

879522

7  
2ej



**INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE**

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ETIOLOGIA Y PREVENCION DE LA  
ENFERMEDAD PARODONTAL**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

**LORENA CHAVEZ TALAMANTES**



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR

1992



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



## I N T R O D U C C I Ó N

LA INTENCIÓN DE ESTA TESIS, NO ES SOLAMENTE LA DE CUMPLIR CON UN REQUISITO NECESARIO PARA CONTAR - CON EL HONROSO CRÉDITO ACEDÉMICO DE MÉDICO CIRUJANO DENTISTA; IDEAL PERSEGUIDO A TRAVÉS DE MI VIDA ESTU DIANTIL, SINO CON EL OBJETIVO DE APORTAR NUEVOS ELE MENTOS PARA MEJORAR, EN MÍNIMA PARTE, EL TRATAMIENTO DE LOS PADECIMIENTOS PARODONTALES, CON LA CUAL - ME SENTIRÉ SATISFECHA.

LA EXISTENCIA DE LOS MÁS VARIADOS PROBLEMAS ES TOMATOLÓGICOS Y LA CRECIENTE INCIDENCIA DE LOS MISMOS, TANTO EN MÉXICO COMO EN OTROS PAÍSES, ESPECIAL MENTE EN EL MEDIO RURAL Y POR OTRA PARTE, LA NECESIDAD QUE TIENE EL ESTUDIANTADO EGRESADO DE LA ESCUELA, DE POSEER EL MÍNIMO DE CONOCIMIENTOS TÉCNICOS - QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS SOBRE LA PARODONCIA, SON MOTIVOS PODEROSOS PARA JUSTIFICAR EL OCUPARME DE ELLAS - EN ESTE TRABAJO.

NO PODEMOS SOSLAYAR LA IMPORTANCIA DE LA PRE--  
VENCION DE LA PATOLOGIA BUCAL, COMO SER, LA SUPRE--  
SION DE LOS FACTORES QUE MAS FRECUENTEMENTE DARAN -  
LA DENTADURA, ESA PARTE DEL CUERPO HUMANO TAN INDIS-  
PENSABLE PARA UN CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL ORGA--  
NISMO. ESTO SE PONE MAS DE MANIFIESTO EN NUESTRO-  
PUEBLO, YA QUE CARECIENDO DE LOS PRODUCTOS ALTAMEN-  
TE ENERGETICOS PARA SU NUTRICION, UNA DENTADURA QUE  
OCASIONA DEFECTOS EN LA MASTICACION, Y POR ENDE EN-  
LA DIGESTION Y LA ABSORCION, VIENE A AGRAVAR EL PRO-  
BLEMA.

LA NATURALEZA PRETENDIO QUE LOS DIENTES DURA--  
RAN TODA LA VIDA, Y CON LOS DEBIDOS CUIDADOS PERSO-  
NALES Y PROFESIONALES DESDE LA TEMPRANA INFANCIA, -  
NO EXISTIRIAN PROBLEMAS PARODONTALES.

LA CAVIDAD BUCAL ES VISIBLE Y TIENE GRAN IMPOR-  
TANCIA ESTETICA PARA CADA PERSONA Y MAS SIGNIFICATI-  
VAMENTE SE LE EMPLEA PARA EXPRESAR EMOCIONES.

LAMENTABLEMENTE MUCHOS PACIENTES DESCUIDAN SU-  
SALUD BUCAL HASTA QUE EL PRONOSTICO DE SU DENTADURA  
CASI NO DEJA ESPERANZAS; ENTONCES ESPERAN QUE LES -

RESTAURE UNA SALUD BUCAL IDEAL, SIN MOLESTIAS, SIN INCONVENIENTES, NI PÉRDIDAS DE TEJIDOS Y/O DISMINUCIÓN DE LA FUNCIÓN.

LOS ADULTOS PIERDEN MÁS DIENTES POR ENFERMEDAD PARODONTAL QUE POR CARIES DENTAL, PERO NO ES LA COMBINACIÓN DE AMBAS AFECCIONES LA QUE CAUSA MAYOR PÉRDIDA DE DIENTES, SINO ES DEBIDO TAMBIÉN A DIAGNÓSTICOS Y PLANES DE TRATAMIENTO INCORRECTOS.

UN ASPECTO DE LA PREVENCIÓN MUY IMPORTANTE, ES EL QUE SE REFIERE A LA EDUCACIÓN DE NUESTRO PUEBLO, QUE DEBEMOS INICIAR DESDE LA ESCUELA Y EL SERVICIO SOCIAL, YA QUE LA EFICACIA DEL ODONTÓLOGO SE VE DISMINUÍDA SI EN SU ACTITUD PROFESIONAL NO ACTÚA APLICANDO TÉCNICAS EDUCATIVAS, PARA QUE SEAN ABANDONADAS LA MEDICINA TRADICIONAL, EL CURANDERISMO Y EL CHARLATANISMO, QUE ÚNICAMENTE AGRAVAN Y ENTORPECEN LA LABOR DEL PROFESIONISTA.

HOY HAY UN RESURGIMIENTO DEL INTERÉS POR LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA. HA SIDO REDESCUBIERTO EL VALOR DE UNA BUENA HIGIENE BUCAL COTIDIANA, JUNTO CON MÉTODOS MEJORADOS DE INSTRUCCIÓN AL PACIENTE.

PERO NO SE PUEDEN MANTENER LOS DIENTES EN BUEN ES  
TADO SIN LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE Y LAMENTABLEMENTE  
NO SIEMPRE SE LOGRA. DE MODO QUE EL PROFESIONAL DEBE  
ENCARAR SU PROFESIÓN CON CRITERIO REALISTA Y COMPREN--  
DER QUE SU PAPEL PRINCIPAL ES PROVEER EL TRATAMIENTO -  
REQUERIDO PARA LAS NECESIDADES INMEDIATAS DE SALUD DEL  
PACIENTE.

## CAPÍTULO I

### ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

#### 1.- FACTORES INFLAMATORIOS.

##### PRINCIPAL FACTOR:

##### A) PLACA DENTOBACTERIANA:

ESTOS ACÚMULOS DE PLACA BACTERIANA EN PROXIMIDAD-  
CON EL SURCO GINGIVAL OCASIONAN INFLAMACIÓN GINGIVAL -  
CRÓNICA.

##### B) BACTERIAS, PRODUCTOS BACTERIANOS:

##### C) RESPIRACIÓN BUCAL:

#### 2.- FACTORES LOCALES O EXTRÍNSECOS.

A) RESTAURACIONES DEFECTUOSAS.

B) CARIES.

C) IMPACTACIÓN DE ALIMENTOS.



- D) PRÓTESIS PARCIALES MAL DISEÑADAS.
- E) APARATOS DE ORTODONCIA.
- F) MALPOSICIÓN DENTAL.
- G) TABAQUISMO.

3.- FACTORES SISTÉMICOS O INTRÍNSECOS.

A) NUTRICIONALES:

DEFICIENCIAS DE VITAMINA A, COMPLEJO B, C, D.

B) HORMONALES:

PUBERTAD, EMBARAZO, DIABETES.

C) HERMATOLÓGICO:

ANEMIA, NEUTROPENIA, LEUCEMIA.

D) MEDICAMENTOS:

HIPERPLASIA POR DILANTIN.

D) HEREDITARIO:

FIBROMATOSIS GINGIVAL.

PLACA DENTAL:

MATERIAL BLANDO Y TENAZ QUE SE ENCUENTRA SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES Y TIENE UNA MASA BLANDA CONCENTRADA QUE CONSTA DE BACTERIAS UNIDAS ENTRE SÍ POR -

UNA SUSTANCIA INTERMICROBIANA.

A) TIPOS DE PLACA:

- 1.- SUPRAGINGIVAL.
- 2.- SUBGINGIVAL.

LA PLACA TIENDE A ACUMULARSE EN LAS ZONAS QUE NO SON LIMPIADAS POR LA FRICCIÓN NATURAL DE LA MUCOSA BUCAL, LENGUA Y DE LOS ALIMENTOS. Y ES UN FACTOR PRIMORDIAL COMO CAUSA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA.

A) ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA PLACA:

1.- MICROBIOS:

LA PLACA TEMPRANA CONSTA DE COCOS Y BACILOS GRAMPOSITIVOS (0-2 DÍAS) DESPUÉS SE COMPLETA CON BACILOS GRAMNEGATIVOS (3-4 DÍAS). DESPUÉS DE LA INICIACIÓN DE LA PLACA SE VEN ORGANISMOS FILAMENTOSOS, (6-10 DÍAS POR ESPIRILOS Y ESPIROQUETAS HASTA LA SEMANA DE HABERSE INICIADO LA PLACA.

2.- ENZIMAS:

HIALURONIDASA PRODUCIDA POR LA PLACA TEMPRANA (3-DÍAS) ES CAPAZ DE AMPLIAR LOS ESPACIOS INTERCELULARES- E INCREMENTA LA PENETRABILIDAD DEL EPITELIO. OTRAS -

ÉNZIMAS PROTEOLÍTICAS NO ESPECÍFICAS ENTRAN EN EL TEJIDO CONECTIVO Y ALTERAN EL COLÁGENO Y PARTICIPAN EN LA LESIÓN HEMORRÁGICA EN LA GINGIVITIS.

3.- TOXINAS:

VARIOS DE LOS MICROORGANISMOS FORMAN SUSTANCIAS - METABÓLICAS DE ACCIÓN CITÓXICA DEMOSTRADA, INCLUYENDO EL SULFURO DE HIDRÓGENO EXCRETADO POR ANAEROBIOS GRAM-NEGATIVOS EN LAS BOLSAS PERIODONTALES, AMONIACO Y AMINAS TÓXICAS.

ESTAS TOXINAS EN CONJUNTO CON LAS ENZIMAS INTER--VIENEN EN LA DESTRUCCIÓN DE LA INTERFASE ENTRE TEJIDOBLANDO Y DIENTE.

4.- ANTÍGENOS:

A) ENDOTOXINAS:

CONSTITUÍDA POR LIPOPOLISACÁRIDOS QUE COMPONEN --PARTE DE LA PARED CELULAR DE LAS BACTERIAS GRAMNEGATIVAS.

ESTAS SE LIBERAN UNA VEZ QUE LAS CÉLULAS MICROBIANAS EXPERIMENTAN SU LISIS Y ENTRAN EN EL TEJIDO CONECTIVO POR DEBAJO DEL EPITELIO DEL SURCO CUANDO LA PARED

NO QUERATINIZADA DE ESTE SE ULCERA.

B) PEPTIDOGLUCANOS:

LAS CÉLULAS GRAMPOSITIVAS CONTIENEN COMPONENTES TÓXICOS EN SUS PAREDES CELULARES Y LAS LIBERAN PARA PRODUCIR LA LISIS.

C) PROTEÍNAS:

ESTAS PUEDEN DESENCADENARSE EN UNA RESPUESTA INMUNITARIA Y DAR POR RESULTADO UNA INFLAMACIÓN.

ESTAS PROTEÍNAS PUEDEN SER: ENZIMAS MICROBIANAS, PROTEÍNAS ESTRUCTURALES O COMPLEJOS PROTEÍNICOS CON POLISACÁRIDOS Y LÍPIDOS.

TÁRTARO O CÉLULA DENTAL.

ES UNA MASA CALCIFICADA QUE SE FORMA Y ADHIERE SOBRE LAS SUPERFICIES DENTARIAS Y OTROS OBJETOS SÓLIDOS QUE EXISTEN EN LA BOCA (RESTAURACIONES Y PRÓTESIS). EL CÁLCULO ES EL RESULTADO DE LA CALCIFICACIÓN DE LA PLACA.

A) COMPOSICIÓN:

ORGÁNICO 20%.- PROTEÍNAS, CARBOHIDRATOS,  
H<sub>2</sub>O Y MICROORGANISMOS VITALES.

INORGÁNICO.- 80% FOSFATO DE Ca.

1.- CRISTALINAS.- HIDROXIAPATITA, FOSFATO OCTOCÁLCICO, -- BRUXITA, MAGNESIO, - WHITLOXKITA.

2.- MATERIAL AMORFO.

B) FORMACIÓN:

LA PLACA BLANDA ENDURECE POR LA PRECIPITACIÓN DE SALES MINERALES Y POR LO COMÚN EMPIEZA ENTRE EL 1o. Y 14o. DÍA DE LA FORMACIÓN DE LA PLACA.

LA PLACA INCIPIENTE CONTIENE UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE MATERIAL INORGÁNICO, QUE AUMENTA A MEDIDA QUE LA PLACA SE CONVIERTE EN CÁLCULO.

LA SALIVA ES LA FUENTE DE MINERALES DE LOS CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES Y ES PROBABLE QUE EL FLUÍDO GINGIVAL O EL EXUDADO PROVEA LOS MINERALES PARA EL CÁLCULO SUBGINGIVAL.

LA CALCIFICACIÓN COMIENZA EN LA SUPERFICIE INTERNA DE LA PLACA SUPRAGINGIVAL ADYACENTE AL DIENTE, EN FOCOS SEPARADOS QUE AUMENTAN DE TAMAÑO Y SE UNEN PARA

FÓRMAR MASAS SOLIDAS DE CÁLCULOS; Y PUEDE IR ACOMPAÑADA POR ALTERACIONES EN EL CONTENIDO BACTERIANO Y EN LAS CUALIDADES TINTORIALES DE LA PLACA.

EL CÁLCULO SE FORMA POR CAPAS SEPARADAS POR UNA CUTÍCULA DELGADA QUE QUEDA INCLUIDA EN ÉL A MEDIDA -- QUE AVANZA LA CALCIFICACIÓN.

C) VELOCIDAD DE FORMACIÓN Y ACUMULACIÓN.

VARIAN DE UNA PERSONA A OTRA Y EN DIFERENTES --- DIENTES Y SOBRE ESTA BASE ES POSIBLE CLASIFICARLOS -- EN:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 1.- ABUNDANTES | 2.- MODERADOS.     |
| 3.- LEVES.     | 4.- NO FORMADORES. |

D) ADHERENCIA:

EN CUANTO A LA SUPERFICIE CEMENTARIA:

- 1.- POR MEDIO DE UNA CUTÍCULA SECUNDARIA.
- 2.- DENTRO DE LAS IRREGULARIDADES MICROSCÓPICAS- DE LA SUPERFICIE DEL CEMENTO.

- 2.- DENTRO DE LAS IRREGULARIDADES MICROSCÓPICAS DE LA SUPERFICIE DEL CEMENTO.
- 3.- POR PENETRACIÓN DE LOS MICROORGANISMOS DE LA MATRIZ DEL CÁLCULO EN EL CEMENTO.
- 4.- EN LAS ÁREAS DE REABSORCIÓN CEMENTARIA.

E) TIPOS DE CÁLCULOS.

1.- CÁLCULO SUPRAGINGIVAL O SALIVAL:

(POR DERIVAR DE LA SALIVA) SITUADO EN LA CRESTA DEL MARGEN GINGIVAL Y ES VISIBLE EN LA CAVIDAD BUCAL POR LO GENERAL ES BLANCO O BLANCO-AMARILLENTO DE CONSISTENCIA DURA, ARCILLOSA Y SE DESPRENDE CON FACILIDAD DE LA SUPERFICIE DENTAL. UNA VEZ ELIMINADO, SU RECURRENCIA PUEDE SER RÁPIDA, SOBRE TODO EN LA SUPERFICIE LINGUAL DE LOS INCISIVOS. EL COLOR ES MODIFICADO POR FACTORES COMO EL TABACO O PIGMENTOS DE ALIMENTOS. PUEDE LOCALIZARSE EN UN SOLO DIENTE O ESTAR GENERALIZADO POR TODA LA BOCA.

APARECE CON MAYOR FRECUENCIA Y EN CANTIDADES MÚLTIPLES EN SUPERFICIE VESTIBULAR EN MOLARES -

SUPERIORES QUE ESTÁN FRENTE AL CONDUCTO DE STENON Y EN SUPERFICIES LINGUALES DE LOS DIENTES ANTERIORES - INFERIORES QUE ESTÁN FRENTE AL CONDUCTO DE WHARTON.

2.- CÁLCULO SUBGINGIVAL SÉRICO ( POR DERIVAR DEL SUE RO SANGUÍNEO).

SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE LA CRESTA DE LA ENCÍA MARGINAL, POR LO COMÚN EN BOLSAS PERIODONTALES, NO ES VISIBLE DURANTE EL EXAMEN BUCAL.

LA DETERMINACIÓN DE LA LOCALIZACIÓN Y EXTENSIÓN EXIGE EL SONDEO. ESTE SUELE SER DENSO Y DURO, OSCURO O VERDE NEGRUZCO, DE CONSISTENCIA PÉTREA Y UNIDO CON FIRMEZA A LA SUPERFICIE DENTAL.

MATERIA ALBA.

