



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

*Facultad de Odontología*

ABSCESO PERIODONTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
JAVIER MORALES PONCE



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

A MI QUERIDA MADRE:  
SRA. AGRIPINA PONCE UDA. DE MORALES  
A QUIEN DEBO LO QUE SOY, Y PARA QUIEN  
TODO MI AGRADECIMIENTO RESULTA INSUFICIENTE.

A LA MEMORIA DE MI PADRE:  
SR. FELIX F. MORALES ACOSTA  
CON MI RESPETO Y RECUERDO.

A MI QUERIDA ABUELA:  
SRA. AGUSTINA PONCE-  
AGUILAR.  
CON TODO MI RESPETO-  
Y CARIÑO.

A MI QUERIDA HERMANA Y CUÑADO  
SRA. MA. AGRIPIA MORALES DE -  
GARCIA  
DR. RICARDO GARCIA ROTHENHAUSLER  
CON TODO MI CARÍÑO, RESPETO Y GRA  
TITUD.

A MI SOBRINA  
ARIADNA GARCIA MORALES  
CON MUCHO CARÍÑO.

A MIS QUERIDOS TIOS:  
QUE EN LA ULTIMA ETAPA DE  
MI CARRERA ME BRINDARON -  
SU APOYO SIN NINGUN INTE-  
RES GRACIAS.

A MIS PRIMOS:

A TODOS MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

A MI QUERIDA FACULTAD  
DE ODONTOLOGIA.

AL DR. CARLOS RAMOS  
POR SU DIRECCION EN ESTE  
TRABAJO.

AL DR. JOSE A. RENDON F.  
POR SU VALIOSA AYUDA Y ORIENTA  
CION EN MI CARRERA.

AL DR. ALFONSO  
LARA CH.  
POR SU ORIENTA-  
CION EN ESTE TRABAJO.

AL HONORABLE JURADO.

## I N D I C E

CAPITULO I.....	3
ANATOMIA DE LA ENCIA:	
Características normales,	
Clasificación.	
Características microscópicas normales	
Fibras de la encía.	
Mucosa alveolar.	
Líquido gingival.	
Fisiología de la encía.	
Aporte sanguíneo, linfático y nervios de la encía.	
CAPITULO II.....	16
HISTOLOGIA DE LA ENCIA	
CAPITULO III.....	20
LIGAMENTO PERIODONTAL:	
Características microscópicas normales.	
Plexo intermedio.	
Vascularización.	
Linfáticos.	
CAPITULO IV.....	23
HUESO ALVEOLAR:	

Características microscópicas normales.  
Células y matriz celular.  
Pared del alveolo.  
Vascularización, linfáticos y nervios.

CAPITULO V.....25

CEMENTO:

Características microscópicas normales.  
Tipo de cementos

CAPITULO VI.....28

TIPOS DE ABSCEOS:

Absceso periodontal.  
Absceso gingival.  
Absceso periapical.  
Diagnóstico diferencial.

CAPITULO VII.....31

ABSCESO PERIODONTAL:

Clasificación.  
Aspecto radiográfico.

CAPITULO VIII.....36

DIAGNOSTICO.

Pronóstico.

CAPITULO IX.....38

HISTOPATOLOGIA:

Proceso inflamatorio

Permeabilidad de los vasos capilares.

Inflamación aguda.

Inflamación crónica.

Destrucción ósea.

CAPITULO X.....45

ETIOLOGIA

CAPITULO XI.....49

TRATAMIENTO Y TECNICAS:

Reducción de signos agudos.

Eliminación de la bolsa.

Curetaje.

Técnicas de colgajo.

Antibióticos.

Tranquilizantes.

Calutórios.

Vitaminas.

CAPITULO XII.....64

CONCLUSIONES.....64

BIBLIOGRAFIA .....66

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

El interés por el desarrollo de este tema, - se debió principalmente a la observación durante la práctica dental dentro y fuera de la facultad así como en mi servicio social, del alto índice de la pérdida de dientes, ocasionado por la presencia de problemas y lesiones periodontales; y esto es ocasionado por el mal aseo bucal y es por la ignorancia misma de las personas al no saber efectuar una higiene oral adecuada con relación al estado de su boca.

Según las estadísticas obtenidas, sabemos - que el hombre de edad madura pierde la mayoría de sus piezas dentarias más por enfermedades periodontales que por otros factores biológicos.

El enfocarme a este tema fue con la finalidad de ayudar a resolver estos padecimientos que son tan comunes en la práctica odontológica.

El presente trabajo es un estudio sobre absceso periodontal con el fin de dar a conocer su etiología, evolución y su tratamiento y lo someto al honorable jurado rogándole su benevolencia al juzgarlo.

### ANATOMIA DE LA ENCIA:

La encía es una fibromucosa que cubre los — procesos alveolares de los maxilares, extendiéndose desde la porción cervical de los dientes hasta el vestíbulo; la mucosa oral se encuentra formada por tres zonas:

a).— La encía y la mucosa cubre el paladar — duro, denominada mucosa masticatoria.

b).— Mucosa especializada, que cubre el dorso de la lengua.

c).— Y el resto de la mucosa oral.

Características de una encía normal.— El color normal de la encía es rosa pálido uniforme, excepto — por la pigmentación fisiológica, es firme y se encuentra fuertemente adherida al hueso alveolar adyacente, consistencia suave, aterciopelada, con un puntilleo a manera de cáscara de naranja. Ante una variación, puede ir de rosa — a pálido hasta tonos de rojo a una matriz azulada. Esos — cambios de color deben ser correlacionados con los cambios de color en otras partes de la cavidad oral, la piel

y los ojos.

El tamaño de la encía representa la suma total de los elementos celulares e intercelulares, una alteración en su tamaño es una característica común de una enfermedad, resultante de modificaciones en sus componentes microscópicos.

Clínicamente la encía tiene forma normal — cuando la papila llena el nicho interproximal ya que tiene forma piramidal.

#### Clasificación:

Encía marginal.— Esta encía es lisa y brillante y en ocasiones presenta ondulaciones, dándole un aspecto parecido a la encía insertada. La forma biselada de la encía libre tiene como función permitir el paso de los alimentos y evitar su empaquetamiento. Es la porción coronal de la encía no adherida, que rodea al diente en forma de collar, se encuentra separada de la encía insertada por una depresión lineal que es el surco gingival, puede ser separada del diente por medio de una sonda, generalmente es de un ancho de un milímetro o más.

### Encía insertada:

Sigue a continuación de la encía marginal, - y va hasta el límite de la línea mucogingival, es firme - resiliente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacentes.

El ancho de la encía insertada en el sector-vestibular y en diferentes zonas de la boca, varía de menos de 1 mm a 9 mm. Por lingual la encía insertada termina en su unión con la mucosa que tapiza el surco sublingual en el piso de la boca. Por palatino la encía insertada se continua imperceptiblemente con la mucosa palatina igualmente firme y resiliente. En ocasiones se usan — los términos; Encía cementaria y encía alveolar, para designar las diferentes porciones de la encía insertada, — según sean sus áreas de inserción.

### Encía interdental:

La encía interdental ocupa el nicho gingival — val, que es el espacio interproximal localizado debajo — del área de contacto interproximal.

La papila dentaria tiene forma piramidal, la superficie externa es afilada hacia el área de contacto interproximal y las superficies mesial y distal son cóncavas. Los bordes laterales y el extremo distal de la papila son continuación de la encía marginal de los dientes vecinos. La parte media se compone de encía insertada.

