

U. N. A. M.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL
(PARODONCIA)

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

EDUARDO AGUILAR MARIN

SAN JUAN IXTACALA, MEXICO 1978.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Preámbulo

CAPITULO I.

Causas

- a) Clasificación y Frecuencia
- b) Características y Aspecto Clínico

CAPITULO II.

Cepillado (Fisioterapia Bucal)

- a) Fines
- b) Técnicas
- c) Indicaciones al paciente.

CAPITULO III.

Terapéutica: Raspado radicular y Legrado

- a) Indicaciones y Contraindicaciones
- b) Propósitos
- c) Instrumental e Instrumentación
- d) Técnica y Pasos
- e) Complicaciones

CAPITULO IV.

Gingivectomía

- a) Indicaciones y Contraindicaciones
- b) Objetivos

- c) Preoperatorio
- d) Técnica y Pasos
- e) Indicaciones y Post-operatorio

CAPITULO V.

Gingivoplastia

- a) Indicaciones
- b) Técnica y Pasos

CAPITULO VI.

Operación a Colgajo

- a) Indicaciones
- b) Técnica

CAPITULO VII.

Conclusiones

BIBLIOGRAFIA.

P R E A M B U L O

La enfermedad parodontal establece un problema de gran importancia en la práctica de la Odontología Moderna.

El aumento de tamaño de la encía es una característica - clínica de la enfermedad parodontal, lesión de tipo proliferante que afecta la fibromucosa que cubre maxilares y - mandíbulas y se le da el nombre de Agrandamiento Gingival.

No pretendo en el presente trabajo, escribir nada nuevo - sobre el padecimiento, sino, simplemente hacer una recopilación de la literatura médica tocante a estos casos. - Los cuales eran de importancia aplicados a la práctica - profesional, para saber establecer un buen diagnóstico y - por consiguiente instituir una terápia acertada.

C A P I T U L O I

C A U S A S

Antes de iniciar cualquier tratamiento de la enfermedad gingival, debemos hacer una observación minuciosa y un diagnóstico completo. Usaremos el término Agrandamiento Gingival como descriptivo, más no como específico, que describirá un ejemplo clínico, sin intentar explicar la naturaleza de cada caso en particular. Una vez que se ha hecho el diagnóstico entonces el Agrandamiento Gingival puede ser especificado en forma apropiada.

Al hablar de Agrandamiento Gingival debemos hacer referencia a la situación y distribución de la lesión en el tejido gingival. Por lo tanto usaremos los siguientes términos:

Localizado.- Limitado a la encía en relación con un sólo diente o grupo de dientes.

Generalizado.- Ataca a la encía de toda la boca

Marginal.- Limitado al margen gingival

Difuso.- Ataca el margen gingival y la encía adherida.

CLASIFICACION DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL

De acuerdo con las alteraciones histopatológicas subyacentes y con la etiología el agrandamiento gingival, se puede clasificar con fines diagnósticos, en la siguiente forma:

I. INFLAMATORIO.

A) Agrandamiento Gingival inflamatorio crónico.

- 1.- Generalizado o localizado
- 2.- Circunscrito de aspecto tumoral.

B) Agrandamiento Gingival inflamatorio agudo.

- 1.- Absceso gingival
- 2.- Absceso paradontal

II.- AGRANDAMIENTO HIPERPLASICO NO INFLAMATORIO

(HIPERPLASIA GINGIVAL)

A) Marginal

b) Difuso

III.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL COMBINADO

IV.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO

A) Hormonal

- 1.- Agrandamiento gingival del embarazo
- 2.- Agrandamiento gingival de la pubertad
- 3.- Agrandamiento gingival relacionado con disfunción ovárica.

B) Agrandamiento gingival leucémico

C) Agrandamiento gingival relacionado con deficiencia de vitamina C.

D) No específico

V.- NEOPLASIAS GINGIVALES

VI.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL DEL DESARROLLO

I.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO.- Puede resultar de alteraciones inflamatorias crónicas o agudas, siendo más comunes las primeras.

A) AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO CRONICO.

Generalizado o Localizado.- Comunmente es de localización marginal. Se presenta como un ligero abultamiento

labial y lingual de la encía marginal y de la papila interdientaria. En las primeras alteraciones, se produce un contorno gingival exagerado alrededor de los cuellos de los dientes. Su tamaño aumenta hasta parecer una extensión semiesférica, distendida de la mucosa vecina, protruyendo hacia vestibular lingual y proximal, cubriendo parte del esmalte de los dientes atacados. Va progresando en forma lenta e indolora, a menos que surja una complicación secundaria por infección o traumatismo. Por lo general en todos los casos hay tendencia a la hemorragia, en respuesta a presiones e irritantes superficiales ligeras.

ETIOLOGIA DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO CRONICO.- Puede ser producido por cualquier factor capaz de irritar la encía. Se enumeran los siguientes factores:

- 1.- Relación anatómica anormal de un diente con el contiguo.
- 2.- Relación anormal de un diente con su antagonista.
- 3.- Falta de función.
- 4.- Falta de higiene bucal
- 5.- Presencia de sarro subgingival

- 6.- Presencia de cavidades cervicales subgingivales.
- 7.- Presencia de márgenes desbordantes subgingivales o cervicales de obturaciones o coronas.
- 8.- Empaquetamiento de comida
- 9.- Aparatos fijos o removibles.
- 10.- Por deshidratación de la mucosa gingival en los respiradores bucales.
- 11.- Hábitos de presionar la lengua contra la mucosa gingival.
- 12.- Protusión o separación de los incisivos superiores central y lateral.

B) AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO AGUDO.

Absceso Gingival.- Es una lesión de crecimiento rápido, localizada y dolorosa, de aparición repentina, se limita generalmente a la encía marginal, a la papila interdental. En sus primeros estadios aparece como un aumento de volumen redondeado eritamatoso con una superficie lisa y brillante, después de 24 o 48 horas, la lesión se presenta fluctuante y en punta, con un orificio superficial por el que puede drenarse el exudado. Si no es tratado en un principio el absceso por lo general se abre espontáneamente.

Este agrandamiento inflamatorio agudo, puede ser producido por irritaciones de sustancias extrañas, por ejemplo cerdas de cepillo de dientes, semillas, espinas de pescado, etc. Introducidas accidentalmente en el surco gingival.

Absceso Parodontal.- Afecta estructuras más profundas, puede ser agudo o crónico. Los agudos a menudo remiten haciéndose crónicos; puede haber lesiones crónicas sin pasar a estadios agudos, aunque frecuentemente sufren agudizaciones.

Absceso Parodontal Agudo.- Aparece como una elevación de la encía a la superficie lateral de la raíz. La encía de la zona afectada, es edematosa, roja y con una superficie lisa y brillante. La consistencia varía, en algunos casos es relativamente firme y en otros es blanda. En muchos casos la suave precisión digital la hace supurar por el intersticio gingival. Los síntomas característicos son: dolores pulsátiles irradiados, acentuada sensibilidad a la palpación y la percusión, movilidad, linfadenitis leve y en casos graves, puede presentarse fiebre y alteraciones del estado general.

Absceso Parodontal Crónico.- Suele presentar una fístula purulenta, con exudaciones intermitentes a través del orificio de la fístula, por el cual puede ser desaguado. En general este absceso se puede considerar asintomático, dolor vago, ligera elevación del diente, con deseos de morder y desgartarlo.

II. AGRANDAMIENTO GINGIVAL HIPERPLASICO NO INFLAMATORIO (HIPERPLASIA GINGIVAL)

Hiperplasia Gingival.- Es el aumento de tamaño de un tejido y órgano por aumento de número de células que lo componen. La encía es pálida, firme y no presenta ninguna de las alteraciones de color, textura superficial o consistencia con tendencia a la hemorragia, que son comunes en los Agrandamientos gingivales inflamatorios de tipo irritativo.

A) AGRANDAMIENTO GINGIVAL HIPERPLASICO MARGINAL NO INFLAMATORIO.

Esta lesión es una hiperplasia indolora de la encía, que aparece en caras interproximales y vestibulo linguales, con distribución semilunar y circunscribiéndose a los

cuellos de los dientes. Tiene aspecto de mora y cuando no se complica es firme, rosa pálida, con una superficie finamente lobular y sin tendencia a la hemorragia. Al aumentar de tamaño toma proporciones de un repliegue macizo que cubre parcialmente el diente y puede llegar a interferir la oclusión por excederse sobre las caras oclusales. El color, forma, tamaño y consistencia del Agrandamiento Gingival, puede modificarse a causa del estado local. En bocas con ligero depósito transitorio de materia alba y con la consiguiente hiperemia, la lesión aparece rojo brillante. Con trastornos circulatorios más crónicos, como los producidos por el sarro y otros irritantes locales, donde el estado circulatorio se acerca al estasis venenoso, acompañado por hemorragia y pigmentación secundaria, la lesión puede ser desde color púrpura claro, hasta azul obscuro.

El fenilhidantoinato, (dilantina sódica) se utiliza con mucha frecuencia para tratar la epilepsia, y suele producir hiperplasia marginal intensa, como acción secundaria. La hiperplasia por dilantina se observa, en un 6 a un 50% de los pacientes sometidos a este tratamiento.

La frecuencia e intensidad de la hiperplasia gingival mar

ginal no están directamente relacionadas con la dosificación o el tiempo que dure el tratamiento aunque las alteraciones gingivales aparecen en individuos a los cuales se les administra grandes dosis de dilantina sá-dica, durante largo tiempo

Los cambios de color, forma, tamaño y consistencia relacionados con diversos estados locales, son secundarios a la tendencia hiperplásica primaria. La lesión básica es de curso crónico, con variaciones en la gravedad, aparentemente no relacionada con las influencias locales. No se ha observado su desaparición espontánea, a menos que se deje de usar dilantina.