ES UN DEPÓSITO AMARILLO O BLANCO CRISÁCEO, BLANCO Y PEGAJOSO, MENOS ADHESIVO QUE LA PLACA DENTAL. CON UN ACÚMULO DE MICROORGANISMOS. ESTA SE VE CLARAMENTE SIN LA UTILIZACIÓN DE SUSTANCIAS REVELANTES- Y SE DEPOSITA SOBRE SUPERFICIES DENTALES, RESTAURACIONES, CÁLCULOS Y ENCÍA. TIENDE A ACUMULARSE EN -



ÉL TERCIO GINGIVAL DE LOS DIENTES Y SOBRE DIENTES EN MALA POSICIÓN.

SE PUEDE FORMAR EN POCAS HORAS SOBRE DIENTES -- PREVIAMENTE LIMPIOS Y EN PERÍODOS EN QUE NO SE HAN - INGERIDO ALIMENTOS.

ES POSIBLE QUITARLA CON UN CHORRO DE H<sub>2</sub>O, COM-- PUESTA POR CONCENTRACIÓN DE MICROORGANISMOS, CÉLULAS EPITELIALES DESCAMADAS, LEUCOCITOS Y UNA MEZCLA DE - PROTEÍNAS Y LÍPIDOS SALIVALES CON POCAS PARTÍCULAS - DE ALIMENTOS.

PREVENCIÓN PERIODONTAL:

LA NECESIDAD DE UNA TERAPIA PERIODONTAL PREVEN- TIVA SE PRESENTA EN DOS CIRCUNSTANCIAS.

- 1.- CUANDO LA BOCA DEL PACIENTE SE HALLA - TOTALMENTE LIBRE DE SÍNTOMAS DE LA EN- FERMEDAD.
- 2.- CUANDO SE HA TERMINADO UNA TERAPIA CO- RRECTIVA Y SE DESEA EVITAR LA RECURREN

CIA DE LA ENFERMEDAD.

SE DEBERÁ REALIZAR UNA HISTORIA CLÍNICA PARA --  
COMPROBAR LA AUSENCIA DE SÍNTOMAS VISIBLES; Y SE REA  
LIZARÁN ALGUNAS PRUEBAS COMO:

- A) HACER PRESIÓN SOBRE LAS ENCÍAS.
- B) EXAMINAR EL MARGEN CERVICAL (PARA COM--  
PROBAR SI HAY RETRACCIÓN DE LA ENCÍA).
- C) COLOR DEL TEJIDO GINGIVAL.
- D) EXPLORAR SI HAY EXISTENCIA DE BOLSAS O-  
SURCO.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE.

ELIMINAR LAS ACUMULACIONES DEL CÁLCULO.  
ESTABLECER VISITAS PERIÓDICAS DE CONTROL.  
DURANTE LA VISITA DE CONTROL PERIODONTAL -  
LOS TRABAJOS A REALIZAR SERÍAN:

HISTORIA CLÍNICA.  
EVALUACIÓN DE LA SALUD PERIODONTAL.  
ÍNDICE DE PLACA.

EVALUACIÓN GENERAL DE LA BOCA.

LIMPIEZA CON SEDA DENTAL.

PULIDO.

REMOCIÓN DE SARRO.

INSTRUCCIÓN AL PACIENTE SOBRE TÉCNICAS DE CEPILLADO.

SE HACE UN DEBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO DE TODAS --  
LAS ÁREAS INFECTADAS BAJO VISIÓN DIRECTA, TRATAMIENTO  
CON CLINDAMICINA Y PROFILAXIS CON APLICACIONES TÓ-  
PICAS DE FLÚOR Y NEOSPORIN.

EN UN LAPSO DE DOS SEMANAS, A LA PALPACIÓN YA -  
NO SE PRODUJO EXUDADO PURULENTO NI SANGRADO Y LA MO-  
VILIDAD DENTAL SE REDUJO.

LAS RADIOGRAFÍAS TOMADAS A LOS 6-12 MESES, RE--  
GISTRARON UN INCREMENTO DE DENSIDAD CONTIGUA A DEFEC-  
TOS EXISTENTES PREVIAMENTE.

EN UN SEGUIMIENTO DE 18-48 MESES SE ENCONTRÓ --  
APARIENCIA NORMAL EN LOS TEJIDOS GINGIVALES, AUNQUE-  
HABÍA UNA EXPOSICIÓN MAYOR DE RAÍZ. LA PROFUNDIDAD  
DE LAS BOLSAS SE HABÍA REDUCIDO, ASÍ COMO LA MOVILI-

ÓDAD DENTAL. EL HUESO CONTIGUO MOSTRABA UNA DENSIDAD SUPERIOR EN LA CRESTA ALVEOLAR Y UNA LÁMINA DURA RESTAURADA; LA ALTURA DEL HUESO SE HABÍA MANTENIDO O MEJORADO, Y ASÍ LA DENSIDAD TRABECULAR AUMENTÓ.

## CAPÍTULO II

### ANATOMÍA DEL PARODONTO.

#### A) LOS TEJIDOS DE SOSTÉN.

EL HUESO ALVEOLAR QUE SOSTIENE LOS DIENTES ESTÁ CONSTITUÍDO POR LAS PLACAS CORTICALES EXTERNAS, EL HUESO ESPONJOSO TRABECULAR Y EL HUESO FIJADOR DE LOS ALVÉOLOS. LOS ALVÉOLOS ESTÁN PERFORADOS POR LOS VASOS SANGUÍNEOS QUE RIEGAN EL LIGAMENTO PARODONTAL. ESTOS VASOS SE ANASTOMOSAN CON OTROS QUE PENETRAN EN EL ALVÉOLO CERCA DEL ÁPICE Y A NIVEL DEL BORDE GINGIVAL.

LOS DIENTES ESTÁN UNIDOS A LOS ALVÉOLOS POR LAS FIBRAS DE TEJIDO CONECTIVO Y EL LIGAMENTO PARODONTAL LA MAYOR PARTE DE ESTAS FIBRAS TIENEN DIRECCIÓN APICAL OBLICUA DESDE EL HUESO AL CEMENTO. SIN EMBARGO CERCA DE LA CRESTA DEL ALVÉOLO Y EN EL VÉRTICE, LA DIRECCIÓN PRINCIPAL ES PERPENDICULAR A LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ. LAS FIBRAS ESTÁN INCLUÍDAS EN EL HUESO

Y CEMENTO, COMO FIBRAS DE SHARPEY.

B) LA UNIÓN DENTOGINGIVAL.

NORMALMENTE HAY UN SURCO GINGIVAL DE 0.5mm. DE PROFUNDIDAD EN EL DIENTE Y LA ENCÍA, ESTÁ REVESTIDO DE EPITELIO NO QUERATINIZADO. EN LA BASE DEL SURCO GINGIVAL ESTÁ EL EPITELIO DE UNIÓN; QUE VA UNIDO A LA SUPERFICIE DEL DIENTE POR LA LÁMINA BASAL Y POR HEMIDESMOSOMAS. EL EPITELIO DE UNIÓN ES RELATIVAMENTE DÉBIL Y SE SEPARAN MEDIANTE UNA SONDA U OTRO INSTRUMENTO ANÁLOGO. LA PROFUNDIDAD CLÍNICA DEL SURCO GINGIVAL RESULTA DE LA PROFUNDIDAD ANATÓMICA DEL SURCO.

C) TEJIDOS BLANDOS DE REVESTIMIENTO.

LA ENCIA LIBRE ESTÁ COMPUESTA DE LAS PAPILAS INTERDENTALES Y LA ENCÍA MARGINAL. EN OCASIONES EXISTE UN SURCO GINGIVAL LIBRE QUE CORRESPONDE APROXIMADAMENTE A LA BASE DEL SURCO GINGIVAL. LA ENCIA FIJADA SE EXTIENDE EL NIVEL DE LA BASE DEL SURCO GINGIVAL A LA UNIÓN MUCOGINGIVAL. EL EPITELIO DE LA ENCÍA ES QUERATINIZADO A PARAQUERATINIZADO, Y-

EL CORION TIENE FIBRAS ELÁSTICAS. EL RIEGO SANGUÍ-  
NEO PARA LA ENCÍA PROVIENE PRINCIPALMENTE DE LOS VA-  
SOS SANGUÍNEOS DEL PERIOSTIO. LAS PAPILAS INTER---  
PROXIMALES ESTÁN IRRIGADAS POR ASAS CAPILARES PROCE-  
DENTES DEL LIGAMENTO HUESO Y DE LA CRESTA ALVEOLAR.

HAY CIERTOS FACTORES QUE PREDISPONEN A LA RE---  
TRACCIÓN DE LA ENCÍA, POR EJEMPLO, UN DIENTE DESPLA-  
ZADO EN DIRECCIÓN LABIAL COMO EN ESTE CASO, Y A LA -  
DEHISCIENCIA DEL HUESO ALVEOLAR.

LA RETRACCIÓN TAMBIÉN LA PROVCCA UNA SOBREMORDI  
DA, EN SU NIVEL SE PRODUCE TRAUMATISMO DIRECTO PARA-  
LAS ENCÍAS, POR SU PARTE DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS

D) ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y DEL DESARROLLO.

LAS TUBEROSIDADES FIBROSAS MUCHAS VECES SE ACOM  
PAÑAN DE FORMACIÓN DE BOLSAS EN LAS SUPERFICIES DIS-  
TALES Y PALATINAS DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES.  
TAMBIÉN SE DESCUBREN AGRANDAMIENTOS SIMILARES EN LAS  
REGIONES RETROMOLARES INFERIORES. ESTAS ANOMALÍAS-  
MUCHAS VECES SON BILATERALES.

UNA ANOMALÍA DEL DESARROLLO DE LA FORMA DEL DIENTE PUEDE INFLUIR EN LA RETENCIÓN DE PLACA BACTERIANA, Y POR TANTO, PROVOCAR UNA EXACERVACIÓN LOCAL DE ENFERMEDAD PERIODÓNTICA. EL SURCO QUE SE OBSERVA EN ESTE DIENTE, HA PERMITIDO LA ACUMULACIÓN DE PLACA QUE SE HA DIFUNDIDO HACIA LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ, ORIGINANDO LA FORMACIÓN DE UNA BOLSA PROFUNDA-LOCALIZADA.



### CAPÍTULO III

#### PARODONTO NORMAL

ESTÁ CONSTITUÍDO POR LA ENCÍA, LIGAMENTO PARODONTAL, CEMENTO Y HUESO ALVEOLAR, INCLUYÉNDOSE ESTOS DOS ÚLTIMOS COMO PARTE DEL PARODONTO, POR MEDIO DE FIBRAS EL SOSTÉN DEL DIENTE.

a) ENCÍA.

ES LA PARTE DE LA MUCOSA ORAL QUE CUBRE LOS PROCESOS DE LOS MAXILARES Y MANDÍBULA, Y RODEA LOS CUELLOS DE LOS DIENTES.

EN CONDICIONES NORMALES LA ENCÍA INCLUYE LO SIGUIENTE:

1.- COLOR:

EL COLOR DE LA ENCÍA NORMAL ES ROSA PÁLIDO,-

PERO PUEDE VARIAR SEGÚN EL GRADO DE IRRIGACIÓN, --  
QUERATINIZACIÓN EPITELIAL, PIGMENTACIÓN Y ESPESOR  
DEL EPITELIO.

2.- CONTORNO PAPILAR:

LAS PAPILAS DEBEN LLENAR LOS ESPACIOS INTER-  
PROXIMALES HASTA EL PUNTO DE CONTACTO. CON LA --  
EDAD LAS PAPILAS Y OTRAS PARTES DE LA ENCÍA SE --  
ATROFIAN LEVEMENTE, POR ELLO SE PUEDE CONSIDERAR-  
QUE EN LAS PERSONAS MAYORES EL CONTORNO MÁS NOR--  
MAL PUEDE SER REDONDEADO Y NO PUNTIAGUDO.

3.- CONTORNO MARGINAL:

LA ENCÍA SE DEBE AFINAR HACIA LA CORONA PARA  
TERMINAR EN UN BORDE DELGADO, EN SENTIDO MESIODIS  
TAL, LOS MÁRGENES GINGIVALES DEBEN TENER FORMA --  
FESTONEADA.

4.- TEXTURA:

POR LO GENERAL, HAY PUNTEADO DE DIVERSOS GRA

DOS EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE LA ENCÍA -  
INSERTADA. ESTA CLASE DE SUPERFICIE HA SIDO DES  
CRITA COMO DE ASPECTO DE "CÁSCARA DE NARANJA".

5.- CONSISTENCIA:

LA ENCÍA DEBE SER FIRME Y LA PARTE INSERTADA  
DEBE ESTAR FIRMEMENTE UNIDA A LOS DIENTES Y AL --  
HUESO ALVEOLAR ADYACENTE.

6.- SURCO:

EL SURCO ES EL ESPACIO LIBRE ENTRE LA ENCÍA-  
LIBRE Y EL DIENTE. SU PROFUNDIDAD ES MÍNIMA ---  
(ALREDEDOR DE 1mm. EN ESTADO DE SALUD). EL SUR-  
CO NORMAL NO EXCEDERÁ DE 3mm. DE PROFUNDIDAD.

LA ENCÍA SE DIVIDE EN:

a) ENCÍA MARGINAL:

ES EL MARGEN DE LA ENCÍA LIBRE QUE RODEA A -  
LOS DIENTES A MODO DE COLLAR. ESTÁ SEPARADO DE-  
LA ENCÍA ADHERIDA POR UNA SUAVE DEPRESIÓN LINEAL.

ÉS DE POCO MÁS DE 1mm. DE ANCHO, FORMANDO LA PARED BLANDA DEL SURCO GINGIVAL.

LA ENCÍA MARGINAL DE UN DIENTE SE UNE A LA -- DEL DIENTE ADYACENTE FORMANDO LA PAPILA INTERDENTARIA.

b) ENCÍA ADHERIDA O INSERTADA.

VA DESDE LA ENCÍA MARGINAL HASTA LA UNIÓN MUCOGINGIVAL. ES FIRME, RESILENTE Y UNIDA ESTRECHAMENTE AL HUESO ALVEOLAR Y AL CEMENTO DEL DIENTE -- POR MEDIO DE LAS FIBRAS PARODONTALES.

PRESENTA UN PUNTILLO CARACTERÍSTICO QUE SE -- DEBE A LAS INTERDIGITACIONES DEL TEJIDO CONJUNTIVO

LA ENCÍA ESTÁ CONSTITUÍDA POR DOS TIPOS DE TEJIDO QUE SON: EL TEJIDO CONJUNTIVO Y EL TEJIDO EPITELIAL.

c) ENCÍA ALVEOLAR.

ESTA ENCÍA SE DIVIDE DE LA ENCÍA INSERTADA --

POR MEDIO DE LA LÍNEA MUCOGINGIVAL. ESTE TEJIDO-  
NO ESTÁ QUERATINIZADO, ES BASTANTE SUAVE, DELGADO-  
Y DE COLOR ROJO, O SEA, ALTAMENTE VASCULARIZADO, -  
QUE ES LA DIFERENCIA PRINCIPAL ENTRE LA ENCÍA IN--  
SERTADA Y LA ENCÍA ALVEOLAR.

LA ENCÍA SE ENCUENTRA UNIDA AL HUESO ALVEOLAR  
SUBYACENTE Y SIGUE LA ANATOMÍA DEL MISMO.

PAPILA INTERDENTARIA:

ES AQUELLA PORCIÓN QUE CORRESPONDE A LOS ESPA  
CIOS INTERDENTARIOS Y LLEGARÁ HASTA EL PUNTO DE --  
CONTACTO, SU FORMA ES PIRAMIDAL. ESTÁ COMPUESTA-  
EN PARTE POR ENCÍA ADHERIDA Y POR LA ENCÍA LIBRE.

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS DE LA ENCÍA NOR  
MAL:

EPITELIO:

LA ENCÍA INSERTADA Y LA SUPERFICIE EXTERNA DE  
LA ENCÍA LIBRE SE HALLAN CUBIERTAS DE EPITELIO ES-

CAMOSO ESTRATIFICADO QUERATINIZADO. ESTE EPITE--  
LIO CONSTA DE UN ESTRATO BASAL, UNO ESPINOSO, GRA-  
NULOSO Y CÓRNEO.

ESTRATO BASAL:

CONSTITUÍDO POR CÉLULAS COLUMNARES O CUBOIDA-  
LES PROVISTAS DE GRÁNULOS DE MELANINA EN CITOPLAS-  
MA, QUE CON FRECUENCIA SE ENCUENTRAN EN MITOSIS Y-  
CUYOS NÚCLEOS SON PROMINENTES Y CON AFINIDAD A LOS  
COLORANTES.

ESTRATO ESPINOSO O DE MALPIGHI:

ES LA CAPA DE MAYOR ESPESOR ESTANDO FORMADO -  
POR CÉLULAS POLIÉDRICAS ÍNTIMAMENTE UNIDAS ENTRE -  
SÍ POR MEDIO DE TONOFIBRILLAS QUE LES DAN UN ASPEC  
TO ESPINOSO.

