

241
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ENFERMEDAD PARODONTAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
CARLOS LEONARDO PASTRANA URANGA

MEXICO, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I - ANATOMIA DEL PARODONTO	3
CAPITULO II - HISTOLOGIA DE LAS ESTRUCTURAS PARODONTALES	15
CAPITULO III - ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL	24
CAPITULO IV - DEFINICION DE LAS ENFERMEDADES GINGIVITIS Y PARIODONTITIS	42
CAPITULO V - PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL	52
CAPITULO VI - DIAGNOSTICO Y MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL	63
CAPITULO VII - TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL	75
CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFIA	85

INTRODUCCION

Es bien sabido por los colegas Cirujanos Dentistas, - que un gran porcentaje de los dientes perdidos en la mayoría de los pacientes se debe a causas parodontales más que a ca - rias u otros factores.

Viviendo en un país en subdesarrollo como el nuestro, es muy palpable entre otros problemas, la falta de educación e información acerca de las parodontopatías y las consecuen - cias de las mismas.

La intención de este trabajo es precisamente tratar el tema de las parodontopatías, su diagnóstico y el tratamiento necesarios para obtener un pronóstico favorable, así como el ofrecimiento de una información veraz y confiable acerca de la higiene bucal y su relación con los tejidos parodontales, que como compromiso con nuestra carrera debemos dar a nuestros pa - cientes.

La educación a nuestros pacientes la podemos basar -- principalmente en pláticas, proyecciones, películas folletos explicativos, etc., además de la motivación del paciente a --

que asista periódicamente al consultorio dental para la detec
ción temprana de cualquier alteración que ponga en peligro a
las estructuras dentales y en general a todo el aparato est
omatognático, el cual es motivo principal de nuestra preocupa
ción profesional.

Así pues podemos decir que el trabajo preventivo y te
repéutico que debemos aplicar en nuestros pacientes, no servi
rá de mucho sin la cooperación de los mismos; y para que esta
cooperación sea evidente es compromiso de nosotros hacer ex -
tensiva la información a los pacientes como a sus familiares
y amigos.

CAPITULO I
ANATOMIA DEL PARODONTO

Los tejidos parodontales son aquellos que mantienen a los dientes en su lugar y son los siguientes:

- 1. Encía
- 2. Mucosa alveolar
- 3. Ligamento parodontal
- 4. Hueso alveolar
- 5. Cemento radicular

Encía.- La encía se encuentra formada por una capa de tejido epitelial la cual se va adelgazando hasta su cresta -- con la superficie dental en forma de filo de cuchillo.

Como función principal de la encía es la de dar protección a los tejidos adyacentes, así como mantener a los dientes alineados.

Normalmente la encía es de color rosa coral, firme, resistente y unida al hueso.

Existe un margen libre que rodea a los cuellos de los dientes, por su parte interna da lugar a la formación del surco gingival que tiene forma de V, el cual va a estar compues-

to por dos paredes:

- a) Dura
- b) Blanda

La pared dura comprende al cemento del órgano dentario; la pared blanda corresponde a la parte interna de la encía marginal.

En el vértice de la V se localiza una estructura fina y única en el organismo conocida como adherencia epitelial. Esta separa al medio interno del externo así como también mantiene la encía adherida al órgano dentario. Esta adherencia - va a estar formada por el epitelio de unión.

La encía se divide de acuerdo a sus características -- clínicas en:

- A. Encía marginal libre
- B. Encía adherida o insertada
- C. Papila interdentaria.

Encía marginal libre.- Es aquella encía que se encuentra rodeando al cuello de los dientes y que está separada de la encía adherida por una suave depresión lineal. Mide aproximadamente un milímetro de ancho y forma la pared blanda del -

surco gingival.

Encía adherida o insertada.- Es la parte de la encía - que se extiende entre la encía marginal, y la mucosa alveolar de revestimiento, de la cual está separada por la línea mucogingival.

Tiene un ancho variable de acuerdo a la zona de la boca que se trate. Es más ancha en zonas anteriores. La presencia de frenillos e inserciones musculares reduce su ancho.

Por vestibular la línea mucogingival se encuentra bien definida; por palatino la encía insertada en cambio, se continúa sin límite divisorio con la mucosa palatina; por lingual suele tener características más delicadas y se continúa con la mucosa del piso de la boca. Salvo en algunos casos, la encía insertada tiene una superficie punteada.

Papila interdientaria.- Es la parte de la encía que ocupa el espacio interproximal; tiene forma triangular con base en dirección apical que llena el espacio entre los dientes y termina aproximadamente en el punto de contacto de los mismos.

La papila gingival o interdental está integrada por encía marginal e insertada en cantidades variables de acuerdo con el tipo de contacto de los dientes contiguos.

Cuando el contacto es normal, existe un núcleo central de encía insertada enmarcado por zonas periféricas de encía marginal; cuando los dientes están apiñados, con una más ex - tensa área de contacto, la papila, la integra sólo encía mar - ginal y es más pequeña.

Cuando existe un diastema, la papila gingival desaparece como tal y existe una zona de encía marginal rodeando a modo de collar el cuello de cada diente, separados por un reborde de de encía insertada, unido firmemente al hueso subyacente.

Tamaño de la encía: Es la suma de la células y elemen - tos intercelulares; es variable según la zona de la que se -- trate. La alteración en el tamaño de la encía es una caractere - rística común de la enfermedad parodontal.

Color de la encía: El color de la encía normal es rosa claro, coral o rosa salmón y se debe al aporte vascular modi - ficado por las capas epiteliales superficiales. Además puede aparecer con una coloración marrón negruzca o azulada más o - menos intensa, localizada en la encía insertada que en algunos - nos casos puede llegar al margen, y que es debida a la presencia de melanina que corresponde a la coloración oscura de la tez.

Contorno: Se encuentra relacionado con su tamaño; presenta un aspecto festoneado como prominencias alargadas correspondientes a las raíces de los dientes. Estas zonas prominentes están unidas por depresiones interdetales que se angostan hacia el margen para unirse con las papilas interdetales triangulares.

En casos de dientes apiñados, la papila interdental es alargada, en zonas con diastemas, la papila aparece como una eminencia redondeada o la mucosa puede adherirse al hueso subyacente sin que aparezca un contorno papilar.

Consistencia: Firme. La encía marginal puede ser separada levemente del diente con un instrumento o con un chorro de aire sin que sangre. La encía insertada está firmemente adherida al hueso y cemento subyacente.

Superficie: La encía marginal es lisa; la encía insertada es punteada, de apariencia de cáscara de naranja.

Surco gingival: Limitado en un lado por el diente y en el otro por la vertiente interna de la encía.

Tiene una profundidad de 1 mm. a 3, algo mayor en las caras proximales (2-3 mm.) que en las caras libres (1-2 mm.).

Al sondaje no presenta secreción alguna o hemorragia.

Mucosa Alveolar.- La mucosa alveolar se encuentra divi
dida de la encía insertada por medio de la línea mucogingival.

El color de la mucosa alveolar es más intenso debido a a translucidez que se tiene del epitelio con los vasos sangui
neos y a la mayor irrigación con la que cuenta esta mucosa.

Esta mucosa es más flexible que las anteriores debido a que su composición es mayor en fibras elásticas así como en fibras reticulares.

Ligamento Periodontal.- El ligamento periodontal es el tejido conjuntivo que rodea a la raíz del diente, que se une al hueso por medio de canaliculos, los cuales llevan en su in
terior vasos y nervios; en su parte cervical es continuo con el tejido conjuntivo de la encía.

El ligamento parodontal se encuentra formado de célu -
las y sus productos como son: fibroblastos, osteoblastos, ce-
mentoblastos, células mesenquimatosas indiferenciadas llamada -
das restos epiteliales de Malassez. Estos se encuentran más -
frecuentemente en el tercio apical y medio, también fibras de colágena, y entre estas fibras hay substancias fundamentales, vasos y nervios.

Los haces de fibras parodontales se clasifican en los siguientes grupos:

- I. Fibras Dentocrestales
- II. Fibras Horizontales
- III. Fibras Oblicuas
- IV. Fibras Apicales

Fibras Dentocrestales: Se extienden desde la cresta ósea en dirección oblicua hacia la corona. Se unen con fibras periostiodentales que parten del periostio alveolar y siguen una misma dirección general que las fibras dentocrestales. Su función principal parece ser la de detener la extrusión -- del diente.

Fibras Horizontales: Son grupos horizontales de fibras entre los otros haces y sirven para resistir los movimientos rotacionales.

Fibras oblicuas: Ocupan la mayor parte del ligamento parodontal y tienen una dirección oblicua apical, de hueso a cemento. Sirven para detener la intrusión del diente.

Fibras apicales: Ocupan las zonas apicales en forma radial.

Características radiográficas: En una radiografía se ve, no el ligamento periodontal en sí, sino el espacio ocupado por él. Aparece como un espacio radiolúcido alrededor de la raíz del diente.

Espesor del ligamento: Es de aproximadamente 150 a 200 micrones. Es menor en las cercanías de la unión del tercio medio con el tercio apical de la raíz con soporte óseo, llega a un máximo en la zona cervical y alcanza niveles intermedios en la zona apical. Estas variaciones son más visibles en las caras libres que en las proximales, pues se deben al movimiento del diente en el alveólo, que es mayor en sentido bucolingual que en sentido mesiodistal, debido a la relativa fijación que dan los puntos de contacto.

El espesor del ligamento periodontal tiene, en general, valores mínimos en el diente fuera de oclusión, llega a los valores señalados anteriormente en el diente con oclusión normal y aumenta en el diente en función intensa.

Funciones del Ligamento Parodontal:

Formativa.- El ligamento tiene células que forman hueso (osteoblastos).

Nutritiva.- Los vasos del ligamento nutren a la encía,

hueso y al mismo ligamento parodontal.

Sensorial.- Existen terminaciones nerviosas que siguen el curso de los vasos, produciendo sensibilidad a la presión, a éstas también se les llama terminaciones propioceptivas.

Física.- Soporta las fuerzas oclusales y las distribuyen al hueso uniformemente para mantener al diente dentro del alveolo.

Además se considera que juega un papel importante en el mecanismo hidrodinámico consistente en una especie de amortiguador hidráulico. Bajo la presión de las fuerzas oclusales el ligamento periodontal se comprime. Para que ésto ocurra, el fluido tisular existente en el ligamento debe desplazarse a través de las foraminas de la cortical alveolar hacia los espacios medulares. El lento desplazamiento del fluido impide la compresión rápida del ligamento.

Una vez que ha cesado la fuerza, el diente vuelve a su lugar y posición debido al reingreso del fluido tisular hacia el espacio del ligamento periodontal.

Hueso.- El hueso rodea las raíces de los dientes, cubriendo todas las superficies de éstos. Forma la cresta interdientaria que a su vez forma al proceso alveolar.

El hueso se divide en dos regiones:

Hueso alveolar.- Rodea la raíz del diente y forma la cresta ósea. Su composición es de la siguiente forma:

- a) Osteoide o matriz ósea, está formada por osteoblastos.
- b) Hueso joven o fasciculado.
- c) Hueso viejo, calcificado o laminar.
- d) Hueso esponjoso.

Las funciones del hueso alveolar son:

- a) Inserciones de las fibras de Sharpey.
- b) Nutrición.
- c) Mantener al diente en su alveolo.

Hueso de soporte.- Se localiza más abajo que el hueso alveolar formando la cortical externa (hueso compacto) vestibular, y la cortical externa palatina (hueso esponjoso), la cual generalmente da el grosor del hueso.

En dientes superiores e inferiores anteriores la presencia de hueso esponjoso es mínima que en ocasiones no existe.

Cemento Radicular.- El cemento es el tejido mesenquimato so calcificado que cubre a la raíz anatómica del diente.

La unión amelocementaria es el sector de mayor interés en Parodontia puesto que es la zona cubierta por encía y so - bre ella se realiza frecuentemente el curetaje o alisado y -- raspado.

El espesor del cemento es mínimo en la zona cervical - (20 a 25 micras), y va aumentando hacia el ápice. Los espe - res máximos se encuentran en las zonas apicales (hasta 200 mi - cras) y en furcaciones.

El espesor del cemento aumenta con la edad, en rela -- ción con la erupción continua del diente.

La nutrición del cemento tiene lugar principalmente a través de los cementocitos y sus prolongaciones anastomosadas y provenientes de la superficie periodontal. En menor propor - ción puede hacerse por vía dentinaria.

Una de sus funciones principales es la de insertar las fibras de Sharpey del cemento al hueso alveolar.

CAPITULO II

HISTOLOGIA DE LAS ESTRUCTURAS PARODONTALES

En la boca se aprecian dos tipos de mucosas:

- A) La mucosa bucal que tapiza la pared interna de las mejillas, labios, piso y vestíbulo de la boca.

- B) Encía o tejidos gingivales que cubren los procesos alveolares hasta el cuello de los dientes y el paladar.

La membrana mucosa-bucal tiene características iguales que la encía, a excepción que posee glándulas mucosas que no tiene el tejido gingival.

Su superficie carece de capa córnea, al contrario de la encía; tampoco posee tejido adiposo en su capa profunda como se presenta en la palatina, esa constitución le da la consistencia de tejido laxo sin inserciones íntimas con el tejido óseo.

Encía.- Está compuesta principalmente por fibras de colágena, haces de tejido conjuntivo que se proyectan dentro del epitelio. Está formado por dos tipos de capas:

1. Capa capilar: Existen prolongaciones de vasos sanguíneos y se encuentra relacionada con el diente, unida por las fibras gingivales parodontales.
2. Capa reticular: Constituida por abundantes fibras elásticas, vasos sanguíneos, linfáticos y algunos nervios que corren todos ellos paralelos al maxilar, las terminaciones nerviosas se encuentran con el epitelio y se unen en último término con el periostio que no se distingue histológicamente, del cual está separado por tejido adiposo, la encía maxilar palatina carece de glándula mucosa.

Vías Linfáticas Gingivales.- Una rica red linfática corriendo paralela a los vasos sanguíneos y a los maxilares irriga a los vasos del tejido gingival, ofreciendo dos vertientes fundamentales:

- A) Una externa que drena sobre las superficies bucal y lingual de los procesos alveolares por encima del periostio, formando una trama entre los tejidos y el hueso, hacia la mejilla y la lengua formando un drenaje por vasos eferentes en diversos ganglios.
- B) Una interna que se continúa con el periostio y la pulpa.

Fisiología de la encía.- Las funciones diversas que cumple la mucosa bucal y el tejido gingival se diferencian por su contextura. La primera está cubierta por escasas zonas de queratosis o hiperqueratosis en general, presentan en sus superficies capas densas de células aplanadas y nucleadas, lo cual la hace delicada y sensible a las presiones y al trauma. En cambio la encía presenta cornificación, un estado denunciador de buena salud de ese tejido, haciéndola extraordinariamente resistente a la presión de las dentaduras artificiales, cepillado, trauma, masticación, etc.

Debe considerarse como ideal y normal, que la encía muestre cornificación genuina, con producción de gránulos queratohialinos y una capa córnea sin las células nucleadas capaz de ofrecer una resistencia al trauma, a la infección y a la lisis celular, tomando un aspecto firme, de color rosa pálido, adheriendo el epitelio íntimamente a la submucosa.

Constitución y Funcion del Parodonto.- El periodoncio; complejísimo en su constitución, función y reacción; está formado de cuatro elementos diferenciados:

1. Fibras
2. Células
3. Vasos
4. Nervios

Fibras.- Las fibras principales del parodonto se distribuyen en cuatro grupos:

I. Grupo Transeptal: Se extienden interproximalmente - sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino.

Las fibras transeptales se extienden y reconstruyen incluso una vez producida la destrucción del hueso alveolar en la enfermedad parodontal.

II. Grupo de la Cresta Alveolar: Estas fibras se extienden oclusalmente debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar, su función es equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales, ayudando a mantener al diente dentro del alveolo y a resistir los movimientos laterales del diente.

III. Grupo Horizontal: Estas fibras se extienden en ángulo recto respecto al eje mayor del diente, desde el cemento hasta el hueso alveolar. Su función es similar a las del grupo de la Cresta Alveolar.

IV. Grupo Oblicuo: Es el grupo más grande del ligamento parodontal, se extiende desde el cemento en direc-ción coronaria, en sentido oblicuo respecto al hueso. Soportan el grueso de las fuerzas masticatorias,

y las distribuyen sobre el hueso alveolar.

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

Células.- Las células que contiene el parodonto se dividen en cinco grupos:

- A) Células Conjuntivas: Llamadas fibroblastos por el Dr. Black, tienen forma de agujas ramificadas y constituyen toda la trama del parodonto semejantes en su estructura a las células conjuntivas comunes, se componen por protoplasma claro granular y núcleo ovalado fusiforme.
- B) Osteoblastos: Cubren el tejido óseo en contacto con la membrana, son células achatadas cúbicas o irregulares.
- C) Cementoblastos: Cubren el cemento y forman el cemento celular.
- D) Osteoclastos: Células gigantes, polinucleadas de forma ovalada, rigen el proceso de reabsorción en el hueso y cemento.

D) Células epiteliales: Llamadas restos epiteliales de Malassez, se encuentran cerca de los cementoblastos, constituyendo en algunos especímenes una verdadera red, muy visible en el periodoncio de la oveja, en el hombre se aprecian mejor en los dientes en erupción reciente.

Glándulas de Serres.- La presencia de un lumen en la disposición de las células epiteliales y la observación de prolongaciones a canales o conductos, hizo afirmar a Serres y después al Dr. Black, la existencia de glándulas en el periodoncio.

Vasos Sanguíneos.- Una abundante red vascular alimenta el parodonto teniendo tres fuentes:

- I. Apical
- II. Gingival
- III. Osea

Todos los grandes vasos corren paralelos al parodonto y sus ramas se dividen y subdividen distribuyéndose libremente en todo el cuerpo del parodonto, alcanzando también los vasos de la encía del periostio y del hueso alveolar.

Vías Linfáticas del Parodonto.- Los capilares linfáticos

cos de las papilas y del margen gingival, después de formar - una fina red subepitelial, pasan por la vía interna atravesando los distintos grupos de fibras conjuntivas, muy próximas - al cemento; se extienden en el tejido interfibroso corriendo paralelamente a los vasos sanguíneos y por lo tanto al eje del diente. Los linfáticos pasan cerca del ápice, la pulpa, - atraviesan la trabécula ósea, al conducto dentario y al agujero infraorbitario en el maxilar.

Según ha observado Noyes, la infección del periodoncio por vía interna, tiene su primera manifestación en la red de capilares linfáticos que rodean los vasos que irrigan aquella membrana y por fuera de esos vasos. De manera que el curso de la infección, estaría dado por la trayectoria linfática; eso explicaría en parte, el desarrollo de los sacos verticales y su anastomosis (unión de dos vasos sanguíneos mediante un tercero), con la pulpa, y que explicaría a su vez las alteraciones de pulpas cerradas, pulpitis retrógradas o ascendentes.

El torrente sanguíneo transporta el oxígeno al tejido o tejidos mientras que la linfa es el vehículo de alimento y deshecho del metabolismo normal del tejido conjuntivo.

Si la toxicidad de la infección (bacterias y sus productos) tuviera por primera vía la sanguínea, podría dar lugar a Septicemias, en cambio tomando a su cargo el torrente -

linfático, por la función de formar una barrera; los agentes enemigos son llevados a los ganglios que se forzarán por no darles acceso a la sangre. De ahí la acción selectiva y preferente que tiene la vía linfática en las infecciones.

Nervios.- Acompañan a los vasos sanguíneos, los troncos apicales formándose de diez a veinte fibras mielínicas, - unas entran en la pulpa y otras en el parodonto.

Por la parte alveolar, entran muchos fascículos nerviosos conteniendo ocho o diez fibras cada uno, formando un rico plexo que da al diente un sentido fino del tacto y que lo hace extremadamente sensible a las inflamaciones agudas.

CAPITULO III

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

La etiología de las enfermedades parodontales se clasifican en factores locales y factores generales; estando relacionados entre sí.

Factores locales.- Son todos aquellos que se encuentran en el medio que rodea al periodonto.

Factores Generales o Sistémicos.- Son aquellos que provienen del estado general del paciente.

Factores Locales

1. Placa Dentobacteriana: La placa bacteriana es una película transparente e incolora adherente al diente compuesta por diversas bacterias y células descamadas, dentro de una matriz de mucoproteínas y mucopolisacáridos. Para ser detectada debe ser coloreada con soluciones reveladoras.

En un principio la placa se forma en los sectores irregulares y rugosos de la superficie dentaria, para extenderse con el tiempo a otros sectores, y en el margen gingival de todos los dientes.

Su formación no es impedida por la masticación de comidas duras o detergentes.

La placa dentobacteriana es un factor etiológico principal de la caries, enfermedad parodontal y gingival y además constituye la primera etapa del cálculo dentario.

La placa bacteriana no consiste en restos de comida. Estos son destruidos por enzimas bacterianas y eliminados rápidamente de la boca. Los restos de comida sólo pueden afectar por brindarle elementos a la placa para su metabolismo.

La formación de la placa se inicia con la aposición de una película acelular de un espesor de alrededor de un micrón, la cual, de acuerdo con su localización supra o subgingival - podría ser de origen salival o derivada del fluido gingival.

Períodos del desarrollo de la placa:

a) Durante los dos primeros días, hay proliferación de cocos y bacilos gram-positivos de la flora normal y aparición de cocos y bacilos gram-negativos.

b) Entre el tercer y cuarto días, hay una proliferación -- ción de bacterias fusiformes y filamentosas.

c) Entre los días cuarto y noveno, se agregan espiro -
los y espiroquetas, formándose una flora completa.

Desde el momento en que se establece una flora comple-
ta se puede diagnosticar una gingivitis leve.

Mecanismos patogénicos de la placa.

La placa bacteriana permite el contacto directo de las bacterias con la encia provocando la inflamación gingival por uno o más de los siguientes mecanismos:

1. Invasión tisular: Se produce en infecciones agudas como la gingivitis ulceronecrosante, en la que hay una inva -
sión tisular superficial. No se han demostrado invasiones ti-
sulares en lesiones crónicas.

2. Toxinas bacterianas: Se han aislado endotoxinas de las principales bacterias implicadas en la enfermedad parodon
tal; estas entodotoxinas son complejos lipopolisacáridoproteí
nicos, integrantes de las paredes celulares de las bacterias gram-negativas, y que son liberadas al ser destruidas éstas. Se ha comprobado que las endotoxinas de las bacterias orales son capaces de provocar en animales experimentales respuestas febriles, y formación de anticuerpos.

3. Enzimas bacterianas: Se ha comprobado que el Bacteroides melaningogenicus, integrante de la flora oral normal, es capaz de producir enzimas proteolíticas. También se ha comprobado la producción por bacterias aisladas de surcos gingivales, de enzimas como la hialuronidasa y la beta-glucuronidasa, capaces de hidrolisar las sustancias celulares e intercelulares del tejido epitelial y la substancia fundamental -- del tejido conectivo.

4. Mecanismo inmune: Al estar los tejidos gingivales en contacto con los microorganismos de la placa, se puede suponer que desarrollan una reacción alérgica a los antígenos -- que atraviesan el epitelio del surco.

Se han encontrado inmunoglobulinas en el fluido gingival así como la presencia, en el suero humano, de inmunoglobulinas específicas para antígenos microbianos de la placa.

La presencia de linfocitos, plasmocitos y macrófagos -- en los tejidos gingivales inflamados, células implicadas en la síntesis de anticuerpos, también hacen pensar que la respuesta inmune juega un papel.

Las respuestas podrían condicionar la resistencia de la enfermedad parodontal y también la reacción tisular a través de mecanismos tales como la reacción de Arthus o fenómeno --

nos de hipersensibilidad inmediata o tardía.

2. Materia Alba: Es un depósito amarillento o grisáceo pegajoso, algo menos adhesivo que la placa bacteriana, la ma-teria alba se ve sin el uso de sustancias reveladoras.

3. Cálculo: Es la masa calcificada y adherente que se forma sobre la superficie del diente. Puede ser supra o subgingival, según que su localización sea por encima o por debajo del margen gingival.

Cálculo supragingival.

Es de color blanco amarillento, pudiendo aparecer coloreado por sustancias exógenas como tabaco, café, etc. Es de consistencia arcillosa dura y no se encuentra muy fuertemente adherido a la superficie del diente.

Su localización más frecuente es en las caras dentarias vecinas a los conductos excretores de las glándulas salivales, es decir, en el vestibular de primeros y segundos molares superiores, vecinos al conducto de Stenon, excretor de la parótida y en lingual de incisivos inferiores, vecinos a los conductos excretores de la glándulas sublingual y submaxilar.

El cálculo supragingival se localiza, además, en dien-

tes en mala posición o fuera de función, por masticación uni- lateral o falta de antagonista y en mayor cantidad en bocas - con mala higiene.

El cálculo supragingival comienza a depositarse llenando los espacios muertos del espacio gingival, sigue aumentando de volumen por aposición de nuevas capas, hasta unirse con el del diente vecino, formando un puente por encima de la pa-pila interdental.

Cálculo subgingival

La inflamación crónica provocada por una placa lleva - frecuentemente a la formación de bolsas parodontales en las - que suelen aparccer cálculo subgingivales. Es decir que estos últimos no son la causa de la formación de la bolsa, sino una manifestación concomitante de la misma.

El cálculo subgingival es, generalmente, de color oscuro, negro o verdoso aunque puede a veces ser blanquisco. Es - denso y duro, de consistencia pétrea y chato.

Se localiza en cualquier cara de cualquier diente y - puede tomar cualquiera de las siguientes formas:

a) Nodular: En forma de placas de bordes más o menos -

regulares y chatas.

- b) Nodular con prolongaciones: similar al anterior pero con bordes irregulares y prolongaciones.
- c) Islotes aislados: placas pequeñas y numerosas separadas por espacios sin depósitos.
- d) Rebores: sectores alargados de un escaso ancho (1 - mm.) y extendiéndose todo alrededor del diente o de una cara del mismo.

El cálculo subgingival se encuentra muy adherido a la superficie del diente, por anclaje mecánico, en las irregularidades de la superficie cementaria o en los espacios antes ocupados por las fibras de Sharpey.

Composición del Cálculo.- Está formado en un 70 a 90% de material inorgánico, constituido principalmente por fosfato de calcio, carbonato de calcio y sulfato de magnesio.

La parte orgánica comprende del 10 al 30% del cálculo y está compuesta por una matriz de mucopolisacáridos y células epiteliales descamadas, leucocitos, restos de comida, bacterias y hongos.

Mecanismos de formación.

Los cálculos se forman por mineralización de la placa. Esta mineralización comienza como focos separados de calcificación que se agrandan.

Pocos días después de iniciarse la formación de la placa comienza a aumentar la fracción inorgánica de la misma. Cuando la placa, inicialmente formada por cocos y bacilos gram-positivos, alcanza cierto espesor, comienzan a aparecer bacterias filamentosas, y al mismo tiempo aparecen centros de mineralización.

4. Trauma de la Oclusión: La lesión del tejido parodontal causada por fuerzas oclusales, se denomina trauma por oclusión o bien traumatismo.

Si la fuerza desaparece por modificación de la posición del diente, por desgaste o corrección de la restauración, o cualquiera que sea la causa etiológica de la maloclusión, la lesión cura y los síntomas desaparecen. Si esto no sucede; la lesión empeora y evoluciona hacia la necrosis, con formación de abscesos parodontales agudos o persistentes en estado crónico.

5. Respiración Bucal: Es frecuente la gingivitis aso -

ciada con la respiración bucal. El hábito de respirar por la boca, provoca un agrandamiento gingival marginal, localizado generalmente en vestibular, de canino a canino superior.

La encía agrandada presenta un color rojizo brillante y un característico abultamiento liso, redondeado y regular.

Histológicamente, hay inflamación gingival con edema, infiltrado celular crónico y una marcada hiperplasia de las papilas epiteliales con atrofia suprapapilar.

Se supone que el efecto de la respiración bucal, se debe al desecamiento de la mucosa que favorecerá la acción bacteriana por reducir la resistencia local.

6. Cepillado Traumático: Los cambios gingivales atribuibiles al cepillado traumático pueden ser agudos o crónicos.

Los cambios pueden ser de duración variable y de aspecto también e incluyen adelgazamiento de la superficie epitelial y denudación del tejido conectivo subyacente, para formar o producir una inflamación gingival dolorosa.

También se ve formación de vesículas en las áreas traumatizadas, eritema difuso, y denudación de la encía insertada de toda la boca. Esta es la secuela más destacada del cepillado exagerado.

El traumatismo crónico del cepillado, tiene por consecuencia recesión gingival con denudación de la superficie radicular, es frecuente que el margen gingival se agrande y se presente afilado como si estuviera moldeado con los golpes del cepillo.

7. Restauraciones Dentarias Inadecuadas: Son causa común de gingivitis y enfermedad parodontal. Los márgenes desbordados proporcionan localizaciones ideales para la acumulación de la placa y multiplicación de bacterias que generan enzimas y otras sustancias nocivas. Cuando las obturaciones situadas cerca de la encía no reúnen las características necesarias, producen lesiones gingivales. Dichas características son las siguientes.

a) Contorno adecuado: El contorno adecuado para una obturación es aquél que permite una acción efectiva de autolimpieza ya sea por el deslizamiento de la comida o por acción muscular sin interferencias. Contornos muy convexos en la parte cercana a la encía dificultan la autolimpieza y el cepillado.

b) Punto de contacto adecuado: El punto de contacto correcto permite el empaquetamiento de alimento con sus consecuencias ya descritas anteriormente.

c) Margen gingival: Se ha comprobado en estudios radiográficos, una pérdida ósea estadísticamente mayor en zonas vecinas a obturaciones metálicas desbordantes, que en los lados opuestos sin ese problema.

La situación ideal del margen gingival de las restauraciones es lo más alejado posible de la encía. Se puede aceptar que llegue hasta el margen gingival o hasta algún punto entre el fondo del surco gingival y el margen gingival, cuando las razones estéticas así lo exijan. Debe hacer además, -- una perfecta adaptación marginal, pues si existen pequeños espacios entre el material de obturación y la cavidad, se instalará en ellos una placa bacteriana que provocará la inflamación gingival.

d) Pulido final: La superficie resultante debe quedar perfectamente lisa y pulida, a fin de que se eviten las rugosidades superficiales y aparezcan acumulaciones bacterianas.

e) Material de obturación: En general los materiales de obturación no son irritantes. Los acrílicos termocurables, el oro, la porcelana de alta fusión y el acero inoxidable son aparentemente inertes.

Las resinas autopolimerizables son muy irritantes durante su polimerización, pero luego son inertes. La amalgama

produce escasa irritación de tipo químico o de tipo eléctrico.

Los cementos producen cierto grado de irritación química.

La colocación de coronas temporales que no adaptan perfectamente y provocan la proliferación de tejido de granulación, sobre el que luego se coloca la obturación definitiva, puede originar lesiones gingivales.

8. Radiación: Ulceras gingivales, hemorragias y supuración, periodontitis, denudación de raíces y hueso, aflojamiento de los dientes; fue lo observado después del tratamiento con radiación interna y externa, en pacientes con tumores malignos de la cavidad bucal y regiones adyacentes. Los osteorradionecrosis es una gran puerta de entrada para enfermedad parodontal después de la terapia radiante.

9. Irritación Química: Se observa una inflamación gingival por el efecto inespecífico de los productos químicos sobre los tejidos gingivales como son: el uso indiscriminado de enjuagues bucales concentrados, la aplicación de tabletas de aspirina para aliviar el dolor dentario sobre la encía, el uso imprudente de drogas escarióticas y el contacto accidental con drogas como fenol y nitrato de plata.

También se observa en obreros de diversas industrias - donde se emplean diversos productos químicos. Los elementos nocivos más comunes son gases, como el amoníaco, cloro, cromo, humos ácidos y polvos metálicos. La irritación química por ta les ocupaciones por lo general es de larga duración y no produce necesariamente cambios gingivales.

10. Hábitos: Son factores en el comienzo y evolución - de las enfermedades parodontales. Con frecuencia se revela la presencia de un hábito insospechado en casos en que el pacien te no responde al tratamiento parodontal.

Sorria clasificó los hábitos importantes en la etiolo- gía de la enfermedad parodontal:

a) Neurosis.- Como el mordisqueo de labios y carrillos; los cual conduce a posiciones extrafuncionales de la mandíbu- la, mordisqueo del palillo dental y acuñamiento entre los -- dientes, empuje lingual, morderse las uñas, lápices, plumas - etc.

B) Hábitos ocupacionales.- Como sostener clavos en la boca, cortar hilos o la presión de una boquilla al tocar algu- nos instrumentos musicales.

C) Varios.- Como fumar en pipa, cigarrillos, mascar ta

baco, métodos incorrectos de cepillado, respiración bucal y succión del pulgar.

Factores generales

1. Deficiencia nutricional: Los factores nutricionales son considerados responsables de algunos cambios bucales. Desde el punto de vista parodontal; el factor nutricional no es determinante en la enfermedad parodontal pero sí interviene en el mecanismo de defensa del parodonto.

La consistencia de la dieta es de importancia, por cuanto ésta brinda una acción limpiadora que reduce la materia alba y la placa dentobacteriana y además, estimula al tejido gingival, aumentando la queratinización del epitelio, por la activación de la circulación.

Algunos componentes de la dieta pueden favorecer la formación de placa y contribuir de este modo a la iniciación de la inflamación gingival. La sacarosa de la dieta aumenta la formación de destrano por parte de las bacterias, facilitando así la adhesión de la placa al diente y la cohesión de la misma.

Los elementos nutricios de la dieta son de importancia para mantener el normal metabolismo tisular que condiciona la

respuesta ante irritantes locales. No son comunes a nivel clínico las manifestaciones periodontales de enfermedades carenciales.

Deficiencias vitamínicas.

La vitamina C ha sido desde hace siglos considerada de importancia en relación con problemas gingivales.

La función más importante de la vitamina C está vinculada con la producción y mantenimiento de los tejidos de origen mesenquimatoso: colágeno, tejido osteoide, y sustancias intercelulares. Por esta razón juega un papel fundamental en la cicatrización de heridas donde la formación de colágeno y de vasos son etapas básicas.

La deficiencia de vitamina C produce la enfermedad llamada escorbuto, dentro de la cual se describen signos y síntomas gingivales y periodontales tales como hemorragias gingivales, agrandamientos gingivales, aflojamientos y caída de dientes.

2. Factor Endócrino: Las hormonas son sustancias orgánicas producidas por las glándulas endócrinas. Estas son secretadas directamente hacia el torrente sanguíneo y ejercen una influencia fisiológica importante en las funciones de de-

terminadas células y sistemas.

Las principales disfunciones endocrinológicas son:

- A) Hipotiroidismo: a) Cretinismo
b) Mixedema juvenil
- B) Hipertiroidismo
- C) Hipopituitarismo
- D) Hipoparatiroidismo
- E) Hiperparatiroidismo
- F) Diabetes
- G) Estados de stress
- H) Embarazo

3. Afecciones Hematológicas.- Al existir la presencia de hemorragias continuas en la boca, es de tal importancia hacer un examen bucal detenidamente en relación a estudios hematológicos minuciosos. En más de una discrasia sanguínea se presentan cambios bucales comparables, y los cambios inflamatorios secundarios. Por estas razones, los trastornos gingivales y periodontales son considerados en función con la sangre y los órganos hematopoyéticos como son:

- A) Leucemias: a) Aguda
b) Subaguda
c) Crónica

- B) Anemia: a) Anemia Perniciosa o de Addison
- C) Hemofilia
- D) Mononucleosis infecciosa
- E) Agranulocitosis
- F) Policitemia: a) Primaria
b) Secundaria
- G) Arterioesclerosis

3. Otros trastornos generales que pueden causar la enfermedad Periodontal son:

- A) Intoxicación Metálica
- B) Enfermedades Debilitantes: a) Sífilis
b) Nefritis
c) Tuberculosis

- B) Anemia: a) Anemia Perniciosa o de Addison
- C) Hemofilia
- D) Mononucleosis infecciosa
- E) Agranulocitosis
- F) Policitemia: a) Primaria
b) Secundaria
- G) Arterioesclerosis

3. Otros trastornos generales que pueden causar la enfermedad Periodontal son:

- A) Intoxicación Metálica
- B) Enfermedades Debilitantes: a) Sífiles
b) Nefritis
c) Tuberculosis

CAPITULO IV

DEFINICION DE LAS ENFERMEDADES GINGIVITIS Y PERIODONTITIS

LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Gingivitis Crónica

La más común de la encía la gingivitis crónica es de distribución universal. Su causa es una irritación local, como placa bacteriana, restauraciones deficientes. Se presenta en dos formas: La edematosa y la fibrosa. Los dos grupos no constituyen entidades nítidamente separadas, representan más bien los dos extremos de un proceso común.

Gingivitis Crónica Edematosa: La encía está abultada y lustrosa, pierde sus irregularidades habituales y sangra con facilidad. Los cortes microscópicos revelan que el epitelio escamoso estratificado y queratinizado que normalmente cubren la encía, está inalterado o bien muestra ausencia de una capa de queratina. El tejido conectivo debajo del epitelio presenta edema e infiltración de plasmocitos, leucocitos, neutrófilos y linfocitos.

El infiltrado celular es particularmente acentuado en la zona del espacio subgingival, la inflamación no se extiende al interior del espacio del ligamento periodontal ni en la

médula subyacente. No hay resorción de la cresta alveolar, - la adhesión epitelial es normal ni tampoco se forman bolsas.

Gingivitis Crónica Fibrosa: La gingivitis crónica constituye la etapa final del tipo edematoso y se manifiesta por una encía abultada y firme que puede sangrar con el cepillado, microscópicamente la característica predominante es la formación de tejidos fibroso, pero es posible observar plasmocitos y linfocitos en cantidad variable.

Gingivitis Infecciosa

La gingivitis infecciosa es causada principalmente por un agente infeccioso como el Estreptococo. Microscópicamente se observa una infiltración leucocitaria densa y un acentuado edema del tejido conectivo. La encía está eritematosa, tumefacta y dolorosa. La inflamación no se limita a la encía sino que se extiende hasta la mucosa.

Gingivitis Hiperplásica. (Fibromatosis Gingival).

El crecimiento fibroso exuberante de la encía acontece en determinadas circunstancias; luego de la administración de drogas (Dilantín o Difetil Hidantoinato) y en ciertas anomalías congénitas. En todos los pacientes la encía es firme y fibrosa y cubre parcialmente las coronas de los dientes. En -

casos graves, puede estar completamente cubierta la corona de los dientes afectados e incluso pueden migrar.

Como la encía está agrandada, se forma un espacio subgingival o pseudobolsa, el término se emplea para distinguir esta "bolsa" de la bolsa verdadera que se asocia con pérdida de hueso y periodontitis, microscópicamente la encía muestra una capa de epitelio escamoso estratificado, pero la mayor -- parte es la encía abultada; se compone de densos haces de colágena; el número de células inflamatorias es mínimo.

De los pacientes que reciben Difenilhidantoina sódica (Dilantín), del 10 al 30% para su control de epilepsia, presentan un agrandamiento generalizado de las encías, manifegtándose con mayor frecuencia en las encías labiales de los -- dientes inferiores y superiores.

Microscópicamente hay formación de colágenas y revestimiento epitelial:

A) Hiperplasia Gingival Hereditaria: A diferencia del anterior y por su carácter hereditario, microscópicamente y - clínicamente es parecida y puede estar vinculada con defectos tales como debilidad mental e hipertricosis (vellosidad más - intensa que lo normal desarrollándose ya desde la niñez).

B) Fibromatosis Idiopática: Puede reproducirse en per-sonas que tienen una respiración bucal limitándose a dientes anteriores.

Gingivitis Hormonal.

Es frecuente en los períodos fisiológicos de la mujer: menstruación, embarazo y menopausia, así como el empleo de an-ticonceptivos por vía bucal, se observan las encías abultadas, rojo azulado, edematosa y tumefacta; hay sangrado con facili-dad, en la presencia de su agrandamiento se provocan pseudobol-sas que empiezan habitualmente en la papila interdental pasan do por la encía marginal. Este tipo de gingivitis puede afec-tar un sólo diente o una arcada completa, en ocasiones puede ser generalizada.

Cuando la gingivitis se presenta durante la pubertad - se le llama gingivitis puberal, y la que se presenta durante - el embarazo, gingivitis gravídica; ésta última se presenta en un 50% de mujeres embarazadas. Una higiene bucal precaria, - usualmente precipita la aparición tanto de gingivitis gravídi-ca como de la puberal. Sin embargo, una vez superados estos - estados fisiológicos, puede producirse una regresión espontá-nea de las lesiones gingivales. No obstante resulta siempre - beneficioso un tratamiento local, que consiste en la escarifi-cación manual y ultrasónica.

Los pacientes que toman anticonceptivos orales, muestran lesiones gingivales comparables a las que se observan en el embarazo, la encía se encuentra roja, sangra con facilidad y responde pobremente al tratamiento, la incidencia de periodontitis en estas pacientes es mayor que en la población promedio.

Microscópicamente observamos en las gingivitis gravídica, puberal, y por anticonceptivos orales, el revestimiento epitelial de la encía muy delgado, se observan zonas de ulceración por el lado de la pseudobolsa, infiltración del tejido conectivo subepitelial por numerosos neutrófilos, plasmocitos y linfocitos; presenta edema, así como la presencia de gran cantidad de capilares en el tejido subepitelial.

Estas alteraciones son mucho más notorias en pacientes con gingivitis del embarazo que en las que padecen las otras dos formas.

Gingivitis Descamativa

En algunas mujeres próximas a la menopausia, la encía presenta numerosas zonas en las cuales el epitelio se descama dejando placas hemorrágicas, por este motivo se le llama gingivitis descamativa, en ocasiones las lesiones pueden comenzar como vesículas que posteriormente se abren y dejan superficies llagadas.

Clinicamente la gingivitis descamativa puede semejar a un líquen plano erosivo o las manifestaciones bucales del pénfigo y el eritema multiforme. Sin embargo, se le puede distinguir de estas afecciones por el hecho de que las lesiones se limitan a la encía sin participación de la piel.

Microscópicamente se observan zonas de el revestimiento epitelial y el tejido conectivo queda expuesto (Úlcera). La Úlcera está cubierta por fibrina y tejido conectivo, mostrando una infiltración polimorfonuclear. El exudado inflamatorio concuerda con la extensión de la inflamación secundaria.

Gingivitis de Vincent

Es denominada también gingivitis necrotizante.

Los microorganismos causales son: Un bacilo (*Bacillus Fusiformis*) y una espiroqueta (*Spirochaeta Vicenti*).

Microscópicamente a partir de una lesión, muestran una Úlcera cubierta por fibrina y restos necróticos, el tejido conectivo subyacente se presenta edematoso e infiltrado con neutrófilos.

Casi siempre es aguda aunque puede ser recurrente, se presenta generalmente después de una enfermedad debilitante,

infección aguda o bien la tensión psicológica del paciente. Existe dolor constante irradiado, corrosivo, sabor metálico - desagradable. Hay la presencia de linfadenopatías, aumento - leve de temperatura, en casos graves, fiebres altas, taqui - cardia, leucocitosis, decaimiento general poco común pero puede presentar secuelas, meningitis, periotonitis fusoespiroquetal, infecciones pulmonares, abscesos cerebrales. Al paciente que le da una vez, está predispuesto nuevamente. Este tipo de gingivitis no forma bolsa parodontal, puede efectuarse una -- biopsia de esta gingivitis que sólo nos sirve para diferen -- ciarla de la Tuberculosis o Neoplasias.

Se presenta de los 15 a los 30 años de edad, no es contagiosa, presenta factores predisponentes generales tales como deficiencias nutricionales (complejo B, vitamina A) y enfermedades debilitantes, como sífilis, cáncer, afecciones gastrointestinales, discrasias sanguíneas gripe y factores psicosomáticos.

Gingivitis Alérgica

Generalmente es una alergia a la goma de mascar, pero también se han observado reacciones al epitelio animal (caspa de perro o de gato), únicamente se encuentra afectada la encía marginal y adherente en ambos maxilares y la lesión termina bruscamente a nivel de la unión mucogingival.

La encía se encuentra roja brillante, tumefacta y en ocasiones granular, en algunos pacientes hay sensación de ardor y puede existir la pérdida de hueso periodóntico.

Microscópicamente la encía está revestida por epitelio escamoso estratificado paraqueratósico o queratinizado; la ulceración es rara y se observa en la encía una densa masa de plasmocitos dispuestos en láminas compactas o en forma lobulillar.

Gingivoestomatitis Herpética o Viral

Aparecen vesículas circunscritas y grises en la encía, mucosa labial, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua; a las 24 horas se rompen las vesículas y se ven pequeñas úlceras dolorosas con margen rojo y una porción central en vida y amarillenta, en algunas ocasiones no se notan las vesículas y simplemente la encía se ve eritematosa, difusa, y brillante con agrandamiento.

La enfermedad tiene duración de 7 a 10 días, hay dolor, irritación intensa, fiebre y malestar general. Es más frecuente antes de una enfermedad infecciosa aguda (tifoidea, gripe, neumonía), también en períodos de ansiedad y agotamiento.

En caso de que se junten dos úlceras, darán el aspecto

de una sola en forma de cráter. Si se trata de eliminar, dejará cicatriz, se observan en labios y comisuras.

Gingivoestomatitis Estreptocócica

Es una afección en la que la encía presenta un eritema difuso, afectando generalmente a toda la encía y mucosa bucal. Se presenta necrosis, hay mal aliento, inflamación en la encía marginal, en ocasiones la encía insertada, fiebre, pérdida de peso, su contagio es directo como en la gingivitis herpética.

Gingivitis Gonocócica

Es una inflamación de la encía producida por la Neisseria Gonorrhoeae. Clínicamente hay exagerada inflamación de la encía insertada y marginal, dolor, elevación de la temperatura, hemorragia gingival, malestar general y pérdida del apetito.

En el niño, el contagio es por contacto directo en el momento del parto al pasar por la vagina de la madre. En el adulto, es por contacto sexual oro-genital.

CAPITULO V

PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Técnicas para la eliminación de la placa.

Ningún método ni técnica puede ser aplicado universalmente; los procedimientos para el control de la placa que han tenido mucho éxito en un paciente, pueden fracasar completamente en otro. Las técnicas y los procedimientos deberán adaptarse al paciente individual; además, con frecuencia será necesario que sean modificados de un sitio a otro en el mismo paciente.

El estado parodontal y dental del paciente es un factor determinante de las técnicas y procedimientos requeridos. Por ejemplo, las necesidades de un individuo con dentición in completa, contactos interdentarios abiertos, dientes inclinados, aparatos protésicos fijos o removibles, u ortodoncia, difieren mucho del individuo normal o del individuo con enfermedad parodontal avanzada.

Además del cepillo dental, pueden emplearse una gran variedad de instrumentos para el control de la placa que han salido al mercado en años recientes.

Cepillado de los dientes: De todos los métodos para la

eliminación de la placa, el cepillado es el más empleado universalmente.

El cepillado es fácil, y es aceptado socialmente como la forma adecuada de limpiar la boca y es una característica cultural que se extiende históricamente hasta los primeros in-frahumanos. El cepillado dental, utilizando una gran variedad de técnicas y cepillos, reduce considerablemente la placa de la superficie bucal y lingual, y en cierta medida, las superficies interproximales de los dientes.

Diseño del cepillo: El diseño del cepillo recomendado ha cambiado radicalmente durante los últimos años, pasando de cepillos grandes con cerdas duras que se pensaba que resultaban más efectivas para estimular las encías, hasta cepillos -suaves de varios tamaños.

Los cepillos de cerdas blandas ofrecen varias ventajas: pueden adaptarse mejor al área marginal gingival, lo que permite una limpieza del surco y de la zona interproximal más -- efectiva; las puntas de las cerdas suaves penetran al surco -gingival y defectos de las superficies de los dientes con ma- yor facilidad que las cerdas duras; además, su uso vigoroso -no conduce a la recesión gingival y a la abrasión radicular - como puede ser el caso con el uso a largo plazo de cepillos - con cerdas duras.

Existen varios diseños aceptables de cepillos, incluyendo aquellos con las cerdas dispuestas en dos o tres hileras en mechones sencillos y en los que tienen una multitud de mechones. En la mayor parte de las personas normales, el cepillo de tres hileras y mechones sencillos es quizá el que puede colocarse y utilizarse con mayor facilidad. Sin embargo, para aquellos que han sido tratados con reconstrucción total de la boca y en los que los esfuerzos de limpieza deberán estar encaminados hacia la zona del margen gingival, los cepillos de dos hileras y mechos sencillos, parecen ser los más eficaces.

Técnicas de cepillado: Las técnicas de cepillado para un paciente específico dependen del estado parodontal y dental del paciente. Por ejemplo cuando los márgenes gingivales se encuentran localizados en la unión cemento-esmalte y las papilas llenan los nichos interproximales la técnica de Bass o del surco, es la más apropiada. El cepillo se pone en ángulo, de tal forma que las puntas de las cerdas se dirijan hacia el surco gingival. Se aplica presión leve, apenas flexionando las cerdas. A continuación se mueve el cepillo con movimientos cortos rotatorios o frotantes hacia atrás y hacia adelante y se lleva sistemáticamente por toda la boca, permitiendo que las cerdas eliminen la placa de las superficies dentarias expuestas, surco y porciones de las superficies proximales. En la porción lingual de los dientes anteriores, el cepi

llo puede colocarse en posición vertical para permitir mejor adaptación de las cerdas, aunque los movimientos sean los mismos. La técnica del surco limpia adecuadamente las caras lingual y vestibular aunque no lo hace igualmente en los espacios interproximales.

La técnica de Bass deberá ser alterada cuando la enfermedad o la intervención terapéutica haya provocado recesión gingival y espacios interproximales abiertos. La extensión de la limpieza interproximal puede mejorar empleando la técnica de Charters, en la que el cepillo se coloca en el margen gingival a un ángulo aproximado de 45 grados hacia la superficie oclusal, una posición que obliga a las cerdas a entrar en los nichos, movimiento entonces el cepillo sistemáticamente alrededor de la boca con movimientos vibratorio. El método de Charters es eficaz en el control de la placa abajo de la porción máxima de contorno de los dientes. Cuando ha habido recesión gingival y los nichos se encuentran abiertos, pueden obtenerse resultados óptimos utilizando un circuito completo con la técnica de Bass y un segundo circuito con la técnica de Charters.

Frecuencia del cepillado: Como se requiere de 24 a 36 horas para la acumulación de cantidades significativas de placa dentobacteriana, el cepillado minucioso una vez al día deberá ser suficiente, siempre que se logre un alto grado de

eficiencia. Aunque teóricamente basta eliminar la placa una vez al día, en la práctica esto no suele ser el caso. No obstante los instrumentos y métodos empleados, sólo en casos raros pueden las personas eliminar la placa completamente. Por lo tanto, la mayor parte de las personas serán beneficiadas si se cepillan con más frecuencia que una vez al día.

Control de placa interdientaria: Tanto en personas normales como en pacientes en los que ha habido recesión gingival y los espacios interdentarios están abiertos, es necesario implementar algún tipo de limpieza interdientaria, ya que aún la utilización más efectiva del cepillo dental no elimina toda la placa interdientaria. Se han seleccionado algunos aparatos para la limpieza interdientaria: seda o hilo dental.

El hilo dental es quizá el auxiliar para la limpieza interdientaria más recomendado y tal vez el más útil. Cuando se emplea con regularidad y correctamente es 80% más efectivo para la eliminación de la placa interdientaria. Se emplean tanto el tipo encerado como el no encerado de hilo dental. El hilo sin encerar ofrece varias ventajas:

1. Es de un diámetro pequeño y pasa con mayor facilidad a través de contactos interproximales cerrados.

2. Bajo tensión se aplana sobre la superficie del diente

te actuando cada hilo que lo compone en forma separada como un borde cortante para desalojar detritus.

3. El hilo sin cera hace ruido cuando se emplea sobre una superficie dental limpia, pudiendo emplearse este ruido como una forma de controlar el procedimiento.

Procedimiento: Se corta un trozo de material de 25 a 36 cm. de longitud, envolviéndolo alrededor del dedo medio de una mano y colocándolo sobre las yemas de los índices. Los dos índices deberán presentar una separación de 1.5 a 2 cm., sujetando el hilo firmemente entre los dedos. El hilo se acciona entre los dientes con un ligero movimiento bucolingual hasta que pase a través del área de contacto. A continuación, el hilo deberá envolverse en uno de los dientes y realizar movimientos en dirección apical hasta penetrar al surco gingival. La superficie deberá limpiarse moviendo el hilo hacia arriba y hacia abajo sobre el diente. Una vez que se haya limpiado la superficie del diente, el hilo se adapta a la superficie adyacente repitiéndose el mismo proceso.

Para aquellos que carecen de la habilidad manual para manejar el hilo dental, puede ser útil el dispositivo especial para sujetar el hilo.

Palillo o Mondadientes:

El mondadientes, montado en un dispositivo de plástico con ángulo, denominado perio-aid, es el aparato empleado con mayor frecuencia para alcanzar zonas de furcación, con cavidades radiculares y zonas invaginadas. El mondadientes montado ha sido recomendado para la eliminación de la placa tanto de las superficies proximales como de las faciales y linguales.

Para eliminar la placa eficazmente, el mondadientes - deberá colocarse en el área invaginada específica y frotarlo contra la superficie dentaria.

Aparatos Irrigadores:

La utilización de aparatos irrigadores ha sido recomendada durante muchos años. Aún es materia de controversia su - eficacia. No hay duda que la persona que los emplea experimenta una sensación de limpieza después que los usa. Aunque puede eliminar partículas de alimento y detritus no adheridos, - no son efectivos para la eliminación de la placa. Si han de - emplearse aparatos de irrigación a presión, deberán de utilizarse como auxiliares del cepillo y del hilo, procediendo además con cautela en individuos con bolsas periodontales profundas. El chorro de agua, a alta presión, dirigido hacia la bolsa puede proyectar a los microorganismos de la misma hacia -

la bolsa puede proyectar a los microorganismos de la misma hacia los tejidos circundantes, propiciando así la destrucción periodontal.

Cepillo Interproximal:

Recientemente han salido al mercado cepillos pequeños parecidos a los cepillos para la limpieza de botellas o tubos de ensayo en miniatura con el objeto de eliminar la placa de los nichos abiertos y de las furcaciones.

Los cepillos proximales parecen ser superiores a los mondadientes o al hilo dental, para la limpieza del área interproximal en pacientes con nichos o espacios abiertos. Para ser eficaces, deberán emplearse tanto del lado bucal como del lingual, de tal manera que se limpien todos los aspectos de las superficies interproximales.

Estimuladores Interdentarios:

Se han adherido pequeños trozos de madera y nylon y -- puntas de caucho de diversos tamaños al mango del cepillo dental y se han recomendado como un medio de estímulo interdentario y eliminación de placa. Estos estimuladores pueden ser valiosos para dar nueva forma a los tejidos interdentarios después de la terapéutica periodontal quirúrgica.

Estos auxiliares no son tan efectivos como el hilo y el cepillo interproximal para la eliminación de la placa interproximal.

Auxiliares para los procedimientos de la eliminación de la placa.

Aunque la mayor parte de los pacientes pueden limpiar sus bocas adecuadamente con una combinación de cepillo, hilo dental, mandadientes o cepillo interproximal, es posible utilizar otros auxiliares para mejorar la eficacia y para permitir que el individuo domine las técnicas con mayor rapidez.

Agentes Reveladores.

Se ha empleado en Odontología agentes reveladores de varios tipos durante muchos años, aunque sólo recientemente se les han suministrado a los pacientes para ser utilizados en casa. Arnim introdujo la Eritrocina roja (FDC No. 3) en una tableta que el paciente puede masticar y pasar por toda la boca, y el exceso de colorante es eliminado mediante un enjuague con agua dejando la placa de un color rojo notable.

Es difícil ver la placa bacteriana, especialmente para el ojo que no ha sido entrenado. Los agentes reveladores pueden emplearse para mostrar la localización de la placa y, a

la vez, permitir a los pacientes la evaluación de su propio -
desempeño, utilizando diversas técnicas de higiene bucal.

CAPITULO VI
DIAGNOSTICO Y MANIFESTACIONES CLINICAS
DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

DIAGNOSTICO

Diagnóstico de Gingivitis.- El diagnóstico de una gingivitis generalmente se puede realizar clínicamente ya que sus características son específicas.

El diagnóstico se basa en el estado normal de los tejidos gingivales, papilas interdentarias, tejidos adyacentes, -oclusión, tipo de masticación, respiración, la cual puede ser bucal o nasal.

El paciente nos ayudará durante esta inspección al indicarnos las molestias, hábitos, ocupación, así como el tiempo aproximado de la enfermedad.

El paciente que presenta esta alteración no se da cuenta de la misma, sino hasta que se acentúan las molestias como son la inflamación y el sangrado.

En una gingivitis pueden encontrarse diferentes características clínicas:

- A) Cambios de coloración de la encía
- B) Ligera comezón
- C) Dolor a la percusión
- D) Aumento de volumen gingival papilar
- E) Gingivorragia espontánea o provocada
- F) Isquemia a la presión

Diagnóstico de Parodontitis.- Se observa acumulación de desecho, formación de placa bacteriana, así como irritantes en el espacio subgingival como son: cálculos, obturaciones desbordantes, etc. Dando como resultado que la adherencia epitelial crezca a lo largo de la superficie de cemento desnudo, a medida que hay profundidad, su posición coronaria se separa de la superficie del diente, dejando expuesta la raíz.

Es de suma importancia diagnosticar las diferentes clases de Gingivitis y Parodontitis ya que pueden presentar manifestaciones semejantes.

Las manifestaciones bucales de las siguientes enfermedades, muchas veces se diagnostican como Gingivitis Ulcero-Neurozante Aguda:

- a) Estomatitis Herpética
- b) Eritema Multiforme
- c) Leucemia Aguda

- d) Diabetes no controlada o no diagnosticada
- e) Placas mucosas de sífilis
- f) Difteria

En los casos de las lesiones de la Estomatitis Herpética y del Eritema Multiforme es raro que las lesiones se encuentren en las encías arginales y las papilas interdentarias; además, no sangran espontáneamente como la de GUNA.

Las lesiones dermatológicas del Eritema Multiforme pueden ayudar al diagnóstico diferencial cuando las haya. En los frotis de Estomatitis Herpética o Eritema Multiforme, el número de variedades fusoespiroquetarias no es muy elevado.

MANIFESTACIONES ORALES

Gingivitis

El signo que primero salta a la vista en un paciente que presente gingivitis es el color:

El color es el cambio clínico más importante en la enfermedad parodontal siendo la gingivitis crónica la causa más común.

Comienza con un rubor muy leve, pasando posteriormente

a diversos tonos de rojo; azul rojizo y azul oscuro a medida que aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio. Estos cambios se presentan en la encía papilar extendiéndose hacia la encía insertada.

La coloración de la encía se debe a la dilatación de capilares y al aumento del flujo sanguíneo que es el que produce el rubor inicial. La intensificación del color rojo es consecuencia de la proliferación capilar y el desarrollo de anastomosis entre arterias y vénulas. Cuando la inflamación se hace crónica los vasos sanguíneos se ingurgitan y congestionan; el retorno venoso está dificultado y el flujo sanguíneo se espesa. La consecuencia es una anorexia de los tejidos que añade un tinte azul a los tejidos ya enrojecidos. La extravasación de eritrocitos en el tejido conectivo y la descomposición de hemoglobina en sus pigmentos intensifica el color de la encía; y es frecuente que se origine una tonalidad negruzca.

Diferencia entre la coloración de la Gingivitis crónica y aguda:

Gingivitis crónica.- Los espacios intercelulares del epitelio del surco se hallan agrandados y contienen un precipitado granular, fragmentos celulares y leucocitos, principalmente plasmocitos y gránulos lisosómicos de los neutrófilos.

los en descomposición. La gingivitis crónica es un conflicto entre destrucción y reparación.

En la gingivitis crónica la encía marginal y la encía interdentaria son lisas y edematosas, su color es más marcado que lo normal.

Gingivitis aguda.- El cambio de color puede ser marginal, difuso o en manchas según la clase de lesión aguda. Los cambios de color varían según la intensidad de la inflamación, en todos los casos hay un eritema brillante inicial. En la inflamación aguda intensa el rojo se transforma en un azul pizarra brillante, que poco a poco se torna en un gris blanquesino opaco, el color gris se debe a la necrosis del tejido; está separada de la encía adyacente por una zona eritematosa -- bien definida.

Tamaño y forma de la encía.- La encía se encuentra aumentada de tamaño a la falta de irrigación, dando como consecuencia cambio en su forma normal.

En su forma hay dos cambios:

- A) Agrandamiento gingival edematoso
- B) Agrandamiento gingival fibroso

Agrandamiento gingival edematoso: Hay gran cantidad de exudado, aumento de volumen, es friable, blanda, brillante, y muy lisa, este tipo de agrandamiento se disminuye con el cepillado.

Agrandamiento gingival fibroso: Reaccionó el proceso inflamatorio y fue capaz de regenerar el tejido, hay mayor número de fibroblastos, osteoblastos, cementoblastos. Este tipo de agrandamiento no se elimina con el cepillado.

Consistencia.- Tanto la inflamación aguda como crónica producen cambios en la consistencia firme de la encía, la gingivitis crónica es un conflicto entre cambios destructivos y reparativos, la consistencia de la encía está determinada por el equilibrio relativo entre los cambios Destructivo y Reparativo.

Las alteraciones clínicas en la consistencia de la encía y los cambios que la producen son las siguientes:

Gingivitis Crónica:

- a) Hinchazón esponjosa, que se hunde a la presión.
- b) Blandura y friabilidad a la exploración con una sonda. Areas delimitadas de enrojecimiento y descamación.

c) Consistencia firme semejante al cuero.

Gingivitis Aguda:

a) Hinchazón difusa y ablandamiento.

b) Descamación con partículas grises de aspecto escamoso, de residuos que se adhieren a la superficie erosionada.

c) Formación de vesículas.

Texturas Superficial y Posición.- La textura se torna blanda, suave por un agrandamiento edematoso al existir agrandamiento de tipo fibroso se hace más firme.

La posición de la encía es de dos tipos:

A) Real

B) Aparente

Posición Real.- Es la que se encuentra a nivel de la adherencia epitelial sobre el diente.

Posición Aparente.- Es la que se encuentra a nivel de la cresta del margen gingival.

Hemorragia Gingival.- La hemorragia gingival varía en

intensidad, duración y facilidad con que se produce. Esta hemorragia puede ser crónica y recurrente.

La causa más común de hemorragia gingival anormal es - la inflamación crónica. La hemorragia es provocada por traumas mecánicos como el cepillado dentario, palillos y retención de alimentos, así como morder alimentos sólidos como manzanas o por Bruxismo.

A nivel histológico el tejido epitelial es más lento - en recuperarse que el tejido conjuntivo, habiendo más tendencia a la hemorragia y a esto se le llama úlceras (mientras - más úlceras más hemorragia), habiendo una ligera comezón.

La intensidad de la hemorragia y la facilidad con que se provoca depende de la intensidad de la inflamación. Después de la ruptura de los vasos, un mecanismo complejo induce a la hemostasia; las paredes de los vasos se contraen y el flujo sanguíneo disminuye; las plaquetas se adhieren a los -- bordes de los tejidos, se forma un coágulo fibroso que se contrae y aproxima a los bordes del área lesionada. Sin embargo, la hemorragia se repite cuando esta zona es irritada.

Dolor.- Generalmente es asintomático, cuando se presenta es en forma repentina con bastante intensidad durante cortos periodos, y tiende a desaparecer en forma espontánea.

Exudado Gingival.- En toda la encía se presenta exudado gingival que se considera normal. Al existir enfermedad parodontal, éste aumenta dando origen a la recesión gingival.

Recesión Gingival.- Es una exposición de la superficie radicular , producida por el desplazamiento hacia apical del margen gingival.

No en todas las enfermedades gingivales las manifestaciones clínicas son iguales:

1. **Gingivitis Infecciosa:** La encía presenta un color rojo, tumefacta y dolorosa, la inflamación no se limite a la encía sino que se extiende a la mucosa.

2. **Gingivitis Hiperplásica:** En todos los pacientes la encía es firme y fibrosa y cubre parcialmente las coronas de los dientes, los cuales, en casos graves, pueden estar completamente cubiertos, e incluso pueden migrar. Como la encía está agrandada se forma un espacio subgingival o pseudobolsa.

3. **Gingivitis Hormonal:** La encía está abultada, roja o rojo-azulada, edematosa y tumefacta, sangra con facilidad y el agrandamiento gingival produce pseudobolsas. Las lesiones generalmente comienzan en la papila interdental y posteriormente se extienden a la encía marginal. Este tipo de gingivi-

tis puede afectar unos dientes, una sola arcada, o puede ser generalizada.

4. Gingivitis Descamativa: Esta puede semejar un liquen plano erosivo o las manifestaciones bucales del pénfigo y el eritema multiforme. Sin embargo, se distingue por el hecho de que las lesiones se limitan a la encía sin participación de la piel o alguna otra región de la mucosa bucal, siendo superficies que posteriormente se abren y dejan llagas.

5. Gingivitis Necrozante: El paciente presenta fiebre, linfadenopatía cervical, malestar, encías inflamadas, rojas, dolorosas y sangrantes, necrosis de las papilas interdentes, hay aliento fétido.

6. Gingivitis Alérgicas: La encía se encuentra edematosa, granular, algunos pacientes se quejan de sancación de ardor, la molestia es menor de lo que indica el aspecto clínico, en algunos casos se circunscribe a algunas zonas aisladas de la encía mientras que en otros puede provocar pérdida de hueso.

Periodontitis.- Se caracteriza por los cambios de color de la encía, pérdida de sus irregularidades normales, edema, hiperplasia o recesión, formación de hendiduras, presencia de bolsas verdaderas que pueden exudar pus cuando se oprimen, y movilidad en los dientes.

A nivel radiográfico se observa la destrucción de hueso que se ve como una reducción en la altura y anchura de los tabiques interdentarios e interradiculares.

CAPITULO VII
TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS

En todo tipo de gingivitis el cepillado es de primor -
dial importancia, el cual puede efectuarse de distintas mane-
ras como se vio en el capítulo de Prevención de la Enfermedad
Parodontal.

Aunque el cepillado es una de las defensas más efecti-
vas, tanto práctica como económica; no debemos confiarnos en
el cepillado como único agente en la terapéutica de la Infla-
ción Gingival. Sólo después de eliminar todos los agentes -
irritantes tanto locales como generales, y de restablecer la
función; será eficaz la higiene bucal.

No puede tener éxito la enseñanza de una sola técnica
de cepillado para todos los pacientes, ya que no todos tienen
el mismo grado de destreza manual ni todos presentan alinea -
miento debido a la presencia de diastemas o espacios por ex -
tracciones.

También nos podemos valer de fármacos antiinflamato --
rios y en algunas ocasiones hasta de antimicrobianos (antibió -
ticos) en la terapéutica de la Gingivitis. Así como también -

están a nuestro alcance las soluciones antisépticas para uso bucal como la Cloredixina.

Las soluciones antisépticas deben ser suaves, no irritantes, el enjuague de elección puede ser la solución salina normal. También es eficaz el que se prepara con partes iguales de sal y bicarbonato de sodio puro a los que se le añade un sabor para hacerlo agradable.

No en todo tipo de gingivitis el tratamiento será igual ya que depende de su etiología, incluyendo las técnicas de cepillado adecuadas para cada una.

1. Gingivitis Infecciosa: Administrar Ampicilina en cápsulas de 250 mg. 1 c/6 horas.
2. Gingivitis Hepática: Analgésicos, algun antiviral como el Isoprinosine, pomada de Salcoseryl y si el paciente presenta stress administrar algún tranquilizante.
3. Gingivitis Estreptocócica: Antibioticoterapia (Penicilina o Eritromicina), después de la fase aguda, enseñar técnica de cepillado.
4. Gingivitis Descamativa: Administración de Corticoides.

des, cuando hay dolor puede resultar de gran alivio las aplicaciones tópicas de anestésicos antes de -- las comidas.

5. Gingivitis Ulcero-Necrozante: Antibioticoterapia - (Ampicilina de 250 mg.) si existe estado de tensión, dar tranquilizantes como el diazepam de 2 mg. Dar - indicaciones al paciente para que use enjuagues que nos ayuden a bajar el Ph bucal.

Tratamiento de la Periodontitis.

Se valorará de acuerdo a la profundidad de las bolsas parodontales.

Existen dos tipos de técnicas:

- I. Legrado simple o curetaje cerrado.
- II. Legrado o curetaje abierto o con colgajo.

I. Legrado simple o curetaje cerrado.

Este se llevará a cabo cuando se presentan bolsas no - mayores de 6 mm.

Pasos a seguir:

1. Anestesia de la región, y medición de las bolsas.
Será de mucho utilidad infiltrar un anestésico con vasoconstrictor en los casos que sea posible, para que el sangrado no impida la visibilidad.
2. Cortar las puntas de las papilas, vestibular y lingual; ya que la mayoría de las veces es en esta zona donde se inicia la enfermedad.
3. Separa la encía, dependiendo de la profundidad de las bolsas; esta separación la podremos hacer con una Legra Hopkins #1.
4. Legrar las superficies mesial, distal, vestibular y lingual de todos los dientes; esto lo podemos efectuar con una cureta o con un Goldman Fox.
5. Legrar la pared blanda de la bolsa, con lo que se logra adelgazarlo para obtener una mejor reepitelización.
6. Se lava la zona con agua bidestilada o suero fisiológico.
7. Se procede a colocar las papilas en su lugar y se suturan.

8. Se prepara el apósito quirúrgico: dos gotas de líquido por cada diente que se opere y se le suma el polvo necesario; se mezcla hasta obtener una consistencia homogénea la cual no se pegue a los dedos. Se procede a hacer un cilindro con la mezcla y se coloca uno por vestibular, procurando que tenga la suficiente retención; posteriormente se coloca otro por el lado lingual.

Se adapta el apósito con una cucharilla al cuello de los dientes y asimismo se procurará que no quede profundo el fondo de saco para evitar irritaciones en la mucosa.

9. Se le hacen las indicaciones pertinentes al paciente.

10. Se le cita al paciente a los 8 días para ser retirado el cemento quirúrgico y los puntos de sutura; se le indicará que puede iniciar el cepillado de esa zona con su cepillo suave o bien con una gasa colocada en el dedo índice.

La revalorización de la profundidad del surco gingival se hará a las tres semanas de operado el paciente.

II. Legrado o curetaje abierto con colgajo.

Se llevará a cabo cuando existan bolsas mayores de 6 mm.
o infra óseas.

Paso a seguir:

1. Anestesia y medición de las bolsas.
2. Incisión. Esta se hará a nivel del eje medio de las piezas contiguas, llegando hasta el hueso.
3. Se separa la encía con una Legra Hopkins #1 hasta la profundidad que tiene la bolsa.
4. Se legran las superficies radiculares de las piezas afectadas.
5. Se elimina el tejido granulomatoso de la pared interna de la encía para producir tejido de granulación.
6. Se lava la zona con agua bidestilada o suero fisiológico.
7. Se coloca el colgajo en su lugar nuevamente, hacién

- dole una o dos pequeñas perforaciones para que al ser presionado con una gasa, se elimine la sangre que podría evitar una buena adherencia.
8. Se sutura en las papilas interproximales (seda de 4-0) y de la encía marginal hacia el fondo de saco.
 9. Preparación del apósito quirúrgico y colocación del mismo.
 10. Se le hacen las indicaciones pertinentes al paciente y se le cita a los 8 días para la remoción del apósito y los puntos de sutura.
 11. Se le recomienda un cepillo suave o bien una gasa colocada en su dedo índice.
 12. A las tres semanas podremos hacer la revalorización de la medición del surco.
 13. Ahora el cepillado y la dieta serán normales de nuevo.

CONCLUSIONES

En la enfermedad parodontal, como en la mayoría de las enfermedades, se debe tener la conciencia de empezar la lucha en contra de ellas, antes de que aparezcan.

La prevención es la mejor arma en contra de la enfermedad parodontal; y es nuestro deber como Cirujanos Dentistas, el hacer extensiva esta prevención. Debemos comunicarle a -- nuestros pacientes la importancia que tiene una buena higiene bucal, ya sea después de un tratamiento, si es que la enfermedad ya se presentó, o bien para prevenirla.

Es necesario hacer un buen examen bucal, así como la -- evaluación de la higiene bucal del paciente y tratar de motivarlo a que de verdad lleve a cabo el cuidado de sus dientes.

Uno de los aspectos más importantes será el que obten-- gamos la confianza íntegra de nuestros pacientes, ya que de -- ello dependerá el diagnóstico acertado y el tratamiento favo-- rable.

El desarrollo de los conocimientos sobre la enfermedad

parodontal, así como las técnicas para su tratamiento han sufrido cambios a través del tiempo; es así pues, que se ha tratado de que en este trabajo se expongan los conceptos y técnicas más simplificadas y que de ésta forma pueda éste servir como una guía tanto para el Cirujano Dentista, como para hacer del conocimiento de los pacientes, lo que no saben acerca de la Enfermedad Parodontal.

A continuación se ofrece un patrón muy útil que podemos utilizar en el consultorio, para que de una forma muy resumida, y con un lenguaje muy accesible para el paciente, hagamos de su conocimiento la importancia que tiene el conservar sus dientes limpios y por lo tanto sanos.

BIBLIOGRAFIA

Saul Schluger. Ralph A. Toodelis. Roy C. Page.
Enfermedad Periodontal
Cfa. Editorial Continental.

Fermin A. Carranza
Compendio de Periodoncia
Tercera Edición Editorial Mundi.

S.N. Baaskar
Patología Bucal
Editorial Ateneo Segunda Edición.

Lester W. Burket.
Medicina Bucal
Sexta Edición Interamericana.

Sidney B. Finn.
Odontología Pediátrica
Cuarta Edición Interamericana.

Irving Glickman.
Periodontología Clínica
Cuarta Edición Interamericana

Gobman, Schloger, Fox y Cohen.
Terapéutica Periodontal
Segunda Edición The C.V. Mosby Company

S. Charles Miller
Diagnóstico y Tratamiento Bucal
Editorial Ateneo.

BIBLIOGRAFIA

Saul Schluger. Ralph A. Toodelis. Roy C. Page.
Enfermedad Periodontal
Cfa. Editorial Continental.

Fermin A. Carranza
Compendio de Periodoncia
Tercera Edición Editorial Mundi.

S.N. Baaskar
Patología Bucal
Editorial Ateneo Segunda Edición.

Lester W. Burket.
Medicina Bucal
Sexta Edición Internamericana.

Sidney B. Finn.
Odontología Pediátrica
Cuarta Edición Interamericana.

Irving Glickman.
Periodontología Clínica
Cuarta Edición Interamericana

Gobman, Schloger, Fox y Cohen.
Terapéutica Periodontal
Segunda Edición The C.V. Mosby Company

S. Charles Miller
Diagnóstico y Tratamiento Bucal
Editorial Ateneo.