B) AGRANDAMIENTO GINGIVAL NO INFLAMATORIO DIFUSO.

En este caso, toda la mucosa gingival está agrandada tanto por su cara lingual como labial y hasta el surco vestibular. Aparenta distorsión general del contorno maxilar y mandibular.

La encía es rosada, casi de consistencia de cuero y presenta una superficie característica, finamente granulada.

Este tipo de agrandamiento gingival es relativamente raro. También se le da el nombre de gingivomatosis o elefantiasis, fibroma difuso o fibromatosis ideopática.

La etiología de la hiperplasia gingival difusa no ha sido aclarado. Se consideran como factores causales los siguientes: tendencia familiar predisponente, neoplasmas, trastornos de la nutrición y endócrinas.

III. AGRANDAMIENTO GINGIVAL COMBINADO.

Este agrandamiento se produce, cuando una hiperplasia gingival es complicada por alteraciones secundarias inflamatorias. La hiperplasia crea condiciones favorables para la acumulación de restos alimenticios, pues aumenta la profundidad del surco gingival, dificulta la higiene efectiva y desvía las vías normales de pasaje alimenticio durante la masticación. Los cambios secundarios aumentan el tamaño de la hiperplasia gingival pre-existente y producen el agrandamiento gingival combinado.

Las alteraciones de las características clínicas de la encía fuera del aumento de tamaño, son producidas por la inflamación, comprenden cambio de color, cambio de aspecto a una superficie hinchada brillante y distendida, de consis-

tencia blanda y friable. Cuando la inflamación es escasa y limitada al margen es posible apreciar la naturaleza de la lesión.

En general es especial para el tratamiento clínico satisfactorio del agrandamiento gingival, comprender la verdadera naturaleza del agrandamiento gingival combinado, que consiste, en una hiperplasia básica primaria de tejido conectivo y epitelio, no relacionada con cambios inflamatorios y una inflamación secundaria.

En los casos de agrandamiento gingival combinado, la eliminación de los irritantes locales hará desaparecer el componente inflamatorio secundario. El tamaño total de la inflamación se reducirá según el grado en que la inflamación contribuya al cuadro en general.

IV.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO.

Este ocurre cuando el estado sistémico del paciente es tal que exagera o distorciona la respuesta inflamatoria microscópica corriente, produce la correspondiente modificación de las características clínicas, comunes a los agrandamientos gingivales inflamatorios crónicos. La manera -específica en que el cuadro clínico del agrandamiento -

gingival condicionado difiere del agrandamiento inflamatorio crónico depende de la naturaleza de la influencia sistémica modificadora.

Para la iniciación de este tipo de agrandamiento es necesaria una irritación local, la cual sin embargo no determina, por sí sola, la naturaleza y las características clínicas.

TIPO DE AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO.

A) HORMONAL.- Se observa en el embarazo y en la pubertad.

1.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL DEL EMBARAZO.- El agrandamiento gingival puede aparecer como un aumento de tamaño bulbosa y generalizado de la encía marginal o masas circunscritas, simples o múltiples de aspecto tumoral.

A) Agrandamiento Gingival Marginal.- Se ha atribuido al agrandamiento gingival del embarazo una frecuencia de un 10% hasta un 70%.

El agrandamiento gingival del embarazo puede acentuar una zona previamente agrandada a aparecer en zonas sin cambios clínicos previos notables, donde exista alguna irritación. El agrandamiento tiende a ser más prominente en las caras interproximales que en las caras libres. En algunos casos la encía es agrandada de color rojo brillante blanda y friable. En otros de color azul oscuro o magenta, brillante y suave. El más ligero estímulo de la superficie, la hace sangrar.

En algunos pacientes con cierto grado preexistente de agrandamiento marginal, frecuentemente se observan cambios clínicos a medida que progresa el embarazo, aunque estas observaciones no controladas no pueden ser concluyentes.

B) Agrandamiento gingival circunscrito de aspecto tumoral del embarazo.- Aunque se le da el nombre de tumor del embarazo no es un neoplasma; Es una lesión inflamatoria de la encía, que difiere en su aspecto clínico del agrandamiento inflamatorio común, porque es el resultado de la respuesta microscópica a los factores irritantes locales, modificada por el estado de la paciente. Hace su aparición después del tercer mes de embarazo,

con frecuencia de 1.8 a 5%. Es generalmente una lesión indolora, a menos que su tamaño o forma favorezcan la acumulación de restos alimenticios e interfieran con la oclusión, en cuyo caso pueden aparecer alteraciones inflamatorias dolorosas.

Su aspecto, es el de una masa esférica achatada, fungiforme, aislada con indentaciones en su periferia lobulada, emergiendo del margen gingival o por su zona interproximal (más comunmente), vestibular o lingual e insertada por una base pediculada. Es de color rojo oscuro con una superficie brillante y lisa que frecuentemente presenta un abundante punteado rojo intenso. Es una lesión superficial que no invade hueso subyacente. La consistencia de la lesión varía desde semifirmeza, blandura y friabilidad.

El tratamiento a seguir, en este tipo de agrandamiento es la eliminación de todos los irritantes locales, por medio de legrado.

El tratamiento del agrandamiento gingival del embarazo que se limita a la remoción del tejido sin prepreocuparse de los irritantes locales puede dar lugar a la -

recidiva. Aunque generalmente al terminar el embarazo se reduce notablemente el agrandamiento gingival, la eliminación completa de las lesiones inflamatorias residuales exige la remoción.

2.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL DE LA PUBERTAD.

Con alguna frecuencia durante la pubertad suele producirse un agrandamiento gingival. Se presenta tanto en varones - como en mujeres, y en zonas sujetas a la acción de irritantes locales. Su distribución es marginal y se caracteriza por las papilas interproximales prominentes y bulbosas. - A veces sólo se agranda la encía vestibular, no alterándose las caras linguales. A veces solo se agranda la encía vestibular, no alterándose las caras linguales. El agrandamiento gingival de la pubertad presenta generalmente todas las características de la enfermedad inflamatoria crónica, solo que en el agrandamiento gingival de la pubertad existe la tendencia a la recidiva, en presencia de irritaciones locales ligeras. Las recidivas y la reducción espontánea de tamaño, cesan cuando se llegan a la edad adulta.

3.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL RELACIONADO CON DIFUSION OVARICA

La secreción interna del ovario tiene una gran relación con los dientes y el parodonto, tanto durante la menstruación, -

embarazo y la menopausia se presentan cambios mucosos de importancia. Las gingivitis, las hiperplasias gingivales, las gingivorragias, van asociadas a aquellas manifestaciones fisiológicas femeninas. Existe mayor predisposición a las parodontopatias en enfermas con hipofunción tiroidea y ovárica.

La relación del sistema endócrino con el parodonto es:

- 1.- La acción de las glándulas de secreción interna sobre el crecimiento, desarrollo y desnutrición, de los tejidos del parodonto.
- 2.- La acción de las alteraciones patológicas del parodonto sobre el resto del organismo.
- 3.- La acción de las perturbaciones endócrinas sobre los tejidos bucales y el parodonto.

El resultado de las alteraciones endócrinas es el de una encía hipertrófica que se caracteriza por la proliferación de los bordes y especialmente de las papilas en grado tan intenso que llega a ocultar casi por completo los dientes. La afección no es frecuente y afecta en particular a muchos jóvenes. También entre los dientes se forman tumores gingivales lobulados que alcanzan y sobresalen del nivel -

de la superficie de masticación y tienden a separarse unos dientes de otros. Por debajo de los lóbulos se encuentran frecuentemente depósitos de sarro que penetran profundamente más de lo que podría creerse.

B) AGRANDAMIENTO GINGIVAL LEUCEMICO.

El agrandamiento gingival leucémico se presenta cuando en respuesta a irritaciones locales, la encía se infiltra densamente con leucositos inmaduros y proliferantes. En consecuencia el cuadro clínico se encuentra alterado. En contraste con el agrandamiento leucémico verdadero, en aumento inflamatorio crónico no complicado es idéntico al que se observa en individuos no leucémicos.

Rara vez hay agrandamiento gingival en la leucémia crónica. En la leucémia aguda se encuentra en presencia de irritación gingival. El agrandamiento gingival leucémico verdadero puede ser difuso o marginal, localizado o generalizado. Puede aparecer como un agrandamiento difuso de la mucosa gingival, como una extensión voluminosa de la encía marginal o como una masa circunscrita de aspecto tumoral adherida a la mucosa gingival. El agrandamiento circunscrito puede ser simple o múltiple de forma esférica irregu

lar e indolora, a menos que se complique por la inflamación secundaria.

El agrandamiento leucémico verdadero es generalmente de color rojo y azulado obscuro, con una superficie brillante e irregularmente dentada, de consistencia firme y con tendencia a la friabilidad y a la hemorragia. Es frecuente la infección ulceramembranosa de la hendidura formada por la unión de la encía agrandada con la superficie dentaria contigua.

C) AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN RELACION CON DEFICIENCIA DE VITAMINA C.

La deficiencia aguda de vitamina C, por si sola no causa inflamación gingival, es esencial una irritación local.

La deficiencia de vitamina C produce hemorragia, degeneración del colágeno y además del tejido conectivo gingival. Estos cambios modifican la respuesta de la encía a las irritaciones locales, de modo tal que se inhibe la reacción y se exagera la extensión de la inflamación. En efecto combinado de la deficiencia aguda de vitamina C y la inflamación produce el agrandamiento gingival masivo del escorbuto.