En ausencia del punto de contacto interproximal la encía se halla unida firmemente al hueso interdentario y forma una superficie redondeada lisa sin papila interdentaria

## CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS DE LA ENCIA:

Color; El color de la encía insertada y marginal es color rosa coral y es producido por el flujo sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización también influyen en esto.

Pigmentación fisiológica (melanina): La melanina es un pigmento pardo que no deriva de la hemoglobina. Produce la pigmentación normal de la piel, encías y mucosa oral.

Puntilleo: La encía presenta una superficie finamente lobulada, como una cáscara de naranja, y se dice que es punteada. La encía punteada es la insertada, la encía marginal no lo es. El puntilleo varía con la edad. En la lactancia no existe, aparece en algunos niños a los cinco años, aumenta hasta la edad adulta, y con frecuencia comienza a desaparecer en la vejez.

El puntilleo es producido por protuberancias redondas y depresiones alternadas con la superficie gingival. La capa papilar del tejido conectivo se proyecta -

en las elevaciones y tanto las partes elevadas como las -  
huidas están cubiertas de epitelio escamoso estratifica-  
do. Parece que hay relación entre el grado de queratiniza-  
ción y la prominencia del punteado.

Es una característica de la encía sana y la-  
reducción o pérdida del punteado es un signo común de en-  
fermedad gingival.

Queratinización: El epitelio que cubre la -  
superficie externa de la encía marginal y la encía inser-  
tada es queratinizado o parakeratinizado o presenta com-  
binaciones de las dos. La capa superficial es eliminada -  
en hebras finas y reemplazadas por células de la capa gra-  
nular subyacente. Se considera que la queratinización es  
una adaptación protectora de la función, que aumenta cuan-  
do se estimula la encía mediante el cepillado dental.

La queratinización de la mucosa oral varia -  
en zonas; paladar, (más queratinizados) encía, lengua, -  
carrillos (los menos queratinizados) etc.

Fibras gingivales: El tejido conectivo de la  
encía marginal es densamente colágeno, contiene un promi-

nente sistema de haces de fibras colágenas llamadas fibras gingivales. Las fibras gingivales, tienen las siguientes funciones: Ajustar la encía marginal firmemente con el diente; proveer la rigidez necesaria para soportar las fuerzas masticatorias, sin que la encía sea separada de la superficie del diente; Unir la encía marginal libre al cemento radicular y a la encía insertada adyacente.

#### Fibras de la encía:

Fibras crestogingivales o gingivodentales:— Estas son las fibras de las superficies; Vestibular, lingual e interproximal. En la base del surco gingival se hallan incluidas y en el cemento inmediatamente abajo del epitelio. También se extienden sobre la cara externa del periostio del hueso alveolar, vestibular y lingual y termina en la encía insertada o se unen al periostio. En la zona interproximal, las fibras crestogingivales, se extienden hacia la cresta de la encía interdientaria.

Fibras circulares: Estas fibras rodean al diente en forma de anillo, corren através del tejido co-

nectivo de la encía marginal e interdientaria.

Fibras trasceptales: Situadas interproximalmente forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de los dientes vecinos, en los cuales se hallan incluidos. Están en la base del surco gingival y la cresta del hueso interdientario y a la vez se le clasifican con las fibras principales del ligamento periodontal.

#### MUCOSA ALVEOLAR:

La mucosa alveolar es roja lisa y no rosada y punteada. El epitelio de la mucosa alveolar es más delgado, no queratinizado y no contiene brotes epiteliales. El tejido conectivo de la mucosa alveolar es más láxos y los vasos sanguíneos son más abundantes.

#### SURCO GINGIVAL:

Es una hendidura que rodea al diente, limitado por un lado por éste y por el otro lado con el epitelio que tapiza el margen libre de la encía. Es una depresión en forma de "V" que apenas permite la entrada de

una sonda roma. Diferentes investigadores han encontrado las siguientes profundidades medias del surco gingival: — 1.8 mm con variaciones de 0.6mm<sup>64</sup>, 2mm<sup>92</sup> y 0.69 mm<sup>3</sup> — (Gottlieb considera que la profundidad ideal del surco — es de cero 35, 38,). En casos patológicos este surco es — más profundo.

#### Epitelio del surco y adherencia epitelial:--

La encía marginal forma la pared blanda del surco gingival y se encuentra unida al diente en la base del surco — por la adherencia epitelial. Se extiende desde el límite coronario de la adherencia epitelial en la base del surco hasta la cresta del margen gingival. El epitelio del surco actúa como membrana semipermeable a través de la cual pasan hacia la encía productos bacterianos nocivos y los líquidos tisulares de la encía se filtran en el surco.

Adherencia epitelial: Es una banda a modo de collar de epitelio escamoso estratificado. La adherencia epitelial se une al esmalte por una lámina basal y está compuesta por una lámina densa (adyacente al esmalte) y — una lámina lúcida a la cual se le adhieren las hemodesmosomas. La adherencia epitelial liga al diente una capa — extremadamente adhesiva, elaborada por las células epiteliales, compuestas de prolina o Hidroxiprolina, o ambas

y mucopolisacáridos neutros. La adherencia epitelial es -  
tá reforzada por las fibras gingivales que aseguran la en-  
cía marginal contra la superficie del diente.

#### LIQUIDO GINGIVAL:

El surco gingival contiene un líquido que se  
filtra dentro de él desde el tejido conectivo gingival a-  
través de la delgada pared del surco.

Propiedades del líquido gingival;

- a).- Limpia el material del surco.
- b).- Contiene proteínas plasmáticas adhesivas  
que pueden mejorar de la adherencia epitelial del dien -  
te.
- c).- Posee propiedades antimicrobianas.
- d).- Puede ejercer la actividad de anticuer-  
pos en defensa de la encía.
- e).- Sirve de medio para la proliferación -  
bacteriana y contribuye a la formación de la placa dental  
y cálculos.

La cantidad de líquido gingival aumenta con la inflamación, a veces en proporción a su intensidad. De igual manera aumenta el líquido gingival con la masticación de alimentos duros, el cepillado dental y el masaje, con la ovulación y anticonceptivos hormonales.

#### FISIOLOGIA DE LA ENCIA:

La principal función de la encía es la de recubrir las superficies óseas y parte de las piezas dentarias.

La mayoría de las veces es el más fiel reflejo de salud del individuo, o sea, que aquí es donde se manifiestan objetivamente tantas enfermedades. Debe considerarse como ideal y normal que la encía contenga cornificación, con producción de queratohialinas y una capa córnea sin células nucleadas, capaz de ofrecer resistencia al trauma o a la infección y a la lisis celular.

#### APORTE SENGUINEO, LINFÁTICO Y NERVIOSO DE LA ENCIA:

La capa capilar de la lámina propia contiene

los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios de la encía. Microscópicamente se detecta un solo capilar en cada papila pero en estudios biomicroscópicos se ha observado la existencia de capilares de reserva. El origen del aporte sanguíneo son las arteriolas que emergen de la cresta septuminterdental y en menor grado las arteriolas del ligamento periodontal y las de mayor importancia son las arteriolas supraperiósticas de las caras vestibular y lingual del hueso alveolar.

