno del dedo medio izquierdo para sostenerlo (fig. A)
- 3.- Ubique el hilo sobre la punta de los pulgares en índice o de ambos índices manteniendo una distancia de 2.5 cm. (fig. B).
- 4.- Pase el hilo entre cada par de dientes.- Esto se hace con un movimiento de serrucho por entre los puntos de contacto. No se lo hace pasar de golpe.
- 5.- Después de pasar el hilo entre los puntos de contacto se le curva abrasando al diente anterior y se lo lleva hacia abajo del tejido gingival hasta sentir una resistencia. Se pule la superficie dentaria frotando el hilo hacia arriba y abajo. Lo mismo se hace con la cara mesial del diente posterior del par.
- 6.- A medida que el hilo se deshilacha o ensucia, se desenvuelve del dedo medio derecho y se envuelve en el izquierdo, algo así como carrete recolector en un gravador de cinta.

Fig A

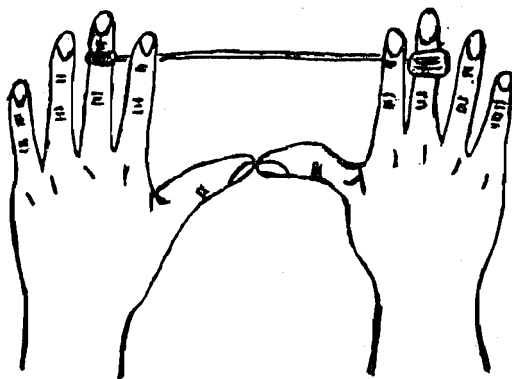
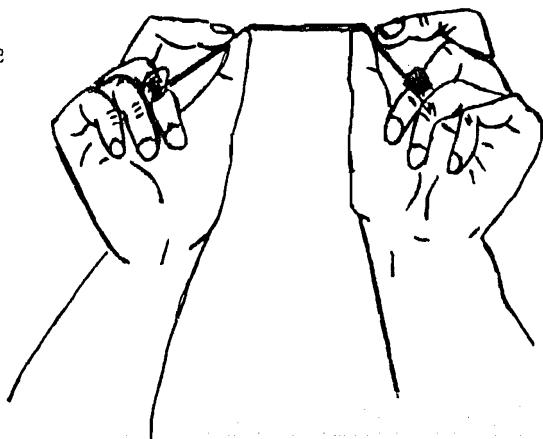


Fig B



NUTRICION

REGULACION DE LA DIETA.

Las bacterias cariogénicas colonizan en los surcos y fisuras o sobre las superficies lisas de los dientes donde se forman una placa bacteriana adhesiva y difícil de quitar.

Aunque hay muchas variedades de microorganismos cariogénicos, todos se caracterizan por su necesidad de un sustrato de sacarosa para un crecimiento rápido. Así, uno de los métodos más efectivos para control y prevención de las caries pero difícil de implementar es el de reducir la ingesta de azúcares refinados, particularmente a los que consumen en grandes cantidades entre las comidas. La regulación efectiva de la dieta requiere de la comprensión inteligente de los padres pero suele fracasar debido a la falta de colaboración y comprensión por parte del niño. No obstante, sí es posible instituir la regulación de la dieta, es un medio eficaz para disminuir drásticamente el grado de ataque de las caries y enfermedad periodontal. Pero, la supresión total de azúcar, como se hace con los niños diabéticos, no es posible ni conveniente. En cambio, hay que sustituir los refrigerios y bocadillos entre las comidas por alimentos no cariogénicos aceptables.

Fluoruro.- El uso del fluoruro en el agua potable y las aplicaciones tópicas dos veces al año, así como el uso diario de dentífricos fluorados es muy recomendable.

También el uso diario de un enjuagatorio de fluoruro después del cepillado, con 15 gotas de una solución al 2% de fluoruro de sodio en un tercio de agua tibia reduce el ataque de las caries y enfermedad periodontal en los niños.

Pero recordemos que los fluoruros sólo logran que la superficie dentaria sea más resistente a la enfermedad y de ninguna manera elimina la causa, y la prevención de las enfermedades periodontales.

La prevalencia de la caries y de la gingivitis aguda alcanza su p_íco durante el período de la adolescencia. Por lo tanto, las prácticas preventivas deben comenzar antes y no después de la adolescencia, para que den resultados positivos.