ESTRATO GRANULOSO:

CONSTITUÍDO POR 3 ó 5 HILERAS DE CÉLULAS EN -  
NECROBIOSIS, QUE FÁCILMENTE SE DESCAMAN. SU CONS

TITUYENTE QUÍMICO FUNDAMENTAL ES LA QUERATINA.

LA MITOSIS SE PRODUCE EN EL ESTRATO BASAL Y -  
PROBABLEMENTE, EN LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CAPA -  
ESPINOSA. ESTA CAPA FORMA EL ESTADO GERMINATIVO.

ESTUDIOS REALIZADOS CON MICROSCOPIO ELECTRÓNICO REVELARON QUE LOS LLAMADOS PUENTES INTERCELULARES SON DESMOSOMAS, QUE SIRVEN PARA UNIR CÉLULAS -  
VECINAS ENTRE SÍ. LOS DESMOSOMAS CUENTAN CON DOS PLACAS DE UNIÓN, MEMBRANAS CELULARES ADYACENTES Y-  
ESTRUCTURAS INTERCELULARES INTERPUESTAS.

EL HEMIDESMOSOMA SE COMPONE DE UNA PLACA DE -  
UNIÓN Y UNA ESTRUCTURA EXTRACELULAR ASOCIADA.

MEMBRANA MUCOSA ORAL.

ESTÁ CONSTITUÍDA POR DOS CAPAS:

- 1.- EPITELIO MUCOSO SUPERFICIAL.
- 2.- LÁMINA PROPIA.

ESTA ÚLTIMA SE ENCUENTRA SEPARADA DEL EPITELIO  
POR UNA MEMBRANA BASAL.

EL EPITELIO MUCOSO CORRESPONDE A LA VARIEDAD--  
DEL EPITELIO POLIESTRATIFICADO (4 CAPAS).

LA LÁMINA PROPIA O CORRIÓN ESTÁ FORMADA POR --  
UNA CAPA DE TEJIDO CONJUNTIVO DENSO DE GROSOR VA--  
RIABLE.

SUS PAPILAS SE ENCUENTRAN OCUPADAS EN GRAN --  
PARTE POR VASOS SANGUÍNEOS Y NERVIOS. LAS PAPI--  
LAS VARÍAN DE LONGITUD Y AUMENTAN EN LA ZONA DE --  
CONTACTO ENTRE LA LÁMINA PROPIA Y EL EPITELIO MUCO  
SO.

LA LÁMINA BASAL: (MEMBRANA BASAL DEL MICROSCOPIO --  
ELECTRÓNICO):

SE HALLA EN LA UNIÓN DE LAS CÉLULAS EPITELIA--  
LES CON EL TEJIDO CONECTIVO. SUS MEDIDAS SON TA--  
LES QUE NO SE LOGRAN OBSERVAR EN UN MICROSCOPIO --  
CONVENCIONAL.

IRRIGACIÓN SANGUÍNEA:

UNA DE LAS PRINCIPALES FUENTES DE LA IRRIGA--



CIÓN SE ENCUENTRA EN EL LADO DEL PERIOSTIO DE LA CARA BUCAL Y LINGUAL DE LA APÓFISIS ALVEOLAR.

LOS CAPILARES NACEN EN LAS ARTERIAS ALVEOLARES INTERDENTALES QUE VAN DESDE EL HUESO HASTA LAS PAPILAS INTERDENTARIAS Y REGIONES ADYACENTES A LA ENCÍA POR SU LADO LINGUAL Y BUCAL. OTRA APORTACIÓN SON LOS VASOS QUE ATRAVIESAN LA MEMBRANA PARODONTAL A LA ENCÍA.

FIBRAS GINGIVALES:

SE EXTIENDEN DESDE LA ENCÍA MARGINAL HASTA LA ENCIA ADHERIDA, ÉSTAS DAN FIRMEZA AL MARGEN GINGIVAL QUE AYUDA:

- 1.- A SOPORTAR LAS FUERZAS DE LA MASTICACIÓN Y CONTRIBUYEN A MANTENER UN ESTRECHO CONTACTO DEL DIENTE CON EL MARGEN GINGIVAL.
- 2.- UNEN LA ENCÍA LIBRE MARGINAL CON EL CEMENTO DE LA RAÍZ Y LA ENCÍA INSERTADA ADYACENTE.

SE DISPONEN EN TRES GRUPOS:

1.- FIBRAS GINGIVODENTALES:

SE EXTIENDEN DESDE EL CEMENTO APICAL HASTA LA INSERCIÓN EPITELIAL Y CORREN LATERAL Y CORONARIA--  
MENTE HACIA LA LÁMINA PROPIA DE LA ENCÍA.

2.- FIBRAS ALVEOLOGINGIVALES:

NACEN DE LA CRESTA ALVEOLAR Y SE INSERTAN CO-  
RONARIAMENTE EN LA LÁMINA PROPIA.

3.- FIBRAS CIRCULARES:

SON LAS QUE RODEAN LOS DIENTES.

4.- FIBRAS ACCESORIAS:

SON FIBRAS HORIZONTALES PROMINENTES QUE SE EX-  
TIENDEN EN SENTIDO INTERPROXIMAL ENTRE LOS DIENTES  
VECINOS Y SE LLAMAN FIBRAS TRANSEPTALES, EN LAS CA-  
RAS VESTIBULAR Y LINGUAL DE LOS MAXILARES, SE EN--

CUENTRAN LAS FIBRAS DENTROPERIÓSTICAS, QUE VAN DEL PERIOSTIO DEL HUESO ALVEOLAR AL DIENTE.

#### DENTOGINGIVALES

ALVEOLOGINGIVALES

CIRCULARES

TRANSEPTALES

DENTOPERIÓSTI  
CAS.

#### INTERSTICIO GINGIVAL:

ES UNA HENDIDURA QUE RODEA AL DIENTE Y ESTÁ -  
LIMITADA POR LA SUPERFICIE DEL DIENTE Y POR EL EPI  
TELIO TAPIZA AL MARGEN LIBRE DE LA ENCÍA.

#### INSERCIÓN EPITELIAL:

CUANDO EL DIENTE HACE ERUPCIÓN LA INCERSIÓN -  
EPITELIAL ESTÁ SOBRE EL ESMALTE Y AL IR ERUPCIONAN  
DO ESTÁ SOBRE LA RAÍZ. ES UN EPITELIO ESCAMOSO -  
ESTRATIFICADO DE 3 a 4 CAPAS EN AUMENTO CON LA ---  
EDAD.

b) MEMBRANA O LIGAMENTO PARODONTAL.

EL LIGAMENTO PARODONTAL ES LA ESTRUCTURA CONECTIVA QUE RODEA A LA RAÍZ DEL DIENTE, LIGÁNDOLO CON EL HUESO. EL ESPESOR DE ESTA VARÍA CON LA SALUD DEL INDIVIDUO Y FUNCIÓN A QUE HA SIDO SOMETIDO.

CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES NORMALES.

EL LIGAMENTO PARODONTAL ESTÁ CONSTITUÍDO POR HACES DE FIBRAS Y CÉLULAS DE TEJIDO CONECTIVO, RES-  
TOS EPITELIALES, VASOS SANGUÍNEOS, LINFÁTICOS Y NERVIOS.

LA PARTE PRINCIPAL SON LAS FIBRAS COLÁGENAS O-  
PRINCIPALES DISPUESTAS EN HACES Y DE RECORRIDO ONDULADO, SIENDO LAS PRINCIPALES LAS FIBRAS DE SHARPEY-  
CON SU EXTREMO CALCIFICADO TANTO EN LA LÁMINA DURA-  
COMO EN EL CEMENTO.

ESTAS QUEDAN UNIDAS POR EL PROCESO OSTEOIDE CÔMO CEMENTOIDE Y POSTERIORMENTE SE CALCIFICAN.

EL LIGAMENTO PARODONTAL CONSTA DE 6 GRUPOS DE FIBRAS PRINCIPALES:

1.- FIBRAS GINGIVALES LIBRES:

SE INSERTAN DEBAJO DE LA INSERCIÓN EPITELIAL, EN UN EXTREMO, Y POR EL OTRO SE PIERDEN EN LA ENCÍA SON DE TEJIDO CONJUNTIVO, SE ADOSAN A LA ENCÍA DEL DIENTE.

2.- FIBRAS TRANSEPTALES:

VAN A INSERTARSE EN EL CEMENTO DE DIENTES CONTIGUOS, PASAN POR ENCIMA DE LA CRESTA ALVEOLAR, ESTAS FIBRAS VAN A ENCONTRAR EL CONTACTO INTERPROXIMAL. CUANDO ESTAS FIBRAS SE PIERDEN, TAMBIÉN SE PIERDE EL CONTACTO.

3.- FIBRAS CRESTO ALVEOLARES:

VAN DEL CEMENTO DEL DIENTE A LA CRESTA DEL HUE

SO ALVEOLAR, SU FUNCIÓN ES RESISTIR LOS MOVIMIENTOS AUXILIARES Y CONTRARRESTAR LAS FUERZAS EJERCIDAS SOBRE OBLICUAS.

4.- FIBRAS HORIZONTALES:

ESTÁN INSERTADAS EN EL CEMENTO POR UN LADO, Y POR EL OTRO EN EL HUESO, SIRVEN DE RELLENO Y AMORTIGUADOR, RESISTEN LA ACCIÓN DE LA PRESIÓN HORIZONTAL APLICADA SOBRE LA CORONA DENTARIA.

5.- FIBRAS OBLICUAS:

TIENEN FORMA DE "S" ITALICA. SE INSERTAN TANTO EN EL CEMENTO COMO EN EL HUESO, IMPIDEN QUE EL DIENTE SEA DESALOJADO BRUSCAMENTE DEL ALVÉOLO.

6.- FIBRAS PERIAPICALES:

SE ENCUENTRAN ALOJADAS ALREDEDOR DEL ÁPICE DEL DIENTE, RESISTEN LOS MOVIMIENTOS AXIALES E IMPIDEN QUE EL DIENTE SE INCRUSTE EN EL ALVÉOLO.

OTRAS FIBRAS:

EN EL TEJIDO CONECTIVO INTERSTICIAL ENTRE LOS-GRUPOS DE FIBRAS PRINCIPALES SE HALLAN FIBRAS COLÁGENAS DISTRIBUIDAS CON MENOR REGULARIDAD, QUE CONTIENEN VASOS SANGUÍNEOS, LINFÁTICOS Y NERVIOS.

OTRAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL SON LAS-FIBRAS ELÁSTICAS Y FIBRAS OXITALÁNICAS, QUE SE DISPONEN PRINCIPALMENTE ALREDEDOR DE LOS VASOS Y SE INSERTAN EN EL CEMENTO DEL TERCIO CERVICAL DE LA RAÍZ

PLEXO INTERMEDIO:

ES UN CONJUNTO DE FIBRAS QUE SE ENCUENTRAN EN-LAS FUNRACIONES O ENTRE LAS RAÍCES DENTARIAS.

FIBRAS INDIFERENTES:

SON FIBRAS QUE ATRAVIESAN A TODAS LAS FIBRAS -ANTERIORES.

LOS ELEMENTOS CELULARES DEL LIGAMENTO PARODONTAL SON: FIBROBLASTOS, CEMENTOBLASTOS, CEMENTOCLAS-

TOS, OSTEÓBLASTOS, MACRÓFAGOS DE LOS TEJIDOS Y COR-  
DONES DE CÉLULAS EPITELIALES DENOMINADOS "RESTOS --  
EPITELIALES DE MALASSEZ O CÉLULAS EN REPOSO", LOS--  
RESTOS EPITELIALES FORMAN UN ENREJADO EN EL LIGAMENT  
TO PARODONTAL Y APARECEN COMO UN GRUPO AISLADO DE -  
CÉLULAS. SE LES CONSIDERA COMO REMENENTES DE LA -  
VAINA DE HERTWIG QUE SE DESINTEGRA DURANTE EL DESA-  
RROLLO DE LA RAÍZ AL FORMARSE EL CEMENTO SOBRE LA -  
SUPERFICIE DENTARIA.

LA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEL LIGAMENTO PARODON-  
TAL SE REALIZA POR MEDIO DE TRES FUENTES:

- 1.- VASOS APICALES.
- 2.- VASOS DEL PROCESO ALVEOLAR.
- 3.- VASOS GINGIVALES ANASTOMOSADOS.

LOS LINFÁTICOS CONTRIBUYEN AL DRENAJE, ATRAVIES  
SAN EL HUESO ALVEOLAR PARA DEPOSITARSE EN LOS GAN--  
GLIOS LINFÁTICOS, ESPECIALMENTE EN LA RED DE GAN---  
GLIOS SUBMAXILARES.

LA INERVACIÓN DEL LIGAMENTO PROVIENE PRINCIPALM



MENTE DEL TRIGÉMINO Y ES ESENCIALMENTE PROPIOCEPTIVA.

LAS FUNCIONES DEL LIGAMENTO SON:

- a) MECÁNICAS DE (SOPORTE).
- b) BIOLÓGICAS (FORMATIVA, SENSORIAL Y NUTRITIVA).

LA FUNCIÓN MECÁNICA ES LLEVADA A CABO POR LAS 6 FIBRAS PRINCIPALES.

DE SOPORTE:

TIENE POR OBJETO EL CONTRARRESTAR EL IMPACTO DE LA MASTICACIÓN, Y PROTEGER LOS VASOS Y TEJIDOS BLANDOS PARA EVITAR QUE SEAN TRAUMATIZADOS Y MANTENER EL DIENTE FIRMEMENTE UNIDO AL HUESO.

FORMATIVA:

LOS CEMENTOCLASTOS Y OSTIOBLASTOS, SON CÉLULAS FORMADORAS DE CEMENTO Y DE HUESO, QUE SON REQUERIDOS, AL HABER DESTRUCCIÓN POR ACCIÓN DE FUERZAS SOBRE EL PARODONTO, LAS CÉLULAS QUE SE ENCARGARÁN DE-

LA REABSORCIÓN ÓSEA SON LOS OSTIOCLASTOS Y DEL CEMENTO SON LOS OSTIOBLASTOS.

NUTRITIVA:

SE HACE POR MEDIO DE LOS VASOS SANGUÍNEOS QUE VAN A APORTAR SUBSTANCIAS NUTRITIVAS Y POR MEDIO DE LOS VASOS LINFÁTICOS QUE VAN A DRENAR TODAS LAS SUBSTANCIAS DE DESECHO JUNTO CON EL SISTEMA VENOSO.

SENSORIAL:

VAN A DAR UN SENTIDO PROPIOCEPTIVO QUE LOCALIZA LOS ESTÍMULOS EXTERNOS PARA CADA DIENTE INDIVIDUALMENTE.

c) CEMENTO:

EL CEMENTO ES TEJIDO CONECTIVO ESPECIALIZADO, CALCIFICADO, QUE CUBRE LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ ANATÓMICA DEL DIENTE, EN LA CUAL ENCONTRAMOS DOS TIPOS DE CEMENTO:

A) ACELULAR:

SE LLAMA ASÍ, POR NO CONTENER CÉLULAS, FORMA--  
PARTE DE LOS TERCIOS CERVICAL Y MEDIO DE LA RAÍZ --  
DEL DIENTE.

B) CELULAR:

SE CARACTERIZA POR SU MAYOR O MENOR ABUNDANCIA  
DE CEMENTOCITOS, Y OCUPA EL TERCIO APICAL DE LA ---  
RAÍZ DEL DIENTE.

EXISTEN TRES TIPOS DE UNIÓN ESMALTE-CEMENTO:

- 1.- EL CEMENTO PUEDE ENCONTRARSE EXACTAMENTE -  
CON EL ESMALTE OCURRIENDO EN UN 30% DE LOS  
CASOS.
- 2.- PUEDE NO ENCONTRARSE DIRECTAMENTE CON EL -  
ESMALTE, DEJANDO ENTONCES UNA PORCIÓN DE -  
DENTINA AL DESCUBIERTO; ESTO OCURRE EN UN-  
10%.

- 3.- PUEDE CUBRIR LIGERAMENTE AL ESMALTE, DEJANDO ENTONCES UNA PORCIÓN. ESTA DISPOSI---CIÓN ES LA MÁS FRECUENTE, YA QUE SE PRESENTA EN UN 60%

EL CEMENTO ES DE COLOR AMARILLO PÁLIDO, MÁS PÁLIDO QUE LA DENTINA; DE ASPECTO PÉTREO Y SUPERFICIE RUGOSA. SU GROSOR ES MAYOR A NIVEL DE ÁPICE RADICULAR, DE ALLÍ VA DISMINUYENDO HASTA LA REGIÓN CERVICAL, EN DONDE FORMA UNA CAPA FINÍSIMA DEL ESPESOR DE UN CABELLO.

EL CEMENTO CONSISTE DE UN 45% DE MATERIAL INORGÁNICO (SALES DE Ca. BAJO LA FORMA DE CRISTALES DE-APATITA) Y UN 55% DE SUBSTANCIA ORGÁNICA Y AGUA (COLLAGENO Y LOS MUCOPOLISACÁRIDOS).

LA ÚLTIMA CAPA DE CEMENTO PRÓXIMA A LA MEMBRANA PARODONTAL QUE NO SE CALCIFICA O PERMANECE MENOS CALCIFICADA QUE EL RESTO DE TEJIDO CEMENTOSO SE CONOCE CON EL NOMBRE DE CEMENTOIDE.

LA REPARACIÓN DEL CEMENTO SE LLEVA A CABO TANTO EN DIENTES VITALES COMO NO VITALES, SE EFECTUA CUANDO EL CEMENTO TIENE TEJIDO CONECTIVO JUNTO A LA RAÍZ, SI EL EPITELIO PROLIFERA NO HABRÁ REPARACIÓN.

FIBRAS DE SHARPEY EN EL CEMENTO:

COMO SE DIJO, EN LOS HACES DE FIBRAS DE COLÁGENA DEL LIGAMENTO PARODONTAL PENETRAN EN EL CEMENTO Y EN EL HUESO. SUS PARTES INCLUIDAS SE DENOMINAN FIBRAS DE SHARPEY.

EL CEMENTO SE ELABORA EN DOS FASES:

- 1a. FASE.- ES DEPOSITADO EN EL TEJIDO CEMENTOIDE, EL CUAL NO ESTÁ CALCIFICADO.
- 2a. FASE.- EL CEMENTOIDE, SE TRANSFORMA EN TEJIDO CALCIFICADO O CEMENTO PROPIAMENTE DICHO.

LAS FUNCIONES DEL CEMENTO SON:

- 1.- MANTENER EL DIENTE IMPLANTADO EN SU ALVEOLO.
- 2.- PERMITIR LA CONTINUA REACOMODACIÓN DE LAS FIBRAS PRINCIPALES DE LA MEMBRANA PARODONTAL.
- 3.- CONSISTE EN COMPENSAR EN PARTE LA PÉRDIDA DEL ESMALTE OCASIONADA POR EL DESGASTE -- OCLUSAL E INCISAL.
- 4.- REPARACIÓN DE LA RAÍZ DENTARIA, UNA VEZ -- QUE ÉSTA HA SIDO LESIONADA.

d) HUESO ALVEOLAR:

SE DEFINE COMO AQUELLA PORCIÓN DE LOS MAXILARES QUE FORMAN LOS ALVÉOLOS QUE SOSTIENEN O SOPORTAN A LOS DIENTES.

ESTÁ CONSTITUIDO POR:

1.- HUESO O LÁMINA ALVEOLAR:

COMPRENDE LA PARED LIMITANTE DE LOS ALVÉOLOS, - SE ENCUENTRA ADYACENTE A LA MEMBRANA PARODONTAL Y - ESTA CONSTITUIDA POR UNA DELGADA CAPA DE HUESO COMPACTO.

2.- HUESO ESPONJOSO O TRABECULAR:

LOCALIZADO ENTRE EL HUESO ALVEOLAR Y EL CORTICAL. LAS TRÁBECULAS DEL HUESO ALVEOLAR ENCIERRAN ESPACIOS MEDULARES, TAPIZADOS DE CÉLULAS QUE FORMAN EL ENDIOSTIO.

3.- PLACA O HUESO CORTICAL:

CORRESPONDE A LA PARED EXTERNA DE LOS MAXILARES.

EL HUESO ALVEOLAR ESTÁ FORMADO POR:

LA MATRIZ QUE ESTÁ CONSTITUIDA POR SUSTANCIAS-INORGÁNICAS COMO SON:

CALCIO  
FÓSFORO  
MAGNESIO

Y EN MENOR PROPORCIÓN:

POTASIO  
SODIO  
CLORO  
FLÚOR  
HIERRO

EL HUESO ALVEOLAR ES EL MÁS INESTABLE DE LOS -  
TEJIDOS PARODONTALES, YA QUE ES MUY SENSIBLE A LOS-  
CAMBIOS, TANTO INTRÍNSECOS COMO EXTRÍNSECOS. EL -  
HUESO QUE RODEA A CADA DIENTE SIGUE EL CONTORNO DE-  
LA LÍNEA CERVICAL.

FUNCIÓN.

EL HUESO ALVEOLAR SE FORMA CON LA FINALIDAD EX  
PRESA DE SOSTENER A LOS DIENTES.



## CAPÍTULO IV

### CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PARODONTAL

EL TÉRMINO ENFERMEDAD PARODONTAL DESTRUCTIVA - CRÓNICA DESCRIBE TODAS LAS FORMAS DE ENFERMEDAD PARODONTAL CAUSADAS PRIMARIAMENTE POR FACTORES LOCALES (PLACA BACTERIANA Y TRAUMA DE LA OCLUSIÓN). LO ACOSTUMBRADO ERA CLASIFICAR LA ENFERMEDAD PARODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA EN INFLAMATORIA, DEGENERATIVA Y TRAUMÁTICA.

#### CLASIFICACIÓN:

LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN INCLUYE TODAS LAS - DE ENFERMEDAD PARODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA A LA - LUZ DE RECIENTES INVESTIGACIONES QUE HAN PROPORCIONADO UNA DIFERENTE INTERPRETACIÓN Y CATEGORIZACIÓN - DE HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO.

TRATAR DE BRINDAR UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA EL ANÁLISIS Y EL DIAGNÓSTICO DE LOS CASOS CLÍNICOS:

ENFERMEDAD PARODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA:

I.- PARODONTOSIS.

A) SIMPLE

B) COMPUESTA

C) JUVENIL

1.- GENERALIZADA

2.- LOCALIZADA (PARODONTITIS JUVENIL  
IDEOPÁTICA O PARODONTOSIS).

II.- TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

III.- ATROFIA PARODONTAL.

a) PARODONTITIS.

LA PARODONTITIS ES EL TIPO MÁS COMÚN DE ENFER-

MEDAD PARODONTAL PRODUCIDA POR LA EXTENSIÓN A LOS TEJIDOS PARODONTALES DE SOPORTE DE LA INFLAMACIÓN INICIADA EN LA ENCÍA. LINDHE Y COLS. HAN ESTUDIADO LA SECUENCIA DE LOS PERÍODOS DE DESARROLLO DE UNA LESIÓN PARODONTAL EN PERROS SOBRE LA BASE DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y MEDICIONES DEL EXUDADO GINGIVAL. DESCRIBEN LOS SIGUIENTES PERÍODOS:

1.- FASE DE GINGIVITIS SUBCLÍNICA:

CARACTERIZADA POR AUMENTO RAPIDO DE LA EXUDACIÓN GINGIVAL Y MIGRACIÓN DE LEUCOCITOS SURCALES, ESTO ES, SIGNOS DE INFLAMACIÓN AGUDA.

2.- FASE DE GINGIVITIS CLÍNICA:

CARACTERIZADA POR ALTERACIONES DEL COLOR Y LA TEXTURA DE LA ENCÍA, Y TENDENCIA A LA HEMORRAGIA, PERO SOLO ALTERACIONES MENORES EN EL NÚMERO DE LEUCOCITOS SURCALES MIGRANTES.

3.- FASE DE DESTRUCCIÓN PERODONTAL:

CARACTERIZADA POR PÉRDIDA DE LA INSERCIÓN DE FIBRAS; APARECEN ALTERACIONES OSEAS RADIOGRÁFICAS.

LA PARODONTITIS PUEDE SER CLASIFICADA COMO SIMPLE O MARGINAL. EN LA CUAL LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS OCASIONADA POR LA INFLAMACIÓN SE MODIFICA MEDIANTE EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN, Y FORMAS JUVENILES, QUE CONSTITUYEN UN GRUPO ESPECIAL DE LESIONES AVANZADAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

PARODONTITIS SIMPLE:

CARACTERISTICAS CLÍNICAS:

EN LA PARODONTITIS SIMPLE, GENERALMENTE HAY INFLAMACIÓN CRÓNICA DE LA ENCÍA, BOLSAS Y PÉRDIDA ÓSEA. LA MOVILIDAD Y LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA DE LOS DIENTES APARECEN EN CASOS AVANZADOS. ESTA ENFERMEDAD SE LOCALIZA EN UN SOLO DIENTE O EN GRUPO DE DIENTES, O ES GENERALIZADA, SEGÚN SEA LA DISTRI-

BUCCIÓN DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS. LA PARODONTITIS SIMPLE PROGRESA CON RITMO VARIABLE, SUS ESTADIOS AVANZADOS, POR LO GENERAL, APARECEN EN LA -- QUINTA O SEXTA DÉCADA DE LA VIDA. ESTO CONTRASTA CON LA FORMA JUVENIL, QUE ALCANZA ETAPAS AVANZADAS AL FINAL DE LA ADOLESCENCIA Y COMIENSOS DE LA EDAD ADULTA.

LA PARODONTITIS SIMPLE SUELE SER INDOLORA, PERO PUEDEN MANIFESTARSE SINTOMAS COMO:

- 1.- SENSIBILIDAD A CAMBIOS TÉRMICOS, A ALIMENTOS Y LA ESTIMULACIÓN TÁCTIL, COMO CONSECUENCIA DE LA DENUDACIÓN DE LAS RAÍCES.
- 2.- DOLOR IRRADIADO PROFUNDO Y SORDO DURANTE LA MASTICACIÓN Y DESPUÉS DE ELLA, CAUSADO POR EL ACUÑAMIENTO FÓRZADO DE ALIMENTOS -- DENTRO DE LAS BOLSAS PARODONTALES.
- 3.- SÍNTOMAS AGUDOS COMO DOLOR PUNZANTE Y SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN, PROVENIENTE DE ABSCESOS PARODONTALES O GINGIVALES ULCERO-

NECROSANTE AGUDA SOBRE AGREGADA.

- 4.- SÍNTOMAS PULPARES COMO SENSIBILIDAD A DULCES, CAMBIOS TÉRMICOS O DOLORES PUNZANTES, COMO CONSECUENCIA DE PULPITIS, QUE SE ORIGINA EN LA DESTRUCCIÓN DE LA SUPERFICIE RADICULAR POR LA ACCIÓN DE LA CARIES.

ETIOLOGÍA:

LA PARODONTITIS SIMPLE ES CAUSADA POR LA PLACA DENTAL. LA ACUMULACIÓN DE PLACA PUEDE SER FAVORECIDA POR UNA GRAN VARIEDAD DE IRRITANTES LOCALES COMO CÁLCULOS, RESTAURACIONES DEFECTUOSAS Y EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA.

PARODONTITIS COMPUESTA:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

SON LAS MISMAS QUE LAS DE LA PARODONTITIS SIMPLE, CON LAS SIGUIENTES EXCEPCIONES: HAY UNA INCIDENCIA MÁS ALTA DE BOLSAS INFRAÓSEAS Y PÉRDIDA ÓSEA ANGULAR (VERTICAL) MÁS QUE HORIZONTAL, ENSANCHAMIENT

TO DEL ESPACIO DEL LIGAMENTO PARODONTAL, COMO --h--  
HALLAZGOS MÁS COMUNES; LA MOVILIDAD DENTARIA TIENDE  
A APARECER ANTES Y A SER MÁS INTENSA.

ETIOLOGÍA:

LA PARODONTITIS COMPUESTA SE ORIGINA POR LOS -  
EFECTOS COMBINADOS DE LA PLACA BACTERIANA Y LA IN--  
FLAMACIÓN RESULTANTE, Y EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

SOBRE LA BASE DE LA VELOCIDAD DE DESTRUCCIÓN -  
DE LOS TEJIDOS Y CIERTAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS,-  
LA PARODONTITIS SIMPLE Y LA COMPUESTA PUEDEN SER --  
SUBCLASIFICADAS EN DOS GRUPOS. UNO ES UNA LESIÓN-  
DE EVOLUCIÓN LENTA VINCULADA CON ABUNDANTES DEPÓSIS-  
TOS DE PLACA Y CÁLCULOS. APARECEN SIGNOS OBVIOS -  
DE INFLAMACIÓN GINGIVAL (CAMBIOS DE COLOR, TEXTURA-  
SUPERFICIAL, ABUNDANTE EXUDADO, ETC).

EL OTRO TIPO ES UNA LESIÓN DE EVOLUCIÓN MÁS RÁ  
PIDA, CON SIGNOS MENOS OBVIOS DE INFLAMACIÓN Y ME--  
NOS CANTIDADES DE PLACAS Y CÁLCULOS. EN ESTOS DOS  
TIPOS DE PARODONTITIS SE COMPROBÓ QUE LA COMPOSICIÓN

Y LA ESTRUCTURA DE LA PLACA BACTERIANA ES DIFERENTE.

PARODONTITIS JUVENIL:

ESTA FORMA INFLUYE LESIONES DESTRUCTIVAS AVANZADAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. LA DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES ES LA BASE DE SU CLASIFICACIÓN EN LAS FORMAS GENERALIZADA Y LOCALIZADA. LA PRIMERA ABARCA LA TOTALIDAD DE LOS DIENTES, MIENTRAS QUE LA SEGUNDA ATACA LOS PRIMEROS MOLARES Y LOS INCISIVOS.

FORMA GENERALIZADA:

ESTAS SON LAS LESIONES CORRESPONDIENTES A TRASTORNOS SISTÉMICOS COMO ES EL SÍNDROME DE PAPILLON--LEFÈVRE, HIPOFOSFATEMIA, ACRANULOSITIS, SÍNDROME DE DOWN Y OTROS. POSEEN DIFERENTES CARACTERÍSTICAS SEGÚN LA ENFERMEDAD SISTÉMICA. ASÍ MISMO, SE DESCRIBIERON PACIENTES SIN FACTORES PREDISPONENTES--SISTÉMICOS SUBYACENTES.



FORMA LOCALIZADA:

ESTA INCLUYE LO QUE AHORA LLAMAMOS "PARODONTITIS JUVENIL IDIOPÁTICA O PARODONTOSIS". GOTTLIEB LA DESCRIBIÓ POR PRIMERA VEZ EN 1923 BAJO EL NOMBRE DE ATROFIA DIFUSA DEL HUESO ALVEOLAR EN UN CASO MORTAL DE GRIPE EPIDÉMICA. DESCRIBIÓ PÉRDIDA DE FIBRAS COLÁGENAS EN EL LIGAMENTO PARODONTAL, Y SU REEMPLAZO POR TEJIDO CONECTIVO LAXO Y EXTENSA RESORCIÓN ÓSEA RESULTANTE EN EL ENSANCHAMIENTO DEL ESPACIO DEL LIGAMENTO PARODONTAL. AL PARECER LA ENCIÓN NO ESTABA ATACADA. EN 1928, GOTTLIEB ATRIBUYÓ ESTA LESIÓN A LA INHIBICIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUA DE CEMENTO, QUE ÉL CONSIDERABA ESENCIAL PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS FIBRAS PARODONTALES: LA TEORÍA, GOTTLIEB OPINÓ QUE LA CEMENTOPATÍA ERA UNA ENFERMEDAD DE ERUPCIÓN. EL CEMENTO ENVEJECIDO ACTUARÍA COMO UN CUERPO EXTRAÑO EN UN INTENTO DEL HUÉSPED POR EXFOLIAR EL DIENTE, CON LA CONSIGUIENTE RESORCIÓN ÓSEA Y FORMACIÓN DE BOLSAS.

EN 1940, THOMA Y GOLDMAN INTRODUCIERON EL TÉRMINO PARODONTOSIS PARA ESTA ENFERMEDAD. CUYA INICIA

CIÓN SE LOCALIZA EN EL HUESO ALVEOLAR Y NO EN EL CEMENTO, Y QUE CONSISTE EN RESORCIÓN VASCULAR Y HALISTERESIS, NO EN RESORCIÓN LACUNAR.

EN 1947 GOLDMAN DESCRIBIÓ NUEVAMENTE ESTAS CARACTERÍSTICAS EN UN MONO ARAÑA: UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA, NO INFLAMATORIA DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE

EN 1942, ORBAN Y WEINMANN INTRODUJERON EL TÉRMINO PERIODONTOSIS, Y EN UN CASO DE AUTOPSIA ESTUDIADO DETALLADAMENTE DESCRIBIERON TRES ETAPAS DE LA ENFERMEDAD.

ETAPA 1:

CONSISTENTE EN DEGENERACIÓN Y DESMÓLISIS DE LAS FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PARODONTAL Y PROBABLE DETENCIÓN DE LA FORMACIÓN DE CEMENTO; HAY RESORCIÓN SIMULTÁNEA DEL HUESO ALVEOLAR DEBIDO A LA FALTA DE ESTIMULACIÓN DE CEMENTO DEL DIENTE Y MAYOR PRESIÓN TISULAR OCASIONADA POR EL EDEMA Y LA PROLIFERACIÓN CAPILAR.

EN ESTA ETAPA, LA MIGRACIÓN DEL DIENTE ES EL PRIMER SIGNO CLÍNICO Y OCURRE SIN INFLAMACIÓN DETECTABLE.

ETAPA 2:

SE CARACTERIZA POR LA RÁPIDA PROLIFERACIÓN DEL EPITELIO DE UNIÓN A LO LARGO DE LA RAÍZ, Y EN OCASIONES, LA PROLIFERACIÓN DE LOS RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ. EN ESTA ETAPA APARECEN LOS PRIMEROS SIGOS DE INFLAMACIÓN.

CLÍNICAMENTE, LAS DOS PRIMERAS ETAPAS SON BREVES Y NO PUEDEN DIFERENCIARSE UNA DE OTRA.

ETAPA 3:

SE CARACTERIZA POR INFLAMACIÓN PROGRESIVA Y -- FORMACIÓN DE BOLSAS PROFUNDAS DE TIPO INFRAÓSEO. ESTA ES LA ETAPA VISTA CON MÁS FRECUENCIA.

TODOS LOS ESTUDIOS MENCIONADOS CONSIDERAN LA PAROTONTOSIS COMO UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA. ORIGINADA POR FACTORES SISTÉMICOS DESCONOCIDOS. EN 1952, GLICKMAN SOSTUVO QUE ESTAS LESIONES NO REPRESENTAN UN TIPO DIFERENTE DE ENFERMEDAD PARODONTAL.

MUCHOS AUTORES HAN NEGADO LA EXISTENCIA DE UNA ENFERMEDAD PARODONTAL DE TIPO DEGENERATIVO Y ATRIBUYERON LAS ALTERACIONES AL EFECTO DEL TRAUMA DE LA - OCLUSIÓN.

SIN EMBARGO, TODAVÍA NO DAN UNA CLAVE DE LA RAZÓN DE LA PECULIAR DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES EN LA BOCA; SEÑALAN UNA ETIOLOGÍA PARTICULARMENTE RELACIONADA CON LA EXISTENCIA DE MICROBIOS ANAEROBIOS Y A UNA POSIBLE PREDISPOSICION INMUNOLÓGICA.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

LA PARODONTITIS JUVENIL AFECTA A VARONES Y MUJERES POR IGUAL, Y ES MÁS FRECUENTE ENTRE LA PUBERTAD Y LOS 25 AÑOS. ES MÁS PREVALENTE EN ADOLESCENTES DEL SEXO FEMENINO.

LA DISTRIBUCIÓN DE LA BOCA ES CARACTERÍSTICA, PERO TODAVÍA INEXPLICABLE. LAS LESIONES APARECEN PRIMERO Y CON MAYOR INTENSIDAD EN LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES Y SUELEN SER BILATERALES, PERO CON EL TIEMPO SE GENERALIZAN. LA MENOR DESTRUCCIÓN

CIÓN SE OBSERVA EN LA ZONA DE PREMOLARES INFERIORES

EL COMIENZO DE LA DESTRUCCIÓN ÓSEA ES INCIDIOSO, ESPECIALMENTE DURANTE EL PERÍODO CIRCUMPUBERAL, ENTRE LOS ONCE Y LOS TRECE AÑOS DE EDAD. LA CARACTERÍSTICA MÁS NOTABLE DE LA PARODONTITIS JUVENIL -- TEMPRANA ES LA FALTA DE INFLAMACIÓN CLÍNICA AL FINAL DE LAS ETAPAS INCIPIENTES COMIENZAN A FORMARSE-BOLSAS PROFUNDAS EN TORNO A ESOS DIENTES Y, CLÍNICAMENTE, LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES SON MOVILIDAD Y MIGRACIÓN DE INCISIVOS Y PRIMEROS MOLARES.

SIN EMBARGO, A MEDIDA QUE LA ENFERMEDAD AVANZA PUEDE PRESENTARSE OTRA SINTOMATOLOGÍA. LAS SUPERFICIES RADICULARES DENUDADAS SE TORNAN SENSIBLES A CAMBIOS DE TEMPERATURA, ALIMENTOS Y ESTÍMULOS TÁCTILES COMO LOS PROVOCADOS POR CERDAS DE CEPILLO O LAS HOJAS DE LAS CURETAS. AL MASTICAR PUEDE SENTIRSE DOLOR PROFUNDO, SORDO E IRRADIADO, PROBABLEMENTE DEBIDO A LA IRRITACIÓN DE ESTRUCTURAS DE SOPORTE ORIGINADA POR LOS DIENTES MÓVILES Y EL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA. EN ESTA ETAPA PUEDE HABER FORMACIÓN DE ABSCESOS.

SE CONSIDERA QUE LA PÉRDIDA ÓSEA VERTICAL ALREDEDOR DE LOS PRIMEROS MOLARES E INCISIVOS EN PERSONAS QUE NO TENGAN ALGUNA OTRA ENFERMEDAD ES UN SIGNO DIAGNÓSTICO CLÁSICO DE PARODONTITIS JUVENIL. LAS MANIFESTACIONES RADIOGRÁFICAS INCLUYEN "PÉRDIDA ÓSEA ALVEOLAR ARCIFORME" QUE SE EXTIENDE DESDE LA SUPERFICIE DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR HASTA LA SUPERFICIE MESIAL DEL SEGUNDO MOLAR. LAS PRUEBAS INDICAN QUE LA PÉRDIDA ÓSEA NO SE ORIGINA EN NINGUNA FALTA O DEFECTO DEL DESARROLLO O CONGÉNITO.

EL HUESO ALVEOLAR EN PACIENTES DE ESTE GRUPO - DE EDAD SE DESARROLLA NORMALMENTE CON LA ERUPCIÓN DENTAL, Y ÚNICAMENTE DESPUÉS, EL HUESO ALVEOLAR SE RESORBE. LOS PATRONES OCLUSALES Y LA PRESIÓN LINGUAL PUEDEN MODIFICAR LA MAGNITUD Y EL TIPO DE MIGRACIÓN. JUNTO CON LA MIGRACIÓN ANTERIOR DE LOS DIENTES, HAY AUMENTO APARENTE DEL TAMAÑO DE LA CORONA CLÍNICA, ACUMULACIÓN DE PLACA Y CÁLCULO E INFLAMACIÓN CLÍNICA.

LA PARODONTITIS JUVENIL AVANZA RÁPIDAMENTE, -- LAS PRUEBAS DISPONIBLES SEÑALAN QUE LA VELOCIDAD DE LA PÉRDIDA ÓSEA ES TRES A CUATRO VECES MAYOR QUE EN LA PARODONTITIS TÍPICA.

EN PACIENTES AFECTADOS, LA RESORCIÓN ÓSEA AVANZA HASTA QUE LOS DIENTES SON TRATADOS, CAEN SOLOS O SON EXTRAÍDOS. NO HAY ZONAS QUE INDIQUEN QUE EL PROCESO PATOLÓGICO SE EXTIENDA A ZONAS SANAS. SIN EMBARGO, SE SABE QUE EN ETAPAS TARDÍAS DE LA ENFERMEDAD OTROS DIENTES SON ATACADOS POR UNA FORMA DE PARODONTITIS QUE SE PRESENTA CON LAS ALTERACIONES INFLAMATORIAS COMUNES.

LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA PARODONTITIS JUVENIL ES RÁPIDA Y BASTANTE PREDECIBLE. NO OBSTANTE, HAY UN FENÓMENO DENOMINADO "APAGAMIENTO", QUE SE DA EN MUCHOS CASOS. ESTE SE REFIERE A UNA SÚBITA E INEXPLICABLE REDUCCIÓN DEL RITMO DE DESTRUCCIÓN --- ÓSEA, CASI SIEMPRE ENTRE APROXIMADAMENTE LOS 25 Y 29 AÑOS, EN ESTOS CASOS, EL COMIENZO DE LA RESORCIÓN ALVEOLAR HABRIA OCURRIDO ENTRE LA ADOLESCENCIA MEDIA Y FINALES DE LA ADOLESCENCIA. Y NO DURANTE-

EL PERÍODO CIRCUMPUBERAL.

b) TRAUMA DE LA OCLUSIÓN:

YA QUE LA INFLAMACIÓN GINGIVAL ES TAN COMÚN, - EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN RARA VEZ SE PRESENTA SIN - ELLA. CUANDO ES EL ÚNICO PROCESO PATOLÓGICO EL -- CUAL TIENE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: MOVILIDAD DENTAL, ESPACIO PARODONTAL MUY ENSANCHADO EN LA REGIÓN GINGIVAL DE LA RAÍZ Y "DESTRUCCIÓN --- ÓSEA ANGULAR CONCOMITANTE" Y ENSANCHAMIENTO DE LIG<sup>A</sup> MENTO PARODONTAL EN EL ÁPICE, SE ENCUENTRAN AFECTA- DOS DIENTES AISLADOS Y SUS ANTAGONISTAS. NO PRODU CE INFLAMACIÓN GINGIVAL O BOLSAS PARODONTALES.

c) ATROFIA PARODONTAL:

LA ATROFIA ES LA DISMINUCIÓN DE TAMAÑO DE UN - TEJIDO U ÓRGANO DE SUS ELEMENTOS CELULARES, UNA VEZ OBTENIDO SU TAMAÑO MADURO NORMAL. LA REDUCCIÓN GE NERALIZADA DE LA ALTURA DEL HUESO ALVEOLAR, JUNTO - CON LA RESECCIÓN DE LA ENCÍA, SIN INFLAMACIÓN O --- TRAUMA DE LA OCLUSIÓN MANIFIESTOS, SE PRODUCE CON -



ÉL AUMENTO DE LA EDAD Y SE DENOMINA ATROFIA FISIOLÓ  
GICA O SENIL, NO SE DEBE AL ENVEJECIMIENTO, SINO AL  
EFECTO ACUMULATIVO DE REPETIDAS AGRESIONES AL PARO-  
DONTO.

## CAPÍTULO V

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

#### 1.- GINGIVITIS.

LA GINGIVITIS ES UNA ENFERMEDAD DE LA ENCÍA, -  
EN LA CUAL SE PRESENTA LA INFLAMACIÓN DEL TEJIDO --  
GINGIVAL COMO SIGNO CLÍNICO.

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE GINGIVI- TIS SEGÚN SU DISTRIBUCIÓN:

- a) LOCALIZADA: SE LIMITA A LA ENCÍA DE UN SOLO  
DIENTE O UN GRUPO DE DIENTES.
- b) MARGINAL: AFECTA AL MARGEN GINGIVAL, PERO -  
PUEDE INCLUIR UNA PARTE DE LA EN-  
CÍA INSERTADA CONTIGUA.
- c) PAPILAR: ABARCA LAS PAPILAS INTERDENTARIAS-  
Y CON FRECUENCIA SE EXTIENDE HACIA  
LA ZONA ADYACENTE DEL MARGEN GINGI  
VAL.

- d) DIFUSA: ABARCA LA ENCÍA MARGINAL, ENCÍA INSERTADA Y PAPILA INTERDENTARIA.
- e) GENERALIZADA: ABARCA A TODA LA CAVIDAD BUCCAL.

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE GINGIVITIS SEGÚN SU EVOLUCIÓN Y DURACIÓN:

- a) GINGIVITIS AGUDA: ES DOLOROSA, SE INSTALA REPENTINAMENTE Y ES DE CORTA DURACIÓN.
- b) GINGIVITIS SUBAGUDA: ES UNA FASE MENOS GRAVE QUE LA AFECCIÓN AGUDA.
- c) GINGIVITIS RECURRENTE: ENFERMEDAD QUE REAPARECE DESPUÉS DE HABER SIDO ELIMINADA MEDIANTE TRATAMIENTO O, DESAPARECE ESPONTÁNEAMENTE Y REAPARECE
- d) GINGIVITIS CRÓNICA: SE INSTALA CON LENTITUD ES DE LARGA DURACIÓN E INDOLORA, SALVO QUE SE COMPLIQUE CON EXACERBACIONES AGUDAS O SUBAGUDAS.

SON MUCHOS LOS FACTORES ETIOLÓGICOS QUE PUEDEN PRODUCIR UNA INFLAMACIÓN GINGIVAL, PUEDEN SER LOCALES O GENERALES, PERO TODA LESIÓN LOCAL QUE CONSTITUYA UNA CAUSA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL SERÁ COMBATIDA POR EL POTENCIAL DE RESISTENCIA Y REPARACIÓN DEL PACIENTE, Y SI BIEN, LA LESIÓN LOCAL INICIA LA GINGIVITIS MODIFICADA POR LA INTENSIDAD DEL FACTOR CAUSANTE Y TAMBIÉN POR LA REPETICIÓN DEL TRAUMATISMO, LA SEVERIDAD DE LA AFECCIÓN Y EL ASPECTO CLÍNICO ESTARÁN REGIDOS Y MODIFICADOS POR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA RESISTIR Y REPARAR LA LESIÓN OCASIONADA DE MODO QUE LA GRAVEDAD DE LA AFECCIÓN DEPENDE DEL MOMENTO, DE LA EDAD Y DE LOS POTENCIALES DE RESISTENCIA Y REPARACIÓN DEL PACIENTE.

LA GINGIVITIS ESTÁ CONDICIONADA A:

1.- FACTORES EXTRÍNSECOS QUE PUEDEN SER:

- a) USO INCORRECTO DEL CEPILLO DENTAL.
- b) USO INCORRECTO DE LA SEDA DENTAL.
- c) USO INCORRECTO DE LOS MODADIENTES.
- d) FALTA DE HIGIENE.

- e) RESPIRACIÓN BUCAL
- f) FALTA DE ESTIMULACIÓN DEL TEJIDO GINGIVAL POR --  
CULPA DE DIETAS BLANDAS.
- g) MALPOSICIÓN DENTARIA.
- h) ANOMALÍAS DE FORMA DE LOS DIENTES

2.- FACTORES INTRÍNSECOS:

QUE SON LOS QUE AGRAVAN O MODIFICAN LA REACCIÓN INFLAMATORIA EXISTENTE, ESTOS PUEDEN SER:

- a) DEFICIENCIAS NUTRITIVAS (CARENCIA DE VITAMINA "C
- b) FACTORES HORMONALES (EMBARAZO, MENOPAUSIA, ETC.
- c) TRASTORNOS ENDÓCRINOS.
- d) DISCARASIAS SANGUÍNEAS.

LA GINGIVITIS CRONICA ES LA MÁS COMÚN, CAUSADO POR UN AGENTE IRRITANTE LOCAL.

LA LESIÓN MARGINAL EXISTE EN LA ENCÍA, PERO -- CON EL TIEMPO LA REACCIÓN INFLAMATORIA AUMENTA Y SE PROFUNDIZA EN EL TEJIDO GINGIVAL A TRAVÉS DE LA ENCÍA INSERTADA DESDE TODA LA PAPILA INTERDENTARIA -- HASTA EL HUESO ALVEOLAR. LA LESIÓN AVANZA POR LOS

VASOS LINFÁTICOS HASTA EL TEJIDO GINGIVAL Y LA MÉDULA ÓSEA. EL HUESO ALVEOLAR SE REABSORBE Y SE PRODUCE UNA PÉRDIDA GRADUAL DE ALVÉOLO.

LA FUNCIÓN DE LA INFLAMACIÓN ES LOCALIZAR E INTENTAR ELIMINAR EL IRRITANTE Y SUS PRODUCTOS. SIN EMBARGO, YA QUE POR REGLA GENERAL EL IRRITANTE ES PERMANENTE (CÁLCULO) LA INFLAMACIÓN PERSISTE COMO UN PROCESO CRÓNICO DE POCA INTENSIDAD.

LA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA PUEDE SER AGUDA O CRÓNICA, FRECUENTEMENTE SE DEBE A TRAUMATISMOS CAUSADOS POR ALIMENTOS IMPACTADOS, O ABRASIÓN CAUSADA POR EL CEPILLO DENTAL, ETC.

EL TEJIDO GINGIVAL SANA RÁPIDAMENTE, PERO SI EL IRRITANTE OBRA REPETIDAMENTE Y CAUSA UNA LESIÓN AGUDA, SE PRODUCIRÁ UNA DESINTEGRACIÓN DEL TEJIDO.

LA GINGIVITIS, GENERALMENTE SE CONOCE POR LAS ALTERACIONES EN LA ENCÍA MARGINAL Y LAS PAPILAS INTERDENTARIAS. LOS CAMBIOS DE COLOR, TEXTURA Y CONSISTENCIA, SON SIGNOS TEMPRANOS IMPORTANTES; MÁS TARDE APARECE LA INFLAMACIÓN Y LA HIPERPLASIA-

GINGIVAL.

LA ENCÍA PIERDE SU COLOR CAMBIANDO DESDE EL ROSADO HASTA VARIOS TONOS DE ROJO Y MAGENTA.

EXISTE CAMBIO EN LA TEXTURA, HAY PÉRDIDA DEL PUNTEADO PRESENTA UN ASPECTO BRILLANTE LISEO, PRESENTA EDEMA, HAY ULCERACIÓN DEL EPITELIO; SANGRADO Y EXUDADO.

COMO REGLA GENERAL, EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD ES LENTO, PERO TARDE O TEMPRANO LA ENCÍA REVELA CAMBIOS, EN OCASIONES, LA INFLAMACIÓN QUEDA CIRCUNSCRITA A LA REGIÓN MARGINAL SIN ATACAR AL RESTO DE LA ENCÍA INSERTADA, Y PUEDE VERSE UN FESTONEADO NETO. ESTA LESIÓN PUEDE PERMANECER INACCESIBLE POR GRANDES PERÍODOS DE TIEMPO SIN EMPEORAMIENTO CLÍNICO. SIN EMBARGO, TAMBIÉN SE OBSERVAN CASOS DE AGRAVACIÓN RÁPIDA. LA LESIÓN GINGIVAL, PUEDE ESTAR LIMITADA A LA REGIÓN MARGINAL POR CORTO TIEMPO, EXTENDIÉNDOSE HASTA LA ENCÍA INSERTADA; ENTONCES NO SE PRESENTAN ZONAS DE DEMARCACIÓN ENTRE LA-

ENCÍA INSERTADA Y LA MUCOSA ALVEOLAR.

EL SANGRADO ES UN SIGNO IMPORTANTE A LA GINGIVITIS, POR ELLO EL PACIENTE PUEDE QUEJARSE DE SANGRADO DURANTE EL CEPILLADO Y LAS COMIDAS, EN OCA--SIONES, LA SOLA PRESIÓN DE LOS LABIOS, DE LA ALMOHADA DURANTE EL SUEÑO CAUSAN HEMORRAGIA.

CON FRECUENCIA PUEDE EXPULSARSE UN EXUDADO DE LA BOLSA A LA SOLA PRESIÓN DEL LADO, ESTO INDICA -- QUE EL EXUDADO PURULENTO PASÓ A TRAVÉS DEL INTERSTICIO DEL EPITELIO, HASTA EL ESPACIO DE LA BOLSA, -- Y SE DEBE PRINCIPALMENTE A LA INFLAMACIÓN DEL TEJIDO CONJUNTIVO DEL CORIÓN GINGIVAL.

### 3.- AGRANDAMIENTOS GINGIVALES:

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL ES UNA CONSECUENCIA DE INFLAMACIONES CRÓNICAS O AGUDAS. SE CLASIFICAN SEGÚN SU PATOLOGÍA Y ETIOLOGÍA:

- a) AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO CRÓNICO LOCALIZADO O GENERALIZADO:



COMIENZA CON UN ABULTAMIENTO LEVE DE LA PAPI-  
LA INTERDENTARIA, LA ENCÍA MARGINAL O AMBAS, EN --  
LOS PRIMEROS ESTADÍOS SE PRODUCE UN ABULTAMIENTO -  
EN FORMA DE SALVAVIDAS ALREDEDOR DEL DIENTE AFECTA  
DO. ESTE ABULTAMIENTO AUMENTA DE TAMAÑO HASTA --  
QUE CUBRE PARTE DE LAS CORONAS, SU CRECIMIENTO ES-  
LENTO E INDOLORO, SALVO QUE SE COMPLIQUE CON TRAU-  
MA O CON UNA INFECCIÓN AGUDA, POR LO GENERAL ES PA  
PILAR O MARGINAL.

b) AGRANDAMIENTO CIRCUNSCRITO:

EN OCASIONES, EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL EVOLU  
CIONA COMO UNA MASA CIRCUNSCRITA, SÉSIL O PEDICULA  
DA QUE SE ASEMEJA A UN TUMOR, PUEDE LOCALIZARSE EN  
EL MARGEN GINGIVAL O INTERPROXIMAL O EN LA ENCÍA -  
INSERTADA, ES DE CRECIMIENTO LENTO, POR LO GENERAL  
INDOLORO, EN OCASIONES SE PRODUCE LA ULCERACIÓN DO  
LOROSA DEL PLIEGUE ENTRE LA MASA Y LA ENCÍA ADYA--  
CENTE.

c) AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO AGUDO: ABSCESO GINGIVAL:

ES UNA LESIÓN LOCALIZADA DOLOROSA, DE EXPANSIÓN RÁPIDA, QUE POR LO GENERAL SE INSTALA RÁPIDAMENTE. SE LIMITA AL MARGEN GINGIVAL O A LA PAPILA INTERDENTARIA. EN LOS PRIMEROS ESTADÍOS SE PRESENTA COMO UNA HINCHAZÓN ROJA, CUYA SUPERFICIE ES LISA Y BRILLANTE, ENTRE LAS 24 Y 48 HORAS, LA LESIÓN ES FLUCTUANTE Y PUNTIAGUDA, CON UN ORIFICIO EN LA SUPERFICIE, DEL CUAL PUEDE SER EXPULSADO UN EXUDADO PURULENTO, LOS DIENTES VECINOS SON SENSIBLES A LA PERCUSIÓN.

AGRANDAMIENTO HPERPLÁSTICO NO INFLAMATORIO.

a) ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON DILATINA. LA LESIÓN PRIMARIA COMIENZA CON UN AGRANDAMIENTO INDOLORO, PERIFÉRICO EN EL MARGEN GINGIVAL VESTIBULAR, LINGUAL Y EN LAS PAPILAS INTERDENTARIAS, A MEDIDA QUE LA LESIÓN AVANZA LOS AGRANDAMIENTOS GINGIVALES Y PAPILARES SE UNEN Y SE TRANSFORMAN EN UN REPLIEGUE MACIZO DE TEJIDO QUE CUBRE UNA PARTE DE LA CO-

RONA E INTERPONIENDOSE A LA OCLUSION. LA LESIÓN--  
PRESENTA UNA FORMA DE MORA, ES FIRME DE COLOR ROSA  
PÁLIDO Y RESILIENTE, CON UNA SUPERFICIE FINAMENTE -  
LOBULADA QUE NO TIENDE A SANGRAR, POR LO GENERAL -  
ES GENERALIZADA, PERO MÁS INTENSA EN LAS REGIONES-  
ANTERIORES SUPERIORES E INFERIORES, SE PRODUCE EN-  
ZONAS DENTADAS, ES CRÓNICO Y AUMENTA DE TAMAÑO CON  
LENTITUD.

b) IDEOPÁTICO, FAMILIAR:

ES UNA LESIÓN RARA DE ETIOLOGÍA INDETERMINADA  
AFECTA LA ENCÍA INSERTADA, ABARCA LAS SUPERFICIES-  
VESTIBULARES Y LINGUALES DE LOS DOS MAXILARES, LA-  
ENCÍA ES ROSADA, FIRME, PRESENTA UNA SUPERFICIE FI-  
NAMENTE GUIJARROSA. EN CASOS AVANZADOS, LOS DIEN-  
TES ESTÁN CASI CUBIERTOS Y EL AGRANDAMIENTO SE PRO-  
YECTA HACIA LA CAVIDAD BUCAL, LAS ALTERACIONES IN-  
FLAMATORIAS SECUNDARIAS SON COMUNES EN EL MARGEN -  
GINGIVAL.

c) AGRANDAMIENTO GINGIVAL COMBINADO:

SE PRESENTA CUANDO LA HIPERPLASIA SE COMPLICA CON ALTERACIONES GINGIVALES. LA HIPERPLASIA GINGIVAL, CREA CONDICIONES FAVORABLES PARA LA ACUMULACIÓN DE PLACA AL ACENTUAR LA PROFUNDIDAD DEL SURCO GINGIVAL AL ENTORPECER LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS, LAS ALTERACIONES DE TAMAÑO DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL-PRE-EXISTENTE.

d) AGRANDAMIENTOS CONDICIONADOS:

ESTA LESIÓN OCURRE CUANDO EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE ES TAL QUE EXAGERA O DEFORMA LA RESPUESTA COMÚN DE LA ENCÍA A LOS IRRITANTES Y PRODUCE MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES A LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA GINGIVITIS CRÓNICA.

e) AGRANDAMIENTO HORMONAL:

AGRANDAMIENTO DEL EMBARAZO, ES GENERALIZADO, Y TIENDE A SER MÁS PROMINENTE EN ZONAS INTERPROXIMALES, QUE EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES, LINGUA

LES, LA ENCÍA ES ROJA BRILLANTE O MAGENTA, BLANDA-  
DE SUPERFICIE LISA BRILLANTE, SANGRA EXAGERADAMEN-  
TE A UNA PROVOCACIÓN LEVE.

EL AGRANDAMIENTO DEL EMBARAZO, SE PRESENTA --  
CON UN ASPECTO TUMORAL, EL CUAL ES UNA MASA CIR---  
CUNSCRITA, APLANADA, SEMEJANTE A UN HONGO QUE HACE  
PROTRUSIÓN DESDE EL MARGEN GINGIVAL, UNIDO A UNA -  
BASE SÉSIL, O PEDICULADO, TIENDE A EXPANDIRSE EN -  
SENTIDO LATERAL, ES DE COLOR ROJO OSCURO, DE SUPER  
FICIE ROJA BRILLANTE. ES UNA LESIÓN SUPERFICIAL-  
Y NO INVADE AL HUESO ADYACENTE, INDOLORA, SALVO --  
QUE SU TAMAÑO Y FORMA SEAN TAL QUE INTERFIERA EN -  
LA OCLUSIÓN.

f) AGRANDAMIENTO DE LA PUBERTAD:

EL AGRANDAMIENTO ES MARGINAL, LOCALIZADO O GE  
NERALIZADO. APARECE COMO UN AGRANDAMIENTO DIFUSO  
DE LA MUCOSA GINGIVAL, UNA SOBRE-EXTENSIÓN EXAGERA  
DA DE LA ENCÍA MARGINAL, O UNA MÁS A INTERPROXIMAL  
CIRCUNSCRITA DE ASPECTO TUMORAL, LA ENCÍA ES ROJA-

ÁZULADA, Y DE SUPERFICIE BRILLANTE. LA CONSISTENCIA ES MODERADAMENTE FIRME, HAY TENDENCIA A LA HEMORRAGIA ESPONTÁNEA O A IRRITACIÓN LEVE.

PERIODONTITIS.

ES UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA CAUSADA PRINCIPALMENTE POR FACTORES IRRITATIVOS LOCALES, QUE DAN POR RESULTADO LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE, SE ESTIMA QUE ES UNA SECUELA DE LA GINGIVITIS QUE HA AVANZADO Y QUE NO HA SIDO TRATADA. EL PROCESO INFLAMATORIO AVANZA APICALMENTE Y AFECTA A LA APÓFISIS ALVEOLAR, HAY MIGRACIÓN APICAL DE LA INSERCIÓN EPITELIAL, CON FORMACIÓN DE --BOLSAS PERIODONTALES SUPRÁÓSEAS E INFRAÓSEAS, LO--CUAL SE PUEDE VER TRASLUCIDEZ MARGINAL EN LAS CRESTAS ALVEOLARES Y CON LA DESTRUCCIÓN DEL PERIODONTO APARECE MOVILIDAD DEL DIENTE O DIENTES AFECTADOS. LOS CAMBIOS DE COLORACIÓN DE LA ENCÍA DEPENDEN DE LA CRONICIDAD DE LA LESIÓN DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS.

POR LO GENERAL ESTA LESIÓN AFECTA A TODA LA DENTACION, EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS SE PUEDE LOCALIZAR EN UNA O DOS ZONAS DENTARIAS, DEPENDIENDO DE LOS FACTORES CAUSANTES. LAS BOLSAS SON SUPERFICIALES O MODERADAMENTE PROFUNDAS, PUEDE CIRCUNDAR AL DIENTE O ESTÁ LIMITADO A UNA SOLA SUPERFICIE, SE OBSERVA GRAN CANTIDAD DE TÁRTARO DENTARIO SUPRA O SUBGINGIVAL Y PUEDE PRESENTAR EXUDADO PURULENTO, LAS ENCÍAS SON BLANDAS Y SANGRAN CON FACILIDAD.

EN CASOS AVANZADOS LAS PAPILAS INTERDENTARIAS ADQUIEREN UN ASPECTO BULBOSO Y TOMAN UN COLOR ROJO PÚRPURA, EL TÁRTARO Y LOS RESIDUOS ALIMENTICIOS PUEDEN OCUPAR LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS.

LA PERIODONTITIS SIMPLE PUEDE SER INDOLORA, PERO SE PUEDEN ENCONTRAR SÍNTOMAS COMO:

- a).- SENSIBILIDAD A LOS CAMBIOS TÉRMICOS, A LOS ALIMENTOS Y A LA PERCUSIÓN, COMO CONSECUENCIA DE LA DENUDACIÓN DE LAS RAÍCES.
- b).- DOLOR IRRADIADO, PROFUNDO Y SORDO DURANTE LA-

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MASTICACIÓN Y DESPUÉS DE ELLA, CAUSADO POR EL ACUÑAMIENTO FORZADO DE LOS ALIMENTOS DENTRO DE LAS BOLSAS PERIODONTALES.

- c).- SÍNTOMAS AGUDOS, DOLOR PUNZANTE Y SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN, PROVENIENTE DE ABSCESOS PERIODONTALES O DE GINGIVITIS ULCERONECROZANTE AGUDA O SUBAGUDA.
- d).- SÍNTOMAS PULPARES, COMO SENSIBILIDAD A LOS DULCES, CAMBIOS TÉRMICOS O DOLOROS PUNZANTES COMO CONSECUENCIA DE PULPITIS QUE SE ORIGINAN EN LA DESTRUCCIÓN DE LA SUPERFICIE RADICULAR POR ACCIÓN DE LA CARIES.

LA PERIODONTITIS COMPUESTA TIENE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA SIMPLE, ÚNICAMENTE QUE ÉSTA TIENE MÁS FRECUENCIA DE BOLSAS INFRAÓSEAS Y PÉRDIDA ÓSEA ANGULAR, MÁS QUE HORIZONTAL, LA MOVILIDAD DENTARIA TIENDE A SER MÁS INTENSA.



PERIODONTITIS:

CLÍNICAMENTE LA PERIODONTITIS, ES UNA ENFERMEDAD DEL APARATO DE INSERCIÓN Y ALOJAMIENTO ALVEOLAR, ÉSTA ES UNA ENFERMEDAD RARA, SE OBSERVA PRINCIPALMENTE EN PERSONAS JÓVENES, YA QUE LA EDAD DE MAYOR INCIDENCIA ES LA DE LOS 20 AÑOS.

ES UNA LESIÓN INDOLORA, A VECES PUEDE PRESENTAR SINTOMAS SÍMILARES A LOS DE LA PERIODONTITIS. SE CARACTERIZA POR AFLOJAMIENTO Y MIGRACIÓN DENTARIA SIN FACTORES RESPONSABLES APARENTES EN EL MEDIO BUCAL. EN LA FASE INICIAL PUEDE O NO EXISTIR MODIFICACIÓN GINGIVAL, PERO SON DE TAL NATURALEZA QUE NO ES POSIBLE ATRIBUIRLE EL AFLOJAMIENTO DE LOS DIENTES.

ESTA LESIÓN ES ASINTOMÁTICA EN SU ETAPA INICIAL, POR LO CUAL NO ES POSIBLE DETECTARLA A TEMPRANA ETAPA, OCASIONALMENTE SE ENCUENTRA LA LESIÓN INCIPIENTE. NO SE OBSERVA TÁRTARO Y LA DISPOSICIÓN DE LA ENCÍA ES NORMAL, LOS DIENTES MUESTRAN CAMBIOS DE ACOMODAMIENTOS COMO SI ESTUVIERAN DES-

PLAZADOS DE SU POSICIÓN, ESTO ES MÁS NOTABLE EN LA PORCIÓN ANTERIOR DE LA ARCADE DENTAL, DONDE LOS DIENTES TIENEN MAYOR LIBERTAD DE MOVIMIENTO. HAY UNA TENDENCIA MARCADA A LA PROTUSIÓN Y EXTRUSIÓN CON CIERTA ROTACIÓN.

EN LA REGIÓN POSTERIOR, LOS DIENTES TIENEN CONTACTO ENTRE SÍ, SE PUEDE ENCONTRAR UN ESPACIO ENTRE EL SEGUNDO PREMOLAR Y EL PRIMER MOLAR, O ENTRE EL PRIMERO Y SEGUNDO MOLAR. LOS DIENTES QUE MAYOR MOVIMIENTO TIENEN SON LOS INCISIVOS Y MOLARES.

A SIMPLE VISTA EL TEJIDO GINGIVAL PARECE BIEN ADHERIDO A LA SUPERFICIE DENTAL, MUCHAS VECES ES POSIBLE HALLAR BOLSAS PROFUNDAS Y ESTRECHAS DEL LADO DE LA REABSORCIÓN ÓSEA. EL TEJIDO QUE CIRCUNDA LAS BOLSAS PUEDE NO MOSTRAR SIGNOS DE INFLAMACIÓN, PERO CUANDO SE SONDEA EL TEJIDO SE LO SEPARA CON FACILIDAD DE LA SUPERFICIE DENTAL. LA HEMORRAGIA NO ES SIGNO CARACTERÍSTICO DE LA PERIODONTITIS.

YA AVANZADO EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD PUEDE MOSTRAR MODIFICACIONES MARGINALES NOTORIAS COMO, - INFLAMACIÓN GINGIVAL PROGRESIVA, TRAUMA DE LA OCLUSION, PROFUNDIZACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODONTALES Y MAYOR PÉRDIDA ÓSEA. ESTA ES LA ETAPA QUE GENERALMENTE SE LE OBSERVA; SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE PERIODONTOSIS AVANZADA O SÍNDROME PERIODONTAL.

## CAPÍTULO VI

### PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD PARODONTAL

#### MEDIDAS QUE SE LLEVAN A CABO PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

PARA LOGRAR UNA PERIODONCIA PREVENTIVA, ES --  
PRECISO PROGRAMAR LA PREVENCIÓN SEGÚN LA ETAPA A --  
LA QUE NOS ENFRENTAMOS. ESTAS ETAPAS PUEDEN SER:

- 1.- EVITAR LA INICIACIÓN DE LA ENFERMEDAD
- 2.- INTERVENCIÓN ACTIVA DEL ODONTÓLOGO
- 3.- PREVENCIÓN DE RECIDIVAS DE LA ENFERMEDAD.

#### 1.- EVITAR LA INICIACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

ESTA PUEDE SER PREVENTIVA MEDIANTE LA INTERVENCIÓN PASIVA DEL ODONTÓLOGO QUE CONSISTE EN EDUCAR AL PACIENTE.

ES PRECISO QUE EL PACIENTE COMPRENDA QUÉ ES LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, CUÁLES SON SUS EFECTOS, MENCIONARLE QUE TODAS LAS PERSONAS SOMOS PROPENSAS A PADECERLA, DECIRLE QUÉ PUEDE HACER PARA PROTEGERSE. DEBE SER MOTIVADO PARA QUE DESEE MANTENER -- LIMPIA SU BOCA, PARA SU BENEFICIO PROPIO.

HAY QUE EXPLICARLE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLO EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, DECIRLE QUE EL CEPILLADO ES EL PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO PREVENTIVO AUXILIAR MÁS IMPORTANTE ADMINISTRADO POR EL PACIENTE. EN NINGUN OTRO CAMPO DE LA -- MEDICINA PUEDE AYUDAR EL PACIENTE TAN EFICAZMENTE-- EN LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD, COMO EN LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES, MEDIANTE EL-- CEPILLADO Y COMPLEMENTANDO CON LA LIMPIEZA INTER-- DENTARIA CON: HILO DENTAL, ESTIMULADORES INTERDEN-- TARIOS E IRRIGACION DE AGUA BAJO PRESIÓN.

EL PACIENTE DEBERÁ COMPRENDER QUE EL RASPADO-- Y LIMPIEZA PERIÓDICA DE LOS DIENTES EN EL CONSULTO-- RIO DENTAL, SON MEDIDAS PREVENTIVAS ÚTILES, PERO --

PARA QUE SEAN MÁS EFICACES HAY QUE COMBINARLAS CON LA HIGIENE BUCAL DIARIA QUE REALIZA EN SU CASA. DEMOSTRARLE COMO SE DEBE DE CEPILLAR SUS DIENTES -- MEDIANTE INSTRUCCIÓN, Y SUPERVISIÓN, ES POSIBLE -- QUE LOS PACIENTES REDUZCAN LA FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL MUCHO MÁS EFICAZMENTE QUE CON SUS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL.

LA ENSEÑANZA EN EL CONSULTORIO DE COMO DEBE -- CEPILLARSE LOS DIENTES CONSISTE EN UNA DEMOSTRA--- CIÓN DEL USO DEL CEPILLO DE DIENTES Y ACCESORIOS -- DE HIGIENE BUCAL. ESTE ES UN PROCESO LABORIOSO -- QUE DEBE SER CONTROLADO UNA Y OTRA VEZ HASTA QUE -- EL PACIENTE DEMUESTRE QUE HA DESARROLLADO LA HABILIDAD NECESARIA.

2.- INTERVENCIÓN ACTIVA DEL ODONTÓLOGO:

LA CUAL CONSISTE EN UNA ACCIÓN PROFILÁCTICA -- QUE SE BASA EN LA ELIMINACIÓN DEL TÁRTARO DENTARIO LA PLACA BACTERIANA Y PIGMENTACIONES, PULIDO DE -- LAS PIEZAS, REVISIÓN DE LAS PRÓTESIS, DE LA OCLU-- SIÓN, OBTURACIONES.

a) ELIMINACIÓN DEL TÁRTARO:

LA ELIMINACIÓN DEL TÁRTARO SE REALIZA POR MEDIO DE INSTRUMENTACIÓN MANUAL O MECÁNICA. PARA LA ELIMINACIÓN MANUAL EXISTEN CINCELES, HOCES, AZADAS, CURETAS, ETC., SE OBTIENEN EN EL MERCADO EN DIVERSOS TAMAÑOS FINOS O GUESOS. PARA LA INSTRUMENTACIÓN MECÁNICA SE UTILIZA ULTRASONIDO.

EN SU MAYOR PARTE, LOS DEPÓSITOS A ELIMINAR SUPRAGINGIVALES SON BASTANTE BIEN VISUALIZADOS. LAS ZONAS DONDE SE LOCALIZAN MAYORES DEPÓSITOS CALCÁREOS SON: CARAS LINGUALES DE LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES, Y LAS CARAS VESTIBULARES DE LOS MOLARES SUPERIORES.

EL ACCESO PARA ELIMINAR LOS DEPÓSITOS SUPRAGINGIVALES ES FÁCIL. HAY QUE APRECIAR LA EXTENSIÓN DE LOS CÁLCULOS SUBGINGIVALES ANTES DE TRATAR DE RETIRARLOS. ELLO SUPONE EL DESLIZAMIENTO DE UN INSTRUMENTO A LO LARGO DE LOS CÁLCULOS EN DIRECCIÓN DEL ÁPICE HASTA QUE SE SIENTA LA TERMINACIÓN DE LOS CÁLCULOS SOBRE LA RAÍZ. EL ODONTÓLOGO -

DÉBERÁ TRATAR DE VER TODA LA MASA DE CÁLCULO INSULFANDO EL AIRE TIBIO ENTRE EL DIENTE Y EL MARGEN GINGIVAL, O SEPARANDO LA ENCÍA CON UNA SONDA O UNA TORUNDA DE ALGODÓN PEQUEÑA.

POR LO GENERAL EL CÁLCULO SUBGINGIVAL ES PARDO O DE COLOR CHOCOLATE, O PUEDE SER MÁS CLARO, CASI DE COLOR DEL DIENTE, Y ASÍ ESCAPAR A LA DETECCIÓN. MUCHAS VECES RESULTA DIFÍCIL VER LOS CÁLCULOS EN -- BOLSAS PROFUNDAS A CAUSA DEL VOLUMEN DE LA PARED -- BLANDA.

LA REMOCIÓN DEL CÁLCULO SUBGINGIVAL COMPLETA, -- RESULTA UN POCO PROBLEMÁTICO, YA QUE REQUIERE DEL -- DESARROLLO DE UN SENTIDO DEL TACTO MUY DELICADO. DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE RASPAJE, HAY QUE CONTROLAR Y VOLVER A CONTROLAR LA LISURA DE LA RAÍZ CON -- UN RASPADOR FINO O UN EXPLORADOR AGUDO.

EL PULIDO DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS SE REALIZA POR MEDIO DE UNA TASITA DE GOMA ROTATORIA CON UNA PASTA COMPUESTA CON PIEDRA PÓMEZ EN POLVO Y --- AGUA, LA FLEXIBILIDAD DE LA TASITA DE GOMA PERMITE-



QUE LLEGUE A LA ZON SUBGINGIVAL SIN TRAUMATIZAR A LOS TEJIDOS. UNA VEZ PULIDAS LAS SUPERFICIES, SE LIMPIA EL CAMPO CON AGUA TIBIA Y SE USA PRESIÓN SUAVE PARA ADAPTAR LA ENCÍA AL DIENTE. ALGUNOS PERIODONCISTAS DESPUÉS DEL PULIDO USAN PASTA DE FLUORURO DE SODIO O UNA SOLUCIÓN SATURADA DE SILICOFUORURO CON UNA TAZA DE PULIR DE GOMA BLANDA COMO DESENSIBILIZANTES PARA ZONAS CERVICALES EXPUESTAS.

ANTES Y DESPUÉS DE PULIR, DEBEMOS USAR LAS SOLUCIONES REVELADORAS, LAS CUALES TIENEN LA PROPIEDAD DE DETECTAR LA PLACA DENTAL BACTERIANA, LAS PRESENTACIONES QUE SE ENCUENTRAN SON: SOLUCIONES CONCENTRADAS, ESTAS SE USAN EN COMBINACIÓN DEL AGUA, SE USAN EN COMBINACIÓN DEL AGUA, SE DILUYEN UNAS CUANTAS GOTAS EN UN PEQUEÑO VASO Y SE LE INDICA AL PACIENTE QUE HAGA ENJUAGATORIOS.

PUEDA USARSE TAMBIÉN LA FÓRMULA COMPUESTA DE 6 gms. DE FUCINA BÁSICA EN 100 cm<sup>3</sup> DEL ALCOHOL ETÍLICO AL 95%.

FINALMENTE EN LA PRESENTACIÓN DE PASTILLAS CON

COLOR ROJO OSCURO Y LEVE TONALIDAD DE MORADO.

SE LE INDICA AL PACIENTE QUE MUERDA LA PASTI--  
LLA PARA QUE SEA TRITURADA, Y A LA VEZ SE VAYA DES--  
BARATANDO EN EL MEDIO SALIVAL. SE LE DEBE RECOR--  
DAR NO PASARSE LA SALIVA SEA CUAL FUERA LA SUSTAN--  
CIA REVELADORA QUE SE USE, SE LE INDICA QUE REALICE  
MOVIMIENTOS BUCALES (LENGUA, LABIOS, CARRILLOS) Y -  
QUE EJERZA PRESIONES LINGUALES CON LA FINALIDAD DE-  
QUE LA SUSTANCIA PENETRE EN LAS CARAS PROXIMALES, -  
DE ESTA FORMA SE LOGRARA PIGMENTAR TODAS LAS SUPER-  
FICIES DENTARIAS QUE PRESENTEN PLACA DENTAL Y EL PA  
CIENTE LA RECORDARÁ CADA VEZ QUE CEPILLE SUS DIEN--  
TES.

b) REVISIÓN DE LA PRÓTESIS:

LA REVISIÓN DE LA PROTESIS FIJA, EN ESTE PUNTO-  
NOS VAMOS A FIJAR QUE ESTÉN BIEN AJUSTADAS SUS CORO  
NAS O ANCLAJES, YA QUE DE OTRA MANERA NOS VAN A PRO  
VOCAR EMPAQUETAMIENTO DE LOS ALIMENTOS.

LAS OBTURACIONES QUE CONTENGAN MÁRGENES DESBOR  
DANTES, SON TAMBIÉN FACTORES TRAUMÁTICOS EN LA EN--

FERMEDAD PERIODONTAL PERMITIENDO EL EMPAQUETAMIENTO DE LOS ALIMENTOS, VAMOS A CONTORNEAR A LOS MÁRGENES O A MODIFICAR LAS OBTURACIONES.

TENEMOS QUE ELIMINAR LAS INCRUSTACIONES MAL -- AJUSTADAS Y FABRICAR NUEVAS Y BIEN AJUSTADAS, PARA ASÍ ELIMINAR LA CAUSA DE EMPAQUETAMIENTO DE ALIMENTOS.

VAMOS A REVISAR LAS PRÓTESIS REMOVIBLES, AJUSTANDO SUS GANCHOS PARA EVITAR QUE ACTÚEN ELEMENTOS-TRAUMÁTICOS. ES DE ADVERTIR QUE LAS PRÓTESIS REMOVIBLES CARENTES DE ANCLAJE INTERDENTAL OFRECEN RIESGOS IRRITATIVOS PARA LA ESTRECHA RELACIÓN DE SUS -- GANCHOS CON LA ENCÍA. EL APOYO DE UNA SILLA NUNCA DEBERÁ PRESIONAR DEMASIADO EL PROCESO, ASÍ SE EVITARA LA EXTENSIÓN INFLAMATORIA A LOS ELEMENTOS PERIODONTALES MÁS PRÓXIMOS.

c) REVISIÓN DE LA OCLUSIÓN:

VAMOS A REVISAR LA OCLUSIÓN PARA CERCIORARNOS-DE QUE EXISTA BUENA RELACIÓN CÉNTRICA, SI EXISTEN -

DIENTES EN MAL POSICIÓN, O ALCÚN OTRO FACTOR QUE NO PONGA EN PELIGRO LA INTEGRIDAD DEL PERIODONTO.

### 3.- PREVENCIÓN DE RECIDIVAS.

PARA PODER PREVENIR LAS RECIDIVAS, ES NECESARIA UNA LABOR CONJUNTA DEL ODONTÓLOGO CON EL PACIENTE, EN ESTE PUNTO SE RECOMIENDA LA FISIOTERAPIA ORAL.

LOS OBJETIVOS DE LA FISIOTERAPIA ORAL, CONSISTEN EN LA REMOCIÓN DE TODA LA MATERIA ALBA Y DE LOS RESIDUOS ALIMENTICIOS ADHERIDOS A LAS SUPERFICIES DENTARIAS, PARA IMPEDIR LA FORMACIÓN DEL TÁRTARO Y MANTENER EN BUEN ESTADO DE SALUD A LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

DE ESTE MODO EL PROCEDIMIENTO DE CEPILLADO DEBE SER LLEVADO A CABO CON EL FIN DE ASEGURARSE LOS MÁXIMOS BENEFICIOS DE LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES, Y DE LA ESTIMULACIÓN DE LA ENCÍA CON UN MÍNIMO GRADO DE TRAUMATISMO.

a) TIPOS DE CEPILLADO:

LOS TIPOS DE CEPILLOS DENTALES SON DE DIVERSOS TAMAÑOS, DISEÑOS, DUREZA, LONGITUD Y DISTRIBUCIÓN - DE LAS CERDAS. LA FINALIDAD DEL CEPILLO ES LA DE-LIMPIAR EFICAZMENTE Y PROPORCIONAR ACCESIBILIDAD A-TODAS LAS ÁREAS DE LA BOCA, ES POR ESO QUE EL TAMA-ÑO DEL MANGO DEBE SER DE TAL FORMA QUE SE PUEDA AGA-RRAR FIRMEMENTE PARA QUE NO SE DOBLE FÁCILMENTE CON EL USO. LA CABEZA DEBERÁ SER LO BASTANTE PEQUEÑA-PARA QUE SE PUEDA INTRODUCIR FÁCILMENTE A LA BOCA. Y LO BASTANTE GRANDE PARA QUE CUBRA VARIAS SUPERFI-CIES DE VARIOS DIENTES A LA VEZ.

LA ELECCIÓN DE CEPILLO ES CUESTIÓN DE PREFEREN-CIA PERSONAL, LA MANIPULACIÓN FÁCIL POR PARTE DEL -PACIENTE ES UN FACTOR IMPORTANTE EN LA ELECCIÓN DEL DEL CEPILLO.

LA CABEZA IDEAL DEL CEPILLO DEBE TENER 2.5 a 3 cms. DE LARGO POR 0.75 a 1.0 cm. DE ANCHO DE 3 a 5-HILERAS DE CERDAS Y DE 5 a 10 PENACHOS POR HILERA.

LOS PENACHOS BIEN ACOPLADOS PERMITEN UNA FÁCIL LIMPIEZA DEL MISMO Y SU RÁPIDO SECADO DESPUÉS DE -- USARLO.

LAS CERDAS PUEDEN SER NATURALES O SINTÉTICAS, -- LAS VENTAJAS QUE TIENEN LAS CERDAS SINTÉTICAS SOBRE LAS NATURALES, ES QUE LAS SINTÉTICAS CONSERVAN SU -- FIRMEZA DURANTE MÁS TIEMPO QUE LAS NATURALES Y SU-- TIEMPO DE DURACIÓN.

LA DISPOSICIÓN DE LAS CERDAS. ESTAS DEBEN ES TAR SEPARADAS PARA PERMITIR UNA MEJOR ACCIÓN DE LAS FIBRAS, PUESTO QUE SE PUEDE ARQUEAR Y LLEGAR A ZO-- NAS QUE NO ALCANZARÍAN CON UN CEPILLO TOTALMENTE CU BIERTO POR LAS CERDAS.

ESTAS CERDAS DEBERÁN DE SER BLANDAS Y LOS EX-- TREMOS REDONDEADOS CON EL FIN DE NO LASTIMAR LA EN-- CIA. DEBERÁN DE SER TODAS DE LA MISMA LONGITUD Y-- PLANOS EN TODOS LOS SENTIDOS, PUES ASÍ SE ADAPTAN-- MEJOR A TODAS LAS ZONAS.

PARA LA ELECCIÓN DE LAS CERDAS ACTÚAN VARIOS FACTORES, COMO EL ESTADO MORFOLÓGICO DE LA ENCÍA -- ADHERIDA, LA RELACIÓN MUTUA DE LOS DIENTES Y LA ENCÍA.

OTRO TIPO DE CEPILLOS QUE EXISTEN EN EL MERCADO SON LOS CEPILLOS ELÉCTRICOS. AL IGUAL QUE LOS MANUALES SON DE DIVERSOS TIPOS, ALGUNOS CON MOVIMIENTOS DE ARCO O UNA ACCION RECÍPROCA DE ATRÁS HACIA ADELANTE, MOVIMIENTOS HELÍPTICOS, O UNA COMBINACIÓN DE LOS PRIMEROS. ESTE TIPO DE CEPILLOS SE RECOMIENDA A LAS PERSONAS QUE ESTÁN FÍSICA O MENTALMENTE IMPEDIDAS Y PARA LA LIMPIEZA ALREDEDOR DE LOS APARATOS DE ORTODONCIA.

ALGUNOS AUTORES SEÑALAN QUE LOS CEPILLOS ELÉCTRICOS SON SUPERIORES A LOS MANUALES EN TÉRMINOS DE REMOCIÓN DE LA PLACA Y ACUMULACIÓN DE TÁRTARO Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD PERIODONTAL, OTROS AFIRMAN -- QUE PUEDEN CAUSAR DAÑOS A LOS TEJIDOS, TANTO BLAN--DOS COMO DUROS.

EL TIPO DE CEPILLO QUE SE USE NOS DARÁ LOS MIS  
MOS RESULTADOS SI SE INSTRUYE ADECUADAMENTE AL PA--  
CIENTE.

BASS, RECOMIENDA EL CEPILLO DE CERDAS BLANDAS-  
Y DE MANGO RECTO, DE CERDAS SINTÉTICAS DE 0.75 mm.-  
DE DIAMETRO Y 10 mm. DE LARGAS CON EXTREMOS REDON--  
DEADOS, DISPUESTO EN TRES HILERAS DE SEIS PENACHOS-  
REGULARMENTE ESPACIADOS, PARA NIÑOS ESTÁ EL CEPILLO  
MÁS CORTO DE 0.12 mm. (MÁS BLANDO) Y MÁS CORTO DE -  
7 mm.

b) DENTRÍFICOS:

LOS DENTRÍFICOS SON EL COMPLEMENTO PARA LA LIM  
PIEZA Y PULIDO DE LOS DIENTES, ESTOS SE PUEDEN USAR  
EN FORMA DE POLVO, PASTA O LÍQUIDOS. LA FUNCIÓN -  
DE LIMPIEZA DE LOS DENTRÍFICOS ES UNA CONSECUENCIA-  
DIRECTA DE SU ACCIÓN ABRASIVA, Y SE RELACIONA ÍNTI-  
MAMENTE CON LA DUREZA Y EL TAMAÑO DE LAS PARTÍCULAS  
DEL AGENTE LIMPIADOR CONTENIDO EN EL DENTRÍFICO.

LA FUNCION DE UN DENTRÍFICO ES:



- 1.- LIMPIEZA Y PULIDO DE LAS SUPERFICIES --  
DENTALES.
- 2.- DISMINUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA CA--  
RIES.
- 3.- PROMOCIÓN DE LA SALUD GINGIVAL.
- 4.- CONTROL DE OLORES BUCALES Y SUMINISTRO-  
DE UNA SENSACIÓN DE LIMPIEZA BUCAL.

UN BUEN DENTRÍFICO DEBE FACILITAR LA REMOCIÓN-  
POR PARTE DEL CEPILLO DE LOS DEPÓSITOS NO CALCIFICA-  
DOS, QUE SE ACUMULAN EN LAS SUPERFICIES DENTARIAS.  
ES NECESARIO QUE LOS DENTRÍFICOS SEAN SUFICIENTES -  
ABRASIVOS PARA LIMPIAR Y PULIR SATISFACTORIAMENTE,-  
PERO DEBEN DE PROPORCIONAR UN MARGEN DE SEGURIDAD -  
PARA PROTEGER EL CEPILLO ENÉRGICO CONTRA EL DESGAS-  
TE DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS.

LOS COMPONENTES DE LOS DENTRÍFICOS VARÍAN ACEN-  
TUADAMENTE DE LOS DIFERENTES COMPUESTOS QUE EXISTEN  
EN EL MERCADO, SIN EMBARGO, SE PUEDE AGRUPAR EN SIE-  
TE CATEGORÍAS:

- 1.- ABRASIVAS.
- 2.- AGUA.
- 3.- HUMECTANTES.
- 4.- LIGADORES.
- 5.- AGENTES TERAPÉUTICOS.
- 6.- DETERGENTES.
- 7.- INGREDIENTES VARIOS (COLORANTES, ESENCIAS, ETC.).

LOS ABRASIVOS MÁS COMUNES SON: PIROFOSFATO DE-CALCIO, CARBONATO DE CALCIO, FOSFATO DE CALCIO BIHI DRATADO, DIÓXIDO DE SILICIO HIDRATADO, MATAFOSFATO- DE SODIO. LOS DENTRÍFICOS CONVENCIONALES CONTIE-- NEN ENTRE 35 y 50% DE ABRASIVOS, LOS POLVOS CONTIE-- NEN ENTRE UN 85 y 95%, LOS DENTRÍFICOS LÍQUIDOS NO- CONTIENEN.

EL AGUA SE USA PARA DARLE LA CONSISTENCIA NECE- SARIA, SIRVE COMO SOLVENTE PARA LOS OTROS COMPONEN- TES; EL AGUA ES POR LO GENERAL DESIONIZADA EN UNA - CANTIDAD DE 20 a 30% EN PASTA, Y DEL 50 a 65% EN -- DENTRÍFICOS LÍQUIDOS, LA PRESENTACIÓN EN POLVO NO - CONTIENE.

LOS HUMECTANTES SE UTILIZAN PARA EVITAR QUE --  
LOS DENTRÍFICOS SE SEQUEN, SI SE LES EXPONE AL AIRE  
(CUANDO NOS OLVIDAMOS DE CERRAR EL TUBO), COMO ASI-  
MISMO, PARA DARLE APARIENCIA CREMOSA DE BUENA PASTA  
LAS PASTAS CONTIENEN ENTRE UN 20 y 30%, ENTRE LOS -  
MAS COMUNES SON EL SORBITOS, GLICRINA Y EL PROPILEN  
GLICOL.

LOS LIGADORES SIRVEN PARA PREVENIR LA SEPARA--  
CIÓN DE LOS COMPONENTES SÓLIDOS Y LÍQUIDOS, DURANTE  
EL ALMACENAMIENTO. ESTOS COLOIDES HIDRÓFILOS QUE-  
ABSORBEN AGUA Y FORMAN MASA VISCOSA DE CONSISTENCIA  
SEMILÍQUIDA, LOS DENTRÍFICOS EN PASTA CONTIENEN EN-  
TRE UN 2% Y LOS LÍQUIDOS UN 1%.

LOS DETERGENTES MÁS USADOS EN LA FABRICACIÓN -  
DE LOS DENTRÍFICOS SON: N-LAUROIL SARCOSINATO DE SO  
DIO, LAUROIL SULFATO DE SODIO MONGLICÉRIDO, SULFONA  
TO DE SODIO (DERIVADO DEL COCO). ESTOS SON LOS EN  
CARGADOS DE HACER ESPUMA EN EL DENTRÍFICO, ADEMÁS -  
SIRVE EN CIERTA MEDIDA PARA FACILITAR LA LIMPIEZA -  
DE LOS DIENTES. LA CONCENTRACIÓN DE LOS DETERGEN-  
TES EN PASTA ES DE 3 a 6% EN POLVO ES DE 0.5% Y EN-

LOS LÍQUIDOS ES DE 1%.

LOS AGENTES TERAPÉUTICOS QUE SE HAN TRATADO DE INTRODUCIR EN LOS DENTRÍFICOS, HAN SIDO MUCHOS, SOLO LOS FLUORUROS HAN TENIDO ÉXITO, LA AMÉRICA DENTAL ASSOCIATION, HA RECOMENDADO A DOS DENTRÍFICOS - LA CAPACIDAD DE PREVENIR LA CARIES PARCIALMENTE, ÉS TOS SON: CREST A BASE DE FLUORURO ESTANOSO Y COLGATE MFP A BASE DE MONOFLUORFOSFATO DE SODIO, EN UNA CANTIDAD DE ION FLUORURO DE 0.1%.

LOS INGREDIENTES VARIOS SIRVEN PARA DISTINGUIR UN DENTRÍFICO DE OTRO DÁNDOLE SABOR, COLOR, ETC., - LAS COMPOSICIONES SON GUARDADAS CELOSAMENTE POR LOS FABRICANTES.

PARA PODER DISTINGUIR Y RECOMENDAR UN DENTRÍFICO EN ESPECIAL, ES ACONSEJABLE HACER UNA EVALUACIÓN DEL PACIENTE, DE SU CONDICIÓN CLÍNICA Y DE SUS NECESIDADES PERSONALES DE HIGIENE BUCAL, LAS CONDICIONES DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS DE LA BOCA, EDAD DEL PACIENTE.

6) TÉCNICAS DE CEPILLADO:

LA TÉCNICA DE CEPILLADO QUE SE LE ENSEÑA AL PACIENTE DEBERÁ DE TENER LOS MISMOS OBJETIVOS: REMOCIÓN DE LAS PARTÍCULAS DE ALIMENTO, INTRODUCIDAS EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS; REMOCIÓN DE MATERIA ALBA; DARLE MASAJES A LA ENCÍA Y ASÍ LOGRAR PRESERVAR LA SALUD BUCAL.

NUMEROSAS TÉCNICAS DE CEPILLADO SE HAN DESCRITO ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRAN: MÉTODO DE BASS, MÉTODO DE STILLMAN MODIFICADO, MÉTODO DE FONES, MÉTODO FISIOLÓGICO DE SMITH Y BELL.

HAY QUE RECORDAR QUE ES LA MINUCIOSIDAD Y NO LA TÉCNICA, EL FACTOR MÁS IMPORTANTE QUE DETERMINA LA EFICACIA DEL CEPILLADO DENTARIO.

PARA CUALQUIER TÉCNICA QUE SE ESCOJA, LA UTILIZACIÓN DEL CEPILLO DEBERÁ SER SISTEMÁTICA, PARA ESTE EFECTO, LA CAVIDAD BUCAL LA DIVIDIMOS EN DOS SECCIONES, COMENZANDO POR LA ZONA VESTIBULAR SUPERIOR-DERECHA, SIGUIENDO A PREMOLARES, CANINOS E INCISIVOS CENTRALES, DEL LADO IZQUIERDO CANINOS E INCISI-

VOS PREMOLARES, CONTINUANDO POR LA PARTE LINGUAL IZQUIERDA Y TERMINANDO EN LA ZONA DE LOS MOLARES DE RECHOS; PARA LA MANDÍBULA ES EN LA MISMA FORMA. PARA MOSTRAR LA TÉCNICA AL PACIENTE SE LE DICE QUE-NOS MUESTRE SU TÉCNICA QUE HA VENIDO USANDO, SE LE -DA UN ESPEJO, SE MOJA EL CEPILLO Y EL PACIENTE NOS-MUESTRA SU TÉCNICA; SE LE MENCIONAN SUS ERRORES, --DESPUÉS EL ODONTÓLOGO DEMUESTRA LA TÉCNICA QUE MÁS-LE AGRADE, HACIÉNDOLO PRIMERAMENTE EN MODELOS, DES-PUÉS SE HACE EN LA BOCA MIENTRAS EL PACIENTE SE VE-EN EL ESPEJO, LUEGO EL PACIENTE USA EL CEPILLO MIENTRAS EL ODONTÓLOGO LO GUÍA Y LO CORRIGE.

ES NECESARIO RECORDARLE AL PACIENTE LA PRESEN-CIA DE LA PLACA DENTAL MEDIANTE LAS PASTILLAS REVE-LADORAS.

A CONTINUACIÓN EXPONDRÉ LOS MÉTODOS DE CEPILLADO, CADA UNO DE LOS CUALES REALIZÁNDOLO CON PROPIEDAD, NOS PUEDE DAR EL RESULTADO DESEADO.

1.- MÉTODO DE BASS:

SE COMIENZAN A LIMPIAR LAS SUPERFICIES VESTIBULARES Y PROXIMALES DE LA ZONA MOLAR DERECHA, COLO--

CANDO LA CABEZA DEL CEPILLO PARALELA AL PLANO OCLU--  
SAL, CON LAS CERDAS HACIA ARRIBA, POR ATRÁS DE LA SU  
PERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO MOLAR, SE COLOCAN LAS CER  
DAS A 45° RESPECTO AL EJE MAYOR Y FUÉRCENSE LOS EX--  
TREMOS DE LAS CERDAS DENTRO DEL SURCO GINGIVAL, Y SO  
BRE EL MARGEN GINGIVAL, ASEGURÁNDOSE QUE LAS CERDAS--  
PENETREN EN EL ESPACIO INTERPROXIMAL, SE EJERCE UNA--  
PRESION SUAVE EN EL SENTIDO DEL EJE MAYOR DE LAS CER  
DAS Y SE ACTIVA EL CEPILLO CON UN MOVIMIENTO VIBRATO  
RIO HACIA ADELANTE Y ATRÁS, CONTANDO HASTA DIEZ.

ESTO LIMPIA DETRÁS DEL ÚLTIMO MOLAR, LA ENCÍA MARGI--  
NAL DENTRO DE LOS SURCOS GINGIVALES Y A LO LARGO LAS  
SUPERFICIES DENTARIAS PROXIMALES. SE DESCIEENDE EL--  
CEPILLO Y SE MUEVE HACIA ADELANTE Y SE REPITE EL PRO  
CESO EN LA ZONA DE LOS PREMOLARES. AL LLEGAR AL CA  
NINO SUPERIOR DERECHO, SE COLOCA EL CEPILLO DE MODO  
QUE LA ÚLTIMA HILERA DE LAS CERDAS QUEDE DISTAL A LA  
PROMINENCIA CANINA, Y NO SOBRE DE ELLA, SE ACTIVA EL  
CEPILLO ELEVÁNDOLO Y HOVIÉNDOLO HACIA MESIAL A LA --  
PROMINENCIA CANINA, ENCIMA DE LOS INCISIVOS SUPERIO--  
RES, SE ACTIVA EL CEPILLO ZONA POR ZONA EN TODO EL.-

MAXILAR SUPERIOR, HACIA LA ZONA MOLAR IZQUIERDA.

EN LAS SUPERFICIES PALATINAS SUPERIORES IZQUIERDAS SE COLOCA EL CEPILLO HORIZONTALMENTE EN LA ZONA DE LOS MOLARES Y PREMOLARES. PARA ALCANZAR LAS SUPERFICIES PALATINAS DE LOS DIENTES ANTERIORES, EL CEPILLO SE COLOCA VERTICALMENTE PRESIONÁNDOSE LAS CERDAS DENTRO DEL EXTREMO, DENTRO DEL SURCO GINGIVAL E INTERPROXIMALMENTE ALREDEDOR DE 45° RESPECTO AL EJEMAYOR DEL DIENTE Y SE ACTIVA CON GOLPES CORTOS, SI EL ARCO LO PERMITE, EL CEPILLO SE COLOCA HORIZONTALMENTE ENTRE LOS CANINOS, CON LAS ARCADAS ANGULADAS DENTRO DE LOS SURCOS DE LOS DIENTES ANTERIORES.

UNA VEZ CONCLUIDO EL MAXILAR SUPERIOR, SE SIGUE CON EL MAXILAR INFERIOR POR LAS SUPERFICIES VESTIBULARES, SECTOR POR SECTOR DESDE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR DERECHO, HASTA DISTAL DEL MOLAR IZQUIERDO, DESPUÉS SE LIMPIAN LAS SUPERFICIES LINGUALES SECTOR POR SECTOR, DESDE LA ZONA MOLAR IZQUIERDA HASTA LA ZONAMOLAR DERECHA, EN LA REGIÓN ANTERIOR INFERIOR, EL CEPILLO SE COLOCA VERTICALMENTE, CON LAS CERDAS ANGULADAS HACIA EL SURCO GINGIVAL.



PARA LIMPIAR LAS SUPERFICIES OCLUSALES, SE PRESIONAN FIRMEMENTE E INTRODUCIENDO LOS EXTREMOS ENTRE LOS SURCOS Y FISURAS, SE ACTIVA EL CEPILLO CON MOVIMIENTOS CORTOS HACIA ATRÁS Y ADELANTE Y AVANZANDO SECTOR POR SECTOR, HASTA COMPLETAR TODA LA ARCADEA.

2.- MÉTODO DE CARTERS:

EL CEPILLO SE SOSTIENE POR VESTIBULAR CON EL MANGO EN POSICIÓN HORIZONTAL, CON LAS CERDAS CONTRA LOS DIENTES Y LA ENCÍA, APUNTANDO HACIA LA CORONA CON UN ÁNGULO DE 45°, APOYADAS UNA MITAD SOBRE LOS DIENTES Y OTRA MITAD SOBRE LA ENCÍA MARGINAL, SE EJERCE PRESIÓN HACIA ADENTRO Y LIGERAMENTE APICAL, DE MODