

316  
20



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ABSCESO PARODONTAL

## Tesis Profesional

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

RUSBEITHL VALIENTE TRUJILLO



México, D. F.

1987



## **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 está 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.

## CONTENIDO

### ABSCESO PARODONTAL

- 1.- ANATOMIA DE LIGAMENTOS Y ENCIA.
- 2.- HISTOLOGIA, ENCIA Y LIGAMENTO.
- 3.- DEFINICION DE ABSCESO.
- 4.- ETIOLOGIA.
- 5.- ABSCESO PARODONTAL.
- 6.- DIAGNOSTICO.
- 7.- TRATAMIENTO.
- 8.- CONCLUSIONES.
- 9.- BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N .

Las enfermedades parodontales, han sido desde tiempos remotos, temas de estudio, ya que el hombre las ha padecido desde siempre y es una de las causas fundamentales más común en los adultos, de pérdidas dentales, su clasificación es amplia y variada y muy interesante; es por ello que he tomado de esa gran variedad de enfermedades parodontales una mínima parte bastante-interesante:

El Tema de "ABSCESO PARODONTAL"

Su etiología se divide en dos partes que son: locales y sistémicos, y juntos provocan reacciones inflamatorias de los tejidos parodontales que tienen estadios agudos y al no tratarse - tempranamente llegan a ser crónicos.

Los abscesos parodontales también los sufren los niños que son-provocados por una mala higiene bucal, pero esto se generaliza más en los adultos, en los cuales puede ser provocado por mala higiene bucal o por malos tratamientos endodónticos.

## CAPITULO I

## ANATOMIA DE LIGAMENTO Y ENCIA:

1.1. Anatomía de ligamento: Es un tejido conectivo denso que se desarrolla a partir del saco dentario y rodea a la raíz del diente y la une al hueso alveolar.- Es una continuación del tejido conectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares a través de canales vasculares del hueso.

Su función principal es mantener al diente en el alveolo y la relación fisiológica entre el cemento y el hueso.- El ancho del ligamento parodontal varía con la situación en relación con el diente, la edad del individuo y el grado de función a que el diente está sujeto; las variaciones son las siguientes:

Varía entre 0.01 y 0.35 mm.  
entre 0.10 y 0.25 mm. lo más frecuente.

A medida que el diente en formación erupciona el tejido conectivo del saco se diferencia en tres capas:

- Una capa adyacente al hueso.
- Una capa externa junto al cemento y
- Una capa intermedia de fibras desorganizadas.

Los haces de fibras principales derivan de la capa intermedia y se engruesan y se disponen según las exigencias funcionales cuando el diente alcanza el contacto oclusal (Fig.1).

## FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

Las funciones del ligamento parodontal se dividen en:

FISICAS, FORMATIVAS, NUTRICIONALES Y SENSORIALES.

Función Física:

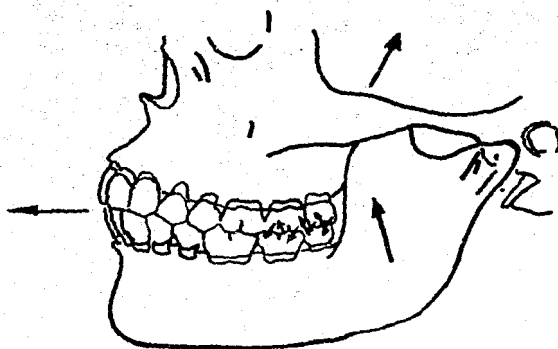


FIG. NO. 1 y 6 COMPONENTE ANTERIOR DE LA FUERZA.  
LAS FUERZAS DE LOS MUSCULOS MASTICATORIOS SE INDICAN POR LAS FLECHAS GRANDES. LAS FUERZAS INTRODUCIDAS POR EL CONTACTO INTERCUSPIDEO DE LOS DIENTES REPRESENTADOS POR LAS FLECHAS PEQUEÑAS.

Las funciones físicas del ligamento parodontal abarcan lo siguiente: Transmisión de fuerzas oclusales al hueso; inserción del diente al hueso; mantenimiento de los tejidos gingivales en su relación oclusal con los dientes (Fig. 2); resistencia al impacto de las fuerzas oclusales (absorción del choque); y provisión de una envoltura de tejido blando para proteger los vasos y nervios de lesiones producidas por fuerzas mecánicas (Fig.3).

#### Transmisión de fuerzas oclusales al hueso.

La disposición de las fibras principales es similar a la de un puente suspendido ó una hamaca.- Cuando se ejerce una fuerza axial sobre el diente, hay una tendencia al desplazamiento de la raíz dentro del alveolo, las fibras oblicuas alteran su forma ondulada, distendida, y adquieren su longitud completa para soportar la mayor parte de esa fuerza axial.- Cuando se aplica una fuerza horizontal u oblicua, hay dos fases características de movimientos dentarios: La primera está dentro de los confines del ligamento parodontal, y la segunda produce un desplazamiento de las tablas óseas, vestibular y lingual. El diente gira alrededor de un eje que puede ir combinado a medida que la fuerza aumenta. La parte apical de la raíz se mueve en dirección opuesta a la porción coronaria. En áreas de tensión, los haces de fibras principales están tensos y no ondulados. En áreas de presión, las fibras se comprimen, el diente se desplaza y hay una deformación concomitante del hueso en dirección del movimiento de la raíz en dientes uniradulares, el eje de rotación (Fig. 4), se localiza algo apical al tercio medio de la raíz.- El ápice radicular y la mitad coronaria de la raíz clínica han sido señalados como otras localizaciones del eje de rota-

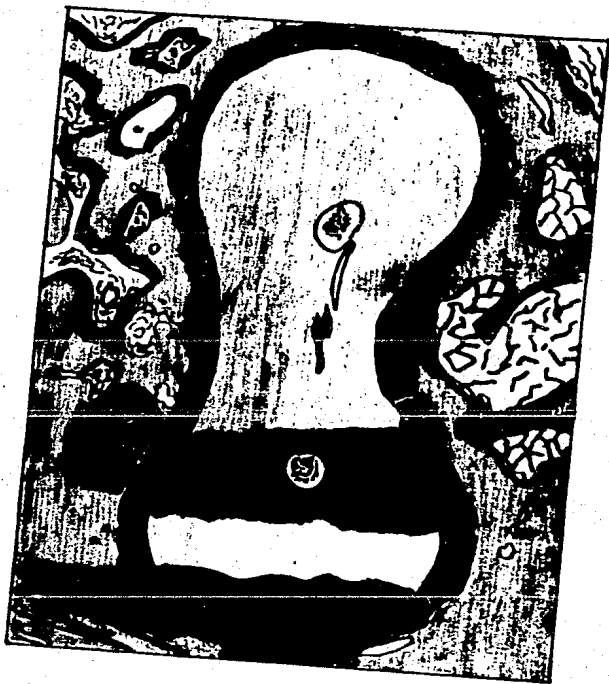


FIG. No. 2 y 3 CORTE HORIZONTAL A TRAVES DE UNA RAIZ DE UN MOLAR. EL LIGAMENTO PERIODONTAL ES MAS DELGADO EN EL LADO HACIA EL CUAL EMIGRA EL DIENTE.



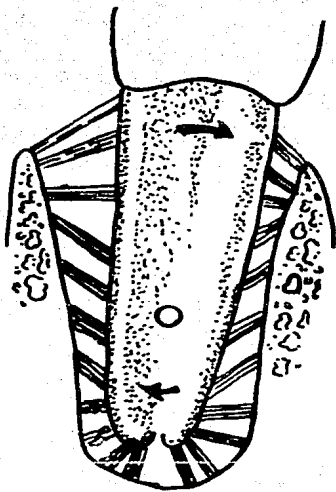


Fig. No. 4.- DISTRIBUCION DE LAS FUERZAS VESTIBU  
LOLINGUALES (FLECHAS) ALREDEDOR DEL EJE DE ROTACION  
(R) EN UN PRENGLAR INFERIOR. LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO  
PERIODONTAL ESTAN COMPRIMIDAS EN LAS AREAS DE PRESION  
(P) Y ESTIRADAS EN LAS AREAS DE TENSION (T).

ción.- El ligamento parodontal, cuya forma es la de un reloj de arena, es más angosto en la región del eje de rotación en dientes multiradicales, el eje de rotación está en el hueso, entre las raíces.- Guardando relación con la migración mesial de los dientes, el ligamento parodontal es más delgado en la superficie mesial de la raíz que en la superficie distal.

Resistencia al impacto de las fuerzas oclusales (absorción del choque).- Según Parfitt, la resistencia a las fuerzas oclusales reside, fundamentalmente, en cuatro sistemas del ligamento parodontal, y no en las fibras principales.- Las fibras desempeñan un papel secundario de contención del diente contra movimientos laterales e impiden la deformación del ligamento parodontal cuando se haya sometido a fuerzas de compresión. Los cuatro sistemas que básicamente resisten las fuerzas oclusales son: 1) El sistema bascular, que actúa como amortiguador del choque y absorve las tensiones de las fuerzas oclusales bruscas.

2) El sistema hidrodinámico, que consiste en líquido de los tejidos y líquido que pasa a través de las paredes de vasos pequeños y se filtra en las áreas circundantes, a través de agujeros de los alveolos para resistir las fuerzas axiales.

3) Sistema de nivelación, que probablemente se relaciona estrechamente con el sistema hidrodinámico, y controla el nivel del diente en el alveolo, y

4) Sistema resilente, que hace que el diente vuelva a adoptar su posición cuando cesan las fuerzas oclusales.

Estos sistemas son fenómenos de los vasos sanguíneos y de la substancia fundamental, complejo colágeno de ligamento parodontal.

### FUNCION OCLUSAL Y LA ESTRUCTURA DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

De la misma manera que el diente depende del ligamento parodontal para que éste lo sostenga durante su función, el ligamento parodontal depende de la estimulación que le proporciona la función oclusal para conservar su estructura, dentro de los límites fisiológicos, el ligamento parodontal puede adaptarse al aumento de función mediante el aumento de su espesor, el engrosamiento de los haces fibrosos y el aumento del diámetro y la cantidad de fibras de Sharpey (Fig. 5).- Las fuerzas oclusales que exceden la capacidad del ligamento parodontal producen una lesión que se denomina trauma de la oclusión.

Cuando la función disminuye o no existe, el ligamento parodontal se atrofia. Adelgaza y las fibras se reducen en cantidad y densidad, pierden su orientación y, por último, se disponen paralelamente a la superficie dentaria. Además el cemento no se altera o aumenta de espesor, y aumenta la distancia entre la unión amelocementaria y la cresta alveolar.

La enfermedad parodontal altera las demandas funcionales sobre el ligamento parodontal.

La destrucción del ligamento parodontal y del hueso alveolar por la enfermedad parodontal rompe el equilibrio entre el parodonto y las fuerzas oclusales.- Cuando los tejidos de soporte disminuyen como consecuencia de la enfermedad, aumenta la carga sobre los tejidos que quedan.- Las fuerzas oclusales que son favorables para el ligamento parodontal intacto pueden convertirse en lesivas.

