

236
201



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**FASE 1 O PREQUIRURGICA DE LA
ENFERMEDAD PERIODONTAL**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

Alejandro López Arriaga Saavedra

Leticia del Carmen Suárez Juárez



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

INTRODUCCION

CAPITULO I

TRATAMIENTO DE URGENCIA 1

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA 9

CAPITULO III

TECNICA DE CEPILLADO 16

CAPITULO IV

RASPADO Y ALISADO RADICULAR 29

CAPITULO V

TRATAMIENTO PERIODONTAL Y ENDODONTICO 33

CAPITULO VI

OBTURACIONES 35

CAPITULO VII

EXTRACCIONES ESTRATEGICAS 37

CAPITULO VIII

PROTESIS 39

CAPITULO IX

TRATAMIENTO ORTODONTICO Y SU RELACION CON LA ENFER-
MEDAD PERIODONTAL 44

CAPITULO X

REVALORACION DE LA ADHERENCIA EPITELIAL 47

CONCLUSIONES 48

BIBLIOGRAFIA 49

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

Fundamentos: el tratamiento inicial o fase I es el primer paso terapéutico de la secuencia cronológica de los procedimientos que constituyen el tratamiento periodontal.

El objetivo de la fase I es la reducción de la inflamación gingival y reducción de la bolsa, esto se logra mediante la eliminación total de los cálculos, la corrección de restauraciones defectuosas, obturaciones de las caries, la institución de un régimen completo de control de placa.

La finalidad de eliminar la inflamación gingival en esta fase es:

- 1.- Restablecer la salud gingival.
- 2.- Detener el paso de gingivitis a parodontitis.
- 3.- Detener el avance de la periodontitis.
- 4.- Reducir las bolsas parodontales producidas por el agrandamiento edematoso de la encía inflamada.
- 5.- Lograr un mejor manejo quirúrgico de la encía, esto es consistencia firme y menos hemorragia.

La meta específica de esta fase es facilitar la eliminación de la placa dentobacteriana eliminando contornos rugosos e irregulares de las superficies dentales.

Los pacientes con solo pequeñas cantidades de cálculos y tejidos relativamente sanos pueden ser tratados en una sola sesión.

La mayoría de los demás casos exigirán varias sesiones, el odontólogo estimará el número de sesiones sobre la base del número de dientes, la cantidad y localización de los cálculos.

CAPITULO I

FASE PREQUIRURGICA DE LA TERAPIA PERIODONTAL TRATAMIENTO DE URGENCIAS

Dentro del tratamiento de urgencias tenemos la enfermedad periodontal inflamatoria aguda.

Estas enfermedades no son tan numerosas ni comunes, - pero como son muy dolorosas exigen un tratamiento inmediato.

Existen 4 enfermedades periodontales agudas específicas:

- 1.- Absceso periodontal agudo.
- 2.- Gingivitis necrosante ulcerativa.
- 3.- Gingivitis Herpética.
- 4.- Gingivitis Streptocócica.

Estas no están relacionadas entre si en lo que respecta a etiología o patología.

ABSCESO PERIODONTAL AGUDO

Este se forma cuando una bolsa periodontal se ocluye, obstruyendo así su drenaje.

Signos y síntomas.- En el absceso periodontal agudo - se presentan todos los signos clásicos de la inflamación aguda, aunque no siempre se observa el aumento de volumen, el enrojecimiento y el dolor; en ocasiones, los signos son sutiles y están ocultos.

En el absceso típico, es más frecuente encontrar linfadenopatía extrucción del diente involucrado, movilidad y dolor a la percusión más leve.

El diagnóstico presenta algunos problemas y no siempre resulta fácil localizar la lesión, ya que en ocasiones se encuentra combinada con pulpitis, caso en el cual los signos son confusos.

Etiología. - Este presenta todos los signos clínicos - de una infección aguda y es ocasionada por la oclusión de orificio de una bolsa periodontal profunda.

Tratamiento inmediato del absceso periodontal. - La manera más eficaz de tratar los abscesos periodontales son los procedimientos quirúrgicos que proporcionan visibilidad y acceso necesario a los irritantes locales causales.

Los abscesos en la profundidad de los tejidos de soporte, generalmente se tratan mediante curetaje abierto, y si son superficiales se practica un curetaje cerrado.

Al igual que con muchas infecciones piógenas agudas, el drenaje y la liberación de la presión mediante la evacuación del pus provoca un efecto saludable sobre la lesión.

El drenaje puede establecerse en dos formas:

- 1.- Encontrando el orificio de la bolsa ocluida y abriendo suavemente, de tal manera que pueda evacuarse el pus,
- 2.- Mediante la incisión o drenaje tradicionales.

Para encontrar la abertura de la bolsa se requiere del sondeo circunferencial cuidadoso en la base del surco de la encía que rodea el diente, empleando una sonda fina con presión insistente pero suave.

Habiendo penetrado en la abertura y al ensancharla, utilizamos una lima periodontal plana y angosta que sirve para comenzar la debridación radicular, esta lima es seguida fácilmente por un raspador o cureta angosta que suele terminar la labor de extender el orificio de la bolsa, posibilitando la evacuación de pus.

En otro método más rápido pero doloroso es una incisión, pero esta tiende a cicatrizar y cerrarse nuevamente, pudiendo crear una bolsa periodontal ocluida, para evitar esto se deberá extender y distender lo máximo posible, también podría insertarse un fragmento de material de dique de caucho para permitir que la incisión se conserve abierta y facilite el drenaje subsecuente, pero esto es difícil.

La evacuación completa del contenido de la bolsa es muy deseable para dar fin a la fase aguda.

El tratamiento definitivo de la bolsa incluye, los métodos habituales de levantamiento de colgajos, debridación para la eliminación de tejido granulomatoso y sarro, terminando con la preparación adecuada de la superficie radicular y las paredes óseas dentro de la bolsa, no deberá eliminarse ni reducir hueso en la etapa aguda; si fuera necesario, deberá hacerse un procedimiento posterior en una segunda etapa, después de que haya sido terminada y evaluada la terapéutica básica de las bolsas.

El índice de pérdida ósea debido a un infiltrado inflamatorio agudo es rápido y extenso; en ocasiones esta pérdida puede ser reversible, por lo que después del tratamiento exitoso de la bolsa, deberá tomarse todas las precauciones posibles para evitar la nueva exacerbación de la lesión.

GINGIVITIS ULCEROSA NECROSANTE

La gingivitis ulceronecrosante es una enfermedad destructiva aguda y se le conoce también como: infección de Vincent, gingivitis ulcero membranosa aguda, mal de las trincheras, etc.

La gingivitis ulceronecrosante es una alteración gin-

gival inflamatoria y destructiva, la cual presenta algunos signos y síntomas clínicos característicos.

Es de aparición repentina, generalmente se presenta en adolescentes y adultos jóvenes de 18 a 30 años, tiene mayor incidencia en varones.

Etiología. - Se considera una infección endógena por varios microorganismos, se piensa que solo se pueden desarrollar si hay predisposición a la resistencia del huésped como una gingivitis preexistente, fumar, stress emocional, higiene oral deficiente, dieta inadecuada.

Características Clínicas. - La gingivitis ulceronecrosante se caracteriza por la ulceración e inflamación de las papilas con necrosis y formación subsecuente de una pseudomembrana en las áreas afectadas.

La necrosis superficial se reconoce fácilmente por la pseudomembrana gris o blanca característica de la enfermedad. Encontramos necrosis dentro del surco gingival y edema.

La necrosis se inicia en la papila y se continua con el margen gingival.

La ulceración se cubre de un exudado grisáceo amarillento que constituye una pseudomembrana que es fácilmente removida.

El desprendimiento de las papilas interdentarias progresivamente necróticas crea lesiones en forma de cráter rodeadas por un halo rojo y los bordes tumefactos de las úlceras.

Sintomatología. - El dolor gingival es una característica común y suele ser patognomónico de la gingivitis necrosante, el dolor al igual que la necrosis se limita a la papila interproximal y esto es notable al examinar la encía.

Tratamiento. - Antiguamente se utilizaba el salvarsan y el neosalvarsan y se aplicaron a las úlceras y áreas de necrosis en la encía afectada, pero los resultados no fueron muy satisfactorios. Debemos recordar que una lesión aguda como la gingivitis necrosante no puede ser de larga duración,

por lo que aún la debridación suave provocada por la aplicación cuidadosa de estos medicamentos poseía algún efecto, por pequeño que fuera. Las aplicaciones tópicas de escaróticos alivian el dolor y la hemorragia.

Los agentes más importantes utilizados posteriormente fueron los oxidantes, ya que el carácter anaeróbico de las bacterias parecían ofrecer una justificación razonable para su utilización, el ácido crómico resultó ser un favorito, aun que no realizaba grandes milagros en la curación, grababa las raíces adyacentes a los cráteres, dejando las raíces descalcificadas y cariosas.

Beust, informó que la lesión aguda puede tratarse mejor a base de debridación, en esa época era una posición muy radical ya que se creía que cualquier manipulación de la encía infectada por instrumentos, no solo diseminaban las lesiones a zonas anteriores no afectadas, sino que resultaba un curso peligroso ya que se sometía al paciente a la posibilidad de contraer angina de vincent.

El tratamiento fundamental es el curetaje subgingival; el curetaje causa que la encía sangre con facilidad, un lavado y la remoción de las grandes masas de bacterias que se encuentran sobre la superficie parece afectar a los tejidos en forma espectacular, también se encontró que el dolor provocado por el curetaje cuidadoso era exagerado, el curetaje continuo parece provocar menos dolor en la encía.

El enjuague de los tejidos cada hora durante el primer día con una cucharada de peróxido de hidrógeno al 3% mezclado con una cucharada de agua tibia, suele proporcionar alivio del dolor, deteniendo la necrosis gingival.

Es importante realizar un curetaje y un lavado vigoroso al igual que examinar al paciente diariamente durante dos o tres días hasta que las raíces de los dientes se encuentren lisas y limpias por la aplicación repetida del curetaje, el cepillo e instrumentos relacionados por el paciente.

También se recomienda el tratamiento con antibióticos para impedir la propagación de la enfermedad y eliminar los síntomas.

En algunos casos es necesario realizar cirugía correctiva con el objeto de eliminar los cráteres gingivales que suelen ser el resultado de la gingivitis ulceromembranosa aguda. La duración aproximada de la infección es de dos semanas más o menos.

El tratamiento a base de curetaje repetido puede extenderse más allá de este período, aunque la infección y la ulceración ya no estén presentes, ni el dolor sea ya un factor con el que tengamos que tratar; un mes es tiempo suficiente después de la infección aguda, para realizar la cirugía correctiva en la encía. Para darle la anatomía y fisiología correcta se realizará una gingivoplastia.

GINGIVITIS HERPETICA

Etiología.- Esta es una infección de la cavidad oral causada por el virus herpes simple, y puede complicarse el cuadro clínico debido a la infección bacteriana secundaria. La gingivitis herpética aguda aparece frecuentemente en lactantes y niños menores de 6 años, pero también se ve en adolescentes y adultos.

Características Clínicas.-

Signos y Síntomas.- Es una lesión difusa, eritematosa y brillante de la encía y la mucosa adyacente, con grados variables de edemas y hemorragia gingival.

En el período primario se presentan vesículas circunscritas esféricas grises, que se localizan en la encía, mucosa labial o vestibular, paladar blando, farínge, mucosa sublingual y lengua.

Apróximadamente a las 24 hrs. las vesículas se rompen y dan lugar a pequeñas úlceras dolorosas con un borde rojo, elevado a modo de halo y una porción central hundida, amarillenta o blanca grisácea. Hay una irritación generalizada de la cavidad bucal que impide comer y beber.

Las vesículas rotas son los focos de dolor, y que particularmente son sensibles al tacto, variaciones térmicas, jugos de frutas y movimientos de alimentos ásperos.

En los lactantes la enfermedad se encuentra marcada por irritabilidad y rechazo de los alimentos.

La enfermedad dura entre los 7 y 12 días; el eritema gingival difuso y el edema, que aparecen primero en la enfermedad, persisten algunos días después que las úlceras han curado, y no quedan cicatrices.

Diagnóstico.- Este se establece sobre la base de la historia del paciente y los hallazgos clínicos; se puede tomar material de las lesiones y enviarlo al laboratorio para realizar pruebas confirmatorias como:

- Frotis directo
- Aislación del virus.
- Titulación de anticuerpos
- Biopsia
- Estudios hematológicos.

Contagiosidad.- La gingivitis herpética aguda es contagiosa, la mayoría de los adultos ha adquirido inmunidad al virus herpes simple como consecuencia de una infección durante la niñez, que en gran parte de los casos es asintomática.

Por esta razón es más frecuente en lactantes y niños pequeños.

Tratamiento.- En el tratamiento se utilizan diversos medicamentos, que incluyen aplicaciones locales de cloruro de zinc al 8%, fenol alcanforado, alcanfor, solución de yodo de talbot, fenol, solución de sulfonamidas, riboflavina, complejo vitamínico B, tiamina y radiación. También, se ha usado la aureomicina como enjuagatorio, aplicado tópicamente en pasta al 3% o administrada sistemáticamente en cápsulas de 250 mg. para una dosis total de 3 g.

El tratamiento consiste en medidas paliativas para -- que el paciente se sienta cómodo, mientras la enfermedad sigue su evolución. El alivio del dolor se consigue mediante -- la aplicación de clorhidrato de diclonina (dyclona).

GINGIVITIS ESTREPTOCOCICA

La gingivitis estreptocócica es una infección rara -- que se caracteriza por un eritema difuso de la encía y otra -- zona de la mucosa bucal.

En algunos casos, se limita a un eritema marginal con hemorragia, la necrosis del margen gingival no es lo característico, ni tampoco un olor fétido notable.

El frotis bacteriano muestra un predominio de formas estreptocócicas, que al cultivo se revelan como streptococcus viridans.

Tratamiento.- A base de antibioterapia.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es el registro sistemático y organizado de los datos generales del paciente, que nos permite valorizar eficazmente el grado de enfermedad periodontal y la elaboración de un plan de tratamiento lógico y adecuado.

La historia del paciente se debe organizar en tres partes generales que son:

- 1.- Padecimiento principal
- 2.- La historia bucal o dental específica, y
- 3.- La historia sistémica general.

Padecimiento principal.- En los casos tempranos, la enfermedad periodontal carece de síntomas, por lo que es muy importante preguntar al paciente si padece cualquier síntoma relacionado con la enfermedad periodontal como son: inflamación, sangrado, exudado, movilidad y migración; los cuales son fenómenos que el paciente notará si están presentes en una zona -- que pueda ver con facilidad.

Quando el paciente se queja de síntomas agudos, el proceso ordenado de la historia y su registro se suspenden momentáneamente para poder tratar la lesión aguda.

El padecimiento principal para la mayor parte de los pacientes consiste en síntomas físicos de baja intensidad, quizá son prueba de una enfermedad periodontal de larga duración. Un número sorprendente se queja de recesión gingival, mal aliento o migración de los dientes, esto coloca gran responsabilidad sobre el dentista para buscar la enfermedad cuando no -- existan pruebas subjetivas de la misma y revelarle al paciente cualquier afección patológica descubierta.

Historia Bucal.- La historia dental y bucal no suele ser muy difícil en cuanto a estimular una respuesta del paciente, aunque la selección de datos pertinentes de una gran masa de información trivial exige habilidad.

El objeto al registrar la historia del paciente con enfermedad periodontal obvia o incipiente es la de establecer la causa del padecimiento principal y descubrir cualquier enfermedad latente.

En un paciente periodontal, el padecimiento principal suele ser vago e inexistente.

Los objetivos al elaborar la historia clínica de un paciente periodontal son los siguientes:

- 1.- Proporcionar todos los antecedentes adecuados, para el estado de la enfermedad periodontal destructiva crónica en un momento determinado.
- 2.- Para revelar cualquier enfermedad bucal o sistémica posible, directamente relacionada con la enfermedad periodontal, el tratamiento de ella puede modificar nuestra terapéutica.
- 3.- Facilitar el curso de la enfermedad periodontal del paciente, una vez que la terapéutica activa haya sido terminada.
- 4.- Proporcionar una posición ventajosa para el examinador en cualquier litigio posible de malpraxis y establecer una impresión general de competencia con los colegas.

Al realizar la historia es conveniente interrogar al paciente en forma sistémica, preguntando primero sobre la porción puramente dental, utilizando una lista escrita o memorizada de las preguntas. Un excelente principio es preguntar sobre los dientes permanentes faltantes y el motivo de su pérdida.

Al interrogar a un paciente no es raro invadir ciertas

zonas psicológicas y emocionales que tocan ciertos puntos sensibles aunque es perfectamente correcto que el examinador establezca una base emocional para la gingivitis ulcerativa necrosante.

La información obtenida del paciente con respecto a su experiencia dental también es muy reveladora; las razones citadas pueden o no ser las verdaderas, los incidentes específicos de importancia deberán ser enumerados y registrados cuando se considere necesario.

Durante la elaboración de la historia bucal, debemos establecer un momento sistemático de preguntas sobre tratamientos anteriores, periodontales, ortodónticos o generales.

Las relaciones anteriores a la anestesia local y general son importantes y útiles, la información sobre el sangrado olor, mal sabor, dolor, impacto de alimentos y frecuencia de lesiones aftosas son importantes para el proceso del diagnóstico.

En la historia bucal también debemos incluir los hábitos bucales practicados por el paciente, apretamiento y frotamiento, aunque no son hábitos estrictamente hablando, pueden incluirse dentro de esta categoría.

Las mordeduras de los labios, inserción de objetos extraños entre los dientes, mordedura de los carrillos y abuso ocupacional de los dientes, por músicos, costureras y otros, son detalles que deberán ser registrados. Muchos datos, cuando existen antecedentes de hábitos bucales, son de carácter oclusal.

Historia Sistémica General. - No hay duda que cada ca-

so de enfermedad periodontal posee un factor sistémico en su etiología esencial; sin embargo este factor se encuentra íntimamente ligado a fenómenos tales como, resistencia a la enfermedad, a las reacciones inmunológicas generales y a la química enzimática con la que solamente nos encontramos familiarizados en forma superficial, esta porción de la historia es muy importante para revelar factores sistémicos conocidos de interés en la condición física del paciente y es importante para el terapeuta en su manejo de cualquier enfermedad existente.

Las alergias para mencionar un hallazgo puede ser de considerable importancia para el examinador.

En diversos procedimientos, pueden utilizarse drogas de varios tipos, ya sea para evitar la infección o para provocar anestesia y controlar el dolor.

Es evidente la necesidad que existe de conocer previamente el alérgeno específico.

Examen Bucal.- El momento de comenzar a aprender como examinar a un paciente es evaluando los tejidos gingivales y determinar su salud relativa así como su reacción visible a la irritación y a la enfermedad, para esto existen dos componentes:

- 1.- Experiencia repetida en examinar tejidos dentro de las diversas variaciones de lo normal.
- 2.- El registro constante de las desviaciones más pequeñas de lo normal, en forma más minuciosa.

La desaparición de las mucosas bucales sanas normales pueden utilizarse para fijar normas básicas con el fin de establecer un standar mediante el cual sea posible medir las variaciones (patológicas).

Registro de Datos.- Al elaborar la historia y registrar los datos del examen clínico debemos de tomar en cuenta ciertas características como son: La valoración de factores irritantes y otros factores etiológicos tales como prótesis mal ajustadas, sarro, resecciones gingivales, dientes ausentes, incrustaciones mal ajustadas, así como los dientes apiñados, deberán ser señalados en el diagrama con la mayor amplitud posible. Todo deberá ser descrito cuidadosamente en la porción narrativa del registro del examen clínico.

El Periodontograma.- El periodontograma que forma parte integral de cualquier examen consta del registro esquemático de los dientes y de las raíces, desde los aspectos bucal, lingual y oclusal, algunos diagramas poseen una serie de líneas horizontales paralelas con una separación de dos milímetros generalmente, comenzando en la unión del cemento con esmalte, para permitir al examinador la profundidad de las bolsas y su forma con una precisión razonable utilizando las líneas dimensionales.

El método más fácil para registrar e interpretar es el que utiliza una sola expresión numérica sencilla con el fin de designar la profundidad de la bolsa apical con respecto a la zona media. Las profundidades distal, media radicular, y la mesial se registran con una sonda milimétrica desde los aspectos bucal y lingual. Las bolsas especiales o raras pueden ser registradas utilizando una medición especial sobre el diagrama si esto fuera necesario.

Uso del Periodontograma.- El registro de una masa considerable de datos y la representación gráfica de las características clínicas de una boca generalmente afectada periodontalmente satisface varias necesidades importantes.

- 1.- Se proporciona una base para el tratamiento, ya -- que la enfermedad real del órgano se registra en forma sistemática.
- 2.- Provee al operador de un sistema de referencia a través de todo el curso del tratamiento y después del mismo.
- 3.- Se establece un momento en la historia del paciente cuando los signos y síntomas son iguales a los registrados y proporcionan una base, del cual pueden derivarse todas las variaciones. La necesidad de contar con un registro básico contra el que podemos comparar, las tendencias se hacen evidentes por si mismo.

El periodontograma se lleva adelante, después de la re presentación simbólica real, con una valoración de los datos sistémicos generales comparados con la imagen de la enfermedad periodontal y los diversos factores implicados en el caso. El plan de tratamiento mismo también se registra en el periodonto grama; no solo es importante la extensión de la destrucción pe riodontal sino que también deberán considerarse los datos sistémicos, así como la historia dental.

Radiografías.- Las radiografías bien anguladas y correctamente expuestas y en número suficiente (18-20) incluyendo películas de aleta mordible, son importantes para cualquier examen periodontal minucioso. Varias estructuras anatómicas y sus relaciones entre sí son de gran interés para el cirujano - periodontal, especialmente en cualquier procedimiento que no se limite a los tejidos marginales.

La radiografía no es un instrumento de diagnóstico satisfactorio en lesiones periodontales, no se trata de que sea errónea.

Como prueba de corroboración son excelentes.

La dificultad estriba en las radiografías que no revelan sombras sino que sugieren hueso alveolar y de soporte no dañado, no hay seguridad de que no existan lesiones de resorción. En ocasiones de tamaño y extensión espectaculares que hacen parecer que un diente con pronóstico irremediable parezca sano.

Sonda Periodontal. - Falta de confianza en las radiografías y en el criterio puramente visual son los motivos por los cuales se utiliza una sonda periodontal como instrumento de diagnóstico.

La utilización de radiografías deberá formar parte del tratamiento periodontal de mantenimiento. Poseen gran valor ya que permiten la comparación de niveles óseos a diferentes etapas.

Desafortunadamente no puede ofrecer una indicación verdadera de la magnitud de inserción de tejidos blandos que ha ocurrido.

Deberán hacerse intervalos sensatos tan iguales que sea posible, utilizando la técnica de cono largo o aparatos para obtener exposiciones idénticas. Ofrece una forma muy especial para valorar la cresta del hueso alveolar y cualquier cambio año con año.

Es indispensable que las películas sean montadas y conservadas para su uso posterior en la valoración de los cambios.

Todas las radiografías deberán ser colocadas en montaduras y arregladas cronológicamente, las más recientes en la porción superior.

CAPITULO III

TECNICA DE CEPILLADO

La introducción de un programa de higiene bucal para el paciente es prioritario en todo plan de tratamiento periodontal.

La enseñanza del control de placa ha de comenzar en la primera sesión terapéutica, se enseña al paciente como limpiar todas las superficies lisas y regulares de los dientes.

Cuando se inicia el tratamiento frecuentemente un número de superficies dentales está alterada por cálculos, restauraciones defectuosas, caries o cemento necrótico.

En esta etapa del tratamiento generalmente el cepillado dental es el único auxiliar de la limpieza, el hilo dental puede usarse en superficies lisas únicamente, ya que el pasaje por los bordes afilados o superficies ásperas restauraciones defectuosas o desbordantes hace que el mismo se deshilache, se rompa ocasionando la eliminación insuficiente de placa así como persistencia de hemorragia, que suele ser una experiencia frustrante para el paciente.

El control de placa se refiere a la prevención de su acumulación en los dientes y en las superficies gingivales adyacentes.

También se retrasa la formación de cálculos y controla la inflamación gingival en sus etapas iniciales.

El descuido de la limpieza de los dientes lleva a la recidiva, así el control de placa es una manera eficaz de tratar de prevenir la gingivitis y por lo tanto es una parte crítica en la prevención de la enfermedad gingival y periodontal.

Hasta la fecha el método más seguro de controlar la placa de que se dispone hasta ahora es la limpieza mecánica con cepillo dental y otros auxiliares de la higiene.

Asimismo, hay un avance considerable con inhibidores químicos de la placa como el gluconato de clorhexidina, colutorios o dentífricos.

El control de la placa es indispensable, sin el no es posible conseguir ni presevar la salud bucal, aunque probablemente hay una cantidad mínima de placa que la encía puede tolerar más allá de la cual no hay necesidad de reducir la acumulación de la placa para evitar la enfermedad gingival y periodontal.

El control de placa dentobacteriana significa la preservación de la salud de los pacientes con enfermedad gingival y periodontal, significa una cicatrización óptima después del tratamiento y para el paciente con enfermedad tratada el control de la placa significa la prevención de la recurrencia de la enfermedad.

- Frecuencia de la Limpieza Dental. -

Se recomienda cepillarse los dientes después de cada comida aunque esto es objetable por algunos autores.

La frecuencia del cepillado esto es tres veces por día no produce estadíos periodontales significativamente mejores, en conclusión hay que hacer hincapié en la eficacia más que en la frecuencia de la limpieza dental.

En el tratamiento periodontal el control de la placa sirve a tres grandes importantes propósitos:

- 1.- Reducir la inflamación gingival antes de hacer una intervención quirúrgica periodontal.
- 2.- Facilitar la óptima cicatrización después de la cirugía periodontal.

3.- Impedir la recidiva o avance de la enfermedad periodontal en bocas tratadas.

En la primera visita de instrucción se presenta al paciente un cepillo dental un limpiador interdental y también -- una sustancia reveladora.

Los depósitos bacterianos pequeños y no coloreados son difíciles de ver. Las acumulaciones más abundantes de placa y residuos no estructurados (materia alba) se ve como una sustancia gris amarillenta o blanca sobre los dientes en el margen gingival y en los nichos vestibulares y linguales. Los residuos de comida y la materia alba son fáciles de eliminar con un chorro de agua enérgico. Luego se debe teñir la placa de lo contrario es invisible después de un breve enjuague para -- eliminar la saliva coloreada se muestra al paciente cual es la placa y la película teñida, en toda la cavidad bucal y en que zonas debe tener más cuidado y enfocarse más donde el teñido es más intenso.

Entre las sustancias reveladoras tenemos las siguientes:

Se pueden clasificar en dos tipos:

- a) Soluciones
- b) Comprimidos

Estas sustancias son capaces de colorear los depósitos bacterianos que se hayan en la superficie de los dientes, la lengua y la encía.

Son excelentes elementos auxiliares de la higiene bucal porque proporciona al paciente una herramienta y educación de automotivación para mejorar su eficacia en el control personal de placa.

a) SOLUCIONES

I. Fucsina básica 6 g
Alcohol etílico: 95 X 100 100 ml
Agregar 6 gotas de agua
en un vaso dappen.

2. Yoduro de potasio 1.6 g
Cristales de yodo 1.6 g
Agua 13.4 ml
Glicerina 30.0 ml

Dichas soluciones se aplican sobre los dientes como --
concentrados en torundas de algodón o bien como disoluciones -
en enjuagatorios. Estas sustancias proporcionan un tefido in-
tenso de la placa bacteriana en encías, lengua, labios, etc.

b) COMPRIMIDOS

Cloruro de sodio 0.747 x 100
Rojo no. 3 F.D.C.
(eritrosina) 15 mg
Sucaryl sódico 0.747 x 100
Esterato de calcio 0.995 x 100
Sacarina soluble 0.186 x 100
Aceite blanco 0.124 x 100
Saporífero (aprobado por
la F.D.A.) 2.234 x 100
Sorbitol 7.0 g.

Estos deben ser triturados entre los dientes y mantenidos en la boca durante unos 30 seg. sin ser tragados, debido a la conveniente forma de aplicacion, se les recomienda especialmente para el uso doméstico. Estas sustancias reveladoras proporcionan una retroalimentacion visual para el paciente y es - un aspecto importante de la educacion sanitaria para tener un

eficaz tratamiento en el control personal de placa.

- Técnica de Cepillado. -

Diseño del Cepillo.

El cepillo de dientes se recomienda de cerdas suaves - de aproximadamente 0.007 plg. de diámetro.

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 la superficie de los dientes con mayor 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 de cerdas duras.

Existen varios diseños aceptables de cepillos incluyen^{do} aquellos con las cerdas dispuestas en dos o tres hileras en mechones pequeños, sencillos y en los que tienen una multitud de mechones. Los cepillos con dos hileras y mechones sencillos parecen ser los más eficaces.

Si el cepillo se usa de forma adecuada y regular ello ocurre al cabo de tres meses. Si un cepillo se gasta después de una semana de uso, significa que el cepillado es demasiado vigoroso.

Si las cerdas siguen derechas después de seis meses, el cepillado es demasiado suave o no se hace diariamente.

La selección de la forma del mango de un cepillo dental es cuestión de preferencia personal. El mango debe ser lo suficientemente largo para sostenerlo adecuadamente en la palma de la mano.

Para pacientes comunes, se recomienda un cepillo de cabeza corta y cerdas de nylon de dureza mediana, extremos redondos y de corte recto.

Cepillos Eléctricos: Existen varios tipos de cepillos eléctricos, algunos con modelo recíproco arqueado o de vaivén, algunos con la combinación de ambos movimientos, algunos con - movimientos circulares y otros con un movimiento elíptico. Los pacientes que pueden desarrollar la capacidad de usar un cepillo de dientes, lo hacen igualmente bien con un cepillo manual o con un eléctrico.

Los cepillos eléctricos son aconsejables para:

- 1.- Personas sin destreza manual.
- 2.- Niños pequeños o pacientes impedidos u hospitaliza dos a quienes alguien debe limpiar los dientes, y,
- 3.- Pacientes con aparatos de ortodoncia.

- Técnica de cepillado dental. - Existen varias técni- cas de cepillado dental que son las siguientes:

- a) Técnica de Bass.
- b) Técnica de Stillman modificada.
- c) Técnica de Charters.

a) Técnica de Bass.

(Limpieza del surco con cepillo blando)

Superficies vestibulares superiores y vestibulo proxi- males. En esta técnica se coloca la cabeza del cepillo parale- la al plano oclusal con la punta del cepillo por distal al úl- timo molar. Colocar las cerdas en el margen gingival, estable- cer un ángulo apical de 45° con el eje mayor de los dientes, - ejercer presión vibratoria suave en el eje mayor de las cerdas

y forzar los extremos de las cerdas para que penetren en los -- surcos gingivales vestibulares, así como en los nichos inter-- proximales.

Esto debe producir isquemia perceptible de la encía, - completar 20 movimientos en la misma posición. Esto limpia los dientes por vestibular en el tercio apical de las coronas clínicas, así como los surcos gingivales adyacentes y sus superficies proximales hasta donde lleguen las cerdas. Retirar el cepillo llevarlo hacia delante y repetir lo mismo en la zona de premolares y caninos, colocar el cepillo de manera que su "talón" quede por distal de la eminencia canina. Esto limpia los premolares y la mitad distal del canino. Luego retirar el cepillo y colocarlo de modo que su punta quede en mesial de la eminencia canina esto limpia la mitad mesial del canino y los incisivos, continuar con el lado opuesto del arco, sector por sector, cubriendo tres dientes a la vez hasta completar todos los dientes superiores.

Dientes superiores: Superficies palatinas y proximopalatinas. Colocar el cepillo a 45° con las cerdas hacia apical y la zona de molares y premolares, cubriendo tres dientes a la vez; limpiar el segmento con 20 movimientos cortos en sentido transversal a los dientes.

Para alcanzar la superficie palatina de los dientes anteriores, colocar el cepillo verticalmente, presionar el talón del cepillo en los surcos gingivales e interproximalmente con una angulación de 45° con respecto a los ejes mayores de los - dientes usando la parte anterior del paladar duro como plano - de guía, activar el cepillo con 20 movimientos cortos de arriba hacia abajo.

Dientes inferiores: superficies proximales vestibulares, linguales y proximolinguales: Los dientes inferiores se -

limpian de la misma manera que los superiores sector por sector, con 20 movimientos cortos en cada posición, en la zona lingual anterior, el cepillo es colocado verticalmente, usando la superficie lingual de la mandíbula como plano de guía y con las cerdas anguladas hacia los surcos gingivales.

Superficies oclusales:

Presionar firmemente las cerdas sobre las superficies oclusales, introduciendo los extremos en surcos y fisuras. Actívese el cepillo con 20 movimientos cortos hacia atrás y adelante, avanzando sector por sector hasta limpiar todos los dientes posteriores.

Técnica de Stillman modificada.-

Se coloca un cepillo mediano de dos a tres hileras, con los extremos de las cerdas apoyadas parcialmente en la zona cervical de los dientes y parcialmente sobre la encía adyacente hacia apical con un ángulo agudo con respecto al eje mayor de los dientes. Se ejerce presión lateralmente contra el margen gingival para producir una isquemia perceptible. El cepillo es activado con 20 movimientos cortos de atrás hacia adelante y simultáneamente es desplazado en dirección coronaria sobre la encía insertada, el margen gingival y la superficie del diente haciendo movimientos de vibración.

Para alcanzar las superficies linguales de los incisivos superiores e inferiores, se sostiene el mango en posición vertical trabajando con el talón del cepillo.

Las superficies oclusales de los molares y premolares se limpian colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y penetrando en profundidad en los surcos y espacios interproximales.

En esta técnica se usa el costado de las cerdas y no el extremo y se evita la penetración de las cerdas en los surcos gingivales.

Por ello, esta técnica se recomienda para limpiar zonas con recesión gingival progresiva y exposición radicular para prevenir la destrucción por abrasión de los tejidos.

Técnica de Charters.-

Se coloca un cepillo mediano de dos a tres hileras sobre el diente con las cerdas hacia la corona, a 45° con respecto al eje mayor de los dientes. Para limpiar las superficies oclusales las puntas de las cerdas van sobre los surcos y fisuras, el cepillo es activado con movimientos cortos hacia atrás y delante. Se repite lo mismo hasta limpiar todas las superficies oclusales.

La técnica de Charters es especialmente adecuada para el masaje gingival. Efectuada con un cepillo blando o mediano esta técnica también es aconsejable para la limpieza temporal en zonas de heridas gingivales en cicatrización por ejemplo, -- después de givectomías o intervenciones por colgajo.

Accesorios para la limpieza dental.-

Entre los accesorios tenemos los siguientes:

- Hilo dental.-

La limpieza con hilo dental es la técnica más aconsejada para limpiar los espacios dentales proximales. El hilo más recomendado es de seda de alta tenacidad sin cera, porque suele ser más fino que el hilo dental con cera, y por lo tanto pasa con mayor facilidad entre los dientes con contactos estrechos.

Existen varias maneras de usar el hilo dental, se recomienda la siguiente:

Cortar un trozo de hilo de unos 30 cms. de largo y - atarlo por los extremos. Estirar el hilo tensamente entre el - dedo pulgar y el índice y pasarlo suavemente entre cada zona - de contacto con movimiento firme de sierra. No hacerlo pasar -

de golpe a la zona de contacto, porque lesionaría la encía interdental.

Apoyar el hilo sobre toda la superficie proximal de un diente, en la base del surco gingival; mover el hilo firmemente a lo largo del diente hasta la zona de contacto y luego suavemente volver al surco, repetir este movimiento ascendente y descendente de 5 a 6 veces.

Desplazar el hilo a través de la encía interdental y repetir lo mismo en la superficie proximal del diente adyacente, seguir en todos los dientes incluida la superficie distal del último diente de cada cuadrante.

Cuando la porción que trabaja del hilo se ensucia o comienza a deshilacharse, mover el dedo índice y el pulgar para correr el hilo y trabajar con un sector nuevo.

La manipulación del hilo dental puede simplificarse -- con el uso de un porta hilo. Este aparato es aconsejable para pacientes que carecen de destreza manual o impedidos y los ayuda a limpiar los dientes. Un porta hilo debe tener:

- 1.- Uno o dos dientes lo suficientemente rígidos como para mantener el hilo tenso aún cuando se lo pase por las zonas de contacto muy estrechas.
- 2.- Un mecanismo eficaz y simple de montaje que mantenga el hilo firme en su lugar y que a la vez permita la fácil recolocación del mismo una vez que se ensucia o comienza a deshilacharse.

La finalidad del uso del hilo dental es eliminar la -- placa, no quitar restos fibrosos de alimentos acunados entre -- los dientes empaquetados en la encía.

- Palillo o mondadientes.

El mondadientes, montado en un dispositivo de plástico con un ángulo, denominado perio - aid es un aparato empleado con mayor frecuencia para alcanzar zonas de furcación, con cavidades radiculares y zonas envaginadas.

El mondadientes montado ha sido recomendado para la eliminación de la placa tanto de las superficies interproximales como de las vestibulares y linguales. El mondadientes es muy eficaz en áreas de difícil acceso para el cepillo o el hilo dental.

Para eliminar la placa eficazmente el mondadientes deberá colocarse en el área invaginada específica y frotarlo contra las superficies dentarias.

- Aparatos Irrigadores.

La utilización de aparatos irrigadores ha sido recomendada durante muchos años. Existe una gran variedad de estos, algunos son autónomos mientras que otros están diseñados para adherirse al grifo de agua del cuarto de baño. Muchos clínicos piensan que provocan efectos benéficos en las bocas de pacientes con grandes puentes, férulas o bandas de ortodoncia, especialmente cuando se emplean como auxiliares del cepillado y del hilo dental.

Aunque los aparatos puedan eliminar partículas de alimento y detritus no adheridos, no son efectivos en la eliminación de placa. Estos aparatos deben usarse con cautela, especialmente en pacientes con bolsas periodontales profundas. El Chorro de agua, a alta presión, dirigido hacia la bolsa puede proyectar a los microorganismos de la misma hacia los tejidos circundantes, propiciando así la destrucción periodontal.

- Cepillo Interproximal.

Son cepillos pequeños parecidos a los cepillos para la limpieza de botellas o tubos de ensayo en pequeño. con el objeto de eliminar la placa de los nichos abiertos y las furcaciones.

Los cepillos interproximales parecen ser superiores a los mondadientes o al hilo dental, para la limpieza del área interproximal con pacientes con nichos o espacios abiertos.

El cepillo interproximal es el más efectivo en el control de placa interproximal del paciente con enfermedad periodontal, tanto inmediatamente después de una intervención como durante largo período de mantenimiento según fué demostrado mediante una comparación se observaron los siguientes resultados:

- 1.- Durante el período de mantenimiento, todos los pacientes fueron más efectivos en la eliminación de la placa en las superficies bucal y lingual que la superficie mesial y distal de los dientes.
- 2.- Estos programas fueron igualmente efectivos para el control de la acumulación de la placa sobre la superficie bucal y lingual.
- 3.- Tanto el perio-aíd como el cepillo interproximal permitieron realizar un mejor control de la placa interproximal aunque el cepillo interproximal fue más eficaz que el primero.

El uso del cepillo interproximal puede iniciarse en cualquier momento que exista suficiente espacio en el nicho interproximal para la inserción del cepillo.

- Estimuladores interdentarios.

Se han adherido pequeños trozos de madera o nylon y puntas de caucho de diversos tamaños al mango del cepillo dental y durante años se ha recomendado como un medio para el estímulo interdentario y la eliminación de la placa.

La mayor parte de los estimuladores interdentarios son poco efectivos para la eliminación de la placa de las superficies interproximales, aunque los estimuladores interdentarios de madera, con forma de cuña, pueden ser benéficos debido a --

sus superficies blandas y ásperas. Estas cuñas no limpian eficazmente las zonas undidas o invaginadas y resultan difíciles de insertar desde la dirección lingual y palatina. Por este motivo, estos auxiliares no son tan eficaces como el hilo y el cepillo interproximal para la eliminación de la placa interproximal.

CAPITULO IV

RASPADO Y ALISADO RADICULAR

El raspado y alisado radicular son mucho más difíciles y complejos de realizar que el raspado supragingival.

El cálculo subgingival suele ser más duro que supragingival y a menudo se aloja en irregularidades de la raíz haciendo que esté más adherido y sea más difícil de eliminar.

La visión estará dificultada por la hemorragia inevitable durante la instrumentación así como el tejido propiamente dicho. El operador debe confiar mucho en la sensibilidad táctil para detectar cálculos e irregularidades, para guiar la punta del instrumento durante el raspado y alisado radicular y evaluar los resultados de la instrumentación.

Además la dirección y la longitud de los movimientos está limitada por la pared de la bolsa adyacente. Los límites del tejido blando hacen estrecha la adaptación a los contornos dentales imprescindibles para evitar traumatismos: para este fin se utilizan los raspadores o escarificadores específicos para cada zona. Mediante los siguientes procedimientos básicos.

El escarificador se sujeta con una toma de lapicero modificada y se hace un apoyo estable con los dedos; se adapta el borde cortante al diente con la parte inferior del cuello hacia el diente con la parte inferior del cuello paralela a la superficie dental; se desplaza la parte inferior del cuello hacia el diente de modo que el frente de la hoja quede casi contra la superficie dental.

Luego se introduce la punta de trabajo debajo de la enca y se lleva hasta el fondo de la bolsa con un movimiento exploratorio suave cuando el borde cortante alcanza el fondo de la bolsa se establece una angulación de 45° y 90° se ejerce presión lateral contra la superficie dental.

El cálculo es eliminado con una serie de movimientos controlados superpuestos, envolventes cortos y enérgicos.

A medida que se van quitando los cálculos la resistencia al paso del borde cortante se disminuye hasta que quedan únicamente irregularidades suaves.

Entonces se efectúan movimientos más largos y suaves de alisado radicular con menos presión lateral hasta que la superficie radicular quede completamente lisa y dura. Los movimientos de alisado y raspado radicular han de quedar limitados a la porción del diente donde hay cálculo o cemento alterado.

El paralelismo es un requisito fundamental para obtener la óptima angulación de trabajo.

El apoyo digital debe de permitir que el operador haga el movimiento adecuado para activar el instrumento.

Los escarificadores o raspadores para cada zona son los siguientes:

- El número 21 se usa en la zona de los dientes anteriores.
- El número 30-33 se usa en la zona de los caninos y premolares.
- El número 37-38 se usa en la zona de los molares.
- El C.K6 se usa para eliminar el sarro pesado de todos los dientes.

Estos instrumentos se utilizan tanto en la zona superior como en la zona inferior de la cavidad bucal.

En un determinado cuadrante, abordando desde la zona vestibular un extremo del escarificador se adapta a las superficies distales. Al abordar la zona lingual del mismo cuadrante el escarificador de doble extremo deberá ser invertida porque las hojas son simétricas como imágenes en el espejo.

Cuando se adapta la hoja del raspador o escarificador la mayor extensión posible del borde cortante debe estar en contacto con la superficie dental excepto en las zonas convexas estrechas como las aristas.

Evaluación del raspado y alisado radicular:

El raspado y alisado radicular se evalúan en el momento en que se efectúa y después de un período de cicatrización de los tejidos blandos. Inmediatamente después de la instrumentación, las superficies dentales deben ser inspeccionadas a fondo y visualmente con una buena iluminación y con la ayuda de un espejo dental y aire comprimido, también se les explora con un explorador o sonda delgada. Las superficies subgingivales deben estar duras y lisas. No obstante, la lisura relativa sigue siendo el mejor indicio clínico de que los cálculos y el cemento alterado se eliminaron por completo.

La valoración final se hace sobre la base de la respuesta de los tejidos. La evolución clínica de la respuesta de los tejidos blandos al raspado y alisado radicular, incluido el sondeo no debe efectuarse antes de las 4 semanas postoperatorias.

Stahl y colaboradores comprobaron que la reepitelización de las heridas creadas durante la instrumentación lleva de una a dos semanas aproximadamente.

Hasta entonces es previsible que haya hemorragia al sondeo aún cuando la eliminación del cálculo hubiera sido completa porque la herida no está epitelizada.

Toda hemorragia gingival que se perciba después de este lapso se debe a la inflamación persistente producida por depósitos residuales que no fueron eliminados durante el procedimiento inicial o al control inadecuado de la placa.

Hay ocasiones que el operador comprueba que después del raspado y alisado radicular queda una ligera rugosidad en la raíz. Si se han observado los principios de la instrumentación la rugosidad puede no ser cálculos.

Si los tejidos blandos se presentan sanos después de un intervalo aproximado de dos semanas, ya no es necesario proseguir el alisado radicular.

Si el tejido se presenta inflamado, el operador debe determinar en que medida esto se deba a la acumulación de placa o a la presencia de cálculos residuales y hasta que punto debe proseguir el alisado radicular.

CAPITULO V

TRATAMIENTO PERIODONTAL Y ENDODONTICO

La periodoncia y la endodoncia son especialidades separadas, pero el periodoncio no está dividido de manera similar en una mitad periodontal y en una mitad periapical, el periodoncio es una unidad continua; cuando la inflamación se difunde desde la encía hacia dentro del hueso alveolar y el ligamento periodontal puede llegar a la pulpa a través de los ápices radiculares o conductos pulpares accesorios cercanos al ápice o a la furcación.

La destrucción periapical causada por la infección purulenta puede propagarse a lo largo de la raíz y producir una periodontitis por vía apical o la inflamación de la pulpa puede extenderse por los conductos accesorios y causar inflamación y destrucción periodontal en la furcación.

Indicaciones:

El tratamiento periodontal y endodóntico combinado está indicado cuando hay una continuidad de destrucción entre el margen gingival y la región periapical.

El diagnóstico se hace mediante el sondeo de la bolsa periodontal hasta el ápice radicular.

Las radiografías con conos de gutapercha son auxiliares en el diagnóstico en estos casos es común que la pulpa no tenga vitalidad, el tratamiento periodontal y endodóntico combinado a veces también está indicado en dientes con destrucción periodontal que se extiende hasta las cercanías de la zona periapical pero no llega a ella.

Tales dientes con frecuencia resisten intentos repetidos de tratamiento periodontal; por lo general la pulpa responde al vitalómetro y a otras pruebas, sin embargo, la reparación de la lesión periodontal mejora notablemente después del tratamiento endodóntico.

El pronóstico del tratamiento periodontal y endodóntico depende del grado de movilidad y de la magnitud y distribución de la pérdida ósea.

Los mejores resultados se consiguen en dientes firmes con pérdida ósea confinada a una superficie radicular o a una raíz de un diente multirradicular; el pronóstico mejora al considerarse la oclusión y su corrección cuando fuera necesario.

Los tipos de tratamiento periodontal y endodóntico varían según los casos individuales realizados con propiedad dan resultados satisfactorios; puesto que la respuesta de cicatrización del periodoncio a las formas de terapéutica están interrelacionadas.

En este tratamiento no hay regla respecto a cual hay que realizarse primero; tratar la bolsa periodontal primero -- puede ser favorable para la cicatrización periapical, pues se cierra la corriente bacteriana desde la cavidad bucal.

Si el tratamiento endodóntico se realiza primero, se podrían forzar productos bacterianos tóxicos e irritantes químicos a través de los canalículos dentinarios, lo cual lesionan cemento e interfieren en el resultado del tratamiento periodontal.

El alivio del dolor determina el orden del tratamiento en estos casos.

CAPITULO VI OBTURACIONES

Basado en el concepto de que los depósitos microbianos producen los patógenos primarios de la inflamación gingival, - la meta específica de la Fase I del tratamiento es facilitar - la eliminación diaria de tales depósitos de los dientes eliminando contornos e irregularidades de las superficies dentales, luego establecer un régimen adecuado de control de placa.

Se puede esperar que el paciente haga la eliminación - de placa únicamente si las superficies dentales no están obstruidas por depósitos anfractuados o contornos irregulares que son de fácil acceso para los auxiliares de la higiene bucal.

En esta etapa del tratamiento el cepillo dental es el principal auxiliar del control personal de placa, el hilo dental puede usarse en superficies dentales lisas únicamente ya - que el pasaje del hilo por bordes afilados o superficies ásperas de los cálculos o las restauraciones desbordantes hacen - que el mismo se rompa ocasionando la eliminación inadecuada de la placa así como persistencia de hemorragia e inflamación que suele ser una experiencia desagradable para el paciente.

Las restauraciones sobrecontorneadas, desbordantes o - subgingivales y los aparatos de ortodoncia ocasionan intensa - acumulación de placa, inflamación periodontal, así como pérdida de hueso alveolar e inserción periodontal al igual que el - cálculo, tales restauraciones interfieren en el control eficiente de la placa y por lo tanto, deben ser corregidos o eliminados para permitir la reducción de la inflamación gingival.

El control adecuado de la placa por parte del paciente en dientes con restauraciones es factible únicamente si las - restauraciones están bien contorneadas y si su superficie es - lisa.

Los márgenes desbordantes son eliminados reemplazando la totalidad de la restauración o corrigiendo el contorno de la misma.

Las porciones desbordantes de las restauraciones de aleación y resina deben ser eliminadas.

Obturación de caries:

Las caries en la vecindad de la encía interfieren en la salud gingival, aún cuando no existan cálculos o restauraciones defectuosas adyacentes porque actúan como grandes receptores de placa.

La finalidad de esta fase del tratamiento periodontal es eliminar los reservorios microbianos lesivos para la encía, restaurar la forma y función de los dientes afectados.

CAPITULO VII

EXTRACCIONES ESTRATEGICAS

Las extracciones durante la Fase I se llevan a cabo de bido a caries severa, enfermedad periodontal avanzada, apifiamento, restos radiculares, dientes retenidos, entonces es necesario hacer extracciones selectivas de dientes.

La extracción de dientes sin precaución puede con frecuencia, iniciar una enfermedad periodontal o agravar la situación patológica ya existente en la proximidad del sitio de la extracción.

En Exodoncia, algunos errores frecuentes en cuanto a la técnica pueden afectar al periodonto en forma adversa:

- 1.- La forma en que se levanten los colgajos vestibular y lingual.
- 2.- La forma en que los dientes son luxados y elevados.
- 3.- El grado de separación de los tejidos después de la extracción.
- 4.- La forma en que se cierra la herida.

A parte de liberar quirúrgicamente el epitelio cervical y la inserción de tejido conectivo del diente, la creación de colgajos es, en muchos casos, innecesaria para motivos de exodoncia, sin embargo, no es raro que se requieran colgajos para exponer el hueso de soporte alveolar con el objeto de reducirlo y simplificar la extracción del diente, o corregir aberraciones morfológicas o patológicas de los tejidos duros y/o blandos, a la vez que se hace la extracción en tales casos, todos los principios y normas aplicables al manejo de los colgajos debridación y cierre de los mismos son igualmente importantes en la exodoncia así como en la cirugía periodontal.

Si la anchura y grosor de la banda de encía insertada son normales, la encía deberá ser conservada y colocada con -- precisión en su sitio original y estabilizada mediante suturas realizadas con cuidado.

Donde se requiere una extracción selectiva debido a -- una afección periodontal severa, en la mayor parte de los casos se requiere el empleo de colgajos a bisel interno como una parte necesaria del procedimiento de exodoncia.

Los terceros molares, parcialmente incluidos, no rara vez se ven complicados por la destrucción periodontal de los -- dientes adyacentes.

El mal uso de los forceps o elevadores durante la luxa -- ción, elevación y extracción, puede provocar lesiones al hueso alveolar por presión excesiva, y también a los tejidos blandos.

La práctica de tratar heroicamente de salvar todos -- los dientes de la boca suele provocar el fracaso y la frustración, nuestro objetivo en la odontología es salvar dientes y -- en ocasiones, la extracción selectiva de dientes gravemente -- afectados con el reemplazo subsecuente, es la forma más eficaz y económica de lograr nuestro propósito.

CAPITULO VIII

PROTESIS

- Prótesis Periodontal.- La práctica de la prótesis periodontal incorpora todos los procedimientos restauradores y de reemplazo esencial en el tratamiento de la enfermedad periodontal avanzada.

Existen conceptos de principios y técnicas que han contribuido mucho al campo de la odontología restauradora.

- Objetivos de la Prótesis Periodontal.- El principal objetivo de la prótesis periodontal es restaurar la dentición hasta alcanzar un estado de salud en la que pueda resistir con seguridad la tensión de las funciones normales y estar mejor preparada para resistir las fuerzas parafuncionales.

La movilidad patológica de los dientes es común en todos los casos que requieren prótesis periodontal, por lo que para alcanzar el objetivo de restaurar la función a una dentición, estos deberán ser estabilizados.

- Relaciones prótesico periodontales.- Las restauraciones dentales y la salud periodontal están relacionadas de manera inseparable, la adaptación de los márgenes, los contornos de las restauraciones, las relaciones proximales y la lisura de las superficies cumplen requisitos biológicos fundamentales de la enfra y tejidos periodontales de soporte.

La enfermedad periodontal y gingival se debe eliminar antes de comenzar los procedimientos restauradores por las siguientes razones:

- 1.- La movilidad dental y el dolor entorpecen la masticación y la función de la odontología restauradora.
- 2.- La inflamación del periodonto menoscaba la capacidad de los dientes pilares para satisfacer las demandas funcionales de odontología restauradora.

Al modificar la inflamación se modifica el contorno de la encía. La acumulación de alimentos crea espacios por debajo de los p^onticos de puentes fijos y sillas de las prótesis removibles; esto produce la inflamación de la encía de los dientes pilares.

Los márgenes de restauraciones por debajo de la encía enferma quedarán expuestos cuando ésta se retraiga después del tratamiento periodontal.

- Preparación de los p^onticos para odontología

restauradora.- En paciente con dentadura mutilada y enfermedad periodontal generalizada, se modifica el orden corriente y se confecciona una prótesis temporal antes de que se eliminen las bolsas periodontales, se tallan en los dientes -- márgenes provisionales que se desplazan una vez curada la encía.

Dos meses después, cuando la encía cicatriza y se establece la localización del surco periodontal, se modifican los tallados para reubicar el margen en relación adecuada respecto al surco gingival normal y se confecciona la restauración definitiva.

El tratamiento periodontal debe crear el medio ambiente necesario para la función adecuada de prótesis fija y removable.

Una vez concluido el tratamiento inicial, el estado de la salud dental debe ser tal que no haya caries activa y que - la destrucción del periodoncio este bajo control.

Esto resultará en la eliminación de la reacción inflamatoria aguda relacionada con la destrucción periodontal, así el estado de los tejidos gingivales debe ser de tal manera que puedan efectuarse otros procedimientos restauradores de mayor

envergadura sin efectos perjudiciales derivados de una encía enferma.

Obtener el control de la inflamación periodontal da como resultado procedimientos restauradores de mucha mayor calidad que si se los hubiera hecho en un medio de inflamación gingival.

-Prótesis Parcial Removible.- Datos clínicos nos revelan que cuando hay enfermedad periodontal avanzada y pérdida de numerosos dientes, los puentes fijos combinados con el tratamiento periodontal, que incluye una vigorosa terapéutica de mantenimiento puede dar un buen resultado periodontal. Se ha demostrado que los pacientes con prótesis parciales tienen peor salud periodontal que las personas con una situación similar pero cuyos dientes ausentes no fueron reemplazados.

Los efectos perjudiciales de la caries y la destrucción periodontal están acentuados en pacientes con mala higiene bucal; por tanto, no es prudente pensar en la colocación de una prótesis parcial removible en pacientes cuya higiene sea inadecuada.

Es necesario conocer el valor periodontal de la prótesis parcial removible para que beneficie al periodoncio y no cause destrucción periodontal y movilidad dental.

- Prótesis Parciales Removibles mal diseñadas.- Siempre que sea posible las prótesis removibles deberán ser apoyadas por dientes naturales, para esto se tendrá que hacer una valoración de los pilares con respecto a su ambiente periodontal. Los dientes que carecen de suficiente soporte deberán ser ferulizados a otros dientes por medio de coronas soldadas.

Los pacientes con prótesis parciales removibles deberán

ser examinados sistemáticamente para determinar el grado de -- cambios morfológicos en los tejidos, resultante de la resor- -- ción alveolar progresiva y determinar si la base exige un reba se.

Los pacientes con prótesis parciales removibles debe-- rán ser advertidos de que la buena higiene bucal es muy impor-- tante para evitar la acumulación de placa bacteriana.

La reacción más frecuente de los pacientes que igno-- ran las medidas adecuadas de higiene bucal, es descuidar el ce-- pillado en una zona que sangra fácilmente; la mayor acumula-- ción de placa microbiana, con un aumento de la inflamación pe de ocasionar una periodontitis.

Si las irritaciones han dado lugar a la formación de -- hiperplasia gingival, puede ser necesario recurrir a una plas-- tía del reborde alveolar. Si el resultado es periodontitis -- con afección ósea, puede ser necesario recurrir a la cirugía -- por colgajo para corregir los defectos; esto puede alterar la forma de los tejidos de manera indeseable, donde no deja de -- ser necesario hacer esto antes de recurrir al tratamiento con prótesis fija.

- Aspectos periodontales de las Prótesis Fijas y Removibles.- Además de la estética, la finalidad de la prótesis fija y removible incluye el mejoramiento de la eficacia masticatoria y prevenir la inclinación y extrucción de los dientes, como la alteración de la oclusión y empaqueta miento de la comida.

- Prótesis Parcial Fija y Removible combinada.- Los -- dientes aislados con soporte periodontal reducido son particu-- larmente vulnerables cuando se utilizan como pilares de próte-- sis parcial removible, carecen de acción de esfuerzo mesial y

distal, para ayudar a soportar las fuerzas transmitidas por la dentadura. En estos casos, hay que combinar la prótesis fija con la removible, los dientes aislados deben ser unidos, a lo más cercanos mediante un puente fijo y se pueden utilizar como pilares de prótesis removibles.

Otro procedimiento muy usado clínicamente, pero que si gue sin ser estudiado desde el punto de vista de su efecto sobre la salud periodontal, es el de las sobre dentaduras, estas prótesis completas están diseñadas para recibir soporte suplementario de dientes ubicados estratégicamente, preparados de manera tal que se deja una corona en forma de cúpula, rodeada de tejido desdentado.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CAPITULO IX

TRATAMIENTO ORTODONTICO Y SU RELACION CON LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

En el tratamiento ortodóncico los dientes son desplazados hacia una nueva posición y relación, los tejidos blandos y hueso adyacente son alterados para acomodarse a los cambios estéticos y funcionales.

El tratamiento ortodóncico de pacientes con enfermedad periodontal avanzada, se suele realizar no en niños ni adolescentes, sino en adultos.

El tratamiento ortodóncico puede causar lesiones a los dientes y al periodoncio, pero en la mayoría de estas instancias el daño es reversible y se produce la regeneración o reparación de las estructuras dentarias y los tejidos periodontales.

En tales casos, empero, las alteraciones podrían salirse de control y causar un daño irreparable.

Con el fin de prevenir este daño, se requiere un conocimiento básico apropiado de los principios biomecánicos así como de las reacciones tisulares en el tratamiento ortodóncico. La asociación posible entre la maloclusión y enfermedad periodontal, ha sido objeto de atención en la literatura, pero es escaso el apoyo hallado para dicha asociación; por el contrario, se ha afirmado que el tratamiento ortodóncico puede tener efectos adversos sobre los tejidos gingivales y periodontales, que pueden acelerar o promover la destrucción del tejido periodontal en alguna época de la vida.

Una cantidad de experimentos demostraron que en animales con encía normal o gingivitis manifiesta, las fuerzas ortodóncicas no causaron daño al tejido conectivo supraalveolar y el tratamiento ortodóncico por lo tanto no daría por resultado ni destrucción del tejido periodontal ni formación de bolsas.

Sin embargo, algunos estudios clínicos informaron que en niños y adultos jóvenes el tratamiento ortodóncico puede de hecho agravar una lesión gingival preexistente inducida por --placa y causar alguna pérdida de hueso alveolar e inserción pe--riodontal.

Estudios recientes de seguimiento subrayan la importancia del uso de fuerzas ortodóncicas ligeras y de una correcta higiene bucal.

Durante el período de tratamiento informaron que la --pérdida ósea marginal era mínima o no significativa en niños y adolescentes tratados ortodóncicamente.

Tratamiento de la Enfermedad Periodontal.- Esto incluye la eliminación de la placa y de los factores de retención --de placa, así como el establecimiento de una morfología de la región dentogingival que facilite el control personal de placa.

Se eliminan las bolsas gingivales profundas en caso de existir y se inicia el desbridamiento apropiado de las superficies radicales antes del tratamiento ortodóncico.

Tratamiento Ortodóncico.- El aparato ortodóncico debe estar correctamente diseñado. Debe proveer un anclaje estable sin causar irritación tisular con las bandas, alambres, ansas, espirales y elásticos utilizados en los aparatos fijos o con --ganchos y resortes utilizados en los aparatos removibles.

Más aún el aparato debe ser diseñado adecuadamente de manera que permita las medidas de control personal de placa.

En cada visita de reactivación se deben revisar todas las bandas, pues si están flojas pueden estimular la formación de placa y acelerar la formación de caries y lesionar los tejidos.

Por razones estéticas en ortodoncia para adultos, es --frecuente el uso de "brackets" plásticos unidos por resinas a

los dientes. El exceso de material de fusión cerca del margen gingival promueve la acumulación de placa y causará rápidamente inflamación gingival.

Existe el riesgo de que los elásticos se desplacen hacia el surco gingival y causen una inflamación con pérdida adicional de inserción y hueso. Por lo tanto, es importante sondear el surco de los dientes de anclaje y moverlos ortodómicamente en cada visita para descubrir material extraño.

En el tratamiento se deben considerar los factores siguientes:

Se debe elegir un aparato ortodómico adecuado; se seleccionarán dientes de anclaje apropiados; se usarán fuerzas ligeras interrumpidas; en cada visita de seguimiento se efectuará una evaluación clínica y radiográfica; se ajustará la oclusión si estuviera indicado; se verificará la técnica de higiene bucal.

Después del tratamiento ortodómico el ajuste final de la oclusión asegurará la buena estabilidad funcional; si fuera necesario, también se realizará un tratamiento periodontal.

También el mantenimiento a base de curetaje es indispensable para el paciente que recibe el tratamiento combinado periodontal y ortodómico.

El curetaje debe de realizarse suavemente y frecuentemente, en las zonas donde exista un alto nivel de placa, bolsas localizadas profundas y extensa inflamación gingival.

CAPITULO X

REVALORACION DE LA ADHERENCIA EPITELIAL

En esta cita vamos a realizar la valoración final del estado del periodonto, para establecer si la adherencia epitelial necesita más tratamiento, es frecuente que encontremos -- que se presenten cambios en los tejidos, ya sea, por falta de cooperación del paciente o algunos otros factores que pueden causar fracaso de tratamientos adicionales.

Debemos también de tomar en cuenta las características clínicas del periodonto en lo que se refiere a coloración, consistencia, textura superficial, puntilleo, profundidad del intersticio o bolsa y además, presencia o ausencia de sangrado - al sondear.

CONCLUSIONES

Estos diez pasos de la terapia prequirúrgica, son esenciales si esperamos obtener éxito con el tratamiento quirúrgico, solo podemos cambiar la secuencia de los mismos, ya que si no establecemos una preparación inicial, metódica y disciplinada tanto para los pacientes como para nosotros mismos, podemos fracasar en nuestro tratamiento periodontal.

Es importante explicarle al paciente que esta fase prequirúrgica, si la llevamos a cabo como se le ha indicado es fundamental para el éxito de su tratamiento, y que nos va a permitir que la intervención quirúrgica pueda ser necesario solamente en algunas áreas de su cavidad bucal y en otras evitar se totalmente.

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

- Carranza, Fermín A. : PATOLOGIA Y DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.
Editorial Mundi
1977.
- Glickman, Irvin : PERIODONTOLOGIA CLINICA DE GLICKMAN.
Editorial Interamericana - S.A. de C.V. Edición 5a.
1983.
- Stahl S.S. et. al. : SOFT TISSUE HEALING FOLLOWING CURETTAGE AND ROOT -- PLANING J. PERIODONTOL: 42: 678, 1971.
- Stahl S.S. et. al. : SPECULATIONS, ABOUT GINGIVAL REPAIR J. PERIODONTOL: 43: 395, 1972.
- Kelner, R.M. et. al. : GINGIVAL INFLAMATION AS RELATED TO FREQUENCY OF PLAQUE REMOVAL J. PERIODONTOL: 45: 303, 1974
- Loe H.A. : REVIEW OF THE PREVENTION -- AND CONTROL OF PLAQUE DENTAL PLAQUE A SYMPOSIUM -- HELD. In the University of Dundee. Edinburgh. E.S. Livings one 1969 p. 259.

- Hubert N. Newman. : LA PLACA DENTAL.
Editorial.- El manual moderno
1a. Edición 1982.
- Shafer William G. : TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
Editorial: Interamericana, S.A.
de C.V.
Edición 3a. 1977.
- Lindhe, Jan. : PERIODONTOLOGIA CLINICA.
Editorial. Médica
Pananamericana. 1986
- Orban, Balini Joseph. : PERIODONCIA.
Editorial.- Interamericana S.A.
de C.V.
Edición 1975
- P.N. baer, S. d. Benjamin. : ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS
Y ADOLESCENTES.
Editorial Mundi.
1975
- Robbins, Stanley. : PATOLOGIA, ESTRUCTURAL Y FUNCIO-
NAL.
Editorial Interamericana S.A.
de C.V.
Edición 3a. 1987
- Stephen Stone, Paul J. Kalis. : PERIODONTOLOGIA.
Editorial Interamericana S.A.
de C.V.
Edición 1978.

Schluger, Saul.:

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Cía. Editorial Continental,

S.A. de C.V.

1981.