

40

V. 1 - 55 - 1942...

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

**LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO PRECOCES EN LA
PERIODONTOCLASIA**

TESIS PRESENTADA POR
ARMANDO TORIELLO GARRIDO
PARA OBTENER LA REVALIDACION
DE SU TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
EXPEDIDO POR LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA. - E. U.

MEXICO, D. F.
MCMXLII



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO PRECOCES EN LA
PERIODONTOCLASIA**

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOSES EN LA PERIODONTOCLASIA

La importancia de reconocer y tratar precozmente la periodontoclasia es algo que desgraciadamente ha sido y es visto con negligencia por la mayoría de los odontólogos, aparentemente por descuido o quizás por ignorancia. Dá pena decir que ésta negligencia es debida a ignorancia; pero cuando continuamente llegan pacientes a nuestros consultorios en busca de un diagnóstico y tratamiento favorables, en vista de que el Dentista a quien antes consultaron recomendó la extracción de sus piezas dentarias, por no creer en el tratamiento de la periodontoclasia, ¿Cuál otra opinión podemos emitir?

La profesión dental ha progresado muchísimo, sobre todo en los últimos años; pero por lo que se puede observar en la boca de muchos pacientes día a día, el progreso hecho por algunos dentistas en relación con la Periodontología, es muy escaso o nulo.

En los últimos diez años, parte de mi tiempo lo he dedicado a la práctica de periodoncia y cada día estoy más convencido de que uno de los mayores servicios que podemos dar a nuestros pacientes, es el reconocer los síntomas de la periodontoclasia precozmente e instituir su tratamiento inmediato, antes que el contorno y aspecto normal de los tejidos que rodean y soportan al diente.

te hayan cambiado, revelándonos éste cambio la existencia definida y real de un foco infeccioso cuyo origen tuvo lugar en el parадencio.

Al examinar la cavidad oral, hay una tendencia natural de fijar nuestra atención en aquellas cosas que nos interesan con particularidad. En otras palabras, si a uno le gusta el trabajo de incrustaciones metálicas, se buscan cavidades dónde poner éstas; si nuestra habilidad es en prótesis de puentes, se buscan espacios para colocarlos. Aquellos que practican la periodontología, naturalmente examinan con más atención la mucosa y espacios subgingivales. Un examen concienzudo será el que se haga tomando en consideración la boca como una unidad o un todo.

Cada defecto e irregularidad debe ser anotada en una tarjeta apropiada para el caso, de manera que se obtenga un record completo de la condición que presenta la cavidad oral, y al mismo tiempo formular un plan para mejorar esa condición, que tenga por objeto devolver a la boca su estado normal. En ésta forma rendiremos al paciente el mejor de nuestros servicios en bien de su salud. En consecuencia procederemos así: Interrogaremos al paciente para obtener los siguientes datos: Nombre, dirección, teléfono, ocupación, y horas convenientes para sus citas. Sexo, edad, antecedentes hereditarios; antecedentes personales patológicos; antecedentes personales no patológicos; principio, evolución y estado actual del padecimiento. Ampliaremos éste interrogatorio para conocer el estado de los aparatos digestivo, urinario, respiratorio, cardiovascular, y el sistema nervioso, así como a los órganos de los sentidos. Igualmente concederemos nuestra atención a la sintomatología general y a la terapéutica que haya sido empleada con anterioridad.