CARIOGENICOS
NO CARIOGENICOS

Sacarosa (azúcar de mesa)

Curumelos y chocolates de
leche

Jalapa, mermeladas y miel.

Caramelos, galletitas y
tortas.

Goma de mascar y pasti-
llas de menta.

Bebidas de chocolate mal-
teadas y endulzadas.

Bebidas de naranja sinté-
tica.

Colas y otras bebidas endul-
zadas con sacarosa.

Pan blanco y de levadura

Manteca de maní o jalea so-
bre pan blanco.

Sacarina y sorbitol

Papas y cereales crocantes

Verduras crudas, repollo, lechu-
ga, frutillas y cerezas frescas.

Rosetas de maíz y maní.

Gomas de mascar y pastillas de_
menta sin azúcar.

Leche entera y descremada.

Jugo de naranja (naranja entera).

Colas dietéticas y otras bebidas
dietéticas.

Pan de centeno entero.

Hamburguesas, fiambres y queso -
sobre pan de centeno.

Alimentos cariogénicos y sustitutos no cariogénicos en los primeros
influye sobre la enfermedad periodontal no siendo así en los segundos.

PACIENTES ANALIZADOS EN LA

CONSULTA DENTAL

Descripción

PACIENTES ANALIZADOS Y DESCRIPCION

Estos son los pacientes analizados en la consulta dental, lo hicimos en 4 sesiones, en la primera sin indicaciones ni tratamiento alguno.

GRUPO I NIÑOS:

Paciente	edad	sexo	Núm.cepilla- das diarias.	Núm.dientes cariados.	Placa Bacte- riana %.	Núm.Extracciones indicadas.
" I 1	8	Fem.	1	3	60%	1
" I 2	8	Fem.	2	4	50%	1
" I 3	8	Fem.	1	4	75%	0
" I 4	8	Mas.	2	1	45%	0

GRUPO II NIÑOS:

Paciente	edad	sexo	Núm.cepilla- das diarias.	Núm.dientes cariados.	Placa Bacte- riana %	Núm.Extracciones indicadas.
" II 1	10	Mas.	0	7	90%	3
" II 2	10	Fem.	1	5	80%	0
" II 3	10	Fem.	3	0	10%	0
" II 4	10	Fem.	1	3	70%	0

GRUPO III NIÑOS:

Pacien- te.	edad	sexo	Núm.cepilla- das diarias.	Núm.dientes cariados.	Placa Bacte- riana %.	Núm.Extracciones indicadas.
" III 1	12	Fem.	1	3	90%	2
" III 2	12	Mas.	2	0	20%	0
" III 3	12	Fem.	0	4	90%	2
" III 4	12	Fem.	2	1	45%	0

SEGUNDA SESION:

Se explicó a los pacientes las técnicas de cepillado, se hicieron -- las extracciones indicadas, prófilaxis y se restauraron los dientes caria- dos, se avanzo un 20% en la disminución de placa bacteriana. Los medios - con que contamos fuerón, dibujos y modelos de estudio y cepillo dental.

TERCERA Y CUARTA SESION:

Se volvió a insistir en la misma explicación aumentandolé el uso -- del hilo dental, el indice de placa disminuyó en un 30%, gracias a la ayu- da de los padres, el porcentaje de niños que se analizarón se disminuyó el indice de placa bacteriana, fué de 80% de los niños.

Nota: No encontramos tártaro en niños.

Bolsas.- Sólo donde había dientes retenidos o fragmento de dientes.

PACIENTES ANALIZADOS Y DESCRIPCION

Estos son los pacientes analizados en la consulta dental.

Se hizo en cuatro sesiones, en la primera se hicieron indicaciones, eliminación de placa y tártaro, pero sin tratamiento alguno.