### FUNCION FORMATIVA.

El ligamento cumple las funciones del periostio para el ce-

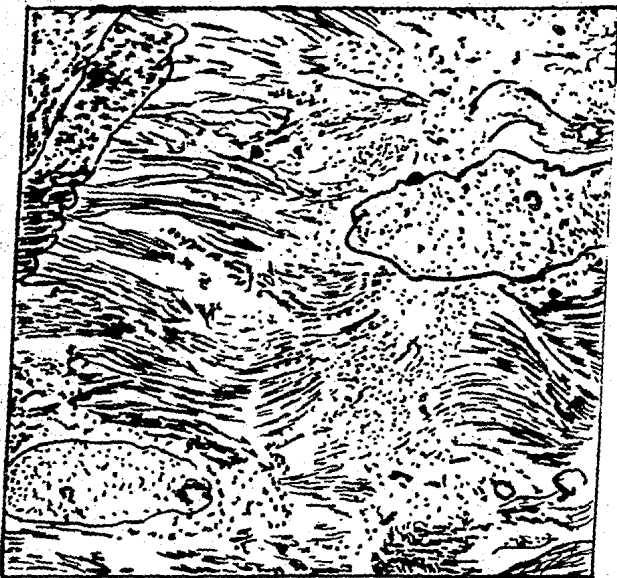


FIG. No. 5 MICROFOTOGRAFIA ELECTRONICA DE FIBRILLAS PERIODONTALES, pf. DE RATA, DONDE SE LAS VE INSERTADAS EN EL CEMENTO, C. OBSERVESE LA UNION AMELOCEMENTARIA, DCJ. Y LAS FIBRILLAS DE SHARPEY, SF.

mento y el hueso, las células del ligamento parodontal participan en la formación y reabsorción de estos tejidos, formación y reabsorción que se producen durante los movimientos fisiológicos del diente, en la adaptación del parodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones.- Las variaciones de la actividad enzimática celular se correlaciona con el proceso de remodelado.- En áreas de formación ósea, los osteoblastos, fibroblastos y cementoblastos se tiñen intensamente con coloraciones para fosfatasa alcalina, glucosa-6 fosfatasa y perifosfato de tiamina; en áreas de reabsorción ósea, los osteoblastos, fibroblastos, osteositos y cementositos se tiñen con colorantes de la fosfatasa ácida.- La formación de cartilago en el ligamento parodontal es poco común y representa un fenómeno antiblástico en la reparación del ligamento parodontal después de una lesión.

Como toda estructura del parodonto, el ligamento parodontal se remodela constantemente.

Las células y fibras viejas son destruidas y reemplazadas por otras nuevas y es posible observar actividad mitótica en los fibroblastos y células endoteliales, los fibroblastos forman las fibras colágenas y también pueden evolucionar hacia osteoblastos y cementoblastos.- El ritmo de formación y deformación de los fibroblastos afecta el ritmo de formación de colágeno, cemento y hueso.- La formación de colágeno aumenta con el ritmo de erupción.

Estudios autoradiograficos con timidina prolica y glicinaradialina, indican un alto ritmo de metabolismo colágeno en el ligamento parodontal.- La neoformación de fibroblastos y colágeno es más activa cerca del hueso y en el medio de ligamento, y-

menos activa en el lado del cemento.- El recambio total de colágeno es mayor en la cresta y en el ápice.- También hay un recambio rápido de mucopolosacáridos sulfatados en las células y sustancia fundamental amorfa del ligamento parodontal.

#### FUNCIONES NUTRICIONALES Y SENSORIALES.

El ligamento parodontal provée de elementos nutritivos al cemento, hueso y encía mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático.- La inervación de ligamento parodontal -- confiere sensibilidad propioceptiva y táctil, que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes y desempeña un papel importante en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria (Fig. 6).

## 1.2 Anatomía de Encía.-

Anatomía de encía.- La encía es la membrana mucosa que se extiende desde la porción cervical del diente hasta el vestíbulo y se encuentra firmemente unida a los dientes y los procesos alveolares de los maxilares (Fig.7).- La cual se divide en tres tipos diferentes: La encía y la mucosa que recubre el paladar duro (mucosa masticatoria), el dorso de la lengua (mucosa especializada), y la restante membrana de la mucosa bucal (mucosa de revestimiento).

Características de la encía normal.

La encía normal.- La Encía (mucosa masticatoria) es la que une a los dientes y los procesos alveolares de los maxilares. -

Las características clínicas normales de la encía son las siguientes:

1.- Color.- El color de la encía normal es rosado pálido, pero puede variar según el grado de irrigación, queratinización-epitelial, pigmentación y espesor del epitelio.

2.- Contorno papilar.- Las papilas deben llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto.- Con la edad, las papilas y otras partes de la encía se atrofian levemente, (junto con la cresta alveolar subyacente).- Por ello se puede considerar que en las personas mayores el contorno más normal puede ser redondeado y no puntiagudo.

3.- Contorno marginal.- La encía debe afinarse hacia la corona para terminar en un borde delgado.- En sentido mesiodistal, los márgenes gingivales deben tener forma festoneada..

4.- Textura.- Por lo general, hay puntuado de diversos grados en la superficie vestibular de la encía insertada. Esta-

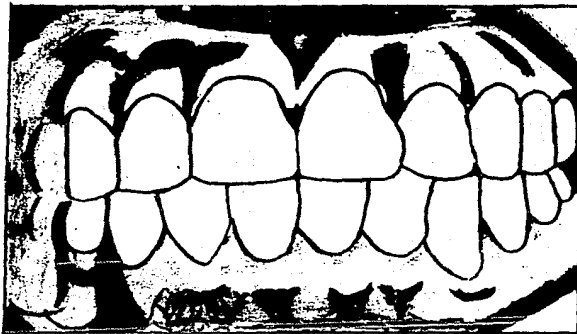
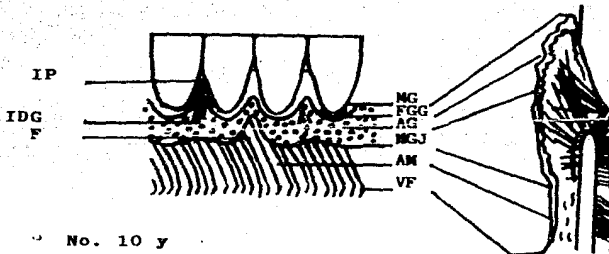


Fig. No. 7.- ENCIA CLINICAMENTE NORMAL.



No. 10 y  
 Fig. No. 8.- DIBUJO ESQUEMATICO DE LAS CARACTERISTICAS DE LA SUPERFICIE DE LA ENCIA CLINICAMENTE NORMAL. IP. PAPILA-INTEDENTARIA; IDG. SURCOS INTERDENTARIOS; F. FRENILLO; MG. ENCIA MARGINAL; FGG. SURCO GINGIVAL LIBRE; AG. ENCIA INSERTADA; MGJ. UNION MUCOGINGIVAL; AM. MUCOSA ALVROLAR; VF. FORNIX VESTIBULAR.



libre.- Esta zona presenta un ancho variable en las diferentes personas y en diferentes zonas de la misma boca.-

Es más ancha en los dientes anteriores, donde puede llegar a tener hasta cuatro milímetros o más.- Es más angosta en la región de los premolares.- En la región de los segundos y terceros molares, a veces un milímetro de ancho y a veces hasta no existe.- Por lo general, la zona de encía insertada es más ancha en el maxilar superior que en el inferior.

(La figura 9) es la de un joven de 20 años.- La forma gingival es la idela.- La encía termina en filo de cuchillo y el festoneado es regular.- La textura de la zona de encía insertada es delicada y la línea mucogingival no está netamente delineada.

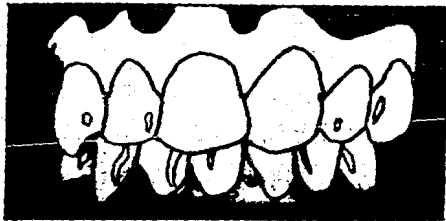


FIG. No. 9. TEJIDO GINGIVAL DE UN JOVEN DE 20 AÑOS.

clase ha sido descrita como de aspecto de "cáscara de naranja".

5.- Consistencia.- La encía debe de ser firme y la parte insertada, debe estar firmemente unida a los dientes y al hueso alveolar subyacente.

6.- Surco.- El surco es el espacio entre la encía libre y el diente.- Su profundidad es mínima (alrededor de un milímetro en estado de salud).- El surco normal no excederá de 3 milímetros de profundidad.

#### DIVISIONES MORFOLOGICAS.

La encía se divide en: 1).- Insertada, 2).- Libre o marginal (Fig.8), y 3).- Encía papilar, se halla sometida a presiones e impactos durante la masticación y su estructura está adaptada para hacer frente a estas exigencias.

Encía insertada y unión mucogingival.- La encía insertada está demarcada de la mucosa alveolar laxamente anclada y movable por una línea reconocible, la unión mucogingival (Fig. 8).- Esta línea de demarcación entre la encía y la mucosa alveolar se halla en la superficie externa (vestibulares) de ambos maxilares. Puede haber una línea similar en la superficie interna (oral) -- del maxilar inferior entre la mucosa y el piso de la boca.- Por lo general, no hay una línea divisoria clara en el paladar, porque la mucosa del paladar duro está queratinizada y se halla -- firmemente unida al hueso, por lo tanto, está fija.- La unión mucogingival, aunque manifiesta desde el punto de vista clínico y anatómico, está sujeta a considerables variaciones de forma y posición.

Ancho de la Encía Insertada.- La encía insertada está limitada por la unión mucogingival y por la línea del surco gingival

**Punteado.**- La superficie de la encía insertada se caracteriza por el aspecto de cáscara de naranja denominado puntuado,-- (Fig.10).- El punteado puede ser fino o grueso, y puede variar de una persona a otra; así mismo, puede variar según la edad y el sexo.- En las niñas es más fino que en los varones.- Suele no haberlo en determinadas zonas.- Además del punteado, la superficie epitelial puede contener diminutas protuberancias esparcidas que contribuyen a su textura.

#### ENCIA LIBRE.

La encía libre o marginal, es la parte coronaria no insertada que rodea al diente a modo de manguito y forma el surco gingival ( Fig. 11 ).

**Surco gingival.**- El surco gingival es el espacio entre la encía libre, no insertada y el diente. La profundidad, en estado de salud, es mínima, establecida arbitrariamente en tres milímetros o menos.

**Surco Marginal Libre.**- Con frecuencia, el fondo del surco-gingival está marcado en la superficie externa de la encía por un fino surco que corre paralelo al margen gingival, (Fig.8). Este surco es también la línea de demarcación entre la encía libre y la encía insertada, firmemente anclada.

**Encía Papilar.**- El tejido gingival que se extiende en el sector interdentario forma las papilas gingivales, que son de especial importancia clínica y patológica, puesto que son las primeras y más exactas indicadores de enfermedad periodontal. En la parte anterior de la boca, las papilas forman una estructura piramidal simple.- Las papilas en los dientes posteriores tienen forma de cuña, semejante a una tienda de campaña, hacen con-

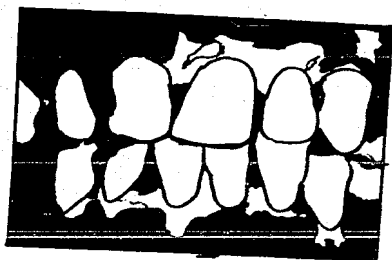


FIG. No. 11 ENCIA DE UNA MUJER DE 47 años.  
LAS FLECHAS INDICAN LAS ZONAS PIGMENTADAS.

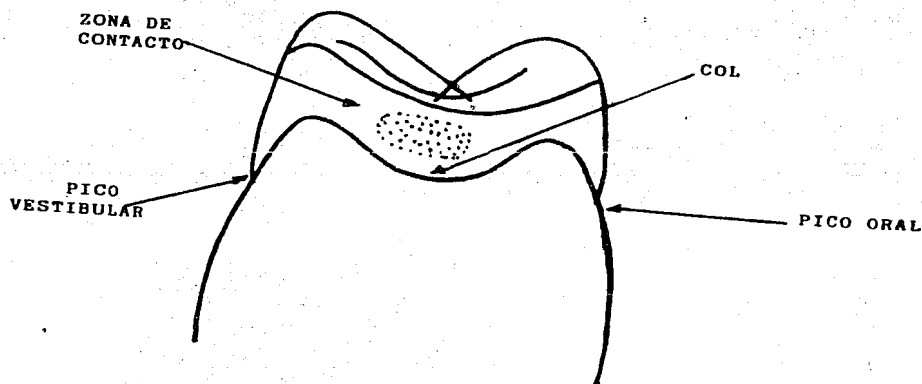


FIG. No. 12 ESQUEMA DE LA PAPILA INTERDENTARIA  
QUE ILUSTRRA EL COL. Y LOS PICOS.

tacto con las superficies dentarias proximales y la cresta se adapta bien por debajo de las superficies de contacto de los dientes vecinos, (Fig.12).

Col.- Esta forma de tienda de campaña floja, con dos picos se denomina col.- Así, pues, las papilas interdientarias de los dientes posteriores pueden tener forma triangular vistos desde la zona lateral, pero forma cóncava vistos desde la zona proximal a medida que la encía se retrae con la edad, los picos vestibular y lingual descienden y, entonces, las papilas interdientarias presentan vertientes en dirección coronaria y forman una cresta en forma de arco simple.- Sin embargo, en casos de diastemas, el tejido interdentario no forma una cresta sino un reborde romo o a veces una superficie cóncava, (Fig. 12). La encía libre de los dientes adyacentes forma solo los márgenes mesial y distal del espacio interdentario.

Mucosa Alveolar.- La mucosa alveolar difiere de la encía insertada en estructura, función y color, la encía insertada se halla firmemente adherida al hueso subyacente y está inmóvil, mientras que la mucosa alveolar tiene una unión laxa y es móvil.

La pigmentación de la encía es frecuente en negros, orientales e indúes, y también en blancos de ascendencia mediterránea.- Está generalizada o localizada, y se distribuye uniformemente o sin regularidad.- Varía de leve a intensa y no hay que confundirla con las alteraciones correspondientes a la enfermedad periodontal.

Esta pigmentación va del pardo claro al negro.- El tono exacto es cuestión de variación individual.- Puesto que el epitelio es translúcido, el color depende de la irrigación y el espe

tacto con las superficies dentarias proximales y la cresta se adapta bien por debajo de las superficies de contacto de los dientes vecinos, (Fig.12).

Col.- Esta forma de tienda de campaña floja, con dos picos se denomina col.- Así, pues, las papilas interdentarias de los dientes posteriores pueden tener forma triangular vistos desde la zona lateral, pero forma cóncava vistos desde la zona proximal a medida que la encía se retrae con la edad, los picos vestibular y lingual descienden y, entonces, las papilas interdentarias presentan vertientes en dirección coronaria y forman una cresta en forma de arco simple.- Sin embargo, en casos de diastemas, el tejido interdentario no forma una cresta sino un rebordo roma o a veces una superficie cóncava, (Fig. 12). La encía libre de los dientes adyacentes forma solo los márgenes mesial y distal del espacio interdentario.

Mucosa Alveolar.- La mucosa alveolar difiere de la encía insertada en estructura, función y color, la encía insertada se halla firmemente adherida al hueso subyacente y está inmóvil, mientras que la mucosa alveolar tiene una unión laxa y es móvil.

La pigmentación de la encía es frecuente en negros, orientales e indúes, y también en blancos de ascendencia mediterránea.- Está generalizada o localizada, y se distribuye uniformemente o sin regularidad.- Varía de leve a intensa y no hay que confundirla con las alteraciones correspondientes a la enfermedad parodontal.

Esta pigmentación va del pardo claro al negro.- El tono exacto es cuestión de variación individual.- Puesto que el epitelio es traslúcido, el color depende de la irrigación y el espe-

sor del tejido conectivo subyacente, que puede estar alterado por el grado de queratinización del epitelio.

No hay cambio de coloración entre la encía insertada y la encía libre.- La mucosa de revestimiento de labios y carrillos, el fórnix vestibular y la mucosa alveolar son de color diferente.- Ello se debe a que el epitelio es delgado y no está queratinizado en estos sectores, de modo que el tejido subyacente les confiere un color rojizo y azulado suave.

Contorno y demarcación.- Además de las variaciones de color, hay variaciones en el contorno marginal, la textura y consistencia de los tejidos gingivales normales.- Además, hay diferencias en el ancho y la demarcación de la zona de la encía insertada, la posición y prominencia de los frenillos e inserciones musculares también están sujetas a variaciones individuales.

Las variaciones de contorno, espesor y altura gingivales dependen de los siguientes factores de posición: Presencia de Diastemas, (Fig. 13 y 14). Grado de erupción, ( Fig. 14). Dientes ausentes y posición de los dientes en el arco.- En tales casos la rotación, superposición y localización vestibular o lingual de los dientes (Fig. 13), influirán en la relación de la unión amelodentinaria y el margen gingival. Desde vestibular, los dientes más prominentes (en vestibulo-versión).- Tienden a tener margen gingival más bajo.- Por el contrario si el diente está en linguoversión (oroversión) el margen tiende a ser alto y la encía que rodea esos dientes suele ser gruesa.

La posición del diente en el arco influye en el espesor y la forma del hueso alveolar sobre la raíz.- El espesor del hueso desempeña un papel importante en la determinación de la forma -

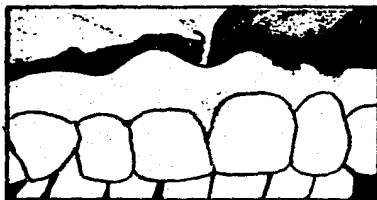


FIG. No. 13 El Incisivo Central Superior --- derecho está extruido. El incisivo izquierdo se halla vestibular a él. Cuando se le observa desde el sector oral el margen gingival del incisivo derecho se inserta más coronariamente. Esta diferencia de altura de la inserción se debe a la diferencia de posición de los dientes en el arco.

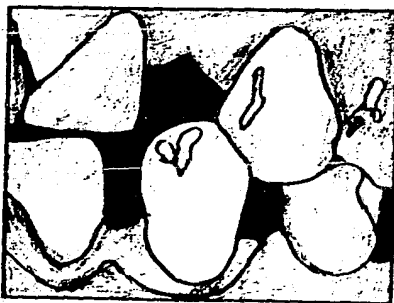


FIG. No. 14- ASPECTO DE SILLA DE MONTAR DEL TEJIDO INTERDENTARIO EN UN DIASTEMA. LA ENCIA LIBRE RODEA AL DIENTE A MODO DE COLLAR.



gingival.

Hay que estar capacitado para mirar la encía y la dentadura del paciente, comprender cómo estos diversos factores influyen en la forma gingival.- Además, y quizá de mayor importancia, se debe ser capaz de detectar los cambios más incipientes producidos por la enfermedad parodontal.- El tratamiento siempre es más favorable y se realiza mejor si se comienza temprano. En estos casos el tratamiento es interceptor.- En las fases más avanzadas de la enfermedad, el tratamiento debe ser curativo. Se prefiere el tratamiento interceptor y preventivo al tratamiento curativo.

Papilas como Primeras Indicadoras de Enfermedad.

Para poder detectar las primeras alteraciones de la enfermedad parodontal, es preciso reconocer los siguientes síntomas en las papilas interdentarias.

- 1.- Enrojecimiento.
- 2.- Tendencia a sangrar fácilmente.
- 3.- Sensibilidad.
- 4.- Ablandamiento.
- 5.- Hinchazón leve.

## CAPITULO II

## HISTOLOGIA DE ENCÍA Y LIGAMENTO.

1.1 Histología de Encía: Desde el punto de vista histológico, no siempre se puede encontrar un límite bien definido entre la encía insertada y la mucosa alveolar se produce un cambio gradual en las papilas epiteliales; se acortan progresivamente de la encía a la mucosa, (Fig. 15). Unión mucogingival. Las características de transición se observan en la unión mucogingival. Las fibras de tejido elástico son más numerosas y gruesas en la mucosa alveolar. Su tamaño y su cantidad disminuyen gradualmente en la unión mucogingival, raras veces se comprueba la presencia de fibras elásticas en la encía insertada.

Surco Gingival Libre.— El surco gingival libre delimita corronariamente la encía insertada desde el punto de vista histológico.— Este surco suele corresponder a una papila epitelial grande, (Fig. 16) 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 parte 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 epiteal, (Fig.17). Y se opina que es el resultado de haces de fibras colágenas que penetran en las papilas de tejido conectivo.— El grado de punteado y densidad del tejido conectivo varía entre los individuos, aunque el tejido conectivo de las niñas es de textura más fina.— Al aumentar la edad los haces colágenos y el punteado manifiestan una tendencia a ser más gruesos en ambos sexos, aunque en la menopausia la encía de algunas mujeres nuevamente aduiere la textura fina.

Tejido Conectivo.— La lámina propia de la encía se compone

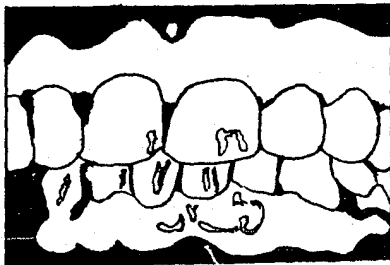


FIG. No. 15 TEJIDO GINGIVAL DE UNA MUJER DE 46 AÑOS.

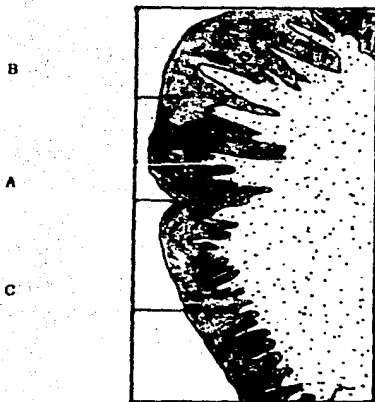


FIG. No. 16 BIOPSIA DE ENCIA; SE OBSERVA EL SURCO GINGIVAL LIBRE, A, Y LA PAPILA EPITELIAL GRANDE, B, ENCIA LIBRE; C, ENCIA INSERTADA.

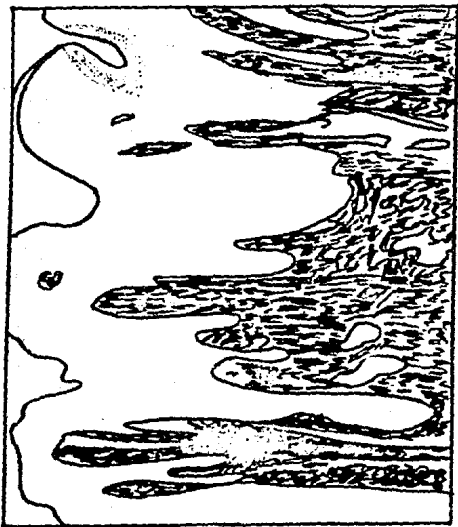


FIG. No. 17.- CORTE DE ENCIA, OBSERVESE LA RELACION DE LOS HACES DE FIBRAS DE TEJIDO CONECTIVO CON SUPERFICIE PUNTEADA.

de tejido conectivo denso con pocas fibras elásticas. Las fibras colágenas ordenadas en haces prominentes nacen de la zona cervical del cemento (grupo gingival libre de fibras de ligamento parodontal) y también de la superficie perióstica del proceso alveolar. (Fig. 18).- Se entrelazan con haces de fibras que siguen diversas direcciones.