El agrandamiento gingival producido por la deficiencia de la vitamina C es de distribución marginal, de color rojo, azulado, blando, hemorrágico y con una superficie lisa y brillante. A menudo se complica con la formación de una pseudomembrana con necrosis superficial.

D) AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO NO ESPECIFICO.

Se considera el granuloma piógeno, como una forma de agrandamiento gingival, que se debe considerar como una respuesta condicionada, exagerada a un trauma leve. Su aspecto clínico varía desde una masa circunscrita esférica pediculada de aspecto tumoral, hasta un agrandamiento achatado, de aspecto queloide y base ancha. Estas lesiones son de color rojo brillante o púrpura, friable o firmes según la duración y en la mayoría de los casos presentan la superficie ulcerada y una exudación purulenta. Pueden transformarse espontáneamente en papilomas fibroepiteliales o pueden persistir sin alteraciones durante años. El tratamiento a seguir, es la eliminación de las lesiones y de los factores irritantes locales.

V. AGRANDAMIENTO GINGIVAL NEOPLASICO

(TOMORES GINGIVALES)

Las neoplasias forman una porción relativamente pequeña de

los agrandamientos gingivales y comprenden un pequeño número total de neoplasias bucales.

FIBROMA. Estos fibromas en la encía provienen del tejido conectivo gingival o del mismo ligamento parodontal. Son tumores esféricos, de crecimiento lento, bien definidos que tienden a ser firmes y nodulares, aunque pueden ser blandos y vasculares. Los fibromas son generalmente sencibles. Con frecuencia se encuentra formación de hueso dentro del tumor.

PAPILOMA DE LA ENCIA. Aparece como una protuberancia dura de aspecto de verruga de la superficie gingival, las lesiones pueden ser pequeñas y aisladas o presentar una inflamación dura y ancha con una superficie finamente irregular.

TUMOR DE CELULAS GIGANTES. Puede salir de la papila interdientaria o del margen gingival, son más frecuentes en la cara labial, puede ser sesil o pediculado, su aspecto puede ser una masa regular y lisa a una protuberancia multilobulada, de forma irregular, con indentaciones irregulares, a veces presenta márgenes ulcerados, es de tamaño variable pudiendo llegar a cubrir varios dientes.

El tumor de células gigantes puede ser firme o vascular y

su color varía de rosa a rojo profundo o azulado, no tiene características clínicas patognomónicas que diferencien a esta lesión de otros agrandamientos gingivales por lo que el diagnóstico definitivo exige el exámen microscópico. - En algunos casos el tumor de células gigantes de la encía es localmente invasor, pudiendo extenderse y destruir el hueso subyacente.

Su incompleta eliminación termina en la recidiva y puede llegar a malignizarse.

TUMOR CENTRAL DE CELULAS GIGANTES. Aparece en el hueso alveolar, donde crece a expensas de hueso, resultando una cavidad o destrucción central del margen alveolar, a veces - puede deformar el contorno del maxilar apareciendo como un agrandamiento de la encía. También han sido descritos en la encía tumores mixtos de tipo de glándula salival y plasmocitomas, pero son raros.

LEUCOPLASIA. El aspecto de la leucoplasia de la encía varía de una lesión escamosa blanco-grisácea achatada hasta una placa queratinosa, gruesa irregular.

CARCINOMA. Es el tipo más común del tumor maligno que abar

ca la encía. El carcinoma en la encía superior es menos frecuente, el carcinoma en la encía inferior aparece comunmente en la zona de los molares a menudo en relación con una leucoplasia pre-existente. Las formas de carcinoma en la encía son:

- 1) Exicofítica. De forma de coliflor rara vez confinada a la encía. Puede sufrir hemorragia y necrosis.
- 2) Ulcerativo. Tiende a invadir la mandíbula exponiendo el hueso alveolar.
- 3) Verrugoso. Lesión de crecimiento lento, superficial, granular que puede extenderse a los tejidos vecinos.

Rara vez se ve una infección sobreagregada a un carcinoma verrugoso.

El carcinoma en la encía superior es generalmente de naturaleza papilar con profundas indentaciones de la superficie. El carcinoma de la encía hace metástasis e invade localmente por penetración con destrucción adyacente. También se puede extender lateralmente al surco vestibular invadiendo grandes porciones de tejido.

MELANOMA MALIGNO. Es un tumor bucal raro, aparece en el -

sector anterior superior de la encía. Es un tumor chato - fuertemente pigmentado caracterizado por su rápido crecimiento y sus tempranas metástasis. Surge en los malonablastos de la encía, mejilla o paladar. Infiltra frecuentemente el hueso subyacente y da metástasis hacia los nodu los linfáticos y cervicales, axilares.

VI. AGRANDAMIENTO GINGIVAL DEL DESARROLLO.

Este tipo de agrandamiento aparece en la parte anterior de la boca, durante el crecimiento y desarrollo de los maxila res. Consiste en una deformación bulbosa del contorno labial y marginal de la encía de los dientes en diversas eta pas de la erupción. Representa el espesor de la encía superpuesto sobre la prominencia normal del esmalte de la mi tad gingival de los dientes. En sentido estricto, el - agrandamiento gingival del desarrollo es de naturaleza fisiológica. Sin embargo a veces se complica con cambios in flamatorios crónicos, dando la impresión superficial de un agrandamiento gingival extenso, en realidad se trata de - una inflamación marginal superpuesta sobre un estado de de sarrollo que se modifica con el tiempo. Estas alteraciones se agraban por la acumulación de restos alimenticios.

C A P I T U L O I I
C E P I L L A D O

FISIOTERAPIA BUCAL

La fisioterapia bucal, debe ser considerada "no como simples medidas coadyuvantes, sino como procedimientos reales de tratamiento".

De esto se desprende la importancia del cepillado ya que es la base de dicha fisioterapia. El cepillado, como cualquier otro método de fisioterapia tiene como principal y único fin el de conducir al organismo a un mejor estado de salud.

La base de la eficiencia del cepillado como método de fisioterapia bucal es sin lugar a dudas el masaje gingival.

Se entiende por masaje, a la aplicación de una presión de amasamiento sobre la superficie del cuerpo o sobre un tejido, con el fin de estimular la circulación de una parte. Esta acción produce una isquemia local que va seguida de una hiperemia, al cesar la presión. De esta manera es obligada a salir la sangre estancada y llega a la zona, sangre arterial fresca.

Con esto se favorece la nutrición de los tejidos y se contribuye a la eliminación de los productos de desecho. Ha demostrado ser tan poderosa la capacidad de circulación local, para restaurar y conservar el estado normal de los tejidos, que, en muchos casos no es posible eliminar por completo los factores etiológicos de la enfermedad, es el masaje gingival el que decide, entre el fracaso y el buen éxito del tratamiento.

Los "fines" que se persiguen mediante el cepillado correcto, en la enfermedad parodontal son:

1) Control personal de Placa.

La eliminación o reducción de los microorganismos al quitar dentritus, materia alba y placa de los dientes.

2) Creación de tejidos firmes y duros, resistentes a la enfermedad.

3) Estimulación de los tejidos de sosten.

Así como sabemos que un cepillado correcto, traerá indudables beneficios, sabemos también que un cepillado defectuoso conducirá al paciente a un estado patológico.

La técnica de cepillado debe ser eficaz y sencilla, para

que pueda alcanzar los fines ya enumerados. En la actualidad existen diversas técnicas de cepillado, aunque no - todas llenan los requisitos citados y son las siguientes:

- 1) Técnica de Stillman
- 2) Técnica de Stillman modificado
- 3) Técnica de barrido
- 4) Técnica de Charters
- 5) Técnica de Glickman
- 6) Técnica fisiológica
- 7) Técnica de Bell
- 8) Técnica de Fones y otras.

- 1) **TECNICA DE STILLMAN.** Se coloca el cepillo con las - cerdas descansando en parte en la encía y en parte en la porción cervical de los dientes.

Las cerdas deben ser oblicuas al eje mayor del diente y dirigidas apicalmente. Se presiona lateralmente - contra el margen gingival de modo de blanquearlo lige - ramente. Se deja de presionar para dejar que la san - gre vuelva a la encía y se repite la aplicación de - presión varias veces, dando al cepillo un movimiento

ligeramente rotatorio, pero sin que se mueva el extremo de las cerdas.

Se repite el proceso en toda la boca comenzando en la zona molar superior y siguiendo sistemáticamente a las demás zonas. Para llegar a las caras linguales y palatinas de la zona anterior se coloca el mango del cepillo paralelo al plano oclusal con dos o tres penachos tomando los dientes y la encía.

Las caras oclusales de los molares y premolares se frotan con las cerdas perpendiculares al plano oclusal y penetrando profundamente en los surcos y espacios interproximales.

- 2) TECNICA DE STILLMAN MODIFICADA. Paso 1. Antes de iniciar el masaje gingival conviene limpiar las superficies triturantes. Esto se efectúa presionando los extremos de las cerdas dentro de los surcos. Simultáneamente se realiza la tarea de ablandar las cerdas para el masaje gingival consecutivo. Si se utiliza un cepillo de cerdas sintéticas, la limpieza de las superficies oclusales debe de hacerse al final.

Paso 2. Se coloca el cepillo de plano sobre los dien

tes con las cerdas paralelas a los ejes longitudinales de los dientes y las puntas dirigidas hacia la raíz dentaria. En esta posición las cerdas deben de cubrir la encía marginal y cementaria.

Si se pone la parte plana del mango del cepillo situada en la base de las cerdas a la altura de la superficie oclusal de los dientes, las cerdas se encontrarán colocadas a la altura correcta de la encía.

Las cerdas no deben llegar hasta la encía alveolar que recubre el hueso alveolar, pues ocasionarían lesiones en los tejidos. Únicamente las porciones marginal y cementaria de la encía pueden ser estimuladas de este modo, sin que se produzcan lesiones de los tejidos.

Paso 3. Se comprime el cepillo hasta formar un ángulo de 45 grados con el eje longitudinal de los dientes, ejerciendo así presión sobre los dientes y la encía. A consecuencia de esta presión los tejidos palidecen.

Paso 4. Se mantiene una presión suficiente para doblar las cerdas. Se imprime al mango un movimiento

lateral de un lado a otro, haciendo que las cerdas - se doblen pero sin apartarse de su posición primitiva; de este modo, el movimiento del mango hace que - las cerdas oscilen. El mejor modo de efectuar el mo - vimiento lateral o de bombeo es contando hasta diez; luego prosiguiendo el mismo movimiento, se lleva gra - dualmente el cepillo hacia las superficies oclusales de los dientes. Quedarán así limpias las zonas in- - terproximales a la par que los dientes.

Tan pronto como cesa la presión sobre la encía, ésta pierde su palidez y se colora de un rojo vivo, debido a la hiperemia temporal que determina un aporte - aumentado de sangre a la región masajeadada. La hiperemia desaparece pronto, y la encía adquiere entonces un saludable color rosado. La duración de esta coloración depende la normalidad de los tejidos. A medida que los tejidos recobren sus condiciones normales por la aplicación regular del masaje, el color rosado perdurará cada vez más, hasta que por fin se conservará durante todo el día. El procedimiento in - dicado se repite varias veces en la misma zona, y ca - da una de estas zonas debe superponerse a la siguien - te, hasta que hayan sido cepillados todos los dien- - tes.

3) TECNICA DE BARRIDO.- Se coloca el cepillo con las cerdas paralelas a los ejes longitudinales de los dientes y las puntas dirigidas hacia la raíz. Deben curbrirse con las cerdas los dientes y la encía marginal y cementaria. No deben llegar las cerdas a la encía alveolar pues ocasiona lesiones en los tejidos.

Se ponen las caras laterales de las cerdas en contacto con la encía y con los dientes, ejerciendo presión, hacer que el cepillo se deslice hacia las caras oclusales de los dientes; barriendo la encía y los dientes.

El procedimiento es aplicado en todas las regiones de la boca, tanto en las caras vestibulares como en las linguales o palatinas, y repitiendo el movimiento en cada zona un mínimo de cinco a seis veces.

A continuación pueden ser limpiadas las caras oclusales con un movimiento levemente circular pero sin correr demasiado las cerdas sobre los dientes a fin de que no se rompan.

4) TECNICA DE CHARTERS.- Se coloca el cepillo formando un ángulo de 45 grados con el eje mayor del diente,

cuidando de no pinchar la encía con las cerdas. Con ellas entre los dientes ejercer tanta presión como sea posible, dando al cepillo varios movimientos rotatorios o vibratorios. Esto hace que los costados de las cerdas entren en contacto con el margen gingival, produciendo un masaje ideal. Este movimiento no debe llegar a sacar las cerdas de su posición.

Después de hacer tres o cuatro círculos, se saca el cepillo y se vuelve a colocar en la misma posición, haciéndose tres o cuatro aplicaciones en el mismo lugar. La razón para esto es que las cerdas froten las superficies lingual y vestibular y luego se deslicen por el espacio interproximal.

Se repite el mismo procedimiento moviendo la distancia correspondiente a un diente y manteniendo los costados de las cerdas contra la encía. Las cerdas deben entrar en todos los espacios de ambas arcadas.

Las superficies triturantes no deben ser cepilladas con un movimiento de deslizamiento, sino que se debe colocar el cepillo directamente contra ellas dándole un ligero movimiento rotatorio para forzarlas en los

surcos y fisuras. Se saca luego el cepillo y se repite el proceso hasta limpiar toda la dentadura.

Este método necesita sumo cuidado y además condiciones especiales (inexistencia de papilas interdentarias), - para no resultar traumatizante.

- 5) TECNICA DE GLICKMAN. Paso 1. COLOQUE EL CEPILLO CONTRA EL DIENTE. Se pone el cepillo en contacto con el ángulo vestígulo-oclusal o borde inicial, con las cerdas hacia la línea de oclusión y en un ángulo de aproximadamente 45 grados con el eje mayor del diente. El mango del cepillo debe estar paralelo al plano oclusal.

ERROR COMUN. Existe la tendencia de colocar el cepillo en la zona molar superior de modo que se dirija hacia el zigoma. En esta posición se traumatiza el surco vestibular y la mucosa gingival vestibular y no se obtiene el máximo de utilidad en la zona del margen gingival.

Paso 2. LLEVE EL CEPILLO CONTRA EL MARGEN GINGIVAL. Se desliza el cepillo a lo largo de la superficie del diente hasta que el costado de las cerdas se ponga en contacto con el margen gingival manteniendo el ángulo -

de 45 grados entre las cerdas y el diente.

ERROR COMUN. Existe la tendencia a llevar las cerdas - hasta la mitad de la corona y luego llevar el mango con tra la mucosa gingival. Esta posición no es efectiva - para el masaje gingival. Los pacientes tienden a lle- var las cerdas contra la encía adherida hasta que el ce pillo es detenido por el surco vestibular. Al activar el cepillo en esta posición se descuidan el margen gin- gival y la encía interdental y se traumatiza la encía - adherida.

Paso 3. FLEXIONE LAS CERDAS. Una vez que las cerdas - han tomado contacto con el margen gingival se dobla el cepillo ligeramente en sentido de las agujas del reloj, de modo de flexionar las cerdas. Este movimiento pone la cara lateral de las cerdas en firme contacto con el margen gingival libre mientras que los extremos de las cerdas presionan contra las caras vestibulares de los - dientes y algunas cerdas se introducen en los espacios interproximales. La flexión de las cerdas es un paso - muy importante para asegurar el masaje de las encías y evitar el trauma.

ERRORES COMUNES. Al flexionar las cerdas existe la tendencia a doblar demasiado el cepillo disminuyendo así - el contacto entre el costado de las cerdas y la encía.

En su apuro por vibrar el cepillo los pacientes tienden a omitir la flexión de las cerdas y las cerdas no flexionadas se extienden en línea recta hasta la encía y el borde del mango lastima la encía. Al hacer el paciente el movimiento vibratorio, raspa la superficie gingival con la punta de las cerdas en lugar de hacer el masaje con el costado de las mismas.

Paso 4. VIBRE EL CEPILLO. Sin mover las cerdas lateralmente de la posición alcanzada en el paso 3, se rota suavemente el cepillo de modo que la fuerza se transmite a través de las cerdas flexionadas contra el margen gingival. Se continúa esta acción rotatoria mientras el paciente cuenta hasta diez.

ERROR COMUN. En vez de rotar el cepillo con las cerdas en posición, se tiende a deslizar las cerdas de adelante atrás, sin hacerlas rotar. Esto traumatiza al margen gingival y produce abrasión cervical.

La presión que emplea el paciente al hacer el movimiento vibratorio es, al principio, generalmente inadecuada. Se debe esto en parte, a los hábitos previos. Frecuentemente, las encías del paciente están sensibles, pues se intenta hacer un masaje vigoroso antes de que se haya producido la curación suficiente.

Una vez completado este procedimiento en la zona de molares se levanta el cepillo y se mueve hacia adelante - hasta que las cerdas anteriores lleguen a la prominencia labial del camino. Se repiten los pasos 1, 2, 3 y 4.

ERROR COMUN. Frecuentemente se coloca el cepillo de modo que las cerdas abarquen ambos lados del canino. En esta posición incorrecta se traumatizará la encía vestibular del canino al tratar de llegar a la encía mesial y distal de dicho diente.

Se lleva luego el cepillo hacia adelante a la posición siguiente con las cerdas extendiéndose desde mesial del canino hasta la zona incisiva. Se repiten otra vez los pasos 1, 2, 3 y 4

Se emplea el mismo procedimiento para el lado izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR: CARAS PALATINAS.

En la zona molar se coloca el cepillo de modo que la fila frontal de cerdas tome contacto con el margen gingival y las superficies dentarias contiguas, con el cepillo dirigido ligeramente hacia apical.

El manto del cepillo se dirige desde la zona de molares - derecha hacia la comisura del lado izquierdo opuesto. - Las cerdas de la parte anterior se flexionan entonces de modo que la superficie lateral de las cerdas presione contra la unión de la encía con el diente. Se activa entonces el cepillo con un ligero movimiento rotatorio con las cerdas en posición y mientras el paciente cuenta hasta - diez. Se mueve luego el cepillo hacia adelante.

En la zona anterior se coloca el cepillo en forma vertical.

MANDIBULA: CARAS VESTIBULARES

La relación del cepillo con los dientes y encías es la - misma que en el maxilar superior sólo que invertida, porque las cerdas apuntan al plano oclusal. Se activa el ce

pillo siguiendo los mismos cuatro pasos y se procede igualmente de derecha a izquierda.

MANDIBULA: CARAS LINGUALES

En la zona de molares se coloca el cepillo de modo que las cerdas de la parte anterior tomen contacto con el margen gingival y los dientes vecinos, con la punta del cepillo dirigida ligeramente hacia apical. Las cerdas del extremo se flexionan ligeramente de modo que los costados de las cerdas presionan contra la unión entre la encía y el diente. Se activa el cepillo con un ligero movimiento rotatorio y con los penachos en posición aproximadamente durante 15 segundos. Se corre luego el cepillo hacia adelante hasta la zona de molares y premolares.

En la región inferior se coloca el cepillo en posición vertical y se presiona hacia abajo de modo que la hilera frontal de cerdas se flexione contra el margen gingival. Se activa el cepillo con un ligero movimiento rotatorio y las cerdas en posición.

ERROR COMUN. En la región mandibular anterior existe la tendencia a colocar el cepillo de modo que las cerdas to--

men el borde inicial y una porción de cara lingual sin llegar a la encía. El paciente mueve entonces el cepillo de adelante atrás frontando sólo el borde incisal.

CARAS OCLUSALES

Con el mango paralelo al plano oclusal y las cerdas extendiéndose hasta los espacios interproximales, se mueve el cepillo en dirección anteroposterior. Durante el movimiento rotatorio se mantienen las cerdas en posición. Se repite el procedimiento en las diferentes zonas de la boca.

ESTIMULACION INTERDENTAL

El cepillado es seguido de la estimulación interdental que sirve para eliminar los restos de comida y para dar masaje a la encía interproximal.

Se usa como estimulador interdental la punta de goma. Hay otros tipos también muy efectivos de estimuladores, interdentales plásticos o de madera. Sin embargo la punta de goma además de ser efectivo tiene menos posibilidades de crear espacios entre los dientes o agrandar los ya existentes. Si es usada por un paciente muy detallista.

El uso de la punta de goma esta indicada en zonas interproximales expuestas por la reduccion de la altura de la encía. No debe usarse a menos que ya exista un espacio interproximal. La única excepción en esta restricción son las zonas en que las irregularidades de los dientes no permiten el acceso adecuado del cepillo.

Se coloca la punta de goma en el espacio interproximal desde vestibular y en un ángulo aproximadamente de 45 grados, con el extremo hacia el plano oclusal y la cara lateral contra la encía.

Se presiona firmemente la cara lateral contra la encía y se activa el estimulador con movimiento rotatorio. Se repite el mismo procedimiento por palatino del mismo espacio y se lleva luego el estimulador al espacio siguiente:

Además de su uso corriente para la estimulación interdentaria, las puntas de goma se usan en las lesiones de furcación y para eliminar los acúmulos superficiales después del raspado y curetaje o de la gingivectomía, durante el período en que no es posible el masaje vigoroso.

6) **TECNICA DE BELL.** Con la boca ligeramente cerrada para relajar los músculos del carrillo, el paciente sostiene el mango del cepillo en posición horizontal con las - cerdas en ángulo recto a los dientes y se aplica un mo - vimiento suave llevando las cerdas hacia abajo sobre - las caras bucales de los dientes inferiores y hacia - arriba sobre los dientes superiores. Después de una - serie de movimientos sobre un grupo de dientes, se mue - ve el cepillo hasta abarcar otro grupo. Generalmente se necesitan seis y ocho movimientos de cepillado para limpiar correctamente cada grupo de dientes.

Las caras linguales de los dientes inferiores se cepi- - llan con el mango colocado en un ángulo pequeño sobre la posición horizontal. Estos dientes se cepillan pr - mero con un movimiento hacia abajo seguido de varios - movimientos horizontales para cerciorarse de que todas las superficies de los dientes a nivel del margen gin- - gival han sido cepilladas correctamente. Para las ca- - ras linguales de los dientes anteroinferiores, el cepi- - llo se coloca en posición vertical y el movimiento de las cerdas es hacia arriba y hacia abajo en forma cir- - cular.

El cepillado de los dientes superiores exige ciertas -

modificaciones en relación con el de los dientes inferiores. En la mayoría de las bocas abiertas, lo más atrás que se puede colocar el cepillo es a nivel de los primeros molares. Por lo tanto, es necesario tener la boca ligeramente cerrada para que haya suficiente espacio y pueda colocarse el cepillo a nivel de los segundos y terceros molares. Se imprime a las cerdas un ligero movimiento circular y también movimientos horizontales. Las caras bucales de los dientes superiores se cepillan de la misma manera que los dientes anteriores. Pero el mango del cepillo se coloca ligeramente debajo de la posición horizontal para los dientes posteriores. El cepillo se mantiene en posición vertical y se mueve hacia arriba y hacia abajo con movimientos circulares para las caras palatinas de los dientes anteriores lo mismo se hace para los dientes inferiores.

- 7) TECNICA FISIOLÓGICA. Smith y Bell han descrito una técnica que trata de cepillar las encías de una manera similar al pasaje de la comida durante la masticación. Este método utiliza un suave movimiento que comienza en los dientes y sigue hacia el margen gingival y la mucosa gingival adherida.

- 8) TECNICA DE FONES. Con las arcadas muy proximales, y las cerdas del cepillo perpendiculares al eje mayor de los dientes y apenas en contacto con la encía de la arcada superior, se hace un movimiento rápido hacia atrás, se alcanza la encía y los dientes inferiores y se completa el círculo trayendo el cepillo hacia adelante y arriba, hasta alcanzar la encía de la arcada superior.
- 9) TECNICA VERTICAL. Con los dientes en oclusión protusiva es decir borde a borde, el cepillo se coloca perpendicular al eje mayor de los dientes, con el borde libre de las cerdas apoyadas en los dientes y se mueve en sentido vertical de arriba a abajo.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Para que un paciente pueda realizar una correcta aplicación de su técnica de cepillado, necesitamos nosotros los dentistas, realizar una correcta explicación de él.

El dentista puede valerse de un sinnúmero de auxiliares para realizar una instrucción. Entre los auxilia

res tenemos: modelos, dibujos, fotografías, películas, etc.

Como primera parte en la instrucción de un cepillado - debemos de explicar al paciente la importancia del mismo, y todo lo que esperamos de un buen cepillado. Se le explicará las características de un buen cepillo. Deben mencionarse cada una de las partes del cepillo. El cepillo debe tomarse firmemente con todos los dedos de la mano, a fin de evitar movimientos bruscos a falta de apoyo y que sólo causarán traumatismos a nuestra encía.

A continuación los siguientes puntos deben ser explicados:

1. El cepillo se aplicará cuando menos tres veces al día, inmediatamente después de las comidas. Si el paciente aumenta el número de comidas, deberá aumentar el número de aplicaciones.
2. El cepillado comenzará siempre en las caras vestibulares de los molares superiores derecha e irá avanzando hasta molares izquierdos. Pues pasará a las palatinas de esos mismos dientes y regresará hasta

las molares derechas. A continuación pasará a las -
caras vestibulares de las molares inferiores dere--
chas y avanzará hasta las molares izquierdas pasando
a las caras linguales de estos dientes y avanzará -
hasta las molares derechas. A continuación puede ce-
pillarse las caras oclusales. Es importante que el
paciente comprenda la importancia de seguir siempre
el mismo orden, a fin de no dejar zonas sin recibir
el beneficio del cepillado.

3. En cada zona abarcada por el cepillo, se aplicará el
movimiento de acuerdo con su método, un mínimo de -
cinco veces.
4. Todo avance del cepillo hacia una zona, deberá super-
ponerse a la anterior.
5. Dado que el cepillo es recto, deben de buscarse zo--
nas "rectas" en las arcadas, a fin de hacer una apli-
cación en la que no existan zonas que reciban más -
cepillado que otras. Debe ponerse especial cuidado
en las zonas de los caninos, ya que se encuentran -
en la curva máxima de la arcada. Los caninos deben
cepillarse en dos partes; su mitad distal junto con -

los premolares y su mitad mesial junto con los incisivos. Esto se refiere a las caras labiales únicamente ya que las caras linguales o palatinas se cepillarán completas en el mismo movimiento de los premolares. - Nunca debe colocarse el cepillo de lleno sobre el canino.

6. Al cepillar las regiones labiales de los incisivos superiores e inferiores, el labio debe separarse con la otra mano, a fin de facilitar el movimiento y además de no traumatizar el labio.
7. Al cepillar las caras oclusales se hará con movimientos cortos y ligeramente circulares. Los movimientos de fricción amplios destruyen rápidamente el cepillo.
8. Debe ponerse especial cuidado en las zonas de los dientes con restauraciones protésicas, principalmente las que soportan puentes fijos. Igualmente en las regiones con dientes apiñados o con ausencia de dientes.
9. Existe la necesidad de tener un mínimo de dos cepillos, siendo lo ideal tener tres, para usarlos alternadamente y así dar tiempo a que se sequen las cerdas

recobren su dureza. A fin de ayudar a tener este -
secado de una mejor manera, los cepillos nunca deben
ser guardados en lugares completamente cerrados. De
preferencia la cabeza del cepillo no debe quedar en
contacto con las paredes del lugar en el cual se -
guarda.

10. Nunca mojar el cepillo al comenzar el cepillado pues
esto suavizará las cerdas.
11. El tiempo mínimo de cepillado será de tres minutos.
12. No debe realizarse el cepillado con el cepillo dema-
siado alto sobre la encía. Con tres milímetros es -
más que suficiente.

C A P I T U L O I I I

TERAPEUTICA, RASPADO RADICULAR
Y LEGRADO (CURETAJE)

La eliminación de factores que producen inflamación gingival, se lleva a cabo por medio del raspado radicular y curetaje. Sabemos que causas locales producen un trastorno inflamatorio que conducen al agrandamiento gingival y por consiguiente la formación de bolsa parodontal, estas alteraciones son el principio de la destrucción parodontal.

BOLSA PARODONTAL. Es la profundización del insterticio gingival con proliferación apical de la inserción epitelial.

El fin fundamental del raspado radicular y curetaje es remover las concreciones y residuos de sarro que aparecen en las zonas subgingival y supragingival y eliminar la bolsa parodontal. Sin embargo, no todas las bolsas parodontales pueden ser removidas por el raspado radicular y curetaje.

En muchos casos es indispensable recurrir a procedimientos

quirúrgicos utilizados en Parodoncia.

RASPADO RADICULAR

Es un tratamiento de la raíz dental para quitarle todos los depósitos calcáreos y alizarla. Se puede lograr mediante su uso la eliminación de bolsas menos profundas gracias a la resolución de inflamación. Con el raspado radicular obtenemos una superficie radicular lisa, evitando las asperezas que ocasionarían una respuesta inflamatoria del tejido.

Debe proceder a la mayoría de los procedimientos quirúrgicos, pues crea un medio más sano al reducir los irritantes locales, la hiperemia, el edema y favoreciendo la cicatrización tisular. Se hace también el curetaje, tales como en la gingivectomía y operación a colgajo, etc. Igualmente se realiza después de procedimientos para completar la debridación y pulir cuidadosamente los dientes.

La eliminación completa del sarro exige, el desarrollo de un delicado sentido del tacto. Durante el raspado debe controlarse una y otra vez la lisura de la raíz del diente con un raspador delgado o explorador agudo.

Debe recordarse que las caras proximales de las raíces de los dientes posteriores, presentan una liegra depresión - en sentido del eje mayor del diente, muy a menudo enmascarado por los depósitos que dan a la raíz un contorno liso dando la impresión de que no hay sarro presente.

A menudo la falta de curación completa de los tejidos se debe a la retención de estos depósitos.

C U R E T A J E

Llamado también Raspado Gingival, es la remoción de la cara interna de la pared gingival de la bolsa. El propósito del curetaje es la remoción de restos degenerados y necróticos.

El agrandamiento gingival, se cree se deba a una hipere--mia de la encía y a la presencia de estásis sanguínea. - La hemorragia ocasionada por el curetaje reduce el volú--men de la pared gingival de la bolsa, trae el alivio de - esa zona y elimina también algunas sustancias nocivas, - facilitando y acelerando la curación. Otro de los propó--sitos del curetaje es la eliminación de la barrera epite--lial para la reinserción de las fibras del ligamento para

de la raíz. Puede realizarse al mismo tiempo que el raspado radicular ya sea accidental o intencionalmente, debido a la angulación de la hoja del instrumento, por un lado raspamos la superficie radicular y por otro, parte del epitelio y su recubrimiento pueden ser eliminados.

El raspado radicular y el alizamiento de la raíz contra--rrestan la inflamación, la bolsa y restauran la normalidad gingival, mediante la eliminación de restos que ocupan la bolsa, eliminación de sarro sub y supragingival, - eliminando así los factores físicos, químicos y biológicos que inducen a la inflamación.

Al eliminar los depósitos, disminuye el estímulo para el exudado inflamatorio, disminuyendo los cambios degenerativos que dificultan los procesos regenerativos normales. La eliminación del cemento necrótico prepara a la raíz para la aposición de nuevo cemento y a la inserción de las fibras del ligamento parodontal.

Aún el raspado radicular y curetaje más minucioso producen algún grado de irritación, trauma y cambios inflamatorios de los tejidos gingivales. Sin embargo, el efecto leve es de proporciones insignificantes y generalmente -

no llega a afectar el curso clínico de la curación.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL CURETAJE

INDICACIONES:

1. En tejidos agudamente inflamados y edematosos que contengan bolsas paradontales supraóseas, que nos requieren remodelación.
2. Nos es útil para la preparación de una técnica quirúrgica mayor (gingivectomía o colgajo).

CONTRAINDICACIONES.

1. Tejido fibrótico
2. Lesiones de furcación
3. Bolsas supraóseas profundas de difícil acceso y visibilidad.
4. Bolsas infraóseas.
5. En los casos en que sea necesaria la cirugía ósea a menos que sea la fase de preparación para un tratamiento quirúrgico posterior.

El curetaje está indicado en tejidos agudamente inflamados y edematosos en los cuales la eliminación de elemen--

tos inflamatorios y de fluido edematoso traerán consigo el encogimiento de la encía.

PROPOSITOS DEL CURETAJE:

1. Reducir el edema devolviendo firmeza a la encía.
2. Reducir la inflamación logrando una mejor arquitectura de la encía.
3. Reducir la hiperemia y estásis sanguínea mejorando el color.
4. Reducir la profundidad de la bolsa por encogimiento de la encía.
5. Reinserción de la encía al diente.

TECNICA DE RASPADO RADICULAR Y CURETAJE.

En la eliminación de la bolsa parodontal; se obtienen satisfactorios resultados si se realiza como una operación sistemática y bien planificada. Se puede hacer comenzando en un sector de la boca y avanzando ordenadamente hasta tratar toda la zona. O bien por cuadrantes.

Con esta técnica se obtiene la reducción o eliminación de la bolsa y de la inflamación. Pero, los resultados -

serán un fracaso si se opera a ciegas, es decir, debemos tener conocimientos de la región donde vamos a trabajar.

Teniendo en cuenta que la bolsa parodontal es una región llena de microorganismos e infectada de productos bacterianos y de descomposición alimenticia, puede presentarse exudado, debemos tener presentes las diferentes disposiciones de la unión amelocementaria, teniendo cuidado en el momento del raspaje. La hemorragia se presentará más frecuentemente en casos en que la pared blanda de la bolsa presente diferentes grados de degeneración, ulceración e ingurgitación de vasos sanguíneos.

El sarro dentario, materia alba y otro tipo de depósitos se encuentran adheridos a la superficie del diente, con la instrumentación correcta puede eliminárseles más aún si están superficialmente adheridos. El sarro situado más profundamente en la bolsa es duro y está tenazmente adherido a la superficie dentaria, debemos eliminarlo por completo. Esto lo comprobamos por la lisura de la superficie.

Sabemos que el objetivo de esta técnica es quitar el epitelio de la bolsa, el tejido inflamatorio y alisar la

superficie radicular, esto puede ocasionar ciertas molestias al paciente y frecuentemente dolor; debe usarse anestesia, ya sea local, tópica, por infiltración o troncular. Esto depende de la profundidad de la bolsa grado de inflamación y susceptibilidad del paciente y de la habilidad del operador, por lo que habrá casos en que no se requiera el uso de anestesia.

INSTRUMENTAL E INSTRUMENTACION

Los instrumentos empleados en la técnica de raspado radicular y curetaje, cumplen funciones específicas:

Remoción del sarro

Alizamiento de la superficie radicular

Curetaje de la encía o remoción del tejido gingival enfermo.

CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS

1. Exploradores para localizar los depósitos sobre los dientes y seguir el trayecto de las bolsas.
2. Raspadores superficiales. Para eliminar sarro superficial y supragingival.

4. Azadones. Para eliminar sarro sub-gingival y alisar la superficie radicular.
5. Curetas. Para eliminar la superficie interna de la pared lateral de la bolsa y para alisar la superficie radicular.
6. Limas. Para alisar y terminar la superficie radicular.
7. Tacitas de goma, cepillos para pieza de mano y tiras de pulir para limpiar y pulir las superficies y radiculares.

PASOS:

1. Eliminación de sarro y restos visibles, con esto se produce una ligera contracción de la bolsa por la hemorragia que se presenta. (Ivory número C2 y C3)
2. Eliminación del sarro sub-gingival profundo, se introduce el raspador profundo hasta inmediatamente por debajo del borde inferior del sarro y se elimina. (Yunger-Good 7 y 8).

Para el mismo fin se puede utilizar un raspador tipo cincel para las caras proximales de los dientes,

ya que se puede dificultar el raspado con otro tipo de instrumento.

3. Alizamiento de la superficie dentaria. (azadones - de Mc Call número 3 y 8). Siendo útiles para la - eliminación de depósitos profundos de cemento necrótico y para alizar la superficie radicular.

Se pueden encontrar zonas donde la raíz aparece - ablandada, son zonas donde el cemento ha sufrido - cambios necróticos y degenerativos. Debemos eliminarlas hasta llegar a la superficie dentaria firme y dura. En la unión amelo-cementaria el cemento - es muy delgado, pero si se encuentra necrótico es preferible eliminarlo y dejar al descubierto parte de la dentina.

En una dentina perfectamente limpia es posible que se deposite nuevo cemento.

Se pueden utilizar limas pero con mucho cuidado, - evitando laceración de una superficie cóncava que evita la cicatrización posterior y la reinsertión del tejido. El alizamiento final se hace con curetas (Julian Smith o Gracey).

4. Curetaje. El objeto del curetaje, como ya se indicó es la eliminación de la cara interna de la pared blanda de la bolsa, de modo que por contracción se pueda reducir la bolsa y se logre la reinsertión epitelial.

La contracción gingival puede reducir la bolsa parodontal dependiendo de:

- a) Disminuir o anular el aumento de tamaño y del edema, con la cual los tejidos adquieren formas más fisiológicas.
- b) No debe existir fibrosis en el tejido ya que ésta impide la contracción gingival, en caso de que ésta se presente debe levantarse la encía quirúrgicamente.
- c) Que el hueso subyacente se encuentre en buenas condiciones para favorecer la contracción gingival y por consiguiente la eliminación de la bolsa parodontal.

Para realizar el curetaje utilizamos la cureta de Julian Smith número 5 y 6, que tiene bordes cortantes

en ambos lados y al mismo tiempo puede alisar la superficie radicular. Por medio de la cureta se elimina el epitelio de la pared lateral de la bolsa. Se coloca en el punto superior de la inserción epitelial y se lleva a lo largo de la pared blanda hasta la cresta gingival eliminando parte del tejido del intersticio gingival. Debemos tener cuidado para no crear surcos o desgarrar el tejido. Sin embargo, se crea una superficie sangrante del tejido conjuntivo, con esto se forma un coágulo y al organizarse éste, su lugar lo ocupan nuevas células conjuntivas cementoblastos y osteoblastos. Debemos evitar eliminando la inserción epitelial para la reinserción de las fibras del ligamento parodontal a la superficie dentaria en un punto coronario a la inserción epitelial.

Por medio del curetaje eliminamos el recubrimiento de la bolsa, el epitelio y corión afectados. El curetaje debe realizarse desde el fondo de la bolsa, incluso paredes laterales, hasta el margen gingival y en caso de estar afectado éste lo debemos incluir en el tratamiento. En este momento se lava con una solución salina normal, se evita el coágulo y la hemorragia se cohibe. En caso de tratamientos muy profundos se puede

cubrir la superficie operada con un apósito de cemento quirúrgico.

5. Pulido. Después de terminado el raspado radicular - los dientes se pulen por completo, pudiendo hacerse - con una copa de caucho, pasta fina de pómez y agua, - se pule perfectamente la superficie radicular y la co - ronaria adyacente. La flexibilidad de la copa de cau - cho o de una tacita de goma, permiten el acceso a la zona subgingival sin traumatizar los tejidos. Se pue - den utilizar para el mismo fin, discos de lija muy fi - nos y cinta dental o bien piedras montadas en forma - de cono, para ciertas regiones, pero con extremo cui - dado para no lesionar los tejidos.

Después de pulir las superficies dentarias se limpia el campo con agua tibia y se aplica cierta presión pa - ra adoptar la encía a la superficie del diente.

El paciente sentirá cierta molestia en la zona trata - da, le indicaremos que evite la acumulación de alimen - tos y el cepillado brusco o vigoroso en esa zona.

Los cambios de la encía en una semana después del tra

tamiento, se observarán en la reducción de la alteración de la encía, ocasionados por la contracción y cambio en la posición del margen gingival. Esta se notará más rojiza que lo normal por el aumento de la vascularización relacionado por la curación.

En caso de no existir complicaciones el aspecto será - días después el de una encía normal, tanto en su color, consistencia, textura y contorno marginal - éste estará bien adaptado a contorno del diente. No deberá existir hemorragia gingival apreciable.

COMPLICACIONES:

1. Sensibilidad a percusión
2. Hemorragia
3. Sensibilidad a los cambios térmicos y a la presión táctil.

C A P I T U L O I V

G I N G I V E C T O M I A

La Gingivectomía es la técnica de incisión más antigua - de la parodoncia. Su aplicación marcó la primera modificación del método básico de raspado radicular y subgingival, por el tratamiento quirúrgico del tejido gingival - atacado por la enfermedad parodontal, y como recurso terapéutico para la eliminación de todos los tejidos afectados.

OBJETIVOS. La Gingivectomía se utiliza para eliminar - la profundidad o excesiva del intersticio. Sirve para - lograr una resección gingival aceptable.

INDICACIONES

1. Agrandamiento Gingival por infección, traumatismo, - medicamentos como el Epamín y Dilantín Sódico.
2. Lesiones de furcación.

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones para la Gingivectomía dependen de las condiciones locales y la salud general del paciente.

Existen casos en los cuales esta contraindicada y la consulta con el médico del paciente puede llevarnos a una decisión de no llevar a cabo la cirugía parodontal necesaria, por la gravedad del estado sistémico del paciente, pues si existiera la tendencia a una curación demorada o pobre el resultado podría ser un fracaso.

La presencia de enfermedades orgánicas o metabólicas debe ser bien valorada antes de recurrir a la Gingivectomía.

En los casos en que sea posible intervenir quirúrgicamente se hace solo un tratamiento parodontal paleativo, consiste en un raspado y curetaje de pequeñas zonas en cada visita.

Sin embargo hay otros pacientes en los cuales los antecedentes sistémicos no son tan graves como para contraindi

car la cirugía parodontal, bajo especiales medidas de precaución en este caso están los pacientes con:

1. Diabetes.
2. Fiebre reumática
3. Hipertiroidismo
4. Tendencias hemorrágicas anormales.

PREOPERATORIO

Antes de llevar a cabo la Gingivectomía, hay que preparar las zonas e intervenir.

Debemos perseguir el descongestionamiento gingival y la reducción de las hemorragias, de la supuración y del medio séptico microbiano. El cepillado y el masaje gingival antes de la operación producen en poco tiempo una regeneración de todos los fenómenos supurativos e inflamatorios quedando la boca en las mejores condiciones para ser intervenida.

TECNICA DE LA GINGIVECTOMIA

El procedimiento consiste, principalmente en la resección

cuidadosa del tejido gingival, falto de soporte hasta el punto que esté firmemente adherido, de modo de establecer un nuevo márgen gingival.

P A S O S

Antes de empezar la intervención es aconsejable la premedicación de algún sedante 30 minutos antes.

Se divide la boca en cuadrantes que se operan individualmente y se elige el cuadrante por operar.

Anestesia troncular, local o infiltrativa, depende del cuadrante que se haya elegido, de preferencia se utiliza la anestesia infiltrativa, que produce izquemia localizada cuando se inyecta en la encía insertada.

No se requiere más que anestesia de los tejidos blandos, pues las raíces de los dientes son más o menos insensibles a la hoja del bisturí.

1. MARCADO DE LAS BOLSAS. Para esto se usa la pinza marcadora de Crane-Kaplan, consistiendo en un extremo explorador y un extremo bisturí que forma un ángulo -

de 90 grados, se introduce el extremo explorador hasta el fondo de la bolsa, se cierra la pinza hasta que el extremo doblado perfora la encía en la base de la bolsa.

2. INCISION CONTINUA Y DISCONTINUA. Se utiliza el bisturí de hoja ancha como el Kirkland 15K o 16K, Goldman - Fox No. 7 o similares. Es preferible la incisión discontinua porque asegura el completo desprendimiento de las papilas interproximales. Se comienza la incisión desde el ángulo disto vestibular del último diente a lo largo de la superficie vestibular y a través del es espacio interproximal. Es una incisión semilunar cuyo contorno puede modificarse de acuerdo con el avance de la lesión, la incisión se lleva hasta la línea media. Debe hacerse un corte profundo llegando hasta la superficie dentaria a manera de filo de navaja.

3. ELIMINACION DEL MARGEN GINGIVAL Y DE LA PAPILA INTERDENTARIA. Los instrumentos apropiados para la remoción de tejidos son: El Goldman Fox No. 10 o con los instrumentos de cirugía de Kirkland No. 12, 13, 14. El margen gingival se desprende desde la línea de inci sión. El desprendimiento debemos comenzarlo de distal

hacia mesial hasta el final de la incisión, primero - por vestibular y luego por palatino o lingual, siem-- pre haciendo tracción hacia la corona con un movimiento firme y lento.

4. ELIMINACION DE TEJIDO DE GRANULACION. Se hace con ti jeras o curetas, después de eliminado el tejido de - granulación se quita el sarro, el hueso alveolar subyacente a las bolsas no debe ser eliminado.

5. BISELADO DEL MARGEN GINGIVAL. Se consigue con el bis turí. Después de esto se coloca el apósito quirúrgico de Kirland-Kaiser que es fácil de maneja y colo-- car, y tiene adecuado tiempo de fraguado. Una vez - fraguado es lo suficientemente firme para resistir la masticación, es agradable para el paciente, bien tole rado por los tejidos y fácil de retirar. El cemento se compone de plvo y líquidos:

Polvo. Resina en polvo y escamas de ácido tónico.

Líquido. Mezcla de aceite de maní y eugenol.

Se mezcla en un cristal agregando polvo al líquido, - hasta que se facilite su manipulación, se toma con -

los dedos y se amasa incorporándole más polvo al cemento hasta obtener una consistencia de masticue, una vez mezclado se divide en tres trozos, cada trozo se enrolla con los dedos hasta formar un cilindro, dos de éstos cilindros con 5 cm. de longitud. El otro cilindro se corta en trozos pequeños que quepan en un espacio interproximal, uno de los dos extremos se agudiza como punta de lápiz para introducirlo en el espacio interproximal, se colocan luego los cilindros en las caras vestibular y palatina. Otro método consiste en hacer dos rollos delgados para aplicarlos en las caras vestibular y palatina. Se cubre toda la región operada con los rollos, el cemento puede protegerse cubriéndolo con hojas de estaño.

El apósito no debe aplicarse hasta que no se haya detenido la hemorragia y el campo operatorio este cubierto por un coágulo sanguíneo bien formado.

VENTAJAS DEL CEMENTO QUIRURGICO

1. Defiende los cambios de temperatura por la ingestión de alimentos.
2. Proteje el tejido óseo expuesto.

3. Proteje la encía del labio favoreciendo la epitelización.
4. Proteje las superficies radiculares incluyendo la hiperestesia, que fatalmente sobreviene en toda exposición brusca de las paredes radiculares.
5. Estimula la formación y regula el tejido de granulación.
6. Obra como sedante previniendo el dolor pos-operatorio.
7. Permite regular la cicatrización de los tejidos blandos y óseos.
8. Evita que se depositen restos fermentables sobre los dientes.
9. Compensala falta de cepillo en los días subsiguientes.

POS-OPERATORIO

La vigilancia en los procesos de curación, la conservación de la encía, la limpieza y el estímulo de la cicatrización, son de gran importancia durante las tres o cuatro semanas de atención pos-operatoria. El paciente recibirá instrucciones detalladas.

INDICACIONES AL PACIENTE

1. En caso de dolor tomar una tableta de cesatyl cada tres horas después de la operación.
2. No tocar el apósito.
3. Dieta semilíquida evitando tomar alimentos excesivamente calientes.
4. Si en los dos o tres primeros días llegara a caerse un pedazo de apósito debe regresar al consultorio.
5. Enjuagatorios para mejorar la higiene, empezando al día siguiente, un tercio de licor alcalino antiséptico y dos tercios de agua tibia.
6. Puede cepillarse los dientes en forma horizontal menos en la zona del apósito, evitando así la acumulación de alimentos.
7. Evitar los ejercicios fuertes de cualquier tipo por lo menos durante tres días después de la operación.
8. Durante las primeras 24 horas puede sentirse una ligera debilidad o calosfrío que no debe alarmar.
9. Si tiene sangrado tres o cuatro horas después, se le indica que se aplique una gasa en forma de U a ambos lados del apósito durante veinte minutos, si la hemorragia no cediera que vuelva al consultorio.

REMOCION DE APOSITO QUIRURGICO

El apósito es facilmente desprendible con instrumentos - de Kirkland No. 14, haciendo una ligera presión lateral en el borde vestibular, las pequeñas partículas que quedan en la superficie gingival deben ser tomadas con una pinza de curación de punta fina, se lava la zona con un chorro de agua tibia pasándola por los espacios interdentarios para eliminar el resto, una vez eliminando el cemento se examina la zona.

La superficie cruenta gingival se encuentra cubierta por una película gris en donde se ven diversos tonos de rojo, la película gris es una cubierta apitelial y el color rojo es un tejido conjuntivo.

La mucosa bucal y lingual puede estar cubierta por un material amarillo grisáceo que es la acumulación de alimentos que se han introducido debajo del apósito. Se elimina con una torunda de algodón seco.

Los espacios interproximales deben estar limpios.

Las superficies dentarias suaves y limpias.

SECUELAS DESFAVORABLES POS-OPERATORIAS

1. Hemorragia persistente (Una vez localizados los puntos sagrantes detenerla a base de compresión, electrocricurfa y electrocauterio).
2. Sensibilidad a la percusión.
3. Reacción sistémica o una bacteremia transitoria provocada por los procedimientos operatorios, en este caso debe administrarse antibiótico como medida profiláctica.

C A P I T U L O V

GINGIVOPLASTIA

Es una técnica de cirugía plástica endobucal para obtener una forma fisiológica de la encía marginal e interproximal que, pese a haber sido curadas, están alteradas permanentemente por la enfermedad parodontal.

INDICACIONES.

1. Encía marginal cicatrizada con borde grueso y fibrótico.
2. Cráteres gingivales interproximales.
3. Variaciones bruscas del margen gingival en regiones adyacentes.

T E C N I C A

Se usa anestesia por infiltración en todo el campo operatorio. Se emplea preferentemente la inyección en las papilas interproximales. Con esta inyección además de obtener anestesia inmediata, da rigidez al tejido para llevar a cabo la remodelación quirúrgica.

Una incisión con bisel largo en dirección incisal y oclusal reduce el margen engrosado de manera rápida y con menor traumatismo. Con frecuencia es posible contornear - al mismo tiempo los espacios interproximales.

Después de la incisión, quedan por atender los detalles del contorno de los que depende la operación.

Existen dos procedimientos: Uno consiste en reformar cuidadosamente el margen gingival empleando el bisturí que se usa para gingivectomía. Esto es eficaz para quitar - pequeñas porciones cuadradas en el margen. El tejido - debe estar lo más rígido posible. Como el instrumento - es grande, se apoya en las coronas de los dientes, que - sirve de guía para obtener una superficie ondulante y lisa. Con este método la curación es rápida y sin complicaciones.

Con el segundo método se utiliza una piedra de diamante en el torno dental para conformar la encía. El tejido - debe estar firme para que pueda ser desgastado en la forma deseada.

El tejido movable y flojo no puede ser tallado correcta-

mente con este método. Los instrumentos deben tener un grado sumamente gruesos para evitar pulir el tejido. El empleo de un chorro de agua y aire constantes, así como una gran velocidad, tienen aquí tanta importancia como en los tejidos duros de los dientes.

La manipulación de estas piedras debe ser ligera y hábil para evitar la producción de calor, y como se van a quitar pequeñas cantidades de tejido la operación es rápida.

Se notará que después del uso de la piedra de diamante quedan todavía pequeñas tiras de tejido, que pueden quitarse raspando con el bisturí o tijeras finas.

C A P I T U L O V I

OPERACION A COLGAJO

Esta operación permite la inspección visual de los tejidos parodontales enfermos y hacen posible el fácil acceso terapéutico.

INDICACIONES

1. Para tener acceso a bolsas infraoseas.
2. Para tener acceso a lesiones de furcación.
3. Para tener acceso a bolsas parodontales en la región anterior de la boca.

La preparación de los tejidos por operar y los instrumentos que se requieren son los mismos que se usan en la gingivectomía.

T E C N I C A

Se traza una incisión vertical que se extiende desde el -

margen gingival hasta el pliegue mucovestibular. Luego se desplaza en sentido mesiodistal, con incisión en dirección vertical de las papilas interproximales. Con un elevador periostal se libera del colgajo y se levanta; - la pared gingival lingual será desprendida de los dientes para obtener suficiente acceso en esa forma, entonces - se hace una incisión vertical similar a la descrita para la superficie vestibular. El colgajo debe ser retraído lo suficiente para lograr acceso y visibilidad completa.

Una vez levantados los colgajos, las regiones enfermas - se tratan con los métodos indicados.

Las inserciones musculares altas pueden crear tensiones del colgajo después que ha sido readaptado y suturado, - la frenulectomía y la extensión del vestíbulo eliminan - esta dificultad.

Después de terminada la intervención parodontal se corta un milímetro aproximadamente, del margen gingival del - colgajo antes de suturarlo, se adapta el colgajo a la su - perficie del tejido adyacente. Se utilizan suturas de - seda o de catgut absorbible en las regiones interproximal - les y laterales. Cada región interproximal debe ser su-

turada. Los bordes de la encía en las regiones interproximales y en las laterales deben ser adaptados correctamente.

Se coloca el apósito quirúrgico, como se indicó en la gingivectomía, evitando que se introduzca debajo del colgajo. Esto se logra colocando pequeñas tiras de hojas de estaño en las regiones interproximales.

El cemento y las suturas se quitan a la semana; si es necesario, se coloca nuevamente.

La aproximación y suturas de las superficies de la herida en la operación a colgajo imponen restricciones en la topografía de la herida que se refleja en un resultado no siempre de acuerdo con la arquitectura correcta de los tejidos.

Esta operación esta considerada como una fase de una operación quirúrgica completa, como la gingivectomía y la gingivoplastia.

C A P I T U L O V I I

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

Según las causas que lo producen, el padecimiento puede ser de origen: Sistémico, endócrino o químico. Las lesiones que se presentan ocasionan, cambios de color, forma, tamaño y consistencia de la encía, gingivorragias alitosis, dificultad en la masticación y al cepillado y alteraciones en el aspecto estético.

Debiéndose establecer un buen diagnóstico a través de un interrogatorio, observación minuciosa y exploración. Una vez establecido el diagnóstico planearemos y llevaremos a cabo el tratamiento indicado.

Corresponde al Cirujano Dentista instruir al paciente acerca del tipo de cepillo que debe usar y enseñarle una técnica de cepillado adecuada, de lo cual dependerá el éxito del tratamiento parodontal que llevemos a cabo. Siempre y cuando contemos con la cooperación de nuestro enfermo.

Nuestro tratamiento a seguir será de acuerdo al tipo de Agrandamiento Gingival.

Raspado Radicular y Curetaje; se basa primordialmente - en la instrumentación, al cual podremos llamar procedimiento conservador.

Gingivectomía procedimiento quirúrgico, que se practica rá de acuerdo a los principios de la cirugía.

Gingivoplastia, técnica de cirugía plástica aplicada - con fines fisiológicos y estéticos.

Operación a colgajo, operación que en ocasiones usaremos como fase en gingivectomía y gingivoplastia.

Se indicará al paciente acerca de los cuidados posoperatorios, que deberá seguir, para prevenir cualquier proceso infeccioso y evitar el dolor.

El objetivo de la terapéutica parodontal, será conservar sano el tejido gingival y guardar la integridad del parodonto, conduciendo al paciente a un estado de salud.

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

1. Burket, Leser W.- Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento, Ed. Interamericana, México 1973.
2. Cecil, Loeb.- Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, 13 edición, Vol. I y II.
3. Glikman, Irving.- Periodontología Clínica, Ed. Interamericana, 4a. edición, México 1974
4. Goldman, Henry Maurice.- Periodontal Therapy, Saint Louis, 1973, 1070 p.
5. Harrison, et. at.- Medicina Interna, Ed. Prensa Médica Mexicana, 4a. edición, México
6. Legarreta Luis.- Clínica de Parodoncia, Ed. Prensa Médica Mexicana, 1a. edición, México.
7. Mc. Elroy, Malone.- Diagnóstico y Tratamientos Odontológicos, Ed. Interamericana, México 1971.

8. Orban, B.- Histología y Embriología Bucales, Ed. Pre
sa Médica Mexicana, 4a. edición, México
1969.
9. Orban B.- Periodoncia, Ed. Interamericana, 2a. edición,
México 1975.
10. Prichard, John F.- Enfermedad Periodontal Avanzada, Ed.
Labor, 3a. edición, México 1977.
11. Ranfjord, Mayor Ash.- Periodontology and Periodontice,
Ed. Saunders, Philadelphia 1979.
12. Thomas, Gorlingay Goldman.- Patología Oral, Salvat Edi
tores, Reimpresión, 1975