GRUPO I ADULTOS:

Primera sesión

Pacien- te	edad	sexo	Núm. cepilla- das diarias.	Núm.dientes cariados	Placa Bacte- riana %	Núm.Ext. indicadas	Tártaro %
" I 1	20	Fem.	1	5	75%	0	60%
" I 2	20	Fem.	1	10	80%	0	70%
" I 3	18	Mas.	0	15	95%	5	95%

GRUPO II ADULTOS:

Pacien- te.	edad	sexo	Núm.cepilla- das diarias.	Núm.dientes cariados	Placa Bacte- riana %	Núm.Ext. indicadas	Tártaro %
" II 1	16	fem.	2	8	60%	1	50%
" II 2	15	Fem.	0	16	80%	3	60%
" II 3	17	Fem.	2	2	30%	0	35%

GRUPO III ADULTOS

Pacien- te.	edad	sexo	Núm.cepilla- das diarios.	Núm.dientes cariados	Placa bacte- riana. %	Núm.Ext. indicadas	Tártaro %
" III 1	35	Fem.	1	9	55%	2	30%
" III 2	42	Mas.	1	12	80%	3	60%
" III 3	29	Mas.	2	4	20%	0	10%

En las siguientes sesiones se realizarán explicaciones de higiene oral en adultos, se puede lograr el 90% de las personas analizadas que realizarán todas las indicaciones dadas y así disminuirán la enfermedad gingival periodontal hasta un 95% gracias a la cooperación de los pacientes.

Nota.- Bolsas.- encontramos bolsas en 75% de los pacientes.

Las extracciones que se realizarán fué porque ya no había medios de rehabilitarlos, además para favorecer a la higiene oral, se realizarán tratamientos gingivales.

ALTERNATIVAS Y CONCLUSION

En este capítulo veremos con que contamos para el tratamiento gingival - y parodontal, cual es el objetivo principal, indicaciones, instrumenta', algunas técnicas, cuidados posteriores.

La cirugía parodontal la agruparemos en dos grupos:

- 1.- Procedimientos destinados a la corrección de tejidos marginales de la encía.
- 2.- Procedimientos para el desplazamiento mucogingival.

I.- CORRECCION DE LA MORFOLOGIA DE LOS TEJIDOS MARGINALES.

Se pretende con ello la modificación de el tejido gingival desfavorable, reducción de las bolsas y corrección de la morfología ósea adversa.

Técnicas, son las siguientes:

- 1.- Gingivoplastia: el propósito es la corrección de los contornos gingivales que favorecen el acumulo de residuos o depósitos sobre los dientes favoreciendo así la formación y desarrollo de las placas bacterianas.

Indicaciones:

- a) Encía marginal voluminosa
 - b) Desdoblamiento papilar
 - c) Contorno irregular de la encía marginal.
 - d) Cuando se puede asociar a otras intervenciones de cirugía parodontal.
 - e) Cuando puede ser etapa importante para el tratamiento de gingivitis ulceronecrotica.
- 2.- Gingivectomía: el objetivo principal de esta es la reducción de las bolsas para una higiene dental satisfactoria.- limitar la destrucción de los tejidos de sostén.

Indicaciones:

Quando hay bolsas.

- 3.- Gingivectomía con ostioplastia: el objetivo de este procedimiento reducción de las bolsas y corrección de las condiciones óseas desfavorables.

Indicaciones:

- a) Cráter óseo interproximal.
- b) Alveolosis vertical.
- c) Contorno irregular del revorde alveolar en lingual o vestibular.

- 4.- Operaciones a colgajo: estas deben utilizarse cada vez que este indicada una ostioplastia, valorización de las condiciones presente de hueso.

Indicaciones:

- a) Cirugía ósea.
- b) Cuando no se puede apreciar el contorno óseo.

II.- DESPLAZAMIENTO DEL LIMITE MUCOGINGIVAL.

Objetivo.- Estas intervenciones tienen por objeto establecer una zona de encía fija de suficiente amplitud; para que nos permita un cepillado eficaz en la relación frenillo-encía marginal.

Indicaciones:

- a) Cuando hay buena higiene oral, pero encontramos placa, inflamación, cuando encontramos con una zona de encía adherida muy estrecha o casi inexistente.
- b) Frenillos estrechos y de inserción alta, frenillo anchos y limite mucogingival alto.

CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS DE CIRUGIA GINGIVAL

1.- Instrumentos de Exámen:

- a) Sonda recta de medidas de 3, 5, 10 mm. y parte activa de 10 a 15 mm.
- b) Sonda ordinaria localización de tártaro.
- c) Espejos ordinarios para la visualización.

2.- Instrumentos para marcar puntos sangrantes:

- a) Sonda de bolinas.
- b) Pinzas Crane-Kaplan uso limitado.

3.- Instrumentos para incisión (primaria y secundaria).

- a) Bisturí Kaplan.
- b) Bisturí de Urban
- c) Bisturí de Kirkland
- d) Bisturí de Barkan.

4.- Instrumentos para la eliminación de tejido excindido.

- a) Instrumentos de Kaplan 4 derecha e izquierda romos.
- b) Instrumentos para detratage como Kaplan 6 derecha e izquierda.

5.- Instrumentos para eliminación del tejido de granulación.

- a) Curetas de Host No. 1 y 2 ó 3 y 4.
- b) Curetas para tejido duro kaplan 9 y 10.

6.- Instrumentos para corrección del contorno de la incisión.

- a) Bisturí de Kir Kland
- b) Fresas de bola grande o fresas diamantadas para encía.

7.- Instrumentos para detartraje.

- a) Kaplan 6 derecha e izquierda.
- b) Curetas de Kaplan 9 y 10.

8.- Instrumentos para ostioplastia.

- a) Fresos de bola (Nos. 8 al 12).
- b) Fresas de caucho (Nos. 20 al 24).
- c) Suero fisiológico con jeringa grande (10 a 100 c. c.)

9.- Instrumentos para cirugía muco-gingival y vestibulo plantian.

- a) Hojas de incisión forma gillette.
- b) Legra de Nordberg

10.- Elementos de sutura.

- a) La pinza de Mathieu
- b) Aguja de sutura
- c) Hilo de seda para sutura (1 y 2).

11.- Instrumentos para preparar cemento girórgico.

- a) Loseta
- b) Espátula para cemento.

12.- Instrumentos para quitar el cemento quirúrgico y pulir los dientes.

- a) Kaplan 6 derecha e izquierda.
- b) Las tacitas de caucho para pulido.

MATERIALES DIVERSOS

- a) Paños de campo.
- b) Campos desechables.
- c) Aspirador
- d) Cánulas de aspiración.
- e) Compresas.
- f) Pinzas de campo.
- g) Piedra de Arkansas
- h) Alambre
- i) Cepillo de uñas.

TIEMPOS OPERATORIOS DE LA GINGIVECTOMIA

- 1.- Anestesia local.
- 2.- Puntos sangrantes.
- 3.- Incisión primaria
- 4.- Incisión secundaria.
- 5.- Excisión del tejido.
- 6.- Eliminación del túrtaro y del tejido de granulación, pulido de las superficies radiculares.
- 7.- Corrección del trazado de la incisión.
- 8.- Inspección.
- 9.- Colocación del cemento quirúrgico.
- 10.- Cambio o retirada del cemento quirúrgico.
- 11.- Control de la higiene.

TECNICA ESPECIFICA DE GINGIVECTOMIA

ANESTESIA LOCAL.- Anestesia regional por infiltración sobre tejido a excindir, para reducir la hemorragia por efecto vasoconstrictor del anestésico.

PUNTOS SANGRANTES.- Para materializar profundidad de la bolsa y hacerlo ostensible sobre la porción externa de la encía; para saber hasta donde esta el límite de la bolsa.

Se introduce la sonda a lo largo del diente hasta el fondo de la bolsa se mide en referencia.

Se lleva la medida partiendo desde el margen de la encía.

Después de rotar 90 grados se pincha la encía, se marcará con dos puntos cada diente.

INCISION PRIMARIA.- El trayecto de la incisión se hará de acuerdo con los puntos sangrantes siguiendo la dirección de reborde alveolar se hará con bisturí Kirkland 15 y 16 a esta incisión se le denomina "Incisión de bisel externo".

INCISION SECUNDARIA.- Con la ayuda de la extremidad y de la porción cóncava del bisturí Kaplan 3 derecha e izquierda se hace la incisión secundaria hasta los espacios interproximales. El bisturí de Orban tiene gran ayuda práctica en lingual y palatino para los incisivos.

EXCISION.- Con la ayuda que nos presta Kaplan 4 derecha e izquierda se practica la excisión, así queda expuesto tártaro y tejido de

granulación en los espacios interproximales.

Eliminación del tejido de granulación y del tártaro, pulido de la superficie radicular.

Con la ayuda de cúretas de Holst (1, 2, 3 y 4) o con instrumentos de kaplan para detartraje se efectúa la eliminación de tejido de granulación, se elimina tártaro y se pule las superficies radiculares.

INSPECCION.- Es necesario comprobar que sobre el campo operatorio no se ha dejado tártaro ni tejido de granulación, asegurarse de que no haya posibles bolsas infraóseas en los espacios proximales. Con solo aspirar nos dará la visualización necesaria, si no es así colocaremos triángulos de gasa los presionaremos hasta lograr una hemostasia.

COLOCACION DEL CEMENTO QUIRURGICO.- Después de haber limpiado y asegurado que todo esta bien se colocará el cemento quirúrgico en este caso se coloca wonder-Pak, se coloca por veg tí bular y por lingual o palatino --- uniéndose por espacios interproximales.

El cemento debe de estar en contacto con la superficie cruenta para evitar que se forme tejido de granulación y no extenderse sobre los demás dientes que no sea necesario.

CUIDADOS A OBSERVAR

Después de una intervención quirúrgica paradontal.

- CEMENTO QUIRURGICO.-** La zona que hemos operado se ha recubierto con un opósito en forma de cemento quirúrgico cuya consistencia se hace más dura una vez colocado, pero que se debe mantener en un sitio hasta la visita señalada.- Este cemento debe proteger la herida y asegurar la cicatrización buena y rápida; pudiera haber desprendimiento de trocitos pequeños sin importancia.
- HEMORRAGIA.-** Es normal que en las horas siguientes a la operación haya ligera hemorragia.
- DOLORES.-** Es raro que haya dolores fuertes después de una intervención, pero puede haber molestias en los días siguientes, un comprimido analgésico será suficiente.
- ALIMENTACION.-** Evitar toda clase de alimentos duros o crujientes preferentemente se masticará la arcada libre de cemento.
- CEPILLADO.-** No cepillarse sobre la zona recubierta; sin embargo, sobre el resto de la boca cepillar enérgicamente, se puede hacer enjuagatorios con agua de sal.
- DESPUES DE LEVANTAR EL CEMENTO QUIRURGICO.-** Cuanto más limpios mantenga sus dientes mejor será el resultado final, es importante que la instrucción --

que recibe el paciente sobre el cepillado de los dientes sea cumplida de talladamente, desde el día mismo que se levanta la protección; debido a la cicatrización se deberá usar un cepillo suave en los primeros días.

2.- GINGIVOPLASTIA

Es una forma de gingivectomía simplificada para modificar la morfología gingival sin eliminación de bolsas. A estos se le denomina gingivoplastia.

A esta operación se justifica cuando se presenta una encía marginal engrosada, de un contorno irregular del margen gingival o de cualquier otra alteración de la forma gingival que dificulte la buena higiene dental.

Cuando ésta operación está tan sólo indicada junto a ciertos dientes aislados, se puede proceder al remodelado gingival con fresas de bola de tamaño grueso (fresas diámantadas o de tijeras curvas). Cuando la operación tiene que extenderse a una región más amplia, hace falta utilizar el bisturí y el acto operatorio se corresponde con los principios de una gingivectomía.

3.- GINGIVECTOMIA CON OSTIOPLASTIA

En los casos en los que hay una indicación clara de gingivectomía, pero que la medida de las bolsas y el exámen radiológico ponen en evidencia un contorno óseo irregular con pérdidas ósea verticales y horizontales así como las bolsas infraóseas, es insuficiente una simple gingivectomía. En estos casos es necesario remodelar el hueso para lograr un buen resultado operatorio que permita una buena higiene dental eficaz.

El modelado óseo tiene por objeto eliminar las pérdidas verticales, las bolsas infraóseas y espículas, con ello se trata de conseguir un contorno regular de hueso.

Después de haber practicado una gingivectomía, eliminados los restos de tártaro y de tejido granulomatoso, se practica una hemostasia que nos permita la visualización de contorno óseo, se examina con una sonda comparando con la radiografía. En este momento se decide la intervención ósea limitada

Se eleva con precaución el conjunto mucoperióstico mediante la ayuda de una legra de Nordberg.

Se mantiene separado el colgajo sirviéndonos de la legra, así se consigue tener una buena visión del hueso. Hay que tener cuidado de no displacerar el cogajo. No utilizar nunca pinzas de garra con ello se dificultaría la cicatrización futura.

El modelado óseo se hace con un cincel en toda la extensión que sea posible utilizarle.

Como el cincel es difícil de utilizarse por el daño lingual, es preciso ayudarse de instrumentos rotatorios (fresas de bola gruesas) y a la par manteniendo el campo operatorio húmedo, para ello es necesario irrigar constantemente con suero fisiológico estéril, se trata también de evitar la necrosis óseas que pudieran ser motivadas por el calentamiento.

El hueso una vez remodelado, presenta un contorno regular, han sido eliminadas sus aristas, se han creado nuevas depresiones interdientarias. Se lava abundantemente para eliminar las raspaduras y detritus óseos.

Se coloca el colgajo en su sitio y se aplica encima el cemento quirúrgico. Es muy raro que haya que saturar, pues el cemento quirúrgico mantiene a el colgajo en su sitio.

Una vez acabada la cicatrización encontramos un contorno gingival, al paciente se le dan medidas de higiene post-operatorias se lleva un control en sucesivas revisiones.

DESLIZAMIENTO APICAL DEL COLGAJO MUCOPERIODISTICO

La operación colgajo puede asociarse a una vestibulo plastia. Antes de suturar el colgajo se desliza apicalmente. Este indicado el deslizamiento cuando el fondo de las bolsas esta situado epicalmente en relación con la posición de la unión mucogingival o hay inserciones ligamentarias, o cuando la encía masticatoria es muy estrecha.

Tiene la ventaja ésta técnica cuando nos hallamos en presencia de alveolitis horizontal generalizadas con bolsas profundas.

CONCLUSIÓN

Las enfermedades periodontales y las caries dental son enfermedades en las cuales, la colonización de las bacterias sobre la superficie dentaria es un factor fundamental en la evolución e intensidad de las enfermedades. Los irritantes mecánicos locales, la salud y la resistencia de los tejidos, también son determinantes, importantes en las enfermedades periodontales, tanto la observación clínica nos indica que las acumulaciones de placa bacteriana son muy importantes en el avance de estas enfermedades y también en su iniciación. Como esta placa bacteriana de forma rápida (entre 3 a 6 días) no es suficiente con la eliminación que hagamos en el consultorio. La higiene que haga el paciente, o sus padres, con el fin de impedir nuevas acumulaciones de placa, es esencial para el control y la prevención de las enfermedades periodontales.

La prevalencia de caries y de la enfermedad gingival, alcanza su pico en el período de la adolescencia. Por lo tanto las prácticas preventivas deben comenzar antes y no después de la adolescencia, para que den resultado positivo.

En los adultos cuando ya esta presente la enfermedad periodontal, - los tratamientos que se realizan en estos pacientes es propiamente para - facilitarle la higiene oral y limitar el daño de tejido gingival, influye demasiado el número de cepilladas que haga el paciente; pues si no se cepilla puede reincidir la enfermedad periodontal y de nada serviría el tratamiento realizado.

La caries no influye demasiado en la enfermedad periodontal, pero - si los fragmentos de dientes temporarios, que acumulan alimentos, bacterias, etc., que causan enfermedad gingival, puede darse el caso de que en algunos pacientes encontraremos bolsas.

Nota:

"Una buena higiene bucal, dará como resultado el buen aprovechamiento de los alimentos para nuestro organismo."

BIBLIOGRAFIA

- 1) ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, Pn Bear S. D. Benjamín.
- 2) ODONTOLOGIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES, Ralph E. Mc. Donald.
- 3) PERIODONCIA TEORIA Y PRACTICA, Orban Balint.
- 4) PERIODONTOLOGIA CLINICA TERAPEUTICA PERIODONTAL D. C. de -- Norteamerica. Clikman Irving.
- 5) CIRUGIA PARODONTAL, Knud M. Kardel.
- 6) PARODONCIA, Pucci M. Francisco.
- 7) GINGIVITIS Revista A.D.M. 1961 Morayta Miguel.
- 8) ALGUNOS METODOS PARA ELIMINACION DE BOLSAS Revista de la -- A.D.M. 1961 Chisikousky P. Abraham.
- 9) TERAPEUTICA PERIODONTAL, Goldman, Fox, Schluger, Cohén.
- 10) APUNTES PERSONALES.