El drenaje linfático de la encía comienza en los linfáticos de las papilas conectivas y progresa a las redes colectoras externas del periostio del proceso alveolar de ahí a los nódulos linfáticos regionales (especialmente el grupo submaxilar). Hay además linfáticos inmediatamente por abajo de la adherencia epitelial que se extiende hacia el ligamento periodontal y acompaña a los vasos sanguíneos.

La inervación gingival deriva de las fibras provenientes de nervios del ligamento periodontal y de los nervios, labial, bucal y palatino. Las siguientes estructuras nerviosas se encuentran en el tejido conectivo:

Fibras osgenófilas que se extienden dentro -- del epitelio, corpúsculos táctiles tipo meissner y terminaciones tipo Krause, que son receptores de temperatura -- y usos encapsulados.

En resumen, la encía es irrigada por:

- a).- Vasos que atraviesan el parodonto.
- b).- Vasos del ligamento parodontal.
- c).- Ramas interdientarias.

## HISTOLOGIA DE LA ENCIA:

La encía esta compuesta por un tejido conjuntivo y un epitelio escamoso estratificado, este consta — de cuatro capas:

a).- Capa basal.- Formada por células cuboides.

b).- Capa espinosa.- Formada por células exagonales.

c).- Capa granulosa.- Formada por células — achatadas y queratohialina.

d).- Capa córnea.- Queratinizada o paranque-  
ratizada o las dos a la vez.

La microscopía electrónica ha revelado que — las células de la capa basal y espinosa contactan unas — con otras en unas zonas periféricas llamadas desmosomas.— Cada desmosoma consiste en dos placas de inserción forma-  
da por el engrosamiento de las membranas celulares en un espacio intermedio de 300 A (contiene tres láminas para —  
lelas), contiene tonofibrillas que irradian desde las ca-

pas engrosadas hacia el citoplasma de cada célula. Los desmosomas aparecen bajo el microscopio común como puentes intercélulares continuos.

Lámina basal.- (membrana basal).- El epitelio se une al tejido conjuntivo subyacente por una lámina basal, de 300 a 400 A de espesor que se localiza aproximadamente a 400 A debajo de la capa epitelial basal. La membrana basal se compone de una lámina densa y otra lámina lúcida.

Lámina propia.- El tejido conectivo de la encía se conoce como lámina propia. Esta separada del epitelio por una membrana basal filamentososa de 300 a 700 A de espesor y situada a unos 400 A por debajo de las células basales. La lámina propia es densamente colágena y contiene pocas fibras elásticas.

La lámina propia tiene dos capas:

a).- Una capa papilar subyacente al epitelio y consiste en las proyecciones papilares que interdigitan con las papilas epiteliales.

b).-- La capa reticular continúa al periostio del hueso alveolar.

#### Membrana periodóntica:

A medida que se forma la raíz del diente y se deposita cemento, en la superficie se desarrolla la membrana periodontal del mesenquima del saco dental que rodea al diente en desarrollo, y llena el espacio que queda entre él y el hueso del alveolo.

Este tejido acaba formado por haces de fibras colágenas dispuestas en forma de ligamentos suspensiones entre la raíz de diente y la pared ósea de su alveolo. Los haces de fibras están incluidos por un extremo en el hueso del alveolo y por el otro en el cemento que cubre la raíz. En ambos extremos las fibras que quedan incluidas en tejido duro se denominan fibras de Sharpley.

Las fibras de la membrana periodontica generalmente son algo más largas que la menor distancia entre el diente y la pared del alveolo. Esta disposición permite cierto grado de movimiento del diente dentro de su alveolo. Además de tener función de suspensión la membrana periodóntica posee otras.

Tanto los osteoblastos que revisten la pared ósea del alveolo como los cementoblastos que hay a nivel de la raíz, se consideran células de la membrana, por lo tanto poseen funciones osteógenas y cementógenas. En su interior los capilares sanguíneos constituyen la única fuente de nutrición para los cementocitos.

Los nervios de la membrana proporcionan a los dientes sensibilidad táctil tan notable e importante.

### LIGAMENTO PERIODONTAL:

Es la estructura de tejido conectivo que rodea la raíz y se une al hueso. Es una continuación de tejido conectivo de la encía, y se comunica con los espacios medulares a través de canales del hueso.

Características microscópicas normales.- Los elementos principales son: Las fibras colágenas, dispuestas en haces y que siguen un recorrido ondulado.

### GRUPOS DE FIBRAS:

Trasceptales.- Se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino.

De la cresta alveolar.- Se extienden oblicuamente desde el cemento inmediatamente debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar. Su función es mantener al diente dentro del alveolo y resistir los movimientos de lateralidad del diente.

Horizontales van desde el cemento hacia el hueso alveolar. Su función es similar al del grupo de la cresta alveolar.

Oblicuas.- Es el grupo más grande, se extiende desde el cemento en dirección coronaria, en sentido oblicuo con respecto al hueso. Soportan las fuerzas masticatorias y las transforma en tensión sobre el hueso alveolar.

Apicales: Sus fibras van desde el cemento hacia el hueso, en el fondo del alveolo.

#### PLEXO INTERMEDIO:

Los haces de fibras principales se componen de fibras individuales que forman una red anastomosada continua entre el diente y el hueso, Se ha dicho que en lugar de ser fibras continuas, las fibras individuales constan de dos partes separadas, empalmadas a la mitad del camino entre el hueso y el cemento en una zona denominada, plexo intermedio.

#### VASCULARIZACION:

Proviene de las arterias superior e inferior

y llega al ligamento periodontal desde tres orígenes, vasos apicales, vasos que penetran desde el hueso alveolar y vasos anastomosados en la encía.

#### LINFATICOS:

Los vasos Linfáticos siguen la misma trayectoria de la red arterial y complementan el sistema de drenaje venoso. La linfa circula desde el ligamento periodontal hacia el interior del proceso alveolar, donde se distribuyen hasta alcanzar a los ganglios linfáticos regionales.

### HUESO ALVEOLAR:

#### Características microscópicas normales.-

El hueso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios. Se compone de la pared interna del alveolo de hueso delgado, compacto denominado hueso alveolar, el hueso de sostén consiste en trabéculas reticulares (hueso esponjoso) y las tablas vestibular y palatina del hueso compacto. El tabique interdentario consta de hueso de sostén encerrado en una borde compacto.

#### CELULAS Y MATRIZ CELULAR.-

El hueso alveolar se compone de matriz calcificada, osteocitos encerrados dentro de los espacios denominados lagunas.

Dentro de la composición del hueso entran principalmente, Ca, y fosfato, junto con hidróxilos, carbonato y citrato e iones como Na, Mg, y F las sales minerales se depositan en forma de hidroxidoapatita. El espacio intercrystalino está relleno de matriz orgánica con predominancia de colágenas, más agua y mucopolizacáridos.

En las trabéculas, la matriz se dispone en láminas separadas una de otra por líneas de cemento destacadas.

#### PARED DEL ALVEOLO.-

La pared del alveolo está formado por hueso laminado, parte del cual se organiza en sistemas haversianos y hueso fasciculado que es el que limita al hueso del ligamento periodontal, por su contenido de fibras de Sharpey.

#### VASCULARIZACION, LINFATICOS Y NERVIOS.-

La pared ósea de los alveolos aparece radiográficamente como una línea radiopaca, delgada denominada lámina dura, sin embargo, se encuentra perforada por numerosos canales que contiene vasos sanguíneos, linfáticos y nervios que establecen la unión entre el ligamento periodontal y la porción esponjosa de hueso alveolar.

El aporte sanguíneo proviene del ligamento periodontal, espacios medulares y también de pequeñas ramas de vasos periféricos que penetran en las tablas corticales.

### CEMENTO:

El cemento es un tejido conectivo calcificado especializado de origen mesenquimatoso el cual cubre la superficie de la raíz anatómica del diente. Su función principal es adherir las fibras del ligamento periodon -- tal a la superficie de la raíz del diente. La formación -- de cemento se inicia durante las primeras fases de la -- erupción dentaria y es realizada por las células mesenqui -- matosas diferenciadas, los cementoblastos. La formación -- de cemento es una continua sobreposición. La superfice -- de cemento es cubierta por una capa reciente de cemento -- el cual no es calcificado (cementoide) y esta delineada -- por cementoblastos.

Esta continua sobreposición de cemento di -- ferencia cemento del hueso aunque su composición química -- es similar.

En contraste con la continua reabsorción y -- reparación alternadas del hueso, especialmente bajo in -- fluencias funcionales, el cemento no es reabsorbido sig -- nificativamente bajo condiciones normales. Esta diferen -- cia biológica entre cemento y hueso es de extrema impor -- tancia para entender el cambio que ocurre en el tejido -- a causa de alteraciones de la función o por condiciones -- patológicos.

## TIPO DE CEMENTOS:

El cemento puede ser celular o acelular, pero esta diferencia estructural no parece ser muy significativa a lo que concierne la función y a procesos patológicos. Si bajo alguna condición patológica la superficie de la raíz sufre resorción esta resorción puede ser reparada por aposición de cemento celular o acelular. El cemento acelular se encuentra formado principalmente en los dos tercios coronales de la raíz y el cemento celular está formado primordialmente en el tercio apical.

Las dos se componen de una matriz interfacial calcificada y fibrillas colágenas.

El tipo celular contiene cementocitos en espacios aislados que se comunican entre sí mediante un sistema de canaliculos anastomosados.

El cemento celular y el intercelular se disponen en láminas separadas por líneas de crecimiento paralelas al eje mayor del diente.

Existen dos clases de fibras colágenas, fi -

bras de Sharpley y las producidas por los cementoblastos.

Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte del cemento acelular que da sostén al diente.

El cemento celular está menos calcificado - que el acelular.

### TIPOS DE ABSCESOS:

#### Los abscesos periodontales.-

Los abscesos periodontales pueden ser exacerbaciones de una enfermedad periodontal, esto puede ocurrir cuando la infección pasa al tejido a través del epitelio de la bolsa periodontal. Tales abscesos son los resultados de las bolsas intraalveolares profundas, como la virulencia de los organismos es un importante factor, también en las bolsas no profundas pueden ser evolucionadas.

#### ABSCEOS GINGIVALES.-

Los abscesos gingivales son una reseña relativa la cual ocurre cuando la bacteria invade a través de alguna ruptura de la superficie gingival. Puede ser resultado de un traumatismo de la masticación, o de algún tratamiento dental. Aún cuando el margen gingival no es involucrado al iniciar el padecimiento, los abscesos pueden profunizarse, hasta el tejido conectivo, involucrando el hueso alveolar, y comunicarse con el surco. la resistencia del paciente es un factor importante. Un paciente con diabetes fuera de control, por ejemplo, puede ser más susceptible a los abscesos.

### ABSCEOS PERIAPICALES.-

El absceso perapical (dentoalveolar) es el resultado de la infección de la pulpa la cual se extiende a través del forámen apical a los tejidos periapicales. Tales abscesos pueden formar trayectos fistulosos que comunican con la cavidad oral. También pueden comunicarse con la bolsa periodontal o con el surco gingival. Es posible para la infección de la pulpa la cual se extiende y puede alcanzar estos tejidos periodontales por medio de un canal normal, una fractura de raíz o una perforación.- De todos los abscesos el periapical es el más común.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-

Los procesos infecciosos y síntomas clínicos de los varios abscesos dentales tienden a semejar cada uno. Los abscesos difieren solo en su origen y vía de la infección. En muchos abscesos periodontales que son diagnosticados mal se les confunde con abscesos periapicales y las piezas dentales son extraídas, porque el dentista está mal dispuesto para tratarlos. Debe hacerse un diagnóstico apropiado para un tratamiento adecuado. El diagnóstico depende de la observación clínica, radiografía, inspección y prueba pulpar. Evidencia, de caries involucrando la pulpa y patología perapical nos indica que es un absceso periapical, si hay formación de bolsa perio

dontal, pérdida de hueso alveolar y patología periodontal nos indica que hay absceso periodontal. Cuando ninguna de estas circunstancias se presenta, se sospecha obviamente que es un absceso gingival. Debe tomarse en cuenta que los abscesos periodontales pueden ocurrir en dientes no vitales, recíprocamente, los abscesos periapicales pueden formarse en dientes con patología periodontal. Por otra parte la infección puede expandirse del periodonto a la pulpa o viceversa, de modo que el absceso será de ambos, periodontal y periapical. Afortunadamente estas no son frecuentes.

El propósito del diagnóstico, se establece cual es el tipo de absceso que se presenta el pronóstico y su tratamiento adecuado. El absceso gingival es completamente tratable. El tratamiento de un diente con absceso periodontal dependerá de la cantidad y naturaleza de la pérdida ósea y la posición estratégica del diente. Conforme el absceso avanza la movilidad de la pieza también.

Para no confundir el absceso periodontal con un absceso periapical o pulpitis aguda diremos que el absceso periodontal presenta un dolor sordo continuo y no se modifica con los cambios térmicos, en casos de pulpitis el dolor se manifiesta en todo un cuadrante dentario.

### ABSCESO PERIODONTAL:

Es una inflamación localizada en los tejidos periodontales.

#### Clasificación.-

Según el proceso inflamatorio, los abscesos periodontales pueden clasificarse:

Absceso periodontal agudo.- Este aparece rápidamente y es grave, el hueso es destruido rápidamente - pero también es capaz de sanar más pronto que cualquier otra inflamación.

Absceso periodontal subagudo.- Es una clasificación arbitraria de los abscesos que no son graves, - pero que presentan síntomas claros y tienen alguna característica de los abscesos agudos y crónicos que se agudizan, son estos los más frecuentes.

Absceso periodontal crónico.- Es una acumulación de pús en una bolsa que carece de desague adecuada -

do. Provoca distensión del tejido blando que forma una -- de las paredes de la bolsa. No trastorna la función ni -- causa molestias.

Según su localización se dividen en:

a).- Absceso de la superficie lateral de la raíz con destrucción del hueso alveolar. En estos casos -- generalmente hay una fístula a través del hueso desde -- donde está localizado el absceso hasta la mucosa bucal.

b).- Absceso a lo largo de la cara lateral -- de la raíz sin lesión apreciable del hueso adyacente.

c).- Absceso de la pared blanda de una bol -- sa periodontal profunda.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Absceso periodontal agudo.- Hay síntomas como dolor irradiado punsátil, sensibilidad exquisita de la encía a la palpación, sensibilidad del diente a la percusión movilidad dentaria linfadenitis y manifestaciones generales como fiebre, leucocitosis y malestar.

El absceso agudo aparece como una elevación ovoide de la encía en la zona lateral de la raíz. La encía se vuelve edemática y roja, con una superficie lisa y brillante. La consistencia y la forma de la zona elevada varían. Puede tener la forma de cúpula y ser relativamente firme o puntiaguda y blanda. En la mayor parte de los casos es posible expulsar del margen gingival mediante presión digital suave. De cuando en cuando, el paciente presenta síntomas de absceso periodontal agudo sin lesiones clínicas notables o cambios radiográficos.

Absceso crónico.- El absceso periodontal crónico se presenta como una fístula que se abre en la mucosa gingival en alguna parte de la raíz. Puede haber antecedentes de exudación intermitente. El orificio de la fístula puede ser una abertura pequeña difícil de detectar, que al ser sondeado revela un trayecto fistuloso en la profundidad del periodonto. La fístula puede ser cubierta por una masa pequeña, rosada esférica, de tejido de granulación.

Por lo general el absceso periodontal crónico es asintomático. El paciente suele registrar un dolor sordo, mortificante, leve elevación del diente y el deseo

de frotar el diente. El absceso periodontal agudo con frecuencia presenta exacerbaciones agudas con todos los síntomas correspondientes.

#### ASPECTO RADIOGRAFICO:

De primera observación se puede llegar a confundir con una periodontitis simple pero estudiando se puede ver en el hueso alveolar una zona de resorción lateral a la raíz que puede llegar hasta el ápice en dientes anteriores y en los posteriores la resorción puede extenderse entre la bifurcación de las raíces. El aspecto radiográfico característico del absceso periodontal es de la zona circunscrita radiolúcida en el sector lateral de la raíz.

Sin embargo, el cuadro radiográfico no siempre es el característico a causa de muchas variantes:

a).- La etapa de la lesión. En las etapas incipientes, el absceso periodontal agudo es en extremo doloroso pero no presenta manifestaciones radiográficas.

b).- La extensión de la destrucción ósea y - la morfología del hueso.

c).- La localización del absceso.- Si el absceso se localiza en la pared blanda de una bolsa periodontal o en los tejidos periodontales profundos, si la le si ón está en caras libres o en proximales. Un absceso pequeño que estuviera localizado en la cara proximal, radiográficamente se vería un engrosamiento en el espacio periodontal; y no sería visible, si estuviera en las caras libres pues la radiopacidad de la raíz impediría su observación.

No es posible basarse únicamente en la radio gr áf ia para establecer el diagnóstico de un absceso perio don tal.

### DIAGNOSTICO

El diagnóstico del absceso periodontal es una correlación de la historia con los hallazgos clínicos y radiográficos.

Los dientes con abscesos periodontales agudos que afectan a la región apical, la interfurca o tejido conjuntiva periodontal son dolorosos a la percusión, son sensibles al contacto oclusal y parecen ser largos.

Siendo crónico el absceso periodontal no hay dolor a la percusión ni tampoco en un diente con muerte pulpar.

La continuidad de la lesión con el margen gingival es una prueba clínica de la presencia de un absceso periodontal. La zona sospechosa será sondeada cuidadosamente en el margen gingival hasta los tejidos periodontales más profundos.

El absceso no se localiza necesariamente en la misma superficie de raíz que la bolsa que se genera.

Una bolsa de la cara vestibular o lingual puede originar un absceso pericdntal en el espacio interproximal. Es -- común que una absceso periodontal se localice en una superficie radicular distinta de la bolsa que la origina, -- por que es más factible que obstruya el drenaje cuando la bolsa sigue un trayecto tortuoso.

Pronóstico.- Es favorable en casos agudos, -- pues responde rápidamente al tratamiento adecuado. La res puesta puede ser influida por los elementos inflamatorios presentes en los tejidos (leucocitos polimorfonucleares-- neutrófilos) el mecanismo de reaparición a la inflamación aguda obedece a la liberación de un fáctor endógeno que -- estimula el desarrollo celular.

### HISTOPATOLOGIA:

La formación de los abscesos periodontales - se debe a la migración rápida de leucocitos hacia las bacterias en ausencia de drenaje de la bolsa periodontal. El absceso gingival se desarrolla cuando las bacterias en - tran en el tejido conjuntivo; esto puede depender de un - traumatismo como el provocado por los alimentos duros, - un palillo de dientes o manipulaciones dentales.

Cuando las bacterias entran a los tejidos -- se crea una barrera formada por la rápida migración de - leucocitos y se hace un bloque por la trombosis y desa - rrollo de la pared de fibrina al rededor de la zona.

La infiltración linfocítica es la caracterís - tica predominante en las zonas tisulares más profundas - Probablemente la función de estos elementos celulares en - la reacción inflamatoria de defensa es la producción de - anticuerpos y antitoxinas. Las células plasmáticas suelen observarse en grandes masas densas de la encía, dando la - impresión de un tumor de plasmocitos.

El proceso inflamatorio rara vez permanece--

superficial, tiende a profundizarse siguiendo el curso de los vasos sanguíneos y linfáticos.

También envían ramas a la membrana periodontal. En la cresta alveolar los vasos llegan hasta la lámina dura. Cuando existe un proceso inflamatorio también las toxinas siguen el curso de estos vasos, este hecho explica el aspecto radiográfico de la cresta alveolar, La imagen no refleja el proceso biológico, sino sólo el resultado de la destrucción ósea, tiempo después de que este proceso ha estado activo.

El curso de los vasos en la cresta condiciona el aspecto microscópico y radiográfico de la cresta alveolar. Si los vasos van a través de la punta de la cresta, ésta adopta la forma de copa. Si se dividen antes de penetrar en la cresta la resorción puede ocurrir en "Y".

El proceso inflamatorio se extiende a los espacios mólulares óseos, pues sigue el curso de los vasos sanguíneos. Las toxinas derivadas del proceso inflamatorio son llevadas a lo largo del tejido conjuntivo laxo que rodea los vasos y los conductos linfáticos. El au-

mento de presión en la zona, el edema, la tumefacción, - la hiperemia activa y pasiva y las enzimas proteolíticas, son la causa de la resorción de hueso.

La reacción inflamatoria sigue el curso de - los vasos sanguíneos hasta los espacios medulares, y el - tejido medular normalmente es de tipo grasoso se trans -- forma en fibroso.

El hueso desempeña un papel más bien pasivo- y los osteocitos vitales pueden observarse incluso en - las partes más delgadas del hueso. La actividad osteo -- blástica y osteoclástica siguen su curso dependiendo de - las influencias tóxicas y de la reacción inflamatoria con cominante. La destrucción del hueso es la expresión de un balance negativo en el proceso de formación y resorción - ósea. La resorción osteoclástica de la cresta alveolar, - puede intensificarse por factores generales que favorecen la destrucción de las sustancias proteínicas como la de - la matriz ósea.

#### PROCESO INFLAMATORIO.-

Este se desarrolla de la siguiente forma:

En estado normal encontramos la presencia de arterias que se reconocen por sus pulsaciones, los capilares (vasitos cubiertos de endotelio) y las venas que son de mayor diametro y sin pulsaciones. Los tejidos situados entre los vasos sanguíneos estan compuestos de tejido conjuntivo, células epiteliales. Esto es la histología normal; pero al sobrevenir un irritante se observa inmediato aumento en el número de capilares y dilatación de las arterias, que trae como consecuencia la afluencia mayor de sangre pero esto es el enrojecimiento y color; poco después existe una aglomeración de globulos, semajendo chicharos en lata, poco después viene la hinchazón de los tejidos, la cual se debe a la extravención del plasma sanguíneo porque aumenta la permeabilidad de los vasos capilares por la dilatación, se verán entonces corpúsculos incoloros que se aportan del torrente sanguíneo, estos son los leucocitos o glóbulos blancos, principalmente los polimorfonucleares neutrófilos que parecen adherirse a los capilares de la lesión, después se separan y siguen su curso en el torrente y por un proceso de locomoción se pasan a través de los espacios intercelulares de la pared del vaso y se dirigen hacia el sitio de la lesión. A la adherencia se le da el nombre de marginación; a la salida a través de la pared se le llama diapédesis y su marcha hacia el sitio del proceso patológico, emigración.

### PERMEABILIDAD DE LOS VASOS CAPILARES:

Durante el proceso inflamatorio hay que mencionar el aumento de la permeabilidad de los vasos capilares, ya que sin estos no se efectuaría la extravaciación del plasma o linfa, ni tampoco la emigración leucocitaria. La histamina que se libera tiene gran importancia en el proceso de la permeabilidad y los diversos tejidos tienen suficiente cantidad de histamina que se libera al producirse una lesión que estimula la actividad de ciertos nervios y una vez liberada la histamina se produce la dilatación y el aumento de permeabilidad de los capilares de la región afectada. Y esto trae como consecuencia el paso a los tejidos de la porción líquida de la sangre y así la histamina, es la que produce todos los síntomas microscópicos que son inmediatos de la inflamación.

### INFLAMACION AGUDA:

Se caracteriza por su comienzo rápido y modificaciones vasculares tales como vasodilatación, edema e infiltración leucocitaria. El proceso puede persistir sin cambios durante varias semanas, sin signos de curación con inflamación crónica.

### INFLAMACION CRONICA:

Microscópicamente es una mezcla de modificaciones vasculares y exudativas con proliferaciones de fibroblastos y formación de tejido conjuntivo. El irritante que es la infección, no tiene la intensidad necesaria para destruir todos los tejidos. La característica del cuadro microscópico, es la reparación, mientras se observa resorción osteoclástica en una zona, se verifica oposición del hueso nuevo en una zona adyacente.

### DESTRUCCION OSEA:

El proceso de resorción ósea es lento, a pesar de la inflamación. Esta cronocidad se explica por la reparación del tejido blando y del hueso, además del proceso inflamatorio de poca intensidad que se observa en la enfermedad periodontal. Si la inflamación pudiera limitarse a la encía, el hueso no sería atacado; sin embargo, la pérdida ósea puede depender de otros factores aparte de la inflamación.

Se ha demostrado experimentalmente que las perturbaciones generales pueden causar directamente resorción; la falta de proteínas puede producir osteoporosis,

también la pérdida de hueso es el resultado de la alteración funcional, o trauma por la oclusión; sin embargo, - también debemos subrayar que la parodontitis marginal es de inflamación natural y es la reacción natural al irri - tante, la causa determinante de las alteraciones de la -- encía, con la pérdida consiguiente de hueso por persisten - cia del irritante.

La extensión de la inflamación crónica des-- de la encía hasta el alveolo es una lesión periodontal - destructiva crónica, se hace por infiltración a la médu - la, por células inflamatorias y células de tejido conjun - tivo en proliferación y nuevos capilares. Las regiones - del hueso en las que se efectua la resorción, muestra - márgenes irregulares llamados lagunas de Howship, en las que puede o no haber osteoclastos. La destrucción ósea es un proceso marginal; empieza primero el socavado de la -- cresta que origina un cráter luego el hueso se reabsorbe - lateralmente de manera que se pierde toda la cresta.

### ETIOLOGIA:

El absceso periodontal es una inflamación purulenta localizada en los tejidos periodontales. Así mismo, se le conoce como absceso lateral o parietal, el absceso se puede formar como sigue:

a).- Cuando la supuración de la bolsa periodontal tiene lugar en la cara interna de la pared blanca y penetra la inflamación e infección de la bolsa al tejido periodontal profundo y se localiza el proceso inflamatorio supurativo junto al sector lateral de la raíz.

b).- Extensión lateral de la inflamación proviene de la superficie interna de una bolsa. El absceso se localiza cuando está obstruido el drenaje hacia la luz de la bolsa.

c).- En una bolsa que describe un trayecto--tortuoso alrededor de la raíz (bolsa compleja) se puede establecer un absceso periodontal, en el fondo extremo, profundo, cuya comunicación con la superficie se cierra,-- la retención de los productos de secreción purulenta, puede dar lugar a la formación de un absceso intraoseo de-- evolución lenta y dolorosa acompañada frecuentemente de--

importantes manifestaciones locales y signos generales.--- La migración de la infección se hace hacia el exterior -- y la tensión infratisular persiste hasta la ruptura del -- periostio tumefacto. A veces la evolución es más compleja y el trayecto del absceso es sinuoso o espiraloide. Puede producirse una fístula transósea a través de la mucosa, -- y esta puede cerrarse periódicamente, según se establezca o no el drenaje.

d).-- Eliminación incompleta de cálculos du-- rante el tratamiento de la bolsa periodontal, en este caso la pared gingival se retrae y ocluye el orificio de la bolsa; el absceso periodontal se origina en la porción -- cerrada de la bolsa.

e).-- Puede haber absceso periodontal en au -- sencia de enfermedad periodontal, después de un traumatis -- mo del diente o perforación de la pared lateral de la -- raíz durante tratamiento endodóntico.

Hay otros posibles efectos de la masticación, especialmente cuando hay movilidad en una pieza dentaria. Los microorganismos pueden ir a linfáticos de la membrana periodontal o invadir el tejido conjuntivo subyacente inmediatamente por debajo de las úlceras en el fondo de la bolsa. Esto parece más probable en los casos que muestran

un tejido conjuntivo frágil.

La lesión puede producirse durante la masticación o por el uso de mondadientes u otro instrumento empleado en la higiene oral.

Cualquier microorganismo que entre a los línfáticos será llevado a lo largo del parodonto y siempre - que su progreso no sea interrumpido, puede eventualmente alcanzar los ganglios linfáticos en el triangulo submaxilar y ser destruidos, si se le detiene durante el trayecto, es posible que se produzca un absceso agudo, que si - no está muy profundo puede descargarse en la bolsa.

Cuando está más profundo puede tomar vasos - apicales y producir la muerte pulpar, buscando la salida - por el hueso alveolar vecino a través de una fístula.

En cualquiera de estos ejemplos de abscesos - periodontal, una bolsa periodontal puede profundizarse en los pocos días que el estado llega a madurar y la impor - tancia de esto es que se convierte el absceso periodontal agudo en absceso periodontal crónico.

**COMPLICACIONES:**

El absceso agudo se convierte en un fondo bien localizado de reacción inflamatoria intensiva. Si la infección es capaz de vencer esta barrera, puede llegar a tomar mucha extensión y adquirir caracteres de gravedad, originando abscesos migratorios profundos, osteomielitis y celulitis.

### TRATAMIENTO Y TECNICAS:

El tratamiento de un diente con absceso, puede variar dependiendo del tipo de absceso que se presente, el tratamiento puede ser de exodoncia, parodoncia o endodoncia.

El primer paso a tomar es reducir el absceso. La administración de antibióticos es indicada en la presencia de fiebre y malestar. El drenaje si no se establece debe ser establecido. En ocasiones la extracción de la pieza dentaria produce el drenaje.

En ocasiones enjuagandose la boca con agua caliente cada dos horas ayuda al absceso a proyectarse hacia la superficie. Si se requiere una incisión, un corte horizontal por el centro del absceso será favorable. Con una gaza de iodoformo se limpia, incisiones verticales que involucren el margen gingival deben ser descartadas por un posible resorción pequeña.

Debe ser mencionado que durante las fases agudas de los abscesos, porciones de huesos se vuelven necróticas. Y se forma un pequeño secuestro. Cuando un se -

cuestro se forma, el absceso no se resuelve en forma - - usual, pues el secuestro debe ser retirado, y esto se realiza haciendo un colgajo, o a menos que se exfoliado por medio de la pús.

Después que el absceso es reducido, el tratamiento es seleccionado por medio del diagnóstico y pronóstico. Si una pieza dentaria no tiene solución es extraída.

Cuando hay pérdida de hueso asociada con el absceso periodontal y es extensa, se puede recurrir a la osteotomía pero está contraindicada, ya que se sacrifica bastante hueso en la cirugía. El procedimiento del raspaje es más indicado ya que es más conservador. El tratamiento satisfactorio es seguido por la regeneración del hueso. El raspaje depende de la localización del absceso y del acceso al área.

En adición, cuando existe un traumatismo oclusal se debe disminuir por medio de un ajuste oclusal.

En abscesos que involucran los tejidos periodontales y periapicales, un tratamiento combinado es la -

solución. Esto puede ser efectuado por medio de un colgajo exponiendo el área de acceso a la raíz y el ápice. De esta manera se puede realizar la apicectomía y el curetaje en una sola operación.

En general, la importancia de la vitalidad - del diente no es mucha, en el tratamiento periodontal. La pérdida extensa y precipitada del hueso, puede causar patología pulpar asociada con esta causa.

El diagnóstico apropiado de estos casos nos lleva al éxito del tratamiento.

El tratamiento de un absceso periodontal se efectúa en dos fases:

- 1).- Reducción de signos agudos.
- 2).- Eliminación de la bolsa.

Reducción de signos agudos.- Esta tarea es - el establecimiento de salida del exudado purulento retenido, el alivio del dolor y la extrusión dental. La encía - se deriva para efectuar el drenaje de pús (con anestesia tópica) se hace el desgaste oclusal de la pieza antagonista para evitar el contacto; se lava con agua tibia, se se ca y se aplica una solución antiséptica. Se prescriben -- analgésicos, la administración de algún antibiótico y ali mentos líquidos, el paciente deberá enjuagarse la boca -- cada hora o cada dos horas con agua tibia.

Al paciente se le cita a las cuarenta y ocho horas.

Eliminación de la bolsa.- En esta sesión los síntomas agudos han desaparecido, generalmente se ha re - ducido el tamaño de la lesión, de esta manera el absceso - periodontal agudo se ha convertido en crónico y se proce -

de hacer el curetaje, raspado y alisamiento de la raíz.

El curetaje es la remoción de la cara interna de la pared blanda de la bolsa, en esta zona es donde tienen lugar los cambios degenerativos más graves y la supuración.

El curetaje.- Consiste en eliminar los restos de tejido necrótico. La hemorragia que ocurre como resultado del curetaje de la encía elimina algunas sustancias nocivas como: Productos de desecho de los tejidos, bacterias y toxinas.

El curetaje, reduce el volumen de la pared gingival de la bolsa, esto hace que la curación sea rápida, reduciendo la tarea de los agentes enzimáticos y fagocíticos.

Con el curetaje, también se elimina la barrera epitelial para la reinsertión de las fibras de la membrana periodontal a la raíz.

El raspado y alisamiento de la raíz, eliminan los restos que ocupan la bolsa y el tártaro supra y subgingival, eliminando así los factores mecánicos, químicos y bacterianos que producen la inflamación.

El eliminar los depósitos, disminuye el estímulo para el exudado inflamatorio, reduciendo los cambios degenerativos que dificultan los procesos regenerativos normales.

Al remover el cemento necrótico, la raíz se prepara para la elaboración de cemento nuevo que irá sobre el cemento o la dentina descubierta.

El curetaje por más cuidadoso que se haga va a producir un grado de irritación y trauma de los tejidos gingivales. Los tejidos afectados por la cureta liberan restos celulares que deberán ser eliminados por una acción enzimática y fagocítica, similar a la necesaria para la eliminación de los restos de los tejidos resultantes, de los procesos patológicos previos. Sin embargo, el efecto es de proporciones microscópicas y no afectan al buen verso clínico de la curación, siempre que este curetaje no sea excesivo, tanto, que llegue a interferir con los mismos procesos que trate de favorecer. La remo-

ción de los irritantes, elimina su efecto directo sobre los tejidos periodontales y la resolución de la inflamación que trae como consecuencia. Las células en que la degeneración no ha progresado más allá del estado reversible, se regeneran. Durante el raspado, la hemorragia de la pared de la bolsa y el lavado con peróxido de hidrógeno reducen el contenido bacteriano de la zona.

El raspado y el curetaje deberán ser realizadas en condiciones de limpieza quirúrgica; el lavado debe de ser con un antiséptico suave, ya que el fuerte está contraindicado por que puede lesionar más los tejidos, retardar la curación y la actividad de los tejidos jóvenes en formación.

Quando se trata de lesiones graves se hace uso de antibióticos para evitar complicaciones postoperatorias.

La regeneración consiste en el crecimiento y diferenciación de nuevas células y substancias intercelulares para producir unidades funcionales. La regeneración es un proceso fisiológico.

La regeneración no sólo tiene en los tejidos periodontales en condiciones fisiológicas sino que también existe en la enfermedad periodontal activa. La pérdida de tejidos en la enfermedad periodontal se debe al predominio de los procesos destructivos sobre los reparativos.

Después del raspado y curetaje se deja formar el coagulo, de tamaño suficiente para que llene el campo operatorio, éste debe protegerse del trauma y de la posibilidad de infección, usando para esto, cemento quirúrgico.

Con el curetaje, logramos eliminar las bolsas periodontales y la subsiguiente reinserción del tejido de la pared plana de la bolsa a la superficie radicular. Este método tiene algunas limitaciones, pues debe de llenar algunos requisitos para conseguir la reinserción de los tejidos, tales como:

- 1).- Eliminación de los irritantes que causen y agraven el desarrollo de la bolsa (partículas de sarro, restos alimenticios, oclusión traumática o dientes móviles).

2).- Los tejidos gingivales no deben presentar inflamación.

3).- Las bolsas pueden ser curadas tanto epitelialmente como cementalmente.

4).- La pared de la bolsa deberá estar fuertemente adaptada a la superficie dentaria, para que antes de que el nuevo cemento se reforme, se haya organizado un espesor de coágulo sanguíneo.

Con estos requisitos podemos observar que el curetaje queda eliminado a:

a).- Bolsas de la pared anterior de la cavidad oral donde es fácil realizar el tratamiento y los cuidados postoperatorios.

b).- Bolsas profundas angostas, de tipo intraalveolar.

c).- Bolsas con encía marginal firme, espe - sa adaptada firmementé a la superficie del diente.

contanto con estos puntos favorables podemos

apenas conseguir hasta dos o tres milímetros de reinserción, en el primer intento, esto podemos respetarlo después de tres o cuatro semanas para conseguir una reinserción mayor.

La reinserción no se conseguirá en caso de:

a).- Pared gingival, o papila delgada constituida de epitelio.

b).- Una bolsa amplia donde el coágulo queda sin protección.

c).- Bolsas que sean inaccesibles para un adecuado raspado y los cuidados postoperatorios.

#### TECNICA DE COLGAJO:

Esta técnica quirúrgica es la que permite realizar una correcta inspección de los tejidos periodontales enfermos y facilitar así el acceso terapéutico.

Esta intervención consiste en:

Antes de mencionar los pasos de la intervención, diremos que los instrumentos utilizados son los em-

pleados en una intervención periodontal común.

1).- Asepsia y antisepsia tanto del cirujano dentista como del paciente (refiriéndose a la zona de intervención).

2).- Anestesia regional, se hace esta anestesia usando una solución anestésica local, que contenga epinefrina. Además inyectamos también en la papila interdentaria, con objeto de tener un campo blanco, para una buena visión.

3).- Incisión.- Se efectúa una insición contorneante, con una distancia de diente a diente continuo del lugar afectado, llevando nuestro corte en dirección vertical, desde el margen gingival hasta el vestíbulo.

4).- Después levantamos el colgajo mucoperiostico por medio de una legra quedando a la vista del operador un campo amplio para realizar la intervención.

5).- Procedemos a la eliminación del tejido blando, situado entre la raíz del diente y las paredes óseas. Se hace el raspado y curetaje de toda la zona afectada quitando supuraciones, sarro y tejido granulomatoso. En caso de que se encuentre un puente óseo muy pequeño es recomendable removerlo y regularizar el hueso pa

ra evitar que aquél actúe como un cuerpo extraño y retarde la cicatrización.

6).- Lavado.- Se efectúa con agua tibia, cu dando que no quede ninguna partícula en la lesión y el campo esté totalmente limpio.

7).- Colocación del colgajo.- Hacemos el planchado del colgajo y colocamos un apósito quirúrgico - esto en muchas ocasiones es inecesaria la suturación ya - que se mantiene el tejido en su posición adecuada por medio del apósito.

El propósito de cubrir la zona operada es - evitar que sea perturbada por irritación de restos ex - traños o de infección. Se prescribe un analgésico y un - antibiótico por 72 horas, al quinto día se retira el apósito y se inspecciona la herida, y se coloca un segundo - apósito, éste debe cambiarse a los 5 ó 7 días, y se man - tiene abierta la zona operada por un período de 2 a 3 se manas. Una vez sacado el apósito final, se enseña al pa - ciente mantener su higiene oral.

Antes de efectuar cualquier técnica quirúr-- gica debemos reducir los signos agudos, y nos podemos ayu

dar con esto con una terapéutica médica.

El odontólogo cuenta con una variedad de medicamentos, que pueden utilizar para la corrección de los tejidos periodontales.

Los de mayor frecuencia son los:

Antibióticos.— Se recomiendan para combatir y prevenir una infección, o siendo los más comunes las tetraciclinas, medicamentos de amplio espectro aún en casos de abscesos periodontales. Se recomienda usar la tetraciclina en combinación de fibrinolíticos, es una nueva presentación hecha a base de enzimas proteolíticas. Estos son los que destruyen la pared celular que se forma en los abscesos para dar paso en el mayor porcentaje al agente activo, en este caso el antibiótico. Los fibrinolíticos actuarán también como anti-inflamatorios y anti-térmicos.

Antiflogísticos.— Combaten la inflamación causada por alguna infección o para controlar la inflamación producida por el traumatismo quirúrgico.

Tranquilizantes.- Se emplean en personas muy susceptibles a los tratamientos quirúrgicos. Su administración permite la mejor cooperación del paciente en la intervención correspondiente, dado al estado de calma que producen.

Colutorios.- Su propósito es mantener el estado de higiene aceptable, lo que se logra debido a que las sustancias que se administran son de base de anti-sépticos.

Vitaminas.- Las vitaminas se recomiendan a los pacientes que se encuentran con reservas bajas en el organismo, debido a una deficiente alimentación. Esta administración es necesaria para obtener condiciones óptimas del paciente para resistir una intervención.

Vitamina "C".- La vitamina "c" es de suma importancia para el paciente. La falta de esta vitamina produce un aumento de fragilidad capilar, susceptibilidad infecciosa, hemorragia y degeneración del ligamento peridontal, muy poca actividad osteoblástica en el hueso alveolar, pudiendose llegar a la enfermedad periodontal destructiva crónica generalizada.

Debemos mencionar que la falta de esta vitamina no es la causa del inicio de los trastornos por si sola, sino que debe estar presente un factor local.

La función principal de la vitamina "c" es - mantener normales las sustancias intercelulares en todo el organismo. Como en el caso de las fibras conectivas - que unen las células; la sustancia intersticial de cemento entre las células, matriz ósea, dentina y otras sustancias secretadas por las células hacia los espacios - intersticiales.

En la deficiencia de ácido ascórbico, las heridas no cicatrizan por que no se depositan nuevas fi - bras ni sustancias de cemento, así también cesa el crecimiento óseo y los vasos sanguíneos se tornan frágiles de - manera que sangran fácilmente.

Así pues, la falta de vitamina "c" causa -- pérdidas de nuestros tejidos corporales, hemorragia de la encía e irregularidades debajo de la piel, así como otras anomalías internas, a estos se les llama clínicamente escorbuto.

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

Es indudable que el estado local de la cavidad oral es determinante de las alteraciones periodontales, sobre todo en los casos de higiene oral inadecuada; presencia de restos alimenticios cálculos dentales etc.

Debemos hacer notar al paciente la importancia de una buena higiene bucal, ya que es el método más efectivo de mantener la salud periodontal y prevenir problemas futuros, para lo cual debemos enseñarle el método de cepillado que más le convenga así como otros aditamentos de limpieza para la completa y total remoción de restos alimenticios y placa bacteriana.

Cuando se presenta cualquier patología en la cavidad oral, el cirujano Dentista tiene que estar capacitado para realizar un diagnóstico acertado y un tratamiento adecuado.

El absceso periodontal agudo debe ser tratado de inmediato en la forma antes descrita o sea establecer drenaje para posteriormente tratarlo quirúrgicamente,

como un absceso periodontal crónico, eliminando totalmente la etiología, el raspaje se hace en la superficie de la raíz como se describe anteriormente y para un mejor resultado, se hace esto ventidos veces aproximadamente por cada cara de la raíz.

De esta manera podemos devolver a su estado de salud al parodonto y el buen funcionamiento de las piezas dentarias.

Los antibióticos se usan solo como coadyuvantes de la terapéutica quirúrgica. No pasando por alto la importancia que tiene el estado de salud general del paciente, ya que de no ser así, el resultado sería negativo en el tratamiento que se haya llevado acabo.

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

- Periodontología Clínica Irving Glickman  
Editorial Interamericana-  
1974
- Orban's Periodontics  
A Concept Theory and practice 1970
- Periodoncia  
Clínicas odontológicas de Norteamérica  
Editorial Interamericana 1976
- Enfermedad Periodontal Avanzada John F. Pritchard  
Editorial Labor S.A. 1971
- Arthor W Ham  
Tratado de Histología  
Interamericana 1970.
- A.C.W. Hulchinson  
Diagnóstico Radiológico Bucal.