#### Orientación funcional de las fibras.

Las fibras gingivales se disponen en los siguientes grupos:

1.- Grupo dentogingival.- Las fibras de este grupo se extienden desde el cemento apical hasta la inserción epitelial, y corre lateralmente y coronariamente hacia la lámina propia de la encía (Fig. 19, a y b ).

2.- Grupo alveolo gingival.- Las fibras de este pequeño grupo nacen en la cresta alveolar y se insertan coronariamente en la lámina propia, (Fig. 19-c).

3.- Grupo circular.- Este pequeño grupo de fibras rodea los dientes, (Fig. 19-d).

4.- Grupos accesorios.- El grupo de fibras horizontales prominentes que se extienden en sentido interproximal entre dientes vecinos se denominan fibras transeptales, (Fig. 19-c), en las caras oral y vestibular de los maxilares, un grupo de fibras denominadas fibras dentoperósticas se extiende desde el periostio del hueso alveolar hacia el diente (Fig. 19-f).

Ligamento gingival e interdentario.- Las fibras dentogingivales, alveolo-gingivales y circulares pueden ser llamadas ligamento gingival, mientras que las fibras transeptales componen el ligamento interdentario.- Las fibras se extienden desde el hueso alveolar hacia el diente, forman el ligamento alveolodenta

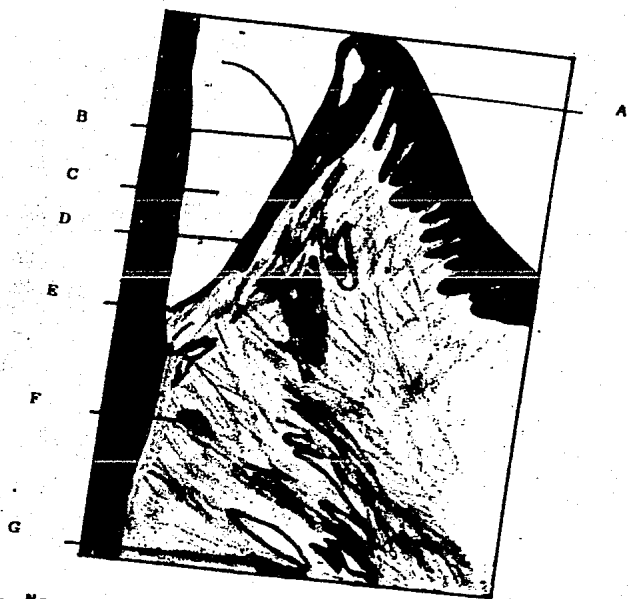


FIG. No. 18.- UNION DENTOGINGIVAL. A.-ENCIA LIBRE,  
 B.-FONDO DEL SURCO GINGIVAL; C.- ESPACIO ADAMANTINO;-  
 D.-EPITELIO DE INSERCIÓN. E.-UNION AMELOCEMENTARIA;-  
 F.-INSERCIÓN DE INSERCIÓN. G.-CRES  
 TA ALVEOLAR.

rio, los haces de fibras toman sus nombres de las diferencias en su curso, pero en realidad, los diversos haces de fibras forman un continuo y constituye una unidad funcional, (Fig. 20).- Todas estas fibras se mezclan con otras más pequeñas y finas, las fibras subepiteliales y las fibras de reticulina interfibrilares de la encía.

Irrigación.- Con el epitelio se interdigitan numerosas papilas de tejido conectivo.- Se observan capitales de la encía en la capa papilar, donde forman asas terminales.- Estos capitales nacen de arterias alveolares interdientarias que atraviesan conductos intraalveolares y perforan la cresta alveolar en los espacios interdientarios.- Entran en la encía, irrigan las papilas interdientarias y zonas adyacentes de la encía vestibular y oral, (Fig. 21).

Otro aporte vascular de la encía proviene de los vasos periósticos que nacen de la arteria lingual, buccinadora, mentonegna y palatina.- Los vasos terminales de ambas fuentes se anastomosan.- Las venas y vasos linfáticos corren junto a las arterias.- La distribución vascular es importante en la patogenia de la enfermedad paradontal inflamatoria.

Estructuras nerviosas sensoriales.- Se describieron las siguientes estructuras nerviosas sensoriales: Fibras amielínicas, que se extienden desde el tejido conectivo hacia el epitelio, y con menor frecuencia, terminaciones nerviosas especializadas en la capa papilar de la lámina propia, incluyendo los corpúsculos de Missner y los de Krauss.

En la encía no hay una submucosa claramente demarcada.- El Periostio, la submucosa y lámina propia parecen confundirse-

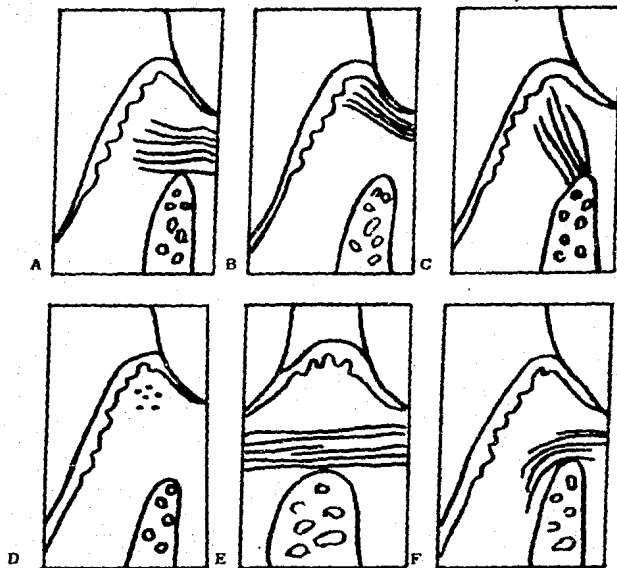


FIG. No. 19 ESQUEMA DE LOS GRUPOS DE FIBRAS DE TEJIDO CONECTIVO EN LA ZONA DE LA UNION DENTOGINGIVAL. A y B, FIBRAS DENTOGINGIVALES, C. FIBRAS ALVEOLOGINGIVALES. - D. FIBRAS CIRCULARES, E. FIBRAS TRANSEPTALES. F. FIBRAS DENTOPERIOSTICAS.



FIG. No. 20  
CORTE DE ENCTA DE TITI; SE OBSERVAN  
FIBRAS DENTOGINGIVALES DG; Y DENTO-  
PERIOSTICAS DP.



en una capa firme de tejido conectivo.

Siempre hay una infiltración crónica en el tejido conectivo adyacente a la base del surco gingival.- La presencia de plasmocitos, linfocitos e histiocitos se interpreta como parte de un sistema de defensa contra los productos de la actividad bacteriana, incluso en el surco clínico normal desde su mismo punto.

Mucosa Alveolar.- En la lámina propia de la encía es gruesa y se compone de tejido conectivo denso, mientras que la submucosa alveolar es tejido conectivo de consistencia laxa. Contiene glándulas de las que carece la encía.- Las fibras elásticas son más numerosas en la mucosa alveolar y disminuyen gradualmente de tamaño y cantidad hasta que desaparecen en la encía insertada.- El epitelio de la encía insertada es queratinizado; las papilas epiteliales son prominentes. El epitelio de la mucosa alveolar no es queratinizado y las papilas epiteliales y las del tejido conectivo son insignificantes o no las hay.

Epitelio.- La encía insertada y la superficie externa de la encía libre se hallan cubiertos de epitelio escamoso estratificado queratinizado, este epitelio consta de un estrato basal, uno espinoso, otro granuloso y uno más córneo, estos términos -- son sinónimos de capas basal, de células espinosas granulosa y cornificada, (Fig. 22)

La mitosis se produce en el estrato basal y, posiblemente -- en la porción inferior de la capa espinosa.- Esta zona constituye el estrato germinativo.

Epitelio del surco.- El Epitelio del surco difiere del epitelio gingival externo, no está queratinizado, no tiene papilas epiteliales y es más delgado.- Estas diferencias tienen im

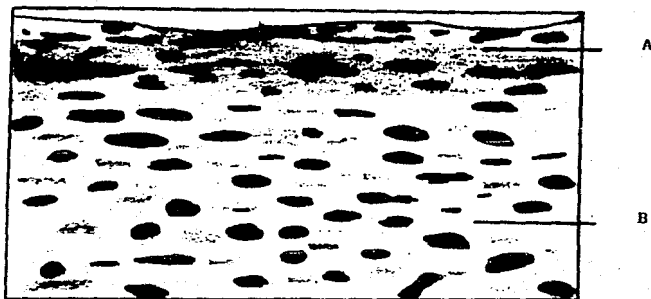


FIG. No. 21.- PARAQUERATINIZACION DE LA ENCIA.  
A. CAPA PARAQUERATOSICA; B. CAPA  
DE CELULAS ESPINOSAS.



FIG. No. 22.- QUERATINIZACION DE LA ENCIA NORMAL.  
A. QUE CARECE DE ESTRUCTURA CELULAR; B. CAPA GRANU-  
LAR BIEN DESARROLLADA; C. CAPA DE CELULAS ESPINO--  
SAS; D. CAPA DE CELULAS BASALES.

portancia clínica, ya que el epitelio del surco es más vulnera-  
 ble a la irritación.- Toxinas bacterianas pueden ser capaces de  
 pasar desde el tejido conectivo a través del epitelio del surco-  
 ya que este se continúa con el epitelio que se apoya a la super-  
 ficie dentaria. Las células basales de estos dos epitelios se  
 hallan unas al lado de las otras sobre una membrana basal común  
 a los dos epitelios, (Fig.18).

El epitelio que limita con la superficie dentaria es el epi-  
 telio de unión o de inserción.- Como el epitelio del surco es  
 delgado, no está queratinizado y carece de papilas epiteliales.  
 Los capilares corren cerca del epitelio de inserción y pueden  
 formar invaginaciones en el tejido conectivo, las cuales ponen  
 el aporte sanguíneo en contacto íntimo con el epitelio.

Inserción Epitelial.- El epitelio de inserción proporciona  
 cierre en la base del surco contra la penetración de substan-  
 cias químicas bacterianas; inicialmente, fué llamado inserción e  
pitelias por Gottlieb.- Por razones obvias el término inserción  
epitelial o inserción epitelial de unión es el que se prefiere  
 para la zona de precisa unión entre el epitelio de inserción y  
 la superficie dentaria.- El término inserción epitelial puede  
 ser usado también para explicar el modo y el mecanismo de unión.  
 Los ameloblastos forman un producto fibrilar sobre su superficie  
 de contacto con el diente, que une el epitelio gingival al dien-  
 te.

## 2.2 Histología de ligamento.

El ligamento parodontal se origina a partir de elementos del tejido conectivo durante la vida embrionaria.

Antes de ocurrir la erupción de los dientes temporales y molares permanentes se forma un ligamento reconocible. Los dientes permanentes que los reemplazan forman el ligamento una vez que -- han erupcionado en la cavidad total, (Fig. 23).-- La formación del ligamento se puede ilustrar en una secuencia de 4 pasos.