Procederemos a ejecutar la más minuciosa exploración que nos sea posible por medio de los elementos e instrumentos, más conocidos y estimados según el sentir y gusto personal de cada operador, no deteniéndome en detallarlos minuciosamente en vista de su gran número y variedad. Lo que sí es absolutamente importante llevar a cabo, es lo siguiente:

RADIOGRAFIAS

Una radiografía completa de todos los dientes y sus estructuras de soporte, teniendo especial cuidado en dirigir correctamente el rayo central, de manera que tanto los espacios interproximales cuanto la parte coronaria y la región apical puedan verse clara y precisamente, sin que exista distorsión alguna. Estas radiografías deben hacerse si es necesario en diferentes ángulos para constatar cualquiera infección que haya en las piezas depulpadas o sospechosas. Hay casos en los cuales es necesario hacer radiografías extra-orales, sobre todo en la región de la tercera molar. Del estudio minucioso de las radiografías podemos obtener los siguientes datos: áreas de rarefacción periapicales, fragmentos radiculares, áreas residuales, caries interproximales, quistes, piezas incluídas; y lo que es más importante: las lesiones del paradencio o sean la membrana peridentaria, la pared alveolar o lámina dura, las modificaciones de la cresta alveolar, la osteoporosis y la osteoesclerosos. En esta enumeración podemos incluir forma de raíces, el carácter de la estructura ósea, la existencia de traumatismo oclusal, etc., etc.

Se verá por todo lo anterior, la importancia capital del estudio radiográfico completo y concienzudo sin el cual pasarán desapercibidos muchos signos patológicos que de otra manera no pueden observarse.

MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio deberán tomarse con algún hidrocoloide o yeso. Estos modelos deben reproducir toda la dentadura hasta su más mínimo detalle, lo mismo que parte del tejido mucoso, por lo menos dos centímetros desde el reborde gingival. Los modelos deben montarse (usando el arco facial) en un buen articulador anatómico que reproduzca de la manera más aproximada todos los movimientos de los cóndilos del maxilar. En esta forma, puede estudiarse la existencia de traumatismo oclusal, la posición de línea de alguna pieza, y si la mordida tiene que abrirse protéticamente, etc.

PRUEBA DE LA VITALIDAD PULPAR

Son de opinión algunos odontólogos que en todas y cada una de las piezas dentarias se constate la vitalidad de la pulpa con el pulpómetro. No creo que sea necesario llegar a tal extremo, pero sí es aconsejable cerciorarse de la vitalidad de cada diente que sirva, por ejemplo, de soporte a un puente, y sobre todo cuando el metal está muy próximo a la cámara pulpar. En otras palabras todas aquellas piezas que sean sospechosas, deben ser sometidas a la prueba de la vitalidad pulpar, considerándolas como una amenaza a la salud, hasta que no se pruebe lo contrario.

En muchos casos los dientes pueden salvarse por medio de un tratamiento de canales bien hecho, siguiendo todas las reglas de la asepsia, sobre todo en aquellas piezas en que el cemento apical no ha sido destruido ni existan signos granulomatosos. No estoy de acuerdo con la escuela de radicalismo absoluto, pues no creo que todo diente depultado sea portador de infección; más bien es importante pensar en las dificultades y complicaciones que pueden crearse con la innecesaria extracción de los dientes, pues rompiéndose la armonía del arco dentario, permite la migración de las piezas restantes a otros sitios del apófisis alveolar, originándose de este modo un traumatismo oclusal y sus funestas consecuencias.

EXAMEN CLINICO

Después de haber hecho la prueba de la vitalidad pulpar, y con las radiografías colocadas convenientemente a nuestra vista; con los modelos de estudio montados en el articulador, se procede al examen de la cavidad bucal. El examen comienza desde las amígdalas siguiendo todo el recorrido de la mucosa oral. Después, se examinañ los dientes y el paradencio, anotando las piezas que falten, caries, obturaciones y puentes imperfectos, piezas en infraoclusión, piezas depulpadas, inclusiones dentarias, y aquellas que han migrado o están en girooclusión o acostadas. Después, se procede al estudio de la oclusión para ver si existe traumatismo, las probabilidades de abolirlo, comparando el cuadro clínico con los modelos montados en el articulador, tomando en consideración la relación anatómica, lo mismo que la cantidad existente de soporte alveolar. Seguidamente con exploradores apropiados para el caso, delgados y planos, se sondea alrededor del espacio subgingival anotando su profundidad, sobre todo las lesiones del paradencio si las hay. Si el espacio subgingival mide más de uno y medio milímetros, se marca en la tarjeta de examen para darle especial atención, tratamiento y observación, midiéndose la profundidad con periodontómetro. También obsérvese el color y carácter del tejido gingival, si está congestionado, hipertrofiado, esponjoso, duro o anémico. Igualmente anótese la recesión gingival, la cual es siempre acompañada de reabsorción alveolar.

Si se cree necesario se harán frotis bacteriológicos, aunque casi siempre se encuentran los mismos microorganismos a saber: estreptococos, estafilococos, bacilos coli, diplococos, espiroquetas de Vincent y otros muchos.

Cuando yo comencé el tratamiento de la periodontoclasia, adquirí el hábito (y creo que muchos lo tienen) de sólo hacer el examen macroscópico, y si en él no encontraba signos patológicos evidentes, tal vez por ignorancia o negligencia, daba un diagnóstico de periodontoclasia negativo. En muchos casos ni siquiera tomaba radiografías y si encontraba una pequeña gingivitis, instruí al paciente en el uso del cepillo dental, le recomendaba un tratamiento profiláctico con el odontólogo, aplicaba en las encías un poco de yodo y acónico, dando allí todo por terminado.

Conforme fué pasando el tiempo y con la experiencia que se adquiere gradualmente, comencé por hacer mis exámenes más minuciosos y exactos, de manera que son pocos los pacientes que llegan a mi consultorio sin recibir un diagnóstico positivo de periodontitis, en alguna de sus formas.

Pronto me di cuenta que el examen macroscópico solamente no es suficiente para mostrarnos las condiciones en el espacio subgingival, y no obstante que una buena y clara radiografía es una maravillosa ayuda al diagnóstico, no puede esperarse que ella sola, nos dé toda la verdad. Por lo tanto, al hacer el examen con los exploradores y periodontómetros en tejidos que parecen estar perfectamente sanos, muchas veces puede uno darse cuenta de varios estados patológicos que de otra manera no podrían haberse encontrado.

Antes de dar un diagnóstico negativo hay que estar absolutamente seguro de que todo el espacio subgingival alrededor de la dentadura ha sido explorado, exacta y concienzudamente. Cuando ya se tiene práctica, este examen de exploración se puede hacer rápidamente y con precisión. El espacio subgingival tiene normalmente una profundidad de uno y medio milímetros, si el periodontómetro marca una profundidad mayor, no hay duda de que un cambio patológico está ocurriendo, siendo necesario instituir el tratamiento lo antes posible.

ANTECEDENTES GENERALES DEL PACIENTE

Al tratar cualquiera enfermedad del paradencio, es de valor inestimable, conocer la edad del paciente, sus hábitos y el estado de salud en general. Es lógico pensar, que un caso avanzado de periodontoclasia en una persona entre las edades de cincuenta y sesenta años y que tiene un pasado de mala salud, no reaccionará al tratamiento, tan bien como una persona joven y fuerte. En los casos donde se han desarrollado estados patológicos como iritis, miocarditis, artritis, nefritis, endocarditis, pericarditis, neuritis o cualquiera otra condición parecida, no es aconsejable exponer al paciente, en casos avanzados de periodontoclasia a un tratamiento inseguro, como podría hacerse con una persona cuyo estado de salud general, es satisfactorio y en los cuales se puede tener mejor éxito.

DIAGNOSTICO

Muchos dentistas cometen el error de buscar lesiones periodontales únicamente en personas adultas; es cierto que el porcentaje de las lesiones del paradencio aumenta con la edad, pero es increíble cuantos casos típicos de periodontoclasia se encuentran en personas jóvenes y a veces adolescentes.

Al aplicar los dedos índice y pulgar a uno y otro lado de la mucosa gingival ejerciendo presión hacia la pieza dentaria, frecuentemente **una pequeña cantidad** de exudado sale del espacio sub-gingival, pudiendo ser sero-purulento, francamente purulento o sero-sanguinolento.

Cuando los tejidos gingivales pierden su contorno y forma normal, los dientes y encías ya no presentan esa propiedad de autolimpieza al frote con los alimentos, siendo en muchos casos difícil hacer esta limpieza hasta con el mismo cepillo. La apariencia es menos agradable, puesto que el valor estético del tejido gingival en su estado normal se ha perdido.

La sintomatología en estos casos es casi nula; si acaso al observar que después de su higiene habitual, su cepillo toma las características del popularmente llamado en Norte América "Cepillo rojo", es cuando el enfermo se decide a consultar al Dentista.

Es fácil de comprender, por todo lo anterior, las grandes dificultades que tiene el Dentista, para hacer un diagnóstico precoz

de la periodontoclasia, dado el silencio sintomático que presenta en este estado, y por consiguiente, en la mayoría de los casos, los enfermos se nos presentan cuando el padecimiento ha tomado carta de naturalización, o lo que es lo mismo, en el franco período de estado.

No hago mención, por consiguiente, a la sintomatología, ya más clara, como cuando existe supuración abundante acompañada de alargamiento y movilidad de los dientes, que revela ya una franca osteoclasia, que corresponden al período últimamente citado, por salir ya de la forma incipiente a que viene contrayéndose este estudio.

En lo que a radiografía se refiere es posible encontrar algunas veces y en ciertos casos una pequeña destrucción de la cresta alveolar, no siendo lo anterior un signo patognomónico; ya en el período de estado podemos encontrar los signos de una verdadera osteoclasia.

PRONOSTICO

Ya he mencionado anteriormente lo difícil que es que se nos presenten enfermos a consulta en el período incipiente de este padecimiento. Por consiguiente ante un caso real descubierto por nosotros y en consulta de otro género, el pronóstico variará según muchas circunstancias. Enumeraré algunas: Ante todo el terreno en el que evoluciona; saludable en general, con resistencias efectivas, ausencia de taras hereditarias, antecedentes patológicos personales sin importancia o nulos, buena nutrición compensada, clase social, hábitos higiénicos, actividad de trabajo, educación, y que comprendamos que tiene buen deseo de cooperar con el Periodontólogo, y localmente nos presente su cavidad bucal sin obturaciones incorrectas, oclusión casi normal, sin infecciones locales, etc., etc., evidentemente el pronóstico tendrá que ser favorable. Por el contrario si es persona de edad, con mala salud general, mal alimentada, excesivamente trabajada, perteneciente a una clase social humilde, con pocas o ningunas nociones de higiene personal, y nos presenta una cavidad bucal en relación con lo anteriormente expresado, podemos estar seguros de que el pronóstico es desfavorable y la marcha de su padecimiento será siempre ascendente.

Entre estos dos límites que me parecen lógicos cabe, una gran cantidad de situaciones intermedias que sería prolijo enumerar y que harán variar el pronóstico en su debida relación.

Para llegar a establecer un pronóstico, cualquiera que éste sea, deberemos compulsar y valorizar detenida y precisamente, todos los datos que tengamos en nuestra tarjeta record, así como los demás que hayamos obtenido durante el estudio que varias visitas del paciente nos facilitara.

Lo que sí podemos decir, es que el pronóstico en relación a la vida del paciente durante este período que venimos estudiando, no alcanza generalmente ninguna gravedad; pero si el padecimiento avanza en virtud de no ser tratado propiamente, y llega a constituirse el período de estado, el que a su vez, continúa agravándose, sí puede llegar a causar serios disturbios en la salud general del paciente, y por medio de una infección focal, llegar a comprometer la vida. En lo que respecta a la cavidad bucal, la presencia de este padecimiento localizado a una sola región, de un maxilar, con límites definidos, tendrá un pronóstico más favorable a si la encontramos más extendida, a ambos maxilares, o generalizada a todas las piezas existentes.

TRATAMIENTO

Después de hacer un minucioso estudio del caso y no obstante cuanto se desee conservar ciertas piezas por su valor estratégico, si éstas presentan una condición irreparable, es preferible la extracción, porque de esta manera puede suprimirse un foco de infección. Es mejor tener una boca sana con dentaduras artificiales, que exponer la salud del paciente, dejando una condición patológica latente en la cavidad bucal. En personas de mayor edad y debido a la dificultad que tienen para habituarse a las dentaduras artificiales, es muy importante salvar todas aquellas piezas dentarias que sea posible conservar en buen estado, para que nos sirvan de soportes y ayudas en la construcción de puentes removibles o placas parciales. El tratar la periodontoclasia incipiente causa mucho menos dolor, no toma tanto tiempo y el gasto es menor; además se previenen los daños que pueden causar la infección focal o el desequilibrio originado por la pérdida de la dentadura.

El tratamiento precoz de la periodontoclasia, puede considerarse basado en lo siguiente: Una limpieza mecánica perfecta, ejecutada con instrumentación apropiada para hacer la remoción completa de todo el tártaro dentario u odontolito. Reconstruir la morfología dentaria por medio de obturaciones metálicas correctas. Abolir todo traumatismo en la oclusión, ya sea por medios ortodóncicos o protéticos, según el caso lo requiera. La aplicación adecuada de antisépticos de baja concentración. Instruir al

paciente sobre el correcto cepillado de los dientes y la higiene de la boca en general, haciéndole ver la necesidad de su absoluta cooperación para tener éxito en el tratamiento. Otra cooperación requerida en muchos casos es la del médico, quien se encargará de corregir el estado general del paciente, principalmente cuando se presenten alteraciones del sistema endocrino, avitaminosis, desequilibrios en el índice cálcico, alergias, etc., etc.

El mejor servicio que la profesión dental puede dar a la humanidad está en el campo de la prevención, no obstante, cuán beneficioso es el poder controlar un caso de la llamada piorrea.

Si nosotros usamos todos los medios y conocimientos que estén a nuestro alcance para reconocer y tratar la periodontoclasia en su estado incipiente, éste servicio es mayor y dará resultados más satisfactorios y permanentes.

Naturalmente lo ideal sería poder prevenir hasta los casos de periodontoclasia incipiente; pero mientras no tengamos un conocimiento mayor y más profundo de endocrinología, de los requisitos para una alimentación perfecta, y regular los métodos de vida, me temo que será difícil llegar a esta utopía.

Pero si dedicamos más tiempo y tenemos más perseverancia y paciencia al enseñar a nuestros pacientes jovencitos, la manera de cuidar y asearse la boca con explicaciones simples y gráficas, haciéndoles entender la gran importancia que éste tiene para ellos, habremos ganado mucho y dado un paso más en el campo de la prevención. Si éste cuidado es observado por el niño desde su infancia, se podrán preveer en gran escala los disturbios gingivales y la misma caries dental, habiendo contribuido entonces en alto grado a mantener y mejorar la salud en general de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

I.—Radiografías correctas, exámenes clínicos y de Laboratorio, instrumental adecuado, conocimientos y eficiencia del Operador, y la necesaria cooperación del paciente, son los factores que nos conducirán al éxito.

II.—Entre más precoz sea el diagnóstico, más favorable serán el pronóstico y tratamiento.

III.—El tratamiento precoz es simple, fácil y elimina las complicaciones subsecuentes que indefectiblemente se presentan al no llevarse éste a cabo.

IV.—Por todos los medios de propaganda modernos se deben popularizar los conocimientos de higiene bucal.

V.—La cooperación del médico general, es necesaria muchas veces. en el tratamiento de estos pacientes.