5/5

# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

# DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES MAS FRECUENTES

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

María Guadalupe Jaimes Hernández

México, D. F. 1981

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**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.

*INDICE*

*INTRODUCCION*


| | | Pág. |
|---|---|---|
| *Capítulo I* | *Anatomía del Periodonto* | 1 |
| | *a) Periodonto - Encía (mucosa alveolar)* | 3 |
| | *b) Unión Dentogingival* | 9 |
| | *c) Ligamento Periodontal, cemento y proceso alveolar.* | 5 |
| *Capítulo II* | *Microbiología de la Enfermedad Periodontal* | 12 |
| | *a) Microbiota Bucal* | 16 |
| *Capítulo III* | *Clasificación de las Enfermedades Periodontales* | 21 |
| | *a) Etiología* | 22 |
| *Capítulo IV.-* | *Medidas de Prevención* | 30 |
| | *a) Tratamiento Terapéutico Preventivo* | 31 |
| | *b) Niveles de Prevención de la Enf. Per.* | 32 |
| | *c) Plan de Tratamiento* | 36 |
| | *d) Relación entre Profesional y Paciente.* | 47 |
| *Capítulo V* | *Tratamiento indicado en las enfermedades más frecuentes* | 57 |
| | *a) G U N Recurrente* | 57 |
| | *b) Gingivostomatitis Herpética* | 60 |
| | *c) Pericoronitis* | 62 |
| | *d) Abcesos y Quistes* | 65 |

*e) Raspaje Radicular.* ..... 70

*f) Halitosis.* ..... 73

*Capítulo VI* *Caso Tratado.* ..... 77

*CONCLUSIONES.*

*BIBLIOGRAFIA.*

# CAPITULO I

## INTRODUCCION

En la actualidad el C. Dentista, no sólo está interesado en la parte restaurativa y protésica de la especialidad que ocupa, sino también en los tejidos de soporte del diente y en la mucosa de la boca, tanto en estado normal como patológico.

Como la boca y las estructuras contenidas en ella están en contacto con el medio ambiente, presentan extraordinaria predisposición a las enfermedades. Por ésta causa, los tejidos blandos de la boca, son indicadores fidedignos del estado de salud del individuo en general, ya que las alteraciones de éstas estructuras, con frecuencia constituyen la primera manifestación de muchas enfermedades generales. Por lo tanto es esencial que el C. Dentista esté capacitado para conocer los procesos patológicos que se producen en la boca y en los tejidos de soporte de los dientes en particular.

El C. Dentista, siendo responsable de la salud de los enfermos, está obligado a tener los conocimientos necesarios, para reconocer, diagnosticar y tratar o prevenir las enfermedades bucales, ya que muchas veces, la falta de diagnóstico o un diagnóstico erróneo pueden retardar la terapia indicada y ocasionar cambios de fatales consecuencias para el enfermo.

## CAPITULO I

### ANATOMIA DEL PERIODONTO.

Mucosa Bucal - Encía. Fundamentalmente se puede clasificar la mucosa bucal en tres tipos diferentes.

a) La encía y la mucosa que recubre el paladar duro (mucosa masticatoria)

b) El dorso de la lengua (mucosa especializada)

c) Y la restante menbrana de la mucosa bucal (mucosa del revestimiento)

Características de la Superficie.-

Encía normal. La encía (mucosa masticatoria) es la parte de la mucosa unida a los dientes y a los procesos alveolares de los maxilares. Las características normales de la encía incluyen lo siguiente:

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

Contorno Papilar.- Las papilas deben llenar -- los espacios interproximales hasta el punto del contacto

Contorno Marginal.- La encía debe afinarse hacia la corona para terminar en un borde delgado.

Textura.- Superficies vestibulares de la encía insertada.

Consistencia.- La encía debe ser firme y la parte - insertada debe estar firmemente unida a los dientes.

Surco.- El surco es el espacio entre la encía libre y el diente. (Su profundidad es mínima, alrededor de Imm en estado de salud) El surco anormal no excede a los - 3mm de profundidad. Ancho de la encía insertada: ésta en-- cía está insertada por la unión mucogingival libre, es más ancha en los dientes anteriores, 4mm o más, y es más angosta en la región de los premolares.

Punteado.- La superficie de la encía insertada se caracteriza por el aspecto de cáscara de naranja y puede variar de una persona a otra.

ENCIA LIBRE MARGINAL.

Este tipo de encía es la parte coronaria no -- insertada y el diente. La profundidad en estado de salud - es mínima, de 3mm aproximadamente.

Surco gingival.- Es el espacio entre la encía- libre y el diente.

Surco Marginal Libre.- Con frecuencia, el fondo del surco gingival está marcado en la superficie externa de la encía por un fino surco que corre paralelo al margen gingival libre.

ENCIA PAPILAR.- El tejido gingival que se ex-- tiende en el sector interdentario forma las papilas gingi-

vales, que son de especial importancia clínica y patológica. Son las primeras y más exactas indicadoras de enfermedad periodontal.

COL. Es la forma de tienda de campaña con dos picos. Las papilas interdentarias de los dientes posteriores pueden tener forma triangular vistas desde la parte lateral. En casos de diastemas, el tejido interdentario no forma una cresta, sino un reborde romo o una superficie cóncava.

MUCOSA ALVEOLAR.- La mucosa alveolar, difiere de la encía insertada firmemente adherida al hueso y adyacente y está inmóvil, mientras que la mucosa alveolar, tiene una unión laxa y es móvil.

PERIODONTO.- Es un término que se refiere a la unidad funcional de tejidos que sostienen al diente.

El diente y el periodonto juntos, son denominados unidad dentoperiodontal.

Los tejidos comprenden la encía, la unión dentogingival, el ligamento periodontal, el cemento y el proceso alveolar. Tienen interdependencia bilógica, la relación armoniosa entre las diferentes partes del periodonto se mantienen en condiciones normales, incluso a pesar de los cambios constantes que se producen en los tejidos periodontales durante la vida.

UNION MUCOGINGIVAL.- Las características de transición, se observan en la unión mucogingival.

Las fibras del tejido elástico son más numerosas y gruesas en la mucosa alveolar.
Su tamaño y su cantidad disminuyen gradualmente en la unión mucogingival. Raras veces se comprueba la presencia de fibras elásticas en la encía insertada.

Surco Gingival.- Libre. Este surco delimita coronariamente la encía insertada. Desde el punto de vista histológico, suele corresponder a una papila epitelial grande. Se cree que el surco gingival libre y la papila epitelial, son el producto de los impactos funcionales sobre la encía libre.

Punteado.- La superficie de la encía insertada, se caracteriza por la presencia del punteado. El punteado es la depresión epitelial y es el resultado de los haces de fibras colágenas, y penetran en las papilas del tejido conectivo.

Tejido Conectivo.- La lámina propia de la encía, se compone de tejido conectivo denso, con pocas elásticas. Las fibras colágenas ordenadas en haces prominentes nacen en la zona servical del cemento y también de la superficie perióstica del proceso alveolar, se entrelazan con haces de fibras que siguen diversas direcciones.

Fibras.- Las fibras gingivales se disponen funcionalmente en los siguientes grupos.

Grupo Dentogingival

Grupo Alveolingual

El tejido conectivo también contiene vasos sanguineos.

LIGAMENTO PERIODONTAL.- El ligamento periodontal es un tejido conectivo denso que une al diente, al-hueso alveolar. Su función fundamental es mantener el - diente en el alveolo y mantener la relación fisiológica entre el cemento del hueso. También tiene propiedades - nutritivas, defensivas y sensoriales.

La formación del ligamento se puede ilustrar-en una secuencia de cuatro pasos.

1.- Las fibras cementarias, muy cercanas una-de otra, cortas, y en forma de pincel se extienden desde el cemento. Unas pocas fibras alveolares aisladas se extienden a partir de la pared alveolar.

2.- El tamaño y el número de fibras alveolares aumentan. Se alargan y se ramifican en sus extremos

Las fibras alveolares estan más separadas que las fibras cementarias.

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

4.- Cuando el diente entra en función, los haces de fibras se ensanchan y son continuos entre hueso-y cemento.

Organización y función.- Fibras principales.-

El ligamento periodontal contiene fibras colágenas que se insertan de un lado en el cemento y en el-

otro lado en el hueso alveolar.. Estas fibras se organizan en grupos denominados en haces de fibras principales que se distinguen por sus direcciones prevalecientes.

1.- Grupo de la cresta alveolar.

2.- Grupo oblicuo.

3.- Grupo horizontal

4.- Grupo apical.

5.- Grupo interradicular.

CEMENTO.- Función, El cemento es tejido conectivo especializado, calcificado, que cubre la raíz en la superficie anatómica del diente. Su función principal, es fijar las fibras del ligamento periodontal a la superficie del diente.

Formación.- El cemento comienza a formarse durante las primeras fases de la formación de la raíz.-

La vaina epitelial de Hertwig es perforada por los precementoblastos, que son diferentes de los otros fibroblastos del ligamento periodontal, estas células se ubican dentro de la dentina y depositan la primera capa de cemento (cemento primario).

El ancho del cemento de los dientes sanos aumenta durante toda la vida. Este aumento es mayor en el ápice de la raíz y menor en las zonas coronarias del cemento, por lo general, la aposición del cemento -

aumenta en relación lineal con la edad en los dientes - sanos.

**CEMENTOIDE.**- La superficie del cemento secundario se halla cubierto por la capa de más reciente formación que aún no está calcificada (cementoide). Cuando se calcifica ésta capa, a su vez es cubierta por una capa de cementoide formada de nuevo.

**CEMENTO EXPUESTO.**- Si en procedimientos quirúrgicos se hacen muscas, o en cemento secundario vital es resorbido, el cemento se repara mediante el depósito de nuevo cemento. Esto no puede producirse cuando hay - bolsas, o el cemento se halla expuesto, o cuando la encía se ha retraido; cuando el cemento queda expuesto, y forma parte de la corona clínica, es frecuente que sea- eliminado durante el raspado o alisamiento radicular.

**CEMENTOCITOS.**- Si el cemento secundario es celular, contiene cementocitos que se hallan en lagunas a semejanza de los osteocitos en el hueso. Asi pues, éste cemento se parece al hueso en muchos aspectos, Como el- hueso se compone de fibras de colágena e hidroxiapatita

Fibras de Sharpey en el cemento. Como se dija los haces de fibras en el cemento son penetradas por el ligamento periodontal; penetran en el cemento y en el - hueso. Sus partes incluídas se denominan fibras de Sharpey.

*PROCESO ALVEOLAR.- Hueso alveolar propiamente dicho y hueso de soporte. El proceso alveolar es la --- parte del maxilar inferior y superior que forman y sostienen los dientes. Se distinguen dos partes en el proceso alveolar; el hueso alveolar y el hueso de soporte.*

*El hueso alveolar.- Es una lámina delgada de-- hueso que rodea a las raíces. En ella se insertan las - fibras del ligamento periodontal.*

*El hueso de soporte rodea a la cortical ósea-- alveolar, y actúa como sostén en su función. El hueso - de soporte se compone de:*

*1.- Placas corticales de las superficies vestibular y oral de los procesos alveolares.*

*2.- El hueso esponjoso que se halla entre esta placas corticales y el hueso alveolar propiamente dicho*

*LAMINA DURA O CORTICAL Y LAMINA CRIBIFORME.-*

*En la radiografía, el hueso alveolar (pared interna del alveolo), se ve como una linea opaca denominada, lámina dura o cortical; el hueso alveolar está perforado por muchos orificios a través de los cuales pa-- san los vasos sanguineos, y los nervios del ligamento - periodontal; también se llama lámina cribiforme, por la presencia de esas perforaciones. En condiciones norma-- les, la forma de la cresta alveolar depende del contorno del esmalte de dientes vecinos, de las posiciones relativas de las uniones amelocementarias vecinas, del --*

Grupo Circular

Grupos accesorios

UNION DENTOGINGIVAL.- Epitelio de unión o de inserción. El epitelio del surco se continúa con el epitelio de la superficie que se apoya en la superficie dentaria. Las - células basales de estos dos epitelios se hallan unas al lado de las otras sobre una membrana basal común a los dos -- epitelios.

El epitelio que limita con la superficie dentaria,- es el epitelio de union o de inserción. Como el epitelio es delgado, no está queratinizado y carece de papilas epiteliales. Los capilares corren cerca del epitelio de inserción y pueden formar invaginaciones cerca del tejido conectivo las cuales ponen el aporte sanguineo en contacto más íntimo con el epitelio. En realidad, la inserción dentogingival, es -- una unidad gingival que se compone de:

I) La inserción fibrosa de la lámina propia al ce-- mento.

2.- El epitelio de inserción

Cada uno de ellos tiene una función diferente.

El tejido conectivo puede soportar cargas mecánicas

Las fibras dentogingivales se extienden desde el cemento y se abren en abanico hacia la encía. Esta unión es - reforzada por otras fibras de la encía que proporcionan --- firmeza y fuerza.

grado de erupción de los dientes, de la posición vertical de los dientes, y del ancho vestibulooral de los dientes, el hueso que rodea cada diente sigue el contorno de la línea vertical.

Forma del tabique interdentario.- La forma del tabique interdentario, sigue la disposición de las uniones amelocementarias de los dientes. En la parte posterior de la boca, los tabiques son relativamente planos si se los mira desde el vestíbulo hasta la cavidad bucal.

Los tabiques forman picos fundamentalmente en la parte anterior de la boca.

# *CAPITULO II*

## CAPITULO II

## MICROBIOLOGIA Y ENFERMEDAD PARODONTAL

La Microbiota bucal.- Localización: Crece sobre la superficie de los dientes y membrana mucosa, a los cuales se adhiere los lugares de colonización microbiana que son: surco gingival, superficies lisas y fisuras de las coronas, así como el dorso de la lengua.

La Microbiota Bucal constituye una parte del medio bucal normal y no ejerce efecto sobre el huesped, y la relación huesped-parásito está en equilibrio.

Adquisición.- Comienza al nacer, una gran variedad de microorganismos penetran en la boca del lactante y se establecen determinadas especies y una gran medida provienen de la flora bucal de la madre; durante los primeros meses la microbiota está dominada por estreptococos y contienen pequeñas cantidades de estafilococos, es además aerobia (facultativa).

Depósitos dentarios blandos.-

Película adquirida.- Membrana delgada de 0.I a 0.5 de espesor, acelular y esencialmente sin bacterias, se compone de proteinas salivales absorvidas al esmalte, se forman en pocos minutos y se quitan con el pulido de dientes.

*Pigmentaciones.- Las pigmentaciones dentarias que se - producen como depósitos adheridos, son problema estético; algunas pigmentaciones extrinsecas, son películas - acelulares, con pigmento de alimento o tabaco, se cree- que las pigmentaciones en niños y no fumadores, son placas coloreadas por bacterias cromóganas (pigmentaciones pardas, negras, anaranjadas y verdes. Las sales metálicas (nitrato de plata) producen pigmentaciones antiestéticas, cuando se usan como medicamentos.*

*Pigmentaciones intrinsecas.- Causada por fluorosis: Es- pigmentación parducca o blanquesina, opaca, afecta a -- los dientes con un patrón de desarrollo bilateral; la - administración de tetraciclinas en forma prolongada a - niños durante el desarrollo de los dientes, puede producir pigmentación grisásea. En dientes individuales, es- debido a la pérdida de la vitalidad pulpar; puede haber pigmentación adquirida congénita.*

*Variaciones en las bacterias.- Los principales grupos - de microorganismos de la placa dentaria de la zona del- surco gingival son iguales en la mayoría de las perso-- nas. Sin embargo, algunos estudios detallados registrarón la variación considerable en la microbiota de persona a persona, y en diferentes lugares de una misma persona. Ciertamente, se precisa una investigación mucho - mayor en éste campo extremadamente complejo de la microbiota bucal.*

*La Matriz.- Como requisito previo a la formación de la placa, los microorganismos deben adherirse al diente y a la película y aglutinarse en masas densas mediante - una matriz orgánica, la sustancia intermicrobiana. Parte de ésta sustancia intermicrobiana se compone de proteinasy glucoproteinas derivadas de la saliva y del -- exudado gingival, en la placa las glucoproteinas han - perdido los componentes de carbohidratos por la acción enzimática; probablemente los carbohidratos liberados- de ésta forma son utilizados por las bacterias.*

*Polizacáridos.- Otro componente importante de la placa es el polizacárido producido extracelularmente por numerosas especies de la microbiota entre estos productos extracelulares, son importantes los dextranos y -- glucanos, polímero de la glucosa. Estas sustancias a-- dhesivas son sintetizadas a partir de la sacarosa por los estreptococos de la placa. Los levanos o polímeros de la fructuosa también son producidos por los estreptococos de la placa. Por lo general los dextranos funcionan como adhesivo para unir los estreptococos a la- superficie dentaria, mientras los levanos constituyen- una importante reserva de carbohidratos. En ausencia - de sacarosa de la dieta, se forma una placa mucho más- delgada. Sin embargo, se forma algo de placa incluso - en ausencia total de ingesta de alimentos por la boca.*

Esto se comprobo en pacientes alimentados mediante una sonda estomacal.

Placa y Enfermedad Periodontal.- Epidemiología - Los estudios epidemiológicos, demostrarón que hay correlación directa entre la cantidad de placa dentaria, determinada por diversos índices de higiene bucal, y la intensidad de la gengivitis.

Se realizarón investigaciones en voluntarios con excelente higiene bucal y encía sana. Cuando se suspendierón todas las medidas de higiene bucal, el resultado -- fué la acumulación fué la acumulación de placa y la aparición de gengivitis. La microscopía de frotis teñidos por coloración de Gram, demostró que los dientes que se mantienen limpios gracias al cepilludo minucioso, sólo alojan una flora escasa de cococs y bacilos Gram positivos. Cuando se deja que se acumule la placa gengival en ausencia de higiene bucal, se observa un aumento gradual de la flora en los frotis. Durante los primeros uno o dos días, la zona del surco gingival es colonizada por los cococs y bacilos Gram positivos.

De allí en adelante, se produce un aumento continuo de diversas formas morfológicas; en primer lugar, aumentan las bacterias filamentosas, después los vibrios y espiroquetas y finalmente los cococs Gram negativos. Después de IO a 2I días sin higiene bucal, se diagnostica-

clinicamente gengivitis muy leve. Cuando se reintituyen los procedimientos de higiene para eliminar la placa, - la gingivitis remite en pocos días.

Potencial Patógeno de la Microbiota de la Placa.

Aunque hay pruebas abrumadoras de que los microorganismos de la placa dentaria causan enfermedad periodontal, el mecanismo de acción de estos microorganismos sigue - poco claro. La Microbiota de la placa posee potencial - patógeno como lo prueba el hallazgo de que las heridas- por mordeduras y las heridas por instrumentos odontológicos producen infecciones graves.

Infecciones experimentales.- La patogenicidad de las -- bacterias de la placa se demuestra experimentalmente inyectando microbiota gingival humana a cobayos, por vía- subcutanea, lo cual causa infección y abscesos; la in-- fección se transmite de un animal a otro por inyección- del exudado de una lesión.

La presencia de bacteroides melaninogenicus, en la mezcla es importante por la infectividad en éste modelo experimental.

Falta de agresividad.- La microbiota de la placa parece carecer de agresividad. En las situaciones precedentes, los microorganismos eran llevados a la profundidad de los tejidos por una herida o una inyección

*Sin embargo, en enfermedad periodontal crónica, los microorganismos residen fundamentalmente fuera de los tejidos. La mayoría de los investigadores, al estudiar cortes histológicos de las encías, han sido capaces de hallar microorganismos en los tejidos, o encontrar microorganismos en porcentajes reducidos, de cortes hay que admitir que la histología no es una táctica muy adecuada de microorganismos en los tejidos.*

*Puesto que los microorganismos estan situados fuera de los tejidos, no son eliminados por fagocitosis. Por ellos la irritación de los tejidos gingivales continúa, hasta que no se elimine la placa por higiene bucal o se inhiba su actividad mediante antibióticos o quimioterapia.*

*La microbiota de la placa es extremadamente compleja, todavía no se ha identificado especie alguna como agente causal de la inflamación gingivital.*
*Es evidente que varios de los microorganismos presentes producen diversas irritaciones (enzimas, metabolitos sitotóxicos, endotoxinas lipopolisacáridas, mucopéptidos, antígenos) que contribuyen a la respuesta inflamatoria. Así, por lo menos, según los conocimientos actuales, puede haber más de una combinación de bacterias, capaz de generar respuestas clínicas de gingivitis o periodontitis.*

*Enzimas.- Un posible mecanismo de destrucción de*

*los tejidos periodontales es la acción de las enzimas - por la microbiota gingival, sobre la sustancia inter-celular del epitelio del surco y las fibras y la sustan-- cia fundamental del tejido conectivo.*

*Otros Agentes.- Virus, como el virus herpético agente etiológico de la gingivostomatitis herpética y - el herpes labial.*

*Placa Dentaria.- Se compone de depósitos bacterianos blandos firmemente adheridos a los dientes; se - puede quitar por el cepillado, pero con el chorro de -- agua no. Es un sistema bacteriano complejo; metabólica-- mente interconectado; se compone de masas densas de una gran cantidad de microorganismos incluídos dentro de -- una matriz intermicrobiana; en concentración suficiente y con desarrollo metabólico, puede trastornar el equilibrio huesped-parásito, y producir caries y enfermedad parodontal.*

*Cálculo dentario es la placa, es la placa dentaria mineralizada. Materia Alba.- Las bacterias y productos bacterianos mezclados con algunas células epiteliales; sustancias ingeridas, forman depósitos blancos que es posible eliminar mediante enjuagues bucales al chorro de agua. Estos residuos se llaman materia alba. Producen sustancias que crean reacción en los tejidos y -*

desempeñan un papel en la contribución del proceso de la enfermedad parodontal.

Placa Bacteriana.- Representa la colonización microbiana de las superficies de las coronas clínicas, las proteinas salivales invitan a la acumulación de bacterias bucales.

Determinadas bacterias bucales se pegan a la superficie por mucopolisacáridos extracelulares, en un diente limpio para la formación de placa, primero es la unión de microorganismos a la película salival adquirida; después la formación de la placa por proliferación de microorganismos sobre la superficie dentaria combinada con agregados de más microorganismos de la saliva a los que ya estan adheridos, las colonias de placa funcionan, a los cinco días forman un depósito continuo.

Al avanzar el proceso de formación de placa, la microbiota se torna más compleja por las diversas especies microbianas; proliferan cuando el medio de placa se vuelve apto para ellas.

Composición.- Cocos facultativos Gram-positivos pernecen a los streptococos y stafilococos 25 a 30%. En la microbiota ginvival, microorganismos Gram-positivos y microorganismos Gram-negativos; espiroqueta.

# CAPITULO III

## CAPITULO III

### Clasificación de Enfermedades Periodontales y Etiología

Hasta el momento no existe una clasificación por todos-aceptada de las enfermedades purodontales, no es una estructura rígida, sino adaptable a los nuevos conocimientos sobre enfermedades, los hechos se archivan para consultas futuras, las enfermedades parodontales siguen el mismo proceso que las enfermedades de otros organismos-del cuerpo.

Según principios de la patología general hay --- tres grandes reacciones tisulares:

a) Inflamatoria, b) Distrófica, c) Neoplásica.

Hay pocas alteraciones neoplásicas, las enfermedades periodontales se pueden clasificar así:

1).- Reacciones inflamatorias

2).- Estadísticas Distróficas

2).- Trastornos traumáticos

Sólo la periodontosis se coloca como una categoría separada como entidad de etiología desconocida.

| INFLAMATORIAS | DISTOFICAS | TRAUMATICAS | ETIOLO - GIA DESCON |
|---|---|---|---|
| GINGIVITIS PERIODONTITIS | Estados dege- nerativos Atróficos | Trauma Pe- riodontal primario | Periodonto -sis. |
| | Resección por falta de uso | Secundario | |
| | Hiperplasia Gingival. | | |

Los factores que ejercen influencia en la salud del periodonto se clasifican en extrinsecos (locales) Intrinsecos (sistémicos).

Las causas extrinsecas incluyen los factores inconscientes y funcionales correspondientes a mastica--- ción, y fonación., deglución.

Las causas intrinsecas son importantes, pero resulta más difícil comprobarlas.

Factores Extrinsecos .- Higiene bucal y depósitos calcificados y no calcificados, la higiene bucal- inadecuada, la placa dentaria, bacterias, cálculo materia alba y residuos de alimentos retenidos en los márgenes gingivales y en los surcos, irritan la encía, se -- les puede considerar como los factores etiológicos principales de la enfermedad periodontal inflamatoria.

*Consistencia de la dieta.- Alimentos blandos adhesivos tienden a acumularse entre los dientes y producir in-- flamación.*

*Tratamiento Dental Inadecuado.- Los márgenes desbordantes o deficientes, prótesis mal diseñadas provocan o - inician enfermedad periodontal.*

*Aparatos de Ortodoncia.- Estos aparatos pueden produ-- cir irritación o pueden entorpecer la realización de - una buena higiene bucal. Se presenta sobre todo en trabajos de ortodoncia prolongados esta enfermedad inflamatoria traumática.*

*Hábitos.- Los hábitos bucales, como morder hilos, uñas o lápices, contribuyen a la periodontitis, gingivitis, o alteraciónes distróficas, el empuje lingual, causa-- malposición dentaria o recesión gingival.*

## *FACTORES INTRINSECOS*

*La totalidad del organismo participa en la génesis de la enfermedad periodontal, lo que sucede en cualquier parte del organismo afecta a los tejidos bucales, el- papel preciso de los factores intrinsecos en la pro-- ducción de la enfermedad periodontal, no es muy preciso, sólo se sabe que la acción recíproca en los facto*

ros intrinsecos y extrinsecos.

Acción Recíproca entre factores.- Las expresiones clínicas de las enfermedades son el producto de una agresión básica, física, química o microbiana. Ejemplo: Si la -- placa fuera la única causa de la enfermedad periodontal todos los pacientes con placa tendrían periodontitis.

Hay casos en que existe placa, pero no se presenta la-- enfermedad periodontal, y en otros se presenta la enfermedad, pero con poca placa.

## Clasificación de los factores Extrinsecos

A) Bacterianos.- Placa, cálculos, enzimas y productos en descomposición, materia alba, residuos de-alimentos.

B) Mecánicos.- Cálculo, impacción de alimentos, (contactos abiertos y flojos, movilidad y dientes-separados, dientes en malposición). Márgenes desbordantes de obturaciones, prótesis mal diseñadas o desadaptadas. Consistencia blanda o adhesiva a la dieta. Respiración bucal, cierre incompleto de los labios, higiene bucal inadecuada, hábitos lasivos, método de tratamiento-dental inadecuado, trauma accidental.

C) Bacterianos y Mecánicos combinados.-

Cálculo y márgen desbordante.

D) Preaisposición anatómica.- Mala alineación dentaria, malposición, anatomía alterada, inserción alta de frenillos o músculos. Zona de encía insertada funcionalmente insuficiente, encía delgada de textura fina, o-márgenes abultados gingivales y gruesos. Exostosis o re-bordes óseos, placas óseas muy delgadas, relación corona raíz desfavorable.

F) Funcionales.- Función insuficiente, falta de oclusión, masticación indolente, parálisis muscular, hipotonicidad muscular, bruxismo, trabamiento y rechinamiento, trauma accidental. Cargas excesivas sobre dientes pilares.

FACTORES INTRINSECOS (Sistémicos).-

A) Demostrables.- I.- Disfunciones endócrinas: de la pubertad, del embarazo, y posmenopáusicas.
2.- Enfermedades Metabólicas y otras: Deficiencia nutricional, diabetes neutropenia cíclica, hipofosfatasia, enfermedad debilitante. Trastornos psicosómáticos o emocionales.
3.- Drogas y venenos metálicos, difenilhidantoina, efectos hematológicos, alergia, metales pesados.
4.- Dieta y Nutrición.

B) No demostrables.-I.- Resistencia y reparación insuficientes.

2.- Deficiencias Nutricionales, emocionales, y - metabólicas así como hormonales: Fatiga y el Stress.

Historia Médica del Paciente.- El interrogatorio minucioso del paciente aporta información valiosa referente a su estado físico actual o proporciona claves para descubrir enfermedades no detectadas. A veces la historia informa que hay una disminución de la resistencia del huesped, aunque no revele el factor biológico específico. Aún cuando hay cuestionarios médicos modelos, - dan lugar a omisiones si se los utiliza rutinariamente.

La entrevista no es un exámen, en ella el paciente relata sus antecedentes y síntomas, los cuales pueden - no ser totalmente exactos. Sin embargo, la forma como - se expresa el paciente es importante.

El dentista está inhibido de hacer la valoración total de la salud del paciente mientras sea incapaz de- efectuar un examen físico e interpretarlo correctamente Sin embargo no hay razón para que no pueda pedir una -- consulta médica cuando lo considere necesario, por otra parte, el examen médico de rutina puede no aportarle la información complementaria. Cuando hay hallazgos positivos específicos, pueden tener relación con el estado --

*dental.*

*Cuando aparecen signos de enfermedad general y bucal se pueden establecer relaciones importantes. Se relacionaron las deficiencias nutricionales de proteinas y calorías, con la enfermedad periodontal. Es posible vincular la hemorragia gingival con contusiones, y es factible asociar la movilidad dentaria con el metabolismo del ácido ascórbico o los carbohidratos.*

*La experiencia clínica indicó que la experiencia de cambios de forma, color, consistencia y disposición de los tejidos sugeriría un trastorno intrínseco, aún si el examinador no podría relacionar la resistencia específica.*

*Pruebas Clínicas.- Aunque el uso rutinario de las pruebas de laboratorio raras veces aporte algo, esas pruebas son de valor indiscutible cuando el examinador sospecha una patología intrínseca específica. No aparecieron resultados sorprendentes cuando se hicieron pruebas clínicas de rutina en pacientes con enfermedad periodontal. Este hecho podría indicar, que los pacientes con enfermedad se hallan intrínsecamente bien, lo cual será un despropósito, puesto que los estudios recientes señalan que el 92 por cien pacientes supuestamente sanos está afectado por alguna enfermedad.*

*Por último se supondría que cuando existen factores intrinsecos específicos y estan asociados con la enfermedad periodontal, la medicación intrínseca curaría la enfermedad. Esto no ha sucedido sin embargo cuando se modificó adecuadamente una deficiencia intrínseca, se observó que el tratamiento local era más eficaz. Además,- con excepción de cambios gingivales en enfermedades intrínsecas, manifiestas, tales como leucemia, deficiencias nutricionales, diabetes, y trastornos óseos, en -- osteodistomas, poco se sabe sobre la relación precisa - y enfermedad periodontal. Mucho más es lo que indudablemente se aprenderá mediante investigaciones futuras.*

*Historia Natural de la Enfermedad.- Según Forbus, el individuo es capaz de reaccionar ante una influencia nociva de una de tres maneras;I.-) Resiste, 2) Sucumbe, 3) Se adapta.*

*Esta resistencia, muerte o adaptación es una - característica básica de las células vivas y esta gobernada por muchos factores, las respuestas pueden ser afectadas o alteradas por la función de las glándulas andócrinas, el sistema nervioso autónomo o la circulación sanguinea. El equilibrio o estabilidad de estos factores se denomina homeostasia.*

# CAPITULO IV

## CAPITULO IV

## MEDIDAS DE PREVENCION

### TRATAMIENTO TERAPEUTICO Y PREVENTIVO.

Una gran parte de la población del mundo se halla afectada por la enfermedad periodontal. Gracias al informe de salud nacional realizado en Estados Unidos, indican que la enfermedad periodontal afecta al 79.I % de las personas entre I8 y 24 años de edad; 79.7 % de las personas entre 35 y 44 años y 94.4 % de personas entre 65 y 74 años. Se registró que la enfermedad periodontal es la causa más importante de la pérdida de dientes en la población adulta, del 70 al 60 % de la pérdida de dientes, entre personas de 40 años es por causa de la enfermedad periodontal.

Prevención primaria.- La prevención de toda enfermedad se basa en la historia natural de la enfermedad, la comprensión de la prepatogenia y la patogenia del proceso patológico.

La prevención de la enfermedad se puede hacer antes de que ésta se produzca, es decir, un período prepatogénico, la enseñanza del control de la placa, el examen y la profilaxia bucales periodicos, y las medidas para aumentar la resistencia de los tejidos periodontales,

lesión e infección. Antes de la aparición de la enfermedad se denominan prevención primaria.

Prevención secundaria y terciaria.- Una vez iniciado y reconocido el proceso patológico, se debe realizar la revisión secundaria mediante tratamiento inmediato, y cuando la enfermedad esté en fases avanzadas aún se puede conseguir el control mediante la prevención terciaria (tratamiento y corrección) Los procedimientos de la fase terciaria se establecen para evitar mayores daños.

En la fases tardías la rehabilitación representa un papel preventivo.

Las fases de prevención precedentes (primaria, secundaria y terciaria) se dividen en los siguientes cinco niveles; se gún Clark y Lasewell.

1.- Promoción de la salud.
2.- Protección específica.
3.- Diagnóstico temprano y rápido, tratamiento.
4.- Limitación de la incapacidad.
5.- Rehabilitación.

*NIVELES DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.*

| *PREVENCION PRIMARIA ( Prepatogenia)* | |
|---|---|
| *Promoción de la Salud* | *Protección específica* |
| *I.- Educación de la Salud* | *I.- Profilaxis periódica y enseñanza del control de placa.* |
| *2.- Motivación del paciente* | *2.- Procedimientos eficaces de higiene bucal: cepillado hilodental.* |
| *3.- Examen bucal periódico* | *3.- Corrección de mala odontología restaurada.* |
| *4.- Enseñanza de la higiene bucal.* | *4.- Corrección de hábitos anormales.* |
| *5.- Nutrición adecuada.* | *5.- Restauración de la morfología gingival y ósea.* |
| *6.- Plan de Dieta.* | *6.- Corrección de desarmonías oclusales burdas.* |
| *7.- Condiciones de vida sana.* | *7.- Fluoración de aguas potables públicas.* |

NIVELES DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

| Prevención Secundaria (Patogenia) | | Prevención Terciaria |
|---|---|---|
| Diagnóstico temprano y rápido tratamiento | Limitación de la incapacidad | Rehabilitación |
| I.- Examen radiográfico periódico | I.- Tratamiento de abcesos periodontales. | I.-Reemplazo de dientes perdidos por aparatos adecuados para estética y función. |
| 2.- Examen bucal regular. | 2.- Alisamiento-radicular, curetaje gingival | 2.-Prótesis periodontal, intervención quirúrgica. |
| 3.- Rápido tratamiento de lesiones periodontales incipientes y alimentación de bolsas. | 3.- Intervenciones quirúrgicas pequeñas y grandes. | 3.-Psicoterapia cuando esté indicado. |
| 4.- Rápido tratamiento de todas las lesiones periodontales. | 4.- Ferulizaciones. | |
| 5.- Tratamiento de otras lesiones bucales que contribuyen a la enfermedad periodontal. | 5.- Otros procedimientos de tratamiento periodontal. | |
| | 6.- Extracciones de dientes con mal pronóstico. | |

## APLICACION DE LOS NIVELES DE PREVENCION

Puesto que la enfermedad periodontal, tiene etiología de múltiples factores, es posible aplicar procedimientos preventivos en diferentes puntos de la cadena de fenomenos que se producen durante el proceso de la enfermedad.

La promoción de la salud tiene por finalidad mediante el mejoramiento de la buena nutrición, educación de la salud general y bucal, motivación para el mantenimiento de una buena higiene bucal y mejoras de vida.

La protección específica contra la enfermedad bucal, se consigue mediante la profilaxix bucal regular y periódica y procedimientos de higiene bucal, correctos y eficaces.

La corrección de la Ondotología restauradora inadecuada y desarmonías más toscas de la oclusión, la restauración de la morfología gingival y ósea y la eliminación de hábitos bucales anormales, también son medidas protectoras específicas para prevenir la enfermedad periodontal, ya que hay cierta información que indica que el fluor puede ayudar a crear resistencia del hueso alveolar a la enfermedad periodontal.

La fluoración de las aguas potables comunales tan benéfica para reducir la frecuencia de caries, podría ser benéfica para prevenir la enfermedad periodontal.

Una vez que la enfermedad comienza, ha avanzado, es preciso aplicar el diagnóstico, temprano y rápido tratamiento para impedir un avance mayor. En éste nivel de la prevención se harán exámenes clínicos, y radiográficos y periódicos de los tejidos bucales para diagnosticar las lesiones periodontales incipientes.

Una vez diagnosticadas el rápido tratamiento; si se hace, se convierte en un procedimiento preventivo-seguro. Si la enfermedad ha escapado al diagnóstico, y ha avanzado, hay que hacer limitaciones de la incapacidad y rehabilitación. Estas medidas de rehabilitación tienden a prevenir un mayor avance de la enfermedad e incapacidad en estos niveles de los procedimientos del tratamiento periodontal se hará para tratar de prevenir el progreso interior de la enfermedad.

Puede ser necesaria la reposición de dientes perdidos por prótesis adecuadas para restablecer la función y la estética.

Hasta ahora el procedimiento más prometedor para la prevención de la enfermedad periodontal es el con-

trol de placa.

PLAN DE TRATAMIENTO Y ENFERMEDADES MAS FRECUENTES.

El plan de tratamiento es un programa organizado de procedimientos para eliminar los síntomas y signos de la enfermedad para establecer la salud.

Un plan de tratamiento se basa en los hallazgos del exámen y del diagnóstico, en la etiología presuntiva de la enfermedad y en el pronóstico.

Su finalidad es detener el proceso de destrucción que de otra forma llevaría a la destrucción y pérdida de los dientes.; éste plan se determina sobre la base de las necesidades del paciente y los hallazgos y el examen inicial.

Tratamiento Preliminar.- El tratamiento se -- compone de una serie de pasos, el esfuerzo inicial se orientará hacia la eliminación de la inflamación, y la -- institución de un programa de higiene bucal; habrá que - eliminar todos los depósitos y el control eficaz de placa, medir el nivel de higiene bucal que realiza el pa--- ciente en cada visita, revaloración; al final de la primera fase, se hará una revaloración sobre la base del -- grado de mejoría obtenido.

Se comparan los resultados del tratamiento preliminar y los cambios de profundidad de la bolsa y de movilidad dentaria.

Restauraciones.- Según los casos, la restauración es temporal cuando se hace la reconstrucción una vez concluído el tratamiento periodontal.

I.- Examen
a) Entrevista

I.- Estadística básica
2.- Molestia principal
3.- Historia médica

B) Examen intrabucal
C) Examen radiográfico
Diagnóstico y
Pronóstico

Plan de tratamiento.

a) Raspaje y alisamiento radiculares
b) Instrucción del control de placa
c) Ajuste oclusal preliminar
d) Raspaje radicular
E) Eliminación de otros factores extrínsecos (Extracciones)
F) Revaloración.
G) Ferulización temporal.
H) Cirugía y pequeños movimientos dentarios.

I) Ajuste oclusal definitivo

J) Raspaje Radicular y enseñanza del control de placa.

K) Exámen posterior al tratamiento.

L) Plan de Tratamiento Restaurador

Se puede requerir hacer ferulizaciones temporales durante el período de tratamiento pero valorando la necesidad de éste recurso.

Extracciones.- Los dientes con pronóstico malo, se extraerán temprano en el tratamiento sólo que se les conserve provisionalmente por razones estéticas o para mantener el espacio. El hecho de no eliminar tales dientes a tiempo lleva a complicaciones.

Los dientes condenados perturban el tratamiento y lo hacen más complejo. El paciente a veces se olvida que se hizo un pronóstico negativo para su diente y más tarde cree que el tratamiento fracasa, cuando se hace la extracción.

ORTODONCIA.- El tratamiento de ortodoncia puede preceder o o seguir a cualquier intervención quirúrgica.

Cuando el movimiento ortodoncico se hace para eliminar la inflamación que genera la malposición dentaria,, la inclinación a la migración, este trabajo precederá a la cirugía. Con el movimiento dentario ortodontico, se realiza con propósitos de reconstrucción o estética; va después de la cirugía. Mientras se lleva a cabo el tratamiento de ortodoncia se hará un raspaje frecuente y de control de placa.

Ajuste oclusal.- Se hace después del raspaje y-

alisamiento radicular, una vez eliminada la inflamación, cuando los dientes tienen gran movilidad se hace un ajuste oclusal burdo, como primer paso para reducirla: El a-- ajuste oclusal se puede realizar después de cirugías y - tratamientos ortodonticos.

Los procedimientos a seguir en el examen, diag-- nóstico, pronósticos y plan de tratamientos son los si-- guientes:

Registros.- Es preciso registrar con exactitud - el tratamiento realizado en cada sesión anotando las drogas recetadas, el tipo de cepillado y otros procedimientos de higiene bucal que se enseñaron. A medida que se - ajusta el tratamiento se controlará cada paso con el -- plan de tratamiento.

Presentación del caso.- Una vez confeccionado el plan de tratamiento con hallazgos, diagnóstico y pronóstico se presentará y explicará el caso al paciente-

Los datos son el resultado del examen, es necesario que el paciente los comprenda, antes de que se -- presente el plan de tratamiento, y será presentado unicamente a pacientes que entiendan su enfermedad sea a-- propiada. Nunca hay que hacer una presentación "espontánea", antes de hacer la presentación, es necesario ----

conocer todos los hechos dirigidos y preparar un plan - escrito; no se deben hacer promesas entusiastas, ni grandes enjuiciamientos, las esperanzas del paciente son en- relación a la presentación del caso; hagase lo mejor para asegurarse que las ilusiones sean realistas, y que el paciente las entienda.

Diagnóstico.- Las observaciones documentadas en - la fecha permiten hacer el diagnóstico.

Representa la información recogida de observaciones de-- talladas y sistemáticas, se planea el tratamiento y se - proyecta el pronóstico a partir de la observación y el - diagnóstico.

Es preciso establecer el diagnóstico de la afec--- ción del paciente y precisar las características clíni-- cas de la encía y resumir los factores etiológicos primarios. Cuando la etiología es desconocida, hemos de tra-- tar sobre una base sintomática.

Ficha de diagnóstico diferencial.- Síntomas clínicos y hallazgos histológicos de enfermedades periodontales.

*FICHA DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL; SINTOMAS CLINICOS Y HALLAZGOS HISTOLOGICOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.*

| *ENFERMEDAD* | *SINTOMAS CLINICOS* | *HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS.* |
|---|---|---|
| *GINGIVITIS* | *A) Inflamación localizada en encía papilar o marginal; el punteado de la encía no esta apreciablemente -- afectado.*<br>*Bolsas someras.*<br>*Pluca y cálculo*<br>*Hemorragia*<br>*B) Radiográficos:no hay cambios óseos*<br>*C) No hay aflojamiento- de dientes* | *A) Inflamación aguda y crónica localizada en la encía (El cuadro histopatológico varía según el tipo de gingivitis. Hiperplástica de embarazo. GUN.*<br>*B) No hay reasor-- ción ósea.* |
| *PERIODONTITIS* | *A) Cambios del color Gingival a rojo o magenta.*<br>*Superficie lisa, pérdida del punteado.*<br>*Bolsas profundas con supuración.*<br>*Pérdida de firmeza de la encía. Depósitos - subgingivales.*<br>*B) Radiográficos:Reasorción ósea en la cresta alveolar.*<br>*C) Aflojamiento y emigración de dientes, síntoma tardía.* | *A).-I- Inflamación aguda y crínica.*<br>*2- Proliferación apical del epitelio - de inserción.*<br>*Avance de la - inflamación -- por los vasos sanguineos hacia el hueso - alveolar-*<br>*B) Resorción ósea de la cresta - alveolar.*<br>*C) Fase tardía: - pérdida ósea - alveolar;reemplazo del ligamento periodontal por tejido inflamatorio.* |

| | | |
|---|---|---|
| | A) Formación de diastemas emigración de dientes; no hay inflamación. | Datos insuficientes |
| PERIODONTOSIS | B) Radiográficos: resorción ósea de tipo vertical, irregular; no sigue tipos de reanatónicos | |
| | C) Aparición de bolsas profundas aisladas con inflamación secundaria en pacientes jóvenes. | |
| TRAUMATISMO | A) Sensibilidad a la percusión | A) Lado de presión Necrosis del ligamento periodontal; resorción socavante del hueso. |
| | B) Radiográficos: ensanchamiento del espacio periodontal en el ápice - seguido del ensanchamiento del resto del espacio periodontal. | B) Lado de tensión: daño del ligamento periodontal por sobrecarga: desgarros cementarios; trombosis ensanchamiento del ligamento - periodontal, neoformación ósea. |
| | C) Aflojamiento de los dientes: según la dirección de la sobrecarga - si es en una dirección, el diente se aparta de la carga oclusal; si es de vaivén, el diente se afloja. | C) En constante movimiento, ensanchamiento del espacio periodontal. |

*PRONOSTICO.- Puede ser bueno reservado o malo.*
*Se hará el pronóstico según los siguientes factores.*

*1.- Bolsas.- Extensión, localización profundidad y complejidad. Las bolsas más sonoras tendrán mejor pronóstico -- cuanto más accesibles será bueno el pronóstico.*

*2.- Pérdida ósea.- Extensión, localización y complejidad; cuando es mayor la pérdida ósea es peor el pronóstico. -- Cuando la pérdida ósea es horizontal, la eliminación de - la bolsa es más fácil, hay que tomar como regla "CUANTO - MAS COMPLEJO ES EL TRATAMIENTO REQUERIDO, PEOR SERA EL -- PRONOSTICO."*

*3.- Movilidad dentaria. y su causa.- Los dientes con bol-- sas profundas y la pérdida ósea tienen pronósticos más favorables cuando los dientes estan firmes que fijos, pero- si la lesión es mayor con pérdida ósea muy extensa, la movilidad dentaria adquiere más importancia. Los dientes anteriores 4 a 5mm de hueso remanente a movilidad de clase- 2 a 3 tienen pronóstico dudoso.*
*La movilidad que se origina en el ensanchamiento del ligamento periodontal y no en la pérdida del soporte alveolar tienen pronóstico más favorable.*

4.- ETIOLOGIA.- Cuando los signos de la enfermedad son - atribuibles a la inflamación, la situación es menos grave- que cuando la inflamación no parece ser la causa.
Cuando se reconocen facilmente los factores etiológicos,-- como: mala higiene bucal, o presencia de depósitos, la co- rrección se hará con mayor rapidez, pero cuando los dien-- tes se han inclinado en un grado superior, emigrado o gira do, la higiene bucal puede ser difícil o impedir la alimen tación de bolsas. Cuánto más obvia es la etiología es más- fácil el tratamiento por lo general.

5.- Duración de la enfermedad extensión y naturaleza de la afección.-

El pronóstico también tiene relación de la afección. Cuan- do hay una afección muy extensa, en un paciente de edad, - hay mayores probabilidades de prolongar la utilidad de la- dentadura para que concuerde con lo que va a durar la vida del paciente, que si es un paciente jóven.

Un paciente con enfermedad sistemática es problema mayor - que otro con salud excelente.

6.- Morfología Dental.- Forma de la corona; forma de la -- raíz y la relación de las dos, cuando es más favorable la- relación entre corona y raíz, mejor será el pronóstico, en dientes con raíces cortas, cónocas o finas, tienen peor --

*pronóstico que los tienen anchas y gruesas. Comunmente los dientes multiradiculares resisten mejor las fuerzas traumáticas que los uniradiculares, las caras oclusales anchas - contribuyen a la movilidad.*

*7.- Es posible alcanzar los objetivos del tratamiento y -- mantenerlos?*

*El odontólogo debe alcanzar los objetivos del tratamiento- de crear una encía sana, eliminar las bolsas y establecer- condiciones mediante las cuales pueda el paciente mantener la salud de se boca. Si se alcanzan estos objetivos el pronóstico si es bueno.*

*Valoración de los resultados.- Por desgracia, el tratamiento dental se concibe siempre en términos de absoluto, los- pronósticos son bueno o malo, éxito o fracaso se conside-- ran como blanco o negro, además, se suele hacer en un período mínimo de 15 a 20 días, la medida que califica el éxito o el pronóstico desfavorable. En realidad, entre el --- blanco y negro hay una ancha zona de grises en el pronóstico periodontal. Hay momentos en que está indicado el tratamiento periodontal y a veces la extracción; y es importante establecer la diferencia entre las dos.*

## RELACION ENTRE PROFESIONAL Y PACIENTE, FACETAS PSICOLOGICAS DE LA PERIODONCIA.

Aunque es evidente que se precisa un grado de percepción psicológica para el ejercicio de la práctica dental, hay otras relaciones entre la psicología y la odontología -- que son mucho menos obvias pero no menos importantes. La teoría psicoanalítica adjudica gran importancia a la relación de la cavidad bucal con la psique. También otros- datos sostienen la hipótesis de que los factores psicológicos y sociales intervienen en la enfermedad de la cavidad bucal.

Factores psicomáticos. Se puede ralacionar la enfermedad periodontal con causas psicógenas? Un estudio realizado- sobre población hospitalizada, emocionalmente enferma, - señaló que los pacientes con trastornos agudos presentaban frecuencia más alta de enfermedad periodontal que -- los pacientes apáticos. Otros informes indicaron que hay alto grado de correlación entre la enfermedad periodon-- tal y tendencia neurótica, y factores tales como relaciones familiares tensas, histeria e hipocondría.

Estos estudios apoyan la existencia de una asociación entre enfermedad periodontal y el estado psicológico, es - decir, que determinan los factores mensurables de la enfermedad periodontal y el estado psicológico varía en

proporción. Por otra parte, las historias de los casos indican que a veces el psicoanálisis permite la eliminación de síntomas periodontales originados por neurosis.

BRUXISMO Y APRETAMIENTO.- La fuerza muscular prolongada -- ejercida durante el bruxismo y el apretamiento pueden producir traumatismo oclusal.

La explicación psicológica del bruxismo es una hipótesis.- Todas las personas tienen impulsos asociados con sus metas en la vida. Cuando estos impulsos se obstruyen, la frustración resultante produce ira. La ira debe tener una descarga, por ejemplo un niño encolerizado no tardará en morder, es inaceptable desde el punto de vista social, lo reprime. Dado que la ira no puede ser suprimida, es posible hallar nuevas canalizaciones para que desaparezca. Esta satisfacción se consigue en forma simbólica, a nivel subconciente mediante el bruxismo o el apretamiento. Estas actividades se pueden producir durante las horas de vigilia; pero prevalecen especialmente durante el sueño, cuando el inconciente se libera (rechinamiento nocturno) el paciente desconoce por completo estos contactos dentarios forzados, -- sostenidos y repetidos, que parecen no tener sentido funcional en el nombre (parafunción) hay indicios que en algunos primates, el bruxismo es un mecanismo de afilación de los dientes.

*Las siguientes comprobaciones dan sostén a la correlación psicológica entre bruxismo y ansiedad: en una prueba de asociación de palabras dada a estudiantes que tenían electrodos conectados en los músculos temporales, aparecían espigas, contracciones musculares con las palabras emocionales y desaparecían con las palabras neutras.*

*La actividad eléctrica del masetero y el temporal aumenta cuando el sujeto experimental humano realiza una tarea.*

*De la misma manera que rechinar los dientes demuestra insinuaciones emocionales, frases como "escupir rabia" "echar espuma por la boca" y "hacerse agua la boca", por anticipado indican que la salivación tiene inferencias siquiátricas. Aunque la relación de la regulación emocional de la saliva con la enfermedad periodontal no sea tan obvia como en el caso del bruxismo, puede ser de igual importancia o mayor. Se sabe que los factores psicológicos influyen en la velocidad de secreción y en la composición de la saliva, la saliva a su vez tiene que ver con la formación de la placa, el depósito de cálculo y las actividades antibacterianas, y proteolíticas, todo lo cual podría actuar sobre la enfermedad periodontal, pero muy bien pueden indicar que los cambios salivales influyen en la salud periodontal.*

*Circulación.- Las emociones, por la vía del sistema nervioso autónomo, alteran el tono del músculo liso y de los vasos sanguineos. Por ejemplo la dilatación y contracción se relacionan con el rubor y la palidez. La contracción prolongada podría alterar el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos; sin embargo, pocas son las pruebas que demuestran tal relación con enfermedad periodontal, los estudios metabólicos nos indican que el consumo de oxígeno de los tejidos gingivales varía en la salud y en la enfermedad, pero esto podría vincularse con la alteración de la actividad tisular.*

*Los tejidos bucales de ratas que habitan en jaulas atestadas donde el movimiento se halla restringido, tienen un menos consumo de oxígeno. Esta observación se relaciona con la tensión social que provoca hacinamiento.*

*Ratones tratados en forma similar presental hipertensión sistólica. Los estímulos físicos y psicológicos reducen la amplitud del pulso volumétrico de la encía.*

*Dieta y apetito.- Los factores psicológicos afectan a la elección de alimentos, a la consistencia física de la dieta y a las cantidades de alimentos ingeridos, estos factores pueden ejercer influencia directa e indirecta en el periodonto.*

*HABITOS.- Los neuróticos necesitan hallar expresiones orales. La boca se utiliza para tener satisfacción, expresar dependencia, expresar hostilidad, infligir o recibir dolor succionar, morder y sentir, pueden tornarse habituales, tal como la succión del pulgar, el empuje lingual, la deglución infantil, y el mordisqueo de la lengua, carrillo o uñas. Estas acciones también figuran en el bruxismo, el apretamiento con los dientes y el fumar. Tales hábitos producen emigración de los dientes, traumatismo oclusal.*

*HIGIENE BUCAL.- Es obvio que la higiene bucal adecuada depende en parte de la salud mental del paciente. Algunos pacientes se encuentran tan afectados, o distraídos desde el punto de vista psicológico que descuidan su aseo personal. Otros pacientes ignoran intencionalmente su aseo bucal, para satisfacer demandas neuróticas profundas. Se dice que la higiene bucal se descuida durante depresiones, ansiedad profunda y rebelión contra la autoridad. Los individuos dependientes pueden demostrar negligencia crónica, como si demostraran que esa responsabilidad fuera de otros.*

*Las indicaciones del odontólogo concernientes a la higiene bucal, pueden ser desoídas como una forma de desafío a los padres.*

*GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE.-*

*La gingivitis ulceronecrotizante, es una enfermedad de especial interés, porque puede tener base emocional, ciertos hechos indican que la relación entre la tensión emocional y la GUN es más que una conjetura. De los pacientes hospitalizados, los de afecciones mentales agudas eran más propensos a la GUN que los afectados mentales crónicos.*

*Los pacientes con GUN tienen tendencia a vasidilación cutánea, en respuesta a la irritación, y además presentan un período de latencia más prolongado para el estadío de la reacción.*

*FUMAR.- Otros hábitos potencialmente perjudiciales actúan al afectar a la humedad de los tejidos o a su temperatura, quizás el más insidioso de ellos sea el hecho de fumar, que según algunos estudios se halla relacionado con la GUN y probablemente con otras enfermedades bucales, también hay una relación inversa del fumar con muchas variables psicológicas asociadas con la salud mental. Lo que no se sabe es si el fumar es, por sí mismo, de importancia etiológica directa o un síntoma de trastorno psicológico que tiene papel más importante en la patogenia de estas enfermedades. Esta cualidad no reduce el efecto irritativo local directo de la nicotina y los alquitranes en el tejido, ni influye en el papel de estos irritantes en la formación de cálculos.*

*CONSUMO DE CAFE.- El consumo de cafe es otro hábito que puede actuar en forma extrínseca (por efectos térmicos o químicos) e intrínseca (por el contenido de cafeína). El consumo de cafe es más frecuente entre fumadores, y así mismo se demostró que es mayor en pacientes con GUN, que en los que tienen encías normales.*

*FACTORES PSICOLOGICOS.- El desconocimiento de la estructura emocional del paciente relaciona los tonos emocionales intensos con su enfermedad o su tratamiento, y con su dentista, y porque la enfermedad periodontal tiene facetas psicosomáticas. Es posible que el odontólogo tenga ese conocimiento sin preparación específica.*

*Aunque la capacidad de efecto y comprensión hacia la gente es natural, también se la puede desarrollar si se aprende a permanecer relajado y escuchar lo que realmente dice el paciente.*

*Las cualidades de sensibilidad, percepción y compenetración, se acrecientan al dedicar el tiempo adecuado a la entrevista.*

*Un determinado conocimiento de esto es tan importante para el dentista como para el médico.*

*Sin darse cuenta, los pacientes revelan indicios de su estructura emocional y de lo que en realidad piensan. El dentista que detecte e interprete correctamente estos indicios, está en posición de ayudar al paciente de manera que reciba el mínimo de tensión*

*y el máximo de beneficio del tratamiento. Tal conocimiento de la conducta del paciente exige paciencia y agudeza diagnóstica, por lo general todo lo que el pacience hace y dice tiene una razón, ninguna reacción o respuesta, ni siquiera una broma deja de tener sentido. Las respuestas son guías para el inconsciente, suele estar bien oculto, y el paciente no está al tanto de su influencia sobre su conducta, pero el observador puede detectar la conducta al interpretar el inconsciente a través de ellas.*

*El profesional, en cierto sentido, simboliza la madre; en muchos pacientes se establecerá una relación de madre a hijo. Con ellos las actitudes infantiles (entre otras), de dependencia, rebeldía y afecto se revalidan durante el tratamiento. Puesto que la odontología es atemorizadora, o dolorosa se pueden desplegar actitudes inculcadas respecto a la enfermedad. El dolor y la muerte. El paciente puede llegar hasta el dentista con muchas nociones preconcebidas. Esto tiende a determinar el estado de la relación real e invadir el lado técnico del tratamiento.*

*La boca proporciona satisfacciones y se la usa para comer-hablar, luchar, sentir y amar. Muchos conflictos neuróticos se centran en torno a la boca. El dentista ha de enfrentarse a la estructura psicológica en la boca del paciente como centro de manifestaciones emocionales.*

# CAPITULO V

## CAPITULO V

## TRATAMIENTO INDICADO EN ENFERMEDADES MAS FRECUENTES.-

Finalidad.- Es detener el proceso de destrucción que de otra manera llevaría a la pérdida de dientes. Por lo general el tratamiento debe ser un programa ordenado y limitado a las medidas directas necesarias para conseguir el resultado. Así pués el plan de tratamiento se determina sobre la base de las necesidades del paciente y los hallazgos del examen inicial.

GUN RECURRENTE.- Las razones de la repetición de la GUN no son conocidas; la fase aguda se denomina mediante una serie de técnicas y medicaciones. Si hay recidiva por el tratamiento, incompleto o insuficiente, la tendencia que tiene la enfermedad a la recidiva es grande sea cual sea el tratamiento básico que se hizo.

TRATAMIENTO.- Los objetivos del tratamiento de la GUN son:-

1.- Reducción de s intomas agudos.

2.- Eliminación de factores predisponentes.

3.- Corrección de las deformaciones de los tejidos mediante cirugía.

1.- Reducción de síntomas agudos.- Deben reducirse; para ello se recurre a la medicación, la limpieza, y la institución de procedimientos de higiene bucal.

2.- Eliminación de factores predisponentes.- Si es posible, hay que eliminar los factores predisponentes extrínsecos e intrínsecos, el paciente debe ser sometido a condiciones generales de salud, eliminando factores que pudieran disminuir la resistencia de los tejidos, como fatiga, alcoholismo, fumar en exceso.

Primera sesión.- Se examina la boca y se hace el diagnóstico, se limpia la boca con un chorro de agua para quitar la seudomembrana, para quitar si es preciso se usa anestesia tópica; la limpieza ultrasónica es recomendable en el tratamiento de la GUN, el lavado es un elemento muy útil para la limpieza de bacterias de tejido necrotico se cauterizan las heridas y se indica al paciente que haga enjuagatorios con agua caliente como -- tratamiento casero.

El colutorio tan caliente como lo aguante el paciente - se hace pasar con fuerza durante varios minutos entre - los dientes, y se hará varias veces al día, las seudo-- membranas necróticas se aflojarán y los microorganismos anaerobios disminuirán en número, a las 24 horas se notará mejoría subjetiva y objetiva, en vez de agua ca--- liente se puede usar una solución diluída de peróxido - de hidrógeno (una parte en cuatro partes de agua tibia Esta solución da resultado favorable, pero no se sabe - si el efecto terapeutico es resultado de la oxigenación

o de la efervencia burbujeante de los enjuagatorios. La -- aplicación tópica de PROXIGEL (Antiséptico e higienizador - bucal) o de GLY OXIDE, una preparación de peróxido de hidrógeno y de urea en glicerina).

También parece producir efectos beneficiosos. El odontólogo debe supervisar atentamente el uso de drogas oxigenadoras y debe suspender su uso después de dos semanas.

El uso prolongado de estas drogas, lleva a la -- formación de lengua negra y a la descalcificación de sustancias dentarias.

La administración local se limita a antibióticos la ventaja de emplear antibióticos reside en la remisión rápida del proceso, ulceronecrotizante, disminuyendo así la - lesión permanente del tejido, pero la desventaja radica en- la posibilidad del paciente a la droga.

RECOMENDACIONES SOBRE LA DIETA.- Incluyen jugo de frutas, - y durante los primeros días después del ataque, la dieta es blanda y líquida, se recomienda un refuerzo de vitaminas o- un preparado de ácido ascórbico 150 mmg o 50 mg de riboflavina.

SEGUNDA SESION.- Uno o dos días después, el paciente debe- presentar una mejoría clínica, el dolor debe haberse reducido mucho o desaparecido, se sigue haciendo raspaje con -

anestesia tópica, se enseñan procedimientos de higiene bucal con un cepillo blando multipenacho.

Sesiones sucesivas.- Después, se verá al paciente por lo menos una vez a la semana. Durante esas visitas se completarán el raspaje y pulido de los dientes y se valorará la higiene bucal según las necesidades del paciente.

CORRECCION.- De la deformación de los tejidos. La cirugía, extracciones y anestesia general se posponen hasta que la infección cure. Durante la enfermedad se puede producir septicemia o bacteremia, después de la cirugía. Hay que eliminar los capuchones de los terceros molares y otros nidos de infección.

La enfermedad se superpone a la periodontitis o lleva a ella en cualquiera de los casos quedan deformaciones de los huesos.

GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA.- La infección primaria de uno de los herpes virus bucales puede producir una enfermedad conocida con el nombre de Gingivoestomatitis Aguda. Es frecuente que se le diagnostique como UUN; La gingivostomatitis herpética aguda, se presenta en niños de 6 meses a 10 años y con menos frecuencia en adolelescentes y adultos jóvenes.

La lesión de Gingivostomatitis herpética consiste en vesícu-

*las aísladas o múltiples (ampolla).*

*Las vesículas bucales se rompen rápidamente y dejan úlceras someras y amarillentas, las úlceras de la gingivostomatitis herpética, no se confinan a la encía sino que se las puede-ver en cualquier zona de la cavidad bucal, en labios, ca--rrillos, paladar, lengua y faringe.*

*La Gingivostomatitis herpética.- Tiene instalación repentina, su evolución dura entre IO y I6 días. El paciente tiene fiebre y debilidad, la temperatura se eleva hasta 40 grados hay malestar y la ingesta es dolorosa, no es raro que los--adultos pierdan 4 kgs de peso en una semana. En niños pequeños, la deshidratación es un problema específico; el antecedente del caso relató que tuvo contacto con un paciente o - amigo que tenía lesión herpética activa, una vez superado - el ataque se presenta herpes labial, por uno o dos grupos - aíslados de ampollas.*

*Diagnóstico diferencial.- La Gingivostomatitis herpética es una enfermedad de curación espontánea, el tratamiento incluye el uso de antibióticos para combatir invasores secunda--rios y de líquidos intravenosos de apoyo en casos graves.*

*La penicilina no es eficaz, y se comprobó que es nociva, --pués prolonga la duración y agrava la evolución de la enfermedad, par ello, su uso es contraindicado, pero las aplica-*

ciones tópicas de Clortetraciclina son de utilidad.

Se ensayaron Gamaglobulinas, pero lo resultados no fueron - concluyentes. Los enjuagatorios de peróxido de hidrógeno no son eficaces sólo irritan aún más la boca, conviene hacer - enjuagatorios (de agua tibia y tercios de vaso) y Xilocaína viscosa (una cucharada, jarabe Karo blanco.

Indicaciones.- Enjuaguese cinco veses al día y lávese la boca diariamente después de cada comida.

PERICORONITIS.- Definición: Se define como inflamación de - los tejidos gingivales y tejidos blandos contiguos que se - hallan sobre un diente que no ha brotado completamente.

Los afectados con mayor frecuencia son los terceros molares Sin embargo, cuando los segundos molares inferiores son los dientes más distales al arco, también pueden presentar i--- gual cuadro. Es menos común que suceda con los dientes distales anteriores superiores.

Relaciones anatómicas.- La superficie oclusa de un diente-- puede quedar parcialmente cubierta por un capuchón de tejido, el opérculo que existe durante la erupción del diente y a veces persiste después de ella. No son raras las bolsas y las anomalías orgánicas.

*Signos y síntomas .- El opérculo es particularmente vulnerable a la irritación y muchas veces es traumatizado directamente cuando queda preso entre la corona que cubre y el --- diente antagonista al ocluir. L a forma de cripa de los tejidos pericoronarios favorece la retención y estancamiento- de los alimentos y la proliferación de microorganismos; en- ésta zona, la higiene bucal adecuada es difícil, estos factores predisponen a la infección estafilococcica y hay ve-- ces que los capuchones son asiento de GUN.*

*Tratamiento.- En el tratamiento de la Pericoronitis, se --- tendrán en consideración los siguientes factores:*

*I.- Intensidad del proceso inflamatorio*

*2.- Complicaciones sistemáticas.*

*3.- Conveniencia de conservar el diente afectado.*

*Antes de emprender un tratamiento, el odontólogo pasará revista a la historia médica, para determinar si el pacientepresenta algún riesgo por la presencia de Cardopatías vulvares, o si porta una prótesis cardiovascular. En estos casos lo indicado es la inmediata protección con grandes dosis de antibióticos. Los pasos del tratamiento de la pericoronitis son los que siguen:*

*I.- Limpiese la zona mediante el lavado y cure-*

*taje suave para quitar los residuos de abajo del opérculo Establézcase un drenaje. Si es posible obténgase un cultivo para hacer un antibiograma.*

*2.- Colóquese un sóle espesor de gasa de 5mm,- yodoformada, debajo del opérculo.*

*3.- Si no se puede hacer el drenaje adecuado,- y la palpación revele fluctuación, se incide y se drena - por la incisión.*

*4.- Si hay fiebre linfadenotapía, se considerará el tratamiento por vía sistemática.*

*5.- Indíquese al paciente que se lave frecuentemente con soluciones salinas tibias (una cucharadita de sal en medio litro de agua tibia).*

*6.- En la segunda sesión.- 24 horas más tarde, quítese el drenaje, colocando un nuevo drenaje, dejándolo otras 24 horas, el paciente debe presentar majoría.*

*7.- Decídase si conservar el diente o extraerlo, o quitar el capuchón, si la GUN fue el factor etiológico de la pericoronitis, se hará el tratamiento correspondiente.*

*ABSCESOS Y QUISTES.- Absceso dentario es una inflamación - circunscrita, aguda y purulenta de los tejidos blandos en- el diente o en torno a él. Es producido por una infección- mixta de microorganismos bucales. La zona afectada presen- ta inchazón y dolor. Puede haber malestar general, aumento de temperatura, y linfoadenitis concomitantes. El pus se - extiende en la encía hacia los tejidos subyacentes al for- nix vestibular.*

*Normalmente, no hay bacterias en los tejidos cuando consi- guen entrar, se produce la veloz emigración de leucocitos- para contener la infección. La zona queda cercada por trom bosis de los vasos y obstrucción fibrinosa. El número de - leucocitos y microorganismos sigue en aumento, esto va se- guido de necrosis y licuefacción de la zona central con -- formación de pus.*

*ABSCESO PERIODONTAL.- El absceso periodontal, puede ser la exacerbación aguda de la enfermedad periodontal crónica.-- Puede producirse cuando la infección pasa a los tejidos a través del epitelio de la bolsa. Fa-- les abscesos son consecuencia de la oclusión de las sali-- das angostas de bolsas tortuosas o bolsas infraalveolares- profundas.*

*Dado que la virulencia de los microorganismos es un factor importante, incluso las bolsas someras pueden ser atacadas*

A veces se acumula pus en los quistes periodontales laterales.

Absceso Gingival.- El absceso Gingival es una relativa rareza, que aparece cuando las bacterias invaden por alguna rotura de la superficie gingival. Estas soluciones de continuidad se originan durante la masticación, procedimientos de higiene bucal o tratamiento dental.

Aunque al principio el surco gingival queda intacto, el absceso se extiende hacia la profundidad del tejido conectivo y ataca al hueso comunicándose con el surco. La resistencia del paciente va en relación con el peso. Por ejemplo, los pacientes diabéticos no controlados son más susceptibles a los abscesos.

ABSCESO PERIAPICAL.- El absceso periapical (dentoalveolar) es el resultado de la infección pulpar. Este absceso se extiende a través del agujero apical de los tejidos periapicales. Estos abscesos generan trayectos fistulosos que comunican con la cavidad bucal. Es posible que la infección bucal llegue a los tejidos periodontales por los canales aberrantes, fracturas radiculares o una perforación.

De todos los abscesos periodontales el periapical es el más común.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- El diagnóstico diferencial abarca

*los abscesos: Periodontal, Periapical y Gingival. Sin embargo los tratamientos periodontales tienen que ver fundamentalmente con los abscesos periodontal y gingival; los abscesos dentarios se asemejan en el aspecto, pero difieren en su origen.*

*El absceso periapical proviene de la infección pulpar; el absceso periodontal se forma por la bolsa; el absceso gingival es una infección que se produce por una solución de continuidad en la superficie gingival. Aunque el absceso se origine en un lugar, puede extenderse y lesionar -- otras zonas.*

*Por Ejemplo: El absceso periodontal, es capaz de producir -- necrosis pulpar, y los abscesos periapicales pueden producir bolsa.*

*El proceso infeccioso y los síntomas clínicos - de los diversos abscesos se asemejan; este diagnóstico se basará en los hallazgos clínicos, en el exámen radiográfico y- en la prueba pulpar. La presencia de caries, lesiones pulpares y patología periapical hacen pensar en el absceso periodontal. Cuando ninguno de estos indicios es obvio, se pensará en el absceso gingival. Los abscesos periodontales pueden aparecer en dientes sin vitalidad y por el contrario pueden- producirse abscesos periapicales en dientes con enfermedad-- periodontal; incluso, sucede que la infección se propaga del periodonto a la pulpa y vice versa.*

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

*El primer paso del tratamiento es la reducción del absceso. La administración de antibióticos está indicada cuando hay fiebre y malestar general. Si no los hay, se establecerá el drenaje. Esto se hará mediante el curetaje de la bolsa o incisión del absceso. Cuando sea precisa la extracción del diente, servirá de drenaje. Una vez reducido el absceso se hará el tratamiento correspondiente.*

*En algunos casos, hacer buches con agua caliente, ayuda a que el absceso madure; si hay que hacer una incisión, se practicará un corte vertical en el centro del absceso.*

*Durante los estadios agudos del absceso, se necrosan partes del hueso alveolar.*

*Si un absceso abarca los tejidos periapicales, y periodontales, se hará el tratamiento combinado. Esto se realiza exponiendo la zona con un colgajo ámplio para tener buen acceso a la superficie radicular y el ápice, de ésta manera, de una sóla operación, se hacen curetaje y apicectomía*

*QUISTES.-*

*Quiste Gingival.- El quiste gingival aparece como un nódulo indoloro, de color gris azulado, en la encía, con el aspecto*

y la consistencia de un mucocele. Puesto que la localiza-- ción del quiste es superficial, no aparece en las radiogra fías.

Quiste Periodontal.- (Aveces denominado quiste - periodontal lateral) Se ve en las radiografías como una le sión radiolúcida bien definida, adyacente a una raíz. Se - halla en el hueso, y a veces se abre paso al través de la- bolsa ósea, produciendo agrandamiento de la encía.

FRECUENCIA Y ORIGEN.- Los quistes gingivales y periodonta- les son raros. Con mayor frecuencia se originan en los res tos del epitelio odontogénico del ligamento periodontal o- la encía. Otros mecanismos que dan nacimiento a estos quis tes son sin duda, accidentales. Se incluye en ellos la im- plantación traumática del epitelio superficial, que más -- tarde sufre degeneración cística, evolución a partir del - epitelio glandular heterotrópico, o evolución cística den- tro de un absceso periodontal lateral.

Es interesante el hecho de que la mayoría de los quistes - parodontales aparecen en la región de los caninos inferio- res. A veces estos quistes se infectan y forman un absceso que conduce a confusiones, en un diente vital sin bolsa de tectable.

Por lo general en un tratamiento periodontal, se asigna poca importancia a la vitalidad del diente. La pér- dida ósea extensa y rápida puede tener en la patología una

causa concomitante. El diagnóstico adecuado de estos casos favorecerá el mayor éxito del tratamiento.

**RASPAJE RADICULAR**.- Definición : son procedimientos que se realizan para limpiar la superficie radicular de depósitos y cemento blando y rugoso. Hecho con minuciosidad, deja la superficie radicular, lisa, limpia, dura y pulida. El raspaje radicular es el tratamiento fundamentalmente de la inflamación periodontal. En casos simples, puede ser el único tratamiento necesario; en casos avanzados, en que es imposible hacer otro tratamiento, el raspaje puede constituir el único tratamiento a seguir. En todos los casos, el mantenimiento del estado de salud después del tratamiento, lo constituyen los raspajes radiculares periódicos y un programa de control de la placa. Dado que la remoción de irritantes es el tratamiento positivo de las inflamaciones periodontales, se recurre al raspaje más que a cualquier otro tipo de tratamiento periodontal. Inflamación, bolsas, movilidad dentaria y migración dentaria son los signos clásicos de la enfermedad periodontal., contra las cuales se orienta la mayoría del tratamiento. Este tratamiento comprende: raspaje radicular, ajuste oclusal, cirugía periodontal, contra los cuales se orienta la mayoría del tratamiento, movimientos ortodónticos, ferulización y otros procedimientos de operatoria dental y prótesis al igual que un estricto programa casero de control de placa.

Todo intento terapeútico deberá ir precedido de un diagnóstico preciso, pronóstico y plan de tratamiento. Primero, hemos de considerar el raspaje que se utiliza en cási todos los pacientes con enfermedad periodontal. Junto con el control de placa, el raspaje radicular es decisivo en la prevención de la enfermedad periodontal inflamatoria.

INDICACIONES.- El raspaje radicular es parte de todo tratamiento de gingivitis y periodontitis. Debe preceder a la mayoría de los procedimientos quirúrgicos, pués crea un medio más limpio, reduce la hiperhemia y el edema, y mejora las tendencias de cicatrización de los tejidos.

Asi mismo, se repite durante determinados procedimientos quirúrgicos y después de la cicatrización para que el paciente pueda mantener la salud gingival mediante la adecuada higiene bucal.

HIGIENE BUCAL.- La higiene bucal y el masaje gingival son procedimientos que realiza el paciente para eliminar la placa de los depósitos blandos y residuos de los dientes, paraque la encía sea firme y aumente la cornificación del epitelio. La higiene dental es necesaria para ayudar a curar la enfermedad periodontal inflamatoria y para mantener el estado de salud. Esto se consigue principalmente mediante la eliminación regular de la placa, la cual se considera, causa principal de la enfermedad y la inflamación gingival.

Por ellos, la higiene bucal es terapeútica y profilactica- Además, el cuidado eficaz es importante para tratar pro-- blemas de recesión gingival (atrofia) y agrandamiento ---- gingival (hiperplasia).

**PROGRAMA DE ENSEÑANZA.**-Con la finalidad de establecer un- procedimiento de educación, se adiestrará al paciente, --- aconsejándole que cumpla un programa de visitas periódicas Las visitas diarias (o en días alternos) fomentan la reten ción de lo aprendido. También permiten que el dentista re- fuerce el aprendizaje y ayude a establecer nuevos hábitos- en el paciente.

Esta instrucción es valiosa, ya que el paciente interviene activamente en el tratamiento. Se - le muestra qué debe hacer y se le deja que lo haga por él- mismo.

En una visita, que el paciente se - enjuague con solución reveladora y tome como índice de -- placa, señale las zonas de buena limpieza y las de higiene deficiente.

Al comenzar la enseñanza del cepi-- llado, hágase conocer al paciente varios conceptos:

I.- <u>Frecuencia del Cepillado</u>.- Hay- que inculcar al paciente la necesidad de cepillarse una -- vez al día, o dos, para eliminar la placa y los residuos,

y para estimular los tejidos circundantes.

2.- Naturaleza y composición de los residuos.-

Se explicará la localización de los residuos y la consecuencia de la encía, y en las estructuras del soporte. El uso de diagramas es muy útil, si no indispensable.

3.- Relación de la placa y los residuos con la enfermedad periodontal.-

El paciente debe saber qué es lo que usted está tratando de hacer y qué resultados favorables se pueden obtener. Aunque esto sea una repetición, ayuda a reforzar la motivación.

4.- Tipo de cepillo a utilizar.-

Las recomendaciones respecto al cepillo se han de basar en las necesidades individuales del paciente, insistiendo en el hecho de que se usarán dos cepillos diarios, uno por cepillado y alternados. Habrá que enjuagarlos bien y sacarlos al aire.

HALITOSIS.- El temor de molestar con el mal aliento es una fuerza poderosa de motivación que hace acudir a la gente a la atención dental; quizás sea la tercera en importancia después de las consideraciones estéticas y el dolor.

*Si una persona tuviera una duda, no tiene más que presenciar la televisión para ver un número importante de comerciales de enjuagatorios que dicen prevenir y curar éste trastorno.*

*Una característica clínica importante de la halitosis es que la persona no está consciente de ello.*

*Se trata de medir la intensidad del mal aliento mediante un instrumento denominado Omoscopio, y más tarde mediante análisis espectrométrico y un titulador, que es un instrumento capaz de medir componentes oxidables volátiles del azufre, a los cuales se supone responsables del mal aliento bucal.*

*El aliento proviene de los pulmones y es exhalado por bronquios, tráquea, laringe, nariz y boca. Por ello el mal aliento puede originarse en cualquiera de estas zonas. Entre los dolores que se originan en los pulmones, estan los del ajo y del alcohol. Estos olores son producidos por la excresión de los pulmones de los aceites volátiles que aromatizan estos alimentos. Hay un número de casos de mal aliento que se producen por trastornos de la nariz y de la nazofaringe, por ejemplo rinitis atrófica crónica, sinusitis purulenta y adenoides.*

*Una causa bastante común de la halitosis es la respiración bucal; éste hábito impide que la mucosa y los dientes sean bañados por saliva y, por lo tanto, trastorna la remoción de las escamas, bacterias y sus productos.*

*TRATAMIENTO.- En vista de los muchos factores etiológicos - que contribuyen al mal aliento, es esencial confeccionar -- una buena historia médica y dental.*

*Se aconseja hacer la extrucción de restos radiculares y la restauración de dientes cariados. Hay que hacer lo posible por dejar nichos ámplios, restauraciones --- bien modeladas y pulidas. Estas medidas impedirán el mal aliento y la retención de alimentos, asi como la irritación- concomitante de la encía subyacente. El cepillado de dien-- tes, encía y lengua, produce una reducción apreciable por-- dos horas.*

*El uso de enjuagatorios ejerce efecto tempo-- ral en la disminución de halitosis.*

*Siempre que sea posible hay que interrumpir-- la respiración bucal y la falta de cierre de los labios. Para combatir la halitosis concomitante, sugiera al pacientequ se cepille dientes, encías y lengua, tres veces al día, que use un dentifrico suave y un enjuagatorio de aroma suave. Además el mal aliento puede señalar la presencia de -- una enfermedad sistemática subyacente. Por ello, cuando las medidas locales resulten ineficaces, corresponde hacer una- consulta a un médico clínico competente.*

# CAPITULO VI

## CAPITULO VI

REVALORACION.- Al concluir el tratamiento periodontal se vuelve a examinar y valorar al paciente.Esto se hace antes de seguir el tratamiento o de dar de alta al paciente. Este exámen final incluye la confección de una nueva ficha, para registrar la profundidad de la bolsa, movilidad dentaria, anotación del color, textura y forma de los tejidos, hipersensibilidad dentaria, y apreciación de la capacidad del paciente para efectuar adecuadamente los procedimientos de higiene bucal Asi mismo se incluyen radiografías y pruebas pulpares. Los registros de los hallazgos se harán en la prueba inicial, con tinta de diferente color. La comparación del fichado pre-operatorio y del post-operatorio permite medir la eficacia del tratamiento; el estado de salud periodontal del paciente se estima por comparación por normas aceptadas, y es posible tener una impresión del pronóstico a largo plazo y los resultados del tratamiento.

PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.- La profundidad del surco post-operatorio no deberá exceder los 3mm. Si hay manifestaciones de bolsas residuales, hay que volver a tratar las zonas afectadas. En casos avanzados de enfermedad periodontal, el objetivo del tratamiento puede ser la prolongación de la vida de la dentadura.

## CAPITULO VI

REVALORACION.- Al concluir el tratamiento periodontal se vuelve a examinar y valorar al paciente. Esto se hace antes de seguir el tratamiento o de dar de alta al paciente. Este exámen final incluye la confección de una nueva ficha, para registrar la profundidad de la bolsa, movilidad dentaria, anotación del color, textura y forma de los tejidos, hipersensibilidad dentaria, y apreciación de la capacidad del paciente para efectuar adecuadamente los procedimientos de higiene bucal Asi mismo se incluyen radiografías y pruebas pulpares. Los registros de los hallazgos se harán en la prueba inicial, con tinta de diferente color. La comparación del fichado pre-operatorio y del post-operatorio permite medir la eficacia del tratamiento; el estado de salud periodontal del paciente se estima por comparación por normas aceptadas, y es posible tener una impresión del pronóstico a largo plazo y los resultados del tratamiento.

PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.- La profundidad del surco post-operatorio no deberá exceder los 3mm. Si hay manifestaciones de bolsas residuales, hay que volver a tratar las zonas afectadas. En casos avanzados de enfermedad periodontal, el objetivo del tratamiento puede ser la prolongación de la vida de la dentadura.

*MOVILIDAD.- Con frecuencia, pero no siempre, el tratamiento reduce la movilidad dentaria. Tómese nota de la magnitud de la movilidad con el debido márgen para la movilidad transitoria que a veces sigue a la cirugía.*

*La persistencia de la movilidad con I I/2 grado es indicación de ferulizaciòn.*

*Advierta al paciente la posibilidad de ferulizar en el momento en que se le presente el plan de tratamiento original*

*COLOR, TEXTURA Y FORMA DE LOS TEJIDOS.- Una vez concluído el tratamiento periodontal, la encía debe ser rosada, firme y debe estar unida con firmeza a los dientes. El punteado debe o puede con frecuencia desaparecer después de la cirugía y luego reaparecer gradualmente en el transcurso de unos meses. Los márgenes gingivales deben ser delgados y afinarse hacia los dientes. Vistas desde la zona vestibular, las papilas deben ser cónicas, las interdentarias.*

*HIGIENE BUCAL.- La determinación de la eficacia de la higiene del paciente se hace examinando los dientes y tejidos para detectar residuos, inflamación y exudado, tomando índices de placa y observando la técnica del paciente. Algunos pacientes carecen de habilidad manual y otros de motivación para realizar adecuadamente su técnica de cepillado. Pero si es minuciosa la higiene periodontal, se le puede mantener en salud sin volver a hacer el tratamiento quirúrgico -*

con un resultado no del todo ideal, tal como arquitectura invertida o bolsas residuales.

CONCLUSIONES.- El exámen post-operatorio indicará que el tratamiento llegó a buen fin. Explicando al paciente lo que se-ha conseguido y la importancia de mantener lo conseguido. En ocasiones, el examen revelará zonas que no se han resuelto a entera satisfacción. Si a causa del estado mental del paciente fuera infructuoso o posiblemente negativo, dese el caso - por terminado. El tratamiento ha concluído cuando se ha al-- canzado un resultado óptimo para el paciente.

Si se vuelve a emprender un tratamiento periodontal o alguna otra forma de tratamiento dental, entonces - habrá que hacer una nueva revaloración al terminar de nuevo- el tratamiento.

FASE DE MANTENIMIENTO.- Al completarse todo el tratamiento-- dental, el estado de salud es óptimo para el paciente, con - el paso del tiempo, éste estado puede modificarse por razo-- nes extrínsecas o intrínsecas que se producen durante la vi- da. Tanto el dentista como el paciente deben tratar de reducir el mínimo de estos cambios para proporcionar al paciente una dentadura funcional y sana para toda la vida.

No debe exagerarse la importancia de la higiene bucal. Mediante el control diligente y positivo, los pa-- cientes conservan saludables dientes que alguna vez tuvie--- ron pronóstico dudoso. Esta atención consta de exámenes ----

periódicos de control, mantenimiento preventivo y tratamiento

El tratamiento se compone de dos fases: el tratamiento activo; para interceptar y curar el proceso de la enfermedad y observación, supervisión y tratamientos periódicos calculados para impedir la recidiva.

El primer año que sigue al tratamiento, es el período más crítico, pués el paciente ya ha demostrado su susceptibilidad a la enfermedad periodontal cuyas causas tienden a reincidir. Además, es difícil aprender y abandonar hábitos de higiene bucal. La primera visita de control, después del tratamiento debe establecerse después de cuatro o tres meses. A partir de ésta, se puede alargar el intérvalo de cuatro o seis meses. La frecuencia de las visitas dependerá de la velocidad de depósito de cálculo, de la capacidad y resolución del paciente para realizar el cuidado casero, el estado clínico de los tejidos y de la presencia o ausencia de la patología. A veces, sucede que los cambios del estado dental sicológico o intrínseco del paciente alternan por completo el equilibrio establecido. Por supuesto el paciente debe regresar a la consulta cuando perciba algún signo de enfermedad. Sin embargo, desde el momento en que muchos de los signos de enfermedad no son obvios para el paciente, es necesario hacerle una cuidadosa observación y supervisión.

*CONCEPTO DE CURACION.- Hay veces que el resultado del tratamiento no llega a ser lo que se tenía previsto. El fracaso en la obtención de los efectos óptimos del tratamiento o en el mantenimiento de la salud periodontal, después de un tratamiento adecuado, puede ser atribuido a fenómenos coincidentes con el tratamiento o posteriores a él.*

*FRACASO.- El fracaso en la obtención de resultados satisfactorios durante el tratamiento periodontal activo puede ser causado por uno de los siguientes factores:*

*I.- Diagnóstico erróneo, examen incompleto o registro inadecuado.*

*2.- Tratamiento completo o inadecuado.*

*3.- Higiene bucal deficiente por parte del paciente.*

*La recidiva en la enfermedad periodontal después de un tratamiento aparentemente bien realizado puede tener su orígen en:*

*I.- Higiene bucal inadecuada por parte del paciente.*

*2.- Raspaje y pulido incompleto en el programa de mantenimiento.*

*3.- Tratamiento incompleto o diagnóstico equivocado.*

*4.- Restauraciones o prótesis inapropiadas.*

5.- No realización de procedimientos restauradores o protésicos asociados.

6.- Factores intrínsecos, u otros que sobre pasan el control del profesional y el paciente.

**GRADO DE EXITO.-** En ocasiones la situación es irremediable y es preciso extraer algunos dientes, o confeccionar prótesis completas. En periodoncia, como en todas las artes de curar, el grado de éxito es variable. Ello depende del diagnóstico y de la habilidad manual, la gravedad de la enfermedad, de la cooperación del paciente y de los objetivos del tratamiento asi como del estado intrínseco y del estado avanzado de los principios básicos biológicos y procedimientos operatorios en los que se apoyan toda terapeútica.

Si se ha prolongado significativamente la vida útil de la dentadura y no hay signos de patología la acertación del diagnóstico y el tratamiento es un éxito.

No puede haber fracasos censurables a menos que se ignoren las técnicas actuales. Sin embargo puede haber resultados negativos, incluso en los casos mejor manejados La inflamación continua y la pérdida del aparato de inserción o el aumento de movilidad en una zona o en varias es un signo desfavorable.

**CONOCIMIENTO BASICO.-** Aún conocemos muy poco de la etiología de la Periodontosis y la Gingivitis descamativa.

En realidad en varias ocasiones la Gingivitis o la Periodontitis no responde. Sin embargo, a medida que se adquieren mayores conocimientos los pacientes se tratan con éxito.

Curación.-¿ Cuando está curada la enfermedad periodontal? y ¿ qué constituye la curación? Se considera que se llegó a la curación, cuando se han eliminado todos los síntomas y signos de la enfermedad periodontal, y han sido reemplazados por signos de salud periodontal. Aunque es posible que se restaure por completo la integridad de los tejidos sin recesión, más allá de los niveles normales de hueso y encía, con gran frecuencia los márgenes de estos tejidos se hallarán localizados apicalmente, pero no representa manifestaciones de enfermedad. En sí la curación es: la obtención de un estado periodontal y dental funcional.

# CONCLUSIONES.

## CONCLUSIONES

El Odontólogo debe tener los conocimientos que permitan el tratamiento de la enfermedad periodontal como parte integral de la práctica Odontológica.

El tratamiento eficaz de las dolencias periodontales a fondo de los principios biológicos básicos y que la prevención y el tratamiento de la enfermedad periodontal se ejerciten como parte de la Odontología general.

El tratamiento dental general del paciente cotidiano abarca aspectos de consideración periodontal, aunque incluyen extracciones y prótesis.

El tratamiento periodontal no puede tener éxito si simultaneamente no se practica el tratamiento de restauración correspondiente.

La preservación de la dentadura y la promoción del bienestar del paciente, solamente se obtienen si se les brinda un tratamiento completo. La capacidad de articular todas las fases del tratamiento debe ser denominada por el Odontólogo general, aún en los casos en que se considere necesaria la cooperación del especialista.

La periodoncia, conectada como está, con todas las partes de la práctica dental, y de obvias relaciones con las ciencias básicas, es la parte de la odontología, con cuya aplicación se puede lograr un mejor planteo de tratamiento dental.

*Este concepto abarca una integración de la Periodoncia, la Odontología general, y los principios básicos biológicos, en un enfoque clínico que se conoce como* ***TRATAMIENTO COMPLETO.***

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

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


I.- GLICKMAN IRVING (autor)
Periodontología Clínica (Libro)
Editorial Mundi
Cuarta Edición.

2.- GORLIN ROBERT J. (autor)
Patología Bucal (Libro)

3.- Thoma Patología Oral
Barcelona Salvat.
Sexta Edición

4.- PRICHARD JHON F.
Enfermedad Periodontal Avanzada
Editorial Labor 1971

5.- WILLIAM G SHAFER
Tratado de Patología Bucal
Editorial Interamericana.
Tercera Edición.

6.- PERIODONCIA DE ORBAN
Teoría y Práctica
DANIEL A GRANT, Editorial Interamericana
Cuarta Edición.