1.- Las fibras cementarias muy cercanas una a otra, cortas y en forma de pincel se extienden desde el cemento.-- Unas pocas fibras alveolares aisladas se extienden a partir de la pared alveolar.-- Entre estos grupos de fibras las hay colágenas laxas que se disponen en sentido paralelo al eje mayor del diente, estas fibras constituyen alrededor de los dos tercios del ancho del ligamento parodontal, (Fig. 24).

2.- El tamaño y el número de fibras alveolares aumenta.-- se alargan y se ramifican en sus extremos.-- Las fibras alveolares están más separadas que las fibras cementarias.

3.- Las fibras alveolares y cementarias siguen alargándose y parecen unirse.

4.- Cuando el diente entra en función los haces de fibras alveolares se ensanchan y son continuas entre hueso y cemento.(Fig.27)

Plexo intermedio, el concepto de un plexo intermedio nació como consecuencia de la observación de una reunión evidente de las fibras alveolares y cementarias cerca del centro del ligamento. Siche y Orban opinaban que el entrecruzamiento y desentrecruzamiento en la región del plexo medio permitía la reordenación de las fibras durante los movimientos de erupción migración del diente.



FIG. No. 23.- EL CEMENTO CELULAR SECUNDARIO SE HALLA EN ESTA MICROFOTOGRAFIA, ENTRE UNA BASE Y UNA CAPA EXTERNA DE CEMENTO ACELULAR.



FIG. No. 24.- PREMOLARES DE MONO DURANTE LA ERUPCION.

Sin embargo, una vez que los dientes llegan a la oclusión clínica, ese plexo intermedio ya no es demostrable.- Los haces de fibra principales se tornan más gruesos y manifiestamente continuos.

Organización y función de las fibras principales.- El ligamento parodontal contiene fibras colágenas que se insertan de un lado en el cemento y del otro en el hueso alveolar. Estas fibras se organizan en grupos denominados haces de fibras principales, que se distinguen por sus direcciones prevalecientes (Fig.25) Estos grupos son:

- 1.- Grupo de la cresta alveolar. Los haces de fibras de este grupo se abren en abanicos desde la cresta del proceso alveolar y se hallan insertados en la parte cervical del cemento.
- 2.- Grupo horizontal.- Los haces de este grupo forman un ángulo recto respecto al eje mayor del diente, llevando el cemento al hueso.
- 3.- Grupo oblicuo.- Los haces corren oblicuamente y se insertan en el cemento algo apicalmente a su inserción en el hueso. Estos haces de fibras son más numerosos y constituyen el sostén principal del diente contra las fuerzas masticatorias.
- 4.- Grupo Apical.- Los haces se distribuyen irregularmente, se abren en abanico desde la región apical de la raíz hacia el hueso circundante, (Fig. 26).
- 5.- Grupo Interradicular.- Este grupo corre sobre la cresta del tabique interradicular en las furcaciones de los dientes interradiculares, uniendo las raíces y las comunmente denominadas fibras transeptales.

Aunque los haces de fibras principales corren desde el cemento

UNION AMELOCEMENTARIA  
FIBRAS DE CRESTA ALVEOLAR

FIBRAS HORIZONTALES

DENTINA

CEMENTO

FIBRAS OBLICUAS.

ENCIA

CRESTA ALVEOLAR

HUESO FASCICULADO

HUESO HAMERSIANO LAMINAR.



FIG. No. 25.- FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.  
OBSERVESE EL HUESO FASCICULADO CON FIBRAS DE SHARPEY

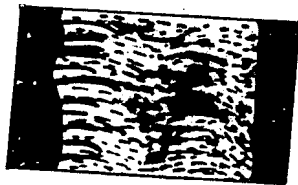


FIG. No. 26.- PREMOLARES DE MONO DURANTE LA ERUPCION.  
CON LA FUNCION, LAS FIBRAS PRINCIPALES SE ENSANCHAN Y  
SE EXTIENDEN ENTRE CEMENTO Y HUESO SIN INTERRUPCION.

to hasta el hueso, su dirección no es solo radial.- Las trayectorias de los diversos grupos son algo tangenciales y se cruzan entre sí, (Fig. 26).- De esta manera las fibras parecen reforzar se mutuamente y está preparada para sostener el diente.

La disposición y dirección de los haces de fibras se relacionan con la fase de la erupción y la altura de la cresta alveolar, (Fig.27). El curso de los haces y de las fibrillas colágenas individuales, que son submicroscópicas, es ondulado.

Los extremos de las fibras colágenas incluidas en el cemento y el hueso se denominan fibra de Sharpey (Fig. 25).

El ancho del ligamento parodontal varía según la edad de la persona y según las demandas funcionales que se ejercen sobre el diente. El número y el espesor de los haces de fibras parodontales también varía según sean las demandas funcionales.- En un diente en oclusión funcional, el ligamento parodontal tiene alrededor de  $0.25 \pm 0.1$  mm., de ancho.- Su ancho mínimo está en el centro del alveolo y su máximo en el margen y en el ápice.- Por ende tiene forma de reloj de arena.

Entre los haces de fibra hay fibroblastos y cerca del cemento y el hueso hay cementoblastos y osteoblastos.- Los vasos sanguíneos y nervios están presentes en el ligamento.- Se hayan rodeados de fibras de tejido conectivo más laxo, desorganizado, conocidas como fibras indiferentes.

Las células del tejido conectivo del parodonto sintetizan-- colágeno.- Las cuales también poseen actividad colagenolítica y reabsorben hueso y cemento por lo tanto son capaces de reemplazar fibras de ligamento. Las síntesis de colágena se produce rápidamente en los tejidos parodontales y tiene lugar en todo el -



perodonto.- Las actividades de síntesis y lisis permiten que el diente se adapte mediante cambios de posición a exigencias tales como la erupción, crecimiento, desgaste y diversos factores funcionales.- El parodonto responde de manera similar a la lesión.

Además de las fibras principales y las fibras indiferentes, el ligamento parodontal contiene fibras oxitalánicas, las cuales corren perpendicularmente hacia las fibras principales; y se anclan en el cemento y el hueso. Pueden ser elásticas, porque a nivel ultraestructural se asemejan a la elástina. La función de las fibras es desconocida y su existencia como entidad separada es discutida.

Entre los haces de fibras de ligamento parodontal también incluye estructuras epiteliales. Se les encuentra cerca de la superficie del cemento y se denomina restos epiteliales de Malassez.

Son restos de la vaina epitelial de Hertwig.- Los agregados epiteliales son realmente continuos y forman una red en torno al diente. Estas células pueden tener una función especial; tienen vitalidad y son metabólicamente activas, y se registró que son más numerosas en jóvenes que en adultos.

Se presentaron pruebas que indican que la red de éstos se continúa con el epitelio reducido del esmalte antes de la erupción y con el epitelio de inserción después de la erupción.

El aporte sanguíneo del ligamento parodontal proviene de las ramas de las arterias alveolares que penetran en los tabiques interdentarios por los canales nutricionales. Esto se puede ver en las radiografías de dientes anteriores inferiores, (Fig.28).- Algunas ramas se extienden desde los vasos pulpares antes de pe-

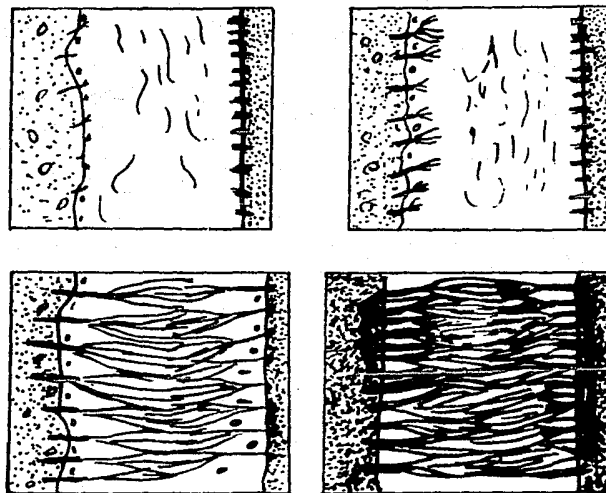


FIG. No. 27.- REPRESENTACION ESQUEMATICA DE LA FORMACION DE FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL DURANTE LA ERUPCION.



FIG. No. 28.- RADIOGRAFIA DONDE SE VEN CONDUCTOS VASCULARES EN EL TABIQUE ALVEOLAR INTERDENTARIO.

netrar un diente; otras ramas llegan al ligamento desde la encía

Los impulsos nerviosos mecanoreceptivos se originan en el ligamento parodontal e influyen en el funcionamiento de los músculos de la masticación, estos impulsos son de gran importancia en la coordinación de los movimientos de los músculos masticatorios y también al proporcionar mecanismos de realimentación que impiden el cierre demasiado intenso de los maxilares y la consiguiente lesión del parodonto.

## CAPITULO III

## DEFINICION DE ABSCESO.

El absceso dentario es una inflamación circunscrita, aguda y purulenta de los tejidos blandos en el diente o en torno a él, y consiste en racimos de linfocitos y plasmocitos, muy entremezclados con leucocitos.

El absceso es producido por una infección mixta de microorganismos bucales. La zona afectada presenta hinchazón y dolor, puede haber malestar general, aumento de la temperatura y linfadenitis concomitantes, el pus distiende la encía y se extiende hacia los tejidos subyacentes al fórnix vestibular.

Normalmente no hay bacterias en los tejidos cuando consiguen entrar, se produce la veloz inmigración de leucocitos para contener la infección. La zona queda cercada por trombosis de los vasos y obstrucción fibrinosa. El número de leucocitos y microorganismos siguen en aumento.- Esto va seguido de necrosis y licuefacción de la zona central, con formación de pus, el absceso se divide en:

- a).- Absceso parodontal.
- b).- Absceso gingival.
- c).- Absceso apical.

a).- El absceso parodontal puede ser la exacerbación aguda de la enfermedad parodontal crónica.- La cual puede producirse cuando la infección pasa a los tejidos a través del epitelio de la bolsa.- Tal absceso es consecuencia de la oclusión de las sagradas angostas de bolsas tortuosas o bolsas intraalveolares profundas.- Dado que la virulencia de los microorganismos es un factor determinante, hasta las bolsas someras pueden ser atacadas.-

Este absceso será tratado ampliamente en el capítulo V.

b).- Absceso gingival.- Es una relativa rareza que aparece cuando las bacterias invaden por alguna rotura de la superficie gingival, estas soluciones de continuidad se originan durante la masticación, procedimientos de higiene bucal o tratamiento dental (Fig. 29). Aunque al principio el surco gingival queda intacto, el absceso se extiende a la profundidad del tejido conectivo, ataca el hueso alveolar y se comunica con el surco. La resistencia del paciente es un factor importante.

c).- Absceso apical.- A este tipo de absceso también se le llama dentoalveolar el cual es el resultado de una infección pulpar que se extiende a través del agujero apical a los tejidos periapicales. Este tipo de absceso generan trayectos fistulosos los cuales comunican con la cavidad bucal. Así mismo, pueden establecer comunicación con la bolsa periodontal o el surco gingival.- Es posible que la infección pulpar llegue a los tejidos parodontales por canales aberrantes, fracturas radiculares o una perforación.

De los distintos abscesos que existen, el periapical es el más común. (Fig. 30).



FIG. No. 29.- ABSCESOS GINGIVALES.

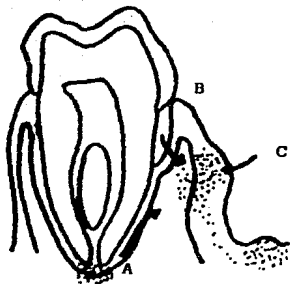


FIG. No. 30.- PUERTAS DE ENTRADA EN LA FORMACION DE ABSCESOS: A, ABSCESO PERIAPICAL B. ABSCESO PERIODONTAL; C. ABSCESO GINGIVAL

## CAPITULO IV

## E T I O L O G I A .

Al estudiar la etiología de la enfermedad parodontal, sabemos que ésta puede afectar todo el parodonto alrededor de la dentadura o solo en una parte de ella en una o varias regiones.

Sabemos que no solo existen muchos agentes causales sino que también el mismo factor etiológico puede variar al producir enfermedades de intensidad disímil en las diferentes personas, por lo tanto procuramos descubrir las causas o factores que contribuyen a la enfermedad.- Obviamente, nos interesan las causas de la enfermedad parodontal, porque si pudieramos eliminarla, podríamos curar o prevenir la enfermedad.

Al ocuparnos de la enfermedad parodontal, es costumbre que razonemos de los síntomas a la causa, y de la causa al remedio.

Ejemplo: La impacción alimentaria que causa una inflamación del tejido gingival interdentario suele dar por resultado un ligero daño en una persona, en tanto que en otra puede resultar marcadamente afectados los tejidos de revestimiento de modo que un irritante local puede actuar como desencadenante de una inflamación de la encía que lleve a la formación de la bolsa, el proceso inflamatorio está regulado por el estado de salud del individuo.

La etiología del absceso parodontal se clasifica comunmente en factores locales y generales.

Factores locales: los cuales consisten en factores inconcientes y funcionales correspondientes a masticación, deglución y fonación.- Por lo tanto los factores locales son los del medio que rodea al parodonto y que consisten en microorganismos bu

cales, los cuales pasan a los tejidos a través del epitelio de la bolsa, formando así los abscesos que también se pueden formar en la pared de la bolsa parodontal, tales abscesos son consecuencia de la oclusión de las salidas angostas de bolsas tortuosas o bolsas intraalveolares profundas, en las cuales existe pérdida de drenaje y el exudado no puede salir, formándose entonces el absceso parodontal, los cuales son frecuentes en la lesión interradicular y bolsas infraóseas cuando los orificios de éstas pueden bloquearse fácilmente.- También se ven en los casos con bolsas supraóseas profundas. La mucosa se hincha y se hace dolorosa debido a que el absceso hace cabeza, generalmente el dolor acompaña la formación de un absceso parodontal debido a la distensión del tejido, especialmente si ésta se localiza en el hueso.

Factores generales, según el estado de salud del individuo ya que la totalidad del organismo participa en la etiología del absceso parodontal.



## CAPITULO V

## ABSCESO PARODONTAL.

Un absceso parodontal es una inflamación purulenta localizada de los tejidos parodontales.- Y puede ser la exacerbación aguda de la enfermedad parodontal crónica.- Se le conoce también como absceso lateral o parietal.- Puede formarse con cualesquiera de las siguientes condiciones:

1.- Cuando la situación de la bolsa parodontal tiene lugar en la cara interna de la pared blanda, el absceso parodontal se forma como resultado de la antensión de la inflamación e infección de la bolsa hacia los tejidos parodontales más profundos, - con localización del proceso inflamatorio supurativo en la cara lateral de la raíz y obstrucción del drenaje de la cavidad oral. Se han descrito también quistes parodontales especializados en la superficie lateral de la raíz.

2.- Las bolsas que describen cursos tortuosos alrededor de la raíz (bolsas complejas) pueden cerrarse dejando un fondo de - saco en el extremo profundo de la misma que da origen al absceso parodontal.

3.- Puede formarse un absceso parodontal cuando después de un tratamiento parodontal incompleto se contráe el márgen gingival, quedando tártaro con formación persistente de pus en una parte de la raíz, esto ocurre frecuentemente en los casos de difurcaciones o trifurcaciones incorrectamente tratadas.

4.- Puede formarse un absceso parodontal en la pared gingival de una bolsa por la extensión lateral de la inflamación -- desde la superficie interna. El absceso se forma cuando se agranda la pared gingival como resultado de una inflamación crónica -

de larga duración y se dificulta el drenaje de la luz de la bolsa.

5.- Menos frecuentemente se forma un absceso parodontal -- sin bolsa.- En estos casos suele haber una historia de trauma o perforación de la pared lateral de la raíz por un tratamiento en endodóncico.

Los abscesos parodontales pueden producirse según la localización de la lesión patológica, en la forma siguiente:

Absceso de los tejidos parodontales de la superficie lateral de la raíz, con distensión del hueso alveolar.- En estos casos hay, generalmente, una fístula a través del hueso desde el absceso hasta la mucosa oral.

Absceso de los tejidos parodontales a lo largo de la caralateral de la raíz, sin lesión apreciable del hueso subyacente.

Absceso de la pared blanda de una bolsa parodontal profunda (Figura 31).

Características clínicas del absceso parodontal.

El absceso parodontal puede ser agudo o crónico.- Las lesiones agudas a menudo resisten persistiendo en forma crónica; puede haber lesiones crónicas sin una historia de episodios agudos, aunque frecuentemente sufren agudizaciones.

Absceso parodontal agudo.

Este tipo de absceso aparece como una elevación ovoidea de la encia vecina a la superficie lateral de la raíz formado por leucocitos cuando se produce en pocas horas (Fig. 32 y 33 ). La encia de la zona atacada es edematosa, roja y con una superficie lisa brillante.- La consistencia y contorno de la zona varían.- En algunos casos es en forma de cúpula y, relativamente -

firme; en otros es puntiaguda y blanda.-- En la mayoría de los casos la suave presión digital sobre la lesión la hace supurar.-- Menos frecuentemente, el paciente presenta todos los síntomas de un absceso paradontal agudo sin alteraciones notables de la zona paradontal.

El absceso paradontal agudo se acompaña de diversos síntomas, tales como dolores pulsátiles irradiados, exquisita sensibilidad a la palpación y a la percusión, movilidad, linfadenitis, y en casos graves, efectos sistemáticos tales como, fiebre, leucocitosis y malestar.

#### Absceso paradontal crónico.

El absceso paradontal crónico (son los que llevan varios días de evolución).-- Y se caracteriza corrientemente por la presencia de una fístula purulenta con un orificio en forma de cráter, en la mucosa gingival lateral.-- Hay una historia de exudación intermitente a través del orificio de la fístula, que está cubierto por tejido de granulación hemorrágico, (Fig. 34). La curación del tejido en el orificio de la fístula produce pequeños nódulos, firmes y persistentes, de color rosa palido, con una zona central blanda a través de la cual puede introducirse una sonda hacia el trayecto de la fístula, (Fig. 35).

El absceso paradontal crónico es generalmente asintomático.

El paciente puede relatar episodios caracterizados por un dolor vago, ligera elevación del diente con deseos de morder y degustarlos, el absceso paradontal crónico puede sufrir exacerbaciones agudas con todos los síntomas característicos.

#### Aspecto radiográfico del absceso paradontal.

El hallazgo radiográfico típico, más frecuentemente descri-

to, es una zona localizada de radiolucidez en una cara lateral - de la raíz, (Figura 34 y 35).

En sus primeras etapas, el absceso parodontal agudo no es - visible en la radiografía .- Los abscesos parodontales crónicos no suelen presentar cambios radiográficos netos que se les atribuyen.- La imagen radiográfica del absceso parodontal es modifi cada por las siguientes influencias.

a).- La extensión de la destrucción ósea.

b).- Si el absceso está en la pared blanda de una bolsa pa - rodontal o en los tejidos parodontales donde su imagen radiográ - fica sería enmascarada por la radio opacidad de la raíz; no se - puede confiar solo en las radiografías para el diagnóstico del - absceso parodontal, sin embargo es difícil a veces refrenarse de leer en las películas los cambios patológicos, después de que se ha hecho el diagnóstico por un cuidadoso examen clínico.

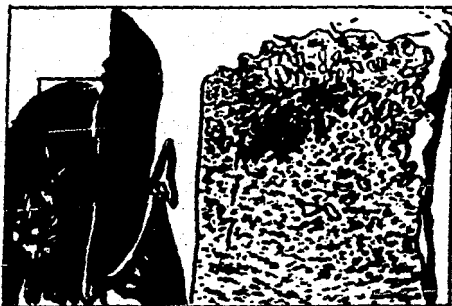


FIG. No. 31.- CORTE VESTIBULO LINGUAL DE UN INCISIVO CENTRAL INFERIOR, EL RECTANGULO MARCA UN ABSCESO PERIODONTAL.



FIG. No. 32.- ABSCESO PERIODONTAL AGUDO.

FIG. No. 33.- DOS ABSCESOS PERIODONTALES AGUDOS EN LA REGION ANTEROINFERIOR. EL INCISIVO INCLINADO TRAUMATIZA A LOS DIENTES SUPERIORES.

FIG. No. 34.- ABSCESO PERIODONTAL CRONICO CON MASAS DE TEJIDO DE GRANULACION EN LA APERTURA DE LA FISTULA, EN RELACION CON UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR DERECHO.

FIG. No. 35.- ABSCESO PERIODONTAL CRONICO. CON UNA FISTULA PALATINA PARCIALMENTE CURADA.

## CAPITULO VI

## D I A G N O S T I C O . -

El diagnóstico del absceso parodontal se hace correlacionando la historia, la observación clínica y los hallazgos radiográficos. La continuidad de la lesión con el margen gingival es una prueba clínica de la existencia de un absceso parodontal.- El operador debe sondear cuidadosamente el margen gingival de cada cara del diente, buscando un conducto que vaya de la zona marginal a los tejidos periodontales más profundos, el absceso parodontal no se localiza necesariamente en la misma superficie de la raíz en que está la bolsa que le dió origen.- Una bolsa en las caras vestibular o lingual puede formar un absceso en la cara proximal.- Es común que el absceso se localice en una cara distinta de la bolsa, pues las dificultades de drenaje ocurren más fácilmente en las bolsas tortuosas.

Diagnóstico diferencial entre absceso apical y absceso parodontal.

Salvo los casos extremos que se extienden hasta la zona apical, la presencia de un absceso parodontal no produce la desvitalización de la pulpa.- La presencia de pulpa vital en un diente sospechoso señala el diagnóstico apical o periapical.- En casos graves, el absceso parodontal puede extenderse hasta el ápice -- produciendo cambios patológicos en la pulpa.- Es también teóricamente posible, que un absceso apical se extienda por la cara lateral de la raíz.- Sin embargo, las lesiones apicales y laterales producidas por una sola lesión y sondeables desde el margen gingival son: más posiblemente, originadas en un absceso parodontal. La radiografía no revela cambios apreciables en las primeras -

etapas de un absceso, ya sea apical o parodontal.- En los casos en que el operador esté seguro de que se trata de una sola lesión la presencia de una rarefacción apical señala al ápice como el sitio de origen de la misma.- Sin embargo debe tenerse siempre presente, la posibilidad de que haya un absceso parodontal agudo responsable de los síntomas en un diente con una lesión apical a sintomática.

La presencia de una fístula en relación con la cara lateral de la raíz sugiere una lesión parodontal. Las fístulas de los abscesos apicales generalmente aparecen en la mucosa gingival de la zona apical y no cara lateral de la raíz, sin embargo, en algunos casos, especialmente en niños, las fístulas de lesiones apicales pueden localizarse en la mucosa de la caralateral de la raíz.- La localización de la fístula no es suficientemente definida como para ser patognomónica de uno u otro tipo de absceso..

Los hallazgos radiográficos son de alguna ayuda en la diferenciación entre ambos tipos de abscesos. Sin embargo, son de mayor utilidad otros hallazgos clínicos, tales como presencia de caries extensa, o de bolsa, vitalidad del diente y la existencia de una continuidad entre el margen gingival y la zona abscedada.

Diagnóstico diferencial entre absceso parodontal y absceso-gingival.

Debe diferenciarse entre el absceso parodontal y el absceso gingival. Este último se limita a la encía marginal sin lesiones clínicas apreciables de los tejidos subyacentes.- El absceso gingival es la respuesta inflamatoria aguda a la introducción forzada de un cuerpo extraño en la encía, puede resultar también de la infección de los quistes epitelizados microscópicos que se en-

cuentran a veces en la encía.

El absceso parodontal es una inflamación supurativa localizada, que surge de procesos patológicos de la enfermedad parodontal destructiva crónica.



ma de absceso.

Cuando se trata de lesiones apicales (periapicales), se usa el tratamiento endodóntico y como consecuencia de ello puede cicatrizar el surco.

Cuando la pérdida ósea producida por los abscesos parodontales es extensa, los procedimientos quirúrgicos óseos se requieren un mayor sacrificio del hueso están contraindicados.- Los procedimientos de reinserción o injertos óseos son más conservadores y por ello preferibles.- Es más, el potencial de reinserción aumenta después de los abscesos parodontales.- Es frecuente la regeneración ósea si el tratamiento fué favorable.- Las posibilidades de reinserción dependen de la localización del absceso y el acceso a la zona. Además, se precisa una estabilización adecuada y también la eliminación del traumatismo oclusal.

Si un absceso abarca tejidos periapicales y parodontales se hará el tratamiento combinado, que consiste en osteotomía y osteoplastia.

La ostectomía es la eliminación del hueso que proporciona inserción a las fibras del ligamento parodontal.

La Osteoplastia es la remodelación del hueso que no proporciona inserción a las fibras del ligamento parodontal..

Esto se realiza exponiendo la zona con un colgajo amplio para tener buen acceso a la superficie radicular y al ápice.

Cuando existe inflamación parodontal.- El tratamiento indicado es el raspaje radicular, el cual consiste en limpiar la superficie radicular de depósito y cemento blando o rugoso. Hechos con minuciosidad, deja la superficie radicular lisa, limpia, dura y pulida.- En casos simples puede ser el único tratamiento necesario (que realiza el odontólogo); en casos avanzados, en que es-

tos en bolsa.

El cincel (Figura 38 ), está diseñado para la remoción de depósitos calcificados supra gingivales grandes, especialmente los que se localizan en la región mandibular anterior.- Cuando los cálculos ocupan la zona interproximal y lingual, se usa el cincel en sentido vestibulo lingual con un movimiento de impulsión para desprenderle la gran masa.

Azada.- Este tipo de instrumento se emplea para remover cálculos accesibles.- Estos instrumentos de tracción se usan en la zona subgingival únicamente cuando la encía se separa con facilidad, (Figura 39 ).

Hoces.- Las hojas de algunas hoces (Figura 40), son rectangulares y muy finas, a veces de 0.2 a 0.4 mm.

Estos instrumentos se usan con movimiento de tracción o impulsión, las hojas de otras hoces son triangulares en su corte transversal y solo se utiliza con movimiento de tracción.- La hoz grande y en forma de gancho es útil para la superficie lingual de los incisivos inferiores, zona difícil de alcanzar con instrumentos más cortos, las hoces con contraángulo doble, como raspadores jaquette, son aptos para zonas interproximales de molares y premolares.

Limas.- Las limas ( Figura 41 ), tienen una acción bastante similar a la de tres o de cinco hoces de juego.

Estos instrumentos están preparados para ser usados en bolsas profundas de entrada estrecha, y en bolsas tortuosas inaccesibles a otros instrumentos.- Sin embargo, es difícil afilarlos, lo cual limita su utilidad.

## CAPITULO VII

## T R A T A M I E N T O . -

El tratamiento de los dientes con absceso paradontal varía con la decisión de conservar el diente o de extraerlo, y según sea el absceso por lo tanto, el tratamiento tiene recursos exodónticos, periodontales y endodónticos.

El primer paso del tratamiento en la reducción del absceso se administra antibiótico cuando hay fiebre y malestar general, pero si no los hubiera, se establecerá el drenaje, que se hará mediante el curetaje de la bolsa o incisión del absceso, (Fig.36) Pero si es necesario, la extracción del diente servirá para drenaje, una vez reducido el absceso se hará el tratamiento correspondiente.

En algunos casos el hacer buches con agua caliente cada dos horas ayuda a que el absceso madure, si hay que hacer una incisión. Se practicará un corte horizontal en el centro del absceso, se puede colocar gasa yodoformada.

Las incisiones verticales que abarcan el margen gingival, pueden producir recesiones anti-estéticas, por lo tanto es preciso evitarlas, a veces se hace un colgajo durante los estadios agudos del absceso se necrosan partes del hueso alveolar, se puede formar pequeños secuestros, cuando se forma un secuestro, el absceso no se resolverá de manera corriente y habrá que eliminar el secuestro, mediante un colgajo, al menos que sea expulsado.

Una vez que se redujo el absceso, el tratamiento a seguir se determina sobre la base del diagnóstico y el pronóstico.

Si la lesión es irreparable, se aplicará el tratamiento exodóntico el cual servirá de drenaje resolviendo así nuestro proble

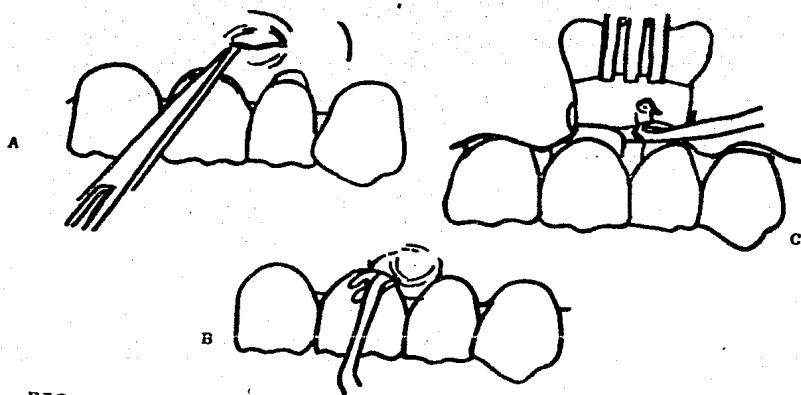


FIG. No. 36.- MANERAS DE ESTABLECER EL DRENAJE: A. INCISION HORIZONTAL.; B. CURETAJE POR EL SURCO GINGIVAL; C. COLGAJO - PEQUEÑO.

imposible hacer otro tratamiento, el raspaje radicular puede constituir el único tratamiento a seguir. En todos los casos, el mantenimiento del estado de salud después del tratamiento se realiza mediante raspajes periódicos y en programa de control de placa.

Dado que la remoción de irritantes es el tratamiento positivo de las inflamaciones parodontales, se recurre a raspaje más que a cualquier otro tipo de tratamiento parodontal.

Los instrumentos que se usan en un raspaje radicular son: -  
cinceles, azados, hoces, limas curetas y explorador de bolsa.

Cada uno está diseñado para un uso específico y a veces, para que llegue a una superficie dentaria determinada.- El cincel, la azada y la hoz, están diseñados para extirpar cálculos voluminosos, mientras que las curetas y las limas están destinadas al alisado más fino y último de la superficie radicular en el fondo - de la bolsa, también tenemos el explorador de bolsas.

El cual se usa para determinar la profundidad de la bolsa y la cantidad del cálculo y la forma de las bolsas antes de comenzar su limpieza. Este instrumento es indispensable para la determinación de la textura y las características de la superficie radicular, cuando el pequeño extremo doblado se coloca con su costado contra la superficie del diente y se le guía hacia dentro de la bolsa (Figura 37 ), transmite a los dedos del operador la percepción de las características de la superficie radicular.

Las acreciones, indentaciones o rebordes se determinan mejor que con un explorador recto, se sondea el fondo de la bolsa sin lesionar los tejidos blandos.- El explorador indicará la extensión y dirección apropiadas para la introducción de los instrumen

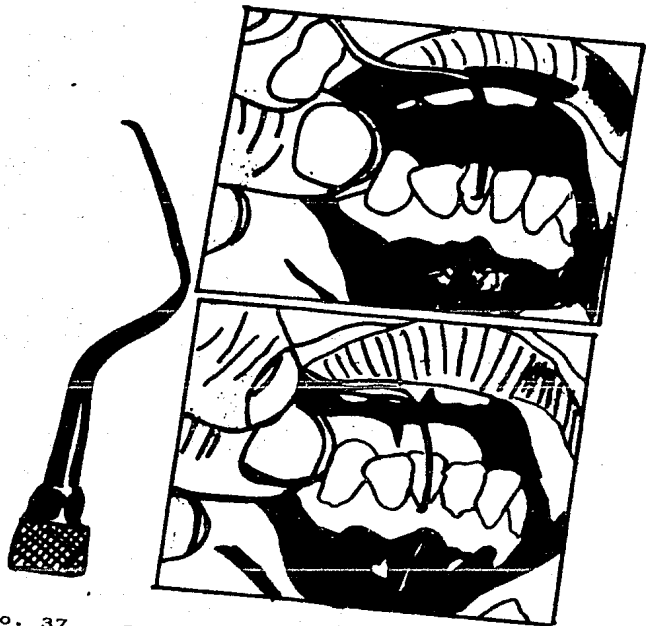


FIG. No. 37.- EXPLORADOR DE BOLSAS, INSTRUMENTO INDISPENSABLE EN EL DIAGNOSTICO PARODONTAL Y FORMA DE USO.

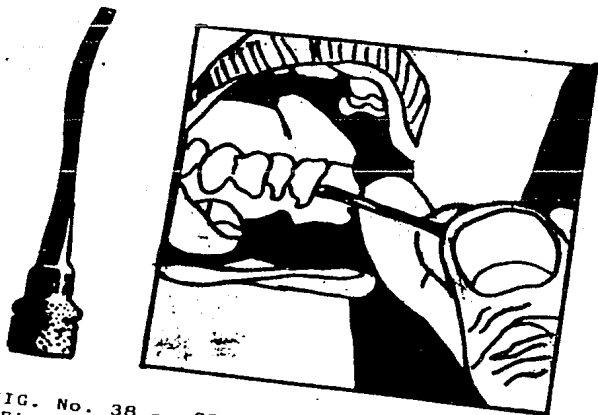


FIG. No. 38.- CINCEL PERIODONTAL. POSICION ADECUADA DEL CINCEL PERIODONTAL USADO COMO INSTRUMENTO DE IMPULSION.

Curetas.- Las curetas ( Figura 42 ), tienen forma de cucharillas, similar a las cucharillas que se usan en operatoria dental, la cureta posee dos bordes activos, y, por ello desempeñan dos funciones: Eliminan la pared blanda de la bolsa y sirven como alizador de la superficie radicular.

Las dos funciones se realizan por lo general en forma simultánea.- Sin embargo, el término curetaje se reserva para la eliminación deliberada de tejidos blandos, las curetas están diseñadas como instrumentos de tracción o impulsión.- El ángulo de acción de las curetas de tracción, es de unos 80 grados, y el de las curetas de impulsión es de unos 10 grados.- Los instrumentos se distinguen unos de otros al observar sus superficies.

La cureta es el instrumento más usado para el raspaje y curetaje radicular.- Las más usadas son las de Gracey y las de Mc. - Call.

#### Colgajo parodontal.

En parodoncia, el colgajo es una unidad (segmento) de encía y ( con mayor frecuencia ) la mucosa alveolar adyacente que se separa parcialmente por medios quirúrgicos. La base del colgajo permanece insertada para proporcionar el aporte vascular adecuado.

Los colgajos se clasifican como de espesor total y de espesor parcial.

El colgajo de espesor total incluye toda la encía o mucosa alveolar que cubre el diente y el hueso.- Al hacer este tipo de colgajo, el diente y el hueso quedan al descubierto.

El colgajo de espesor parcial se separa por disección aguda

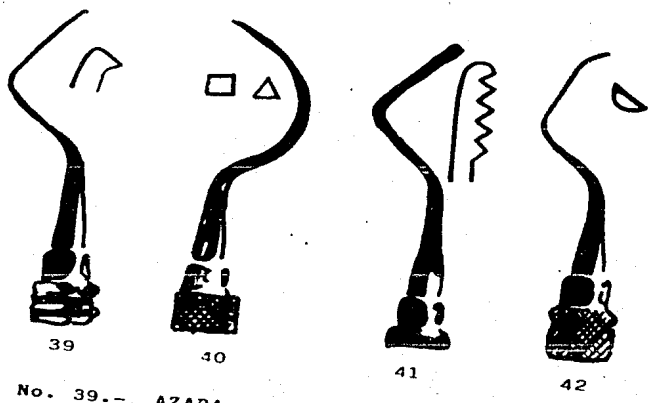


FIG. No. 39.-- AZADA.  
FIG. No. 40.-- HOZ  
FIG. No. 41.-- LIMA  
FIG. No. 42.-- CURETA

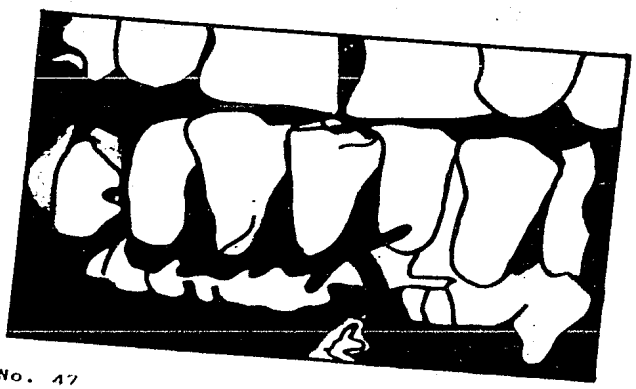


FIG. No. 47



para dejar hueso cubierto por tejido conectivo blando, con inclusión del periostio.

Los colgajos se diseñan con finalidad de proporcionar acceso adecuado a los tejidos subyacentes de manera que mantengan la circulación apropiada de los tejidos parcialmente separados.

La forma que el cirujano dá al colgajo depende de las exigencias específicas, tales como proveer acceso quirúrgico o reposición de la encía.

El diseño de los colgajos se divide en dos categorías: completo o modificado.

Colgajo completo.- Los colgajos completos (Figura 43 ), -- comprenden incisiones liberadoras oblicuas o verticales en los dos extremos laterales. Estos extremos se unen por incisión horizontal en el margen gingival o apical a él.- Cuando se hacen incisiones verticales, se las extiende lo suficiente hacia la encía, y si fuera preciso hacia la mucosa alveolar, para liberar la tensión de los tejidos y permitir el buen acceso quirúrgico.

Colgajo modificado.- Los colgajos modificados ( Figura 44) difiere de los colgajos completos en que tienen solo una incisión vertical u oblicua, o no tienen incisión vertical.

Los colgajos se rechazan mediante disección roma o aguda,- la disección roma se usa cuando se piensa hacer el remodelado -- quirúrgico de las superficies alveolares laterales cuando se ha rán reinsertión, injertos óseos o procedimientos de trasplante-óseo.- La dirección roma aporta el tejido blando del hueso y ex pone la superficie alveolar para su inspección o cirugía amplias.

Sutura.- La sutura se usa para reponer y readaptar el col-

gajo después de la cirugía.- Ello es necesario para la hemostasia, para reducir el tamaño de la herida que ha de repararse, para la cicatrización de primera intención y para prevenir destrucción ósea innecesaria.- Además, cuando la reposición del colgajo es hacia apical o lateral, es preciso suturarlo o fijarlo apropiadamente para que se mantenga en la posición conveniente.- Existen diversas formas de sutura.- Ligadura interdientaria.- Es la sutura más frecuente y tiene diversas modificaciones (Figura 45) Produce la adaptación más firme del tejido blando al diente y -- tejido subyacente, y es de gran valor cuando hay que adaptar y coactar estrechamente los colgajos vestibular y lingual al hueso y a las superficies dentarias.

Ligadura suspensoria.- Es la que rodea al diente y se emplea cuando se hizo colgajo en una sola superficie, ya sea vestibular o lingual o cuando es imposible o inconveniente atar el colgajo vestibular al lingual (Figura 46).- Este caso se presenta cuando un colgajo es desplazado apicalmente mientras el otro se coloca en su posición original.

Ligadura continua.- (Figura 47).- Se utiliza para suspender un colgajo a nivel predeterminado.- En esta técnica se usa la sutura de colchonero, para todo un cuadrante, o para una zona que abarque varios dientes.- Si prefiere sutura Núm. 4 - 0 ó 3-0 y aguja curva también No. 2, de tamaño mediano.

Cada colgajo se sutura y se fija por separado.

El instrumento usado en colgajos es el siguiente: Explorador, espejo, pinzas para algodón, pinzas para tejido, bisturí -- con hoja removible No. 12, bisturí interdentario y bisturí arriñonado, cureta anterior con extremo curvo, cureta posterior de -

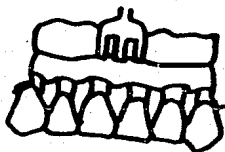


FIG. No. 43 COLGAJO COMPLETO.

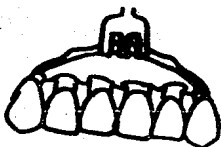


FIG. No. 44 COLGAJO MODIFICADO SIN INCISIONES VERTICALES.

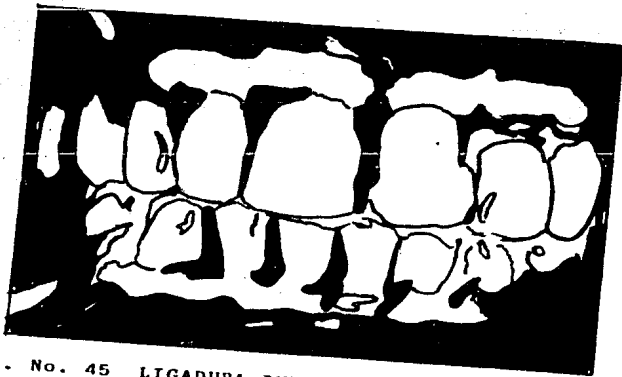


FIG. No. 45 LIGADURA INTERDENTARIA.

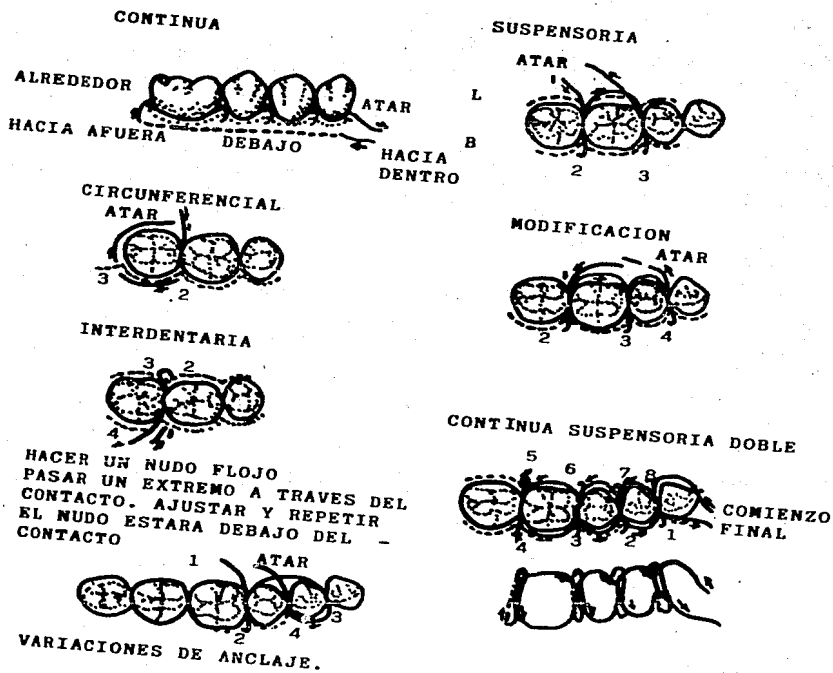


FIG. No. 46 ESQUEMAS DE DIVERSAS TECNICAS CORRIENTES DE UNA SUTURA.

doble extremo, curetas para tejidos blandos Kirkland núm. 8 y 9,  
elevador perióístico, alicate para tejidos blandos, porta agujas  
tijeras aceradas para tejidos, sutura, jeringa para anestesia,-  
gasas y aplicadores.

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

Los abscesos parodontales, es una enfermedad que reviste gran importancia, ya que afecta a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral, y para eliminar dichos abscesos, dependiendo -- que tipo sea (parodontal, periapical y gingival). Hay que desarrollar varias técnicas, drenar el absceso, efectuar colgajos o definitivamente la extracción de la pieza afectada. Pero siempre la preocupación del Cirujano Dentista es evitar la traumatización de los tejidos que conforman la cavidad oral, así como infecciones, daño tisular, necrosis y dolor innecesario al paciente. Es muy indispensable conocer las técnicas instrumental material -- y sutura para el tratamiento de los abscesos parodontales para así evitar fracasos.

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

- 1.- PERIODONCIA DE ORBAN.  
Daniel A. Grant, Irving B. Stern., Frank G. Everett.  
Teoría y Práctica.- Cuarta Edición.-México, D.F. 1975..
- 2.- GOLDMAN HERI M.  
Periodoncia Parodontología.  
México, Interamericana. 1960.
- 3.- DR. GLICKMAN IRVING.  
Periodontología, Reconstrucción, Diagnóstico y Tratamiento  
de la Enfermedad Parodontal.  
Philadelphia, 1964.
- 4.- DR. FERMIN CARRANZA.  
Periodoncia.  
Buenos Aires, Mundi. 1978.
- 5.- DR. PAUL N. BAER.  
Enfermedades Parodontales en Niños y Adolescentes.  
Mundi. 1975. Buenos Aires.
- 6.- PRICHARD JOHN F.  
Enfermedades Parodontales Avanzadas. Tratamiento Quirúrgico  
y Práctico.  
Barcelona. Labor. 1971.
- 7.- GOLDMAN HENRY M.  
Terapéutica Periodontal; Un estudio completo de las  
Enfermedades Periodontales y su Tratamiento.  
Buenos Aires, 1962.
- 8.- GRIEDIER, ARTHUR.  
Prótesis Periodontal.  
Saint Louis.  
Mosby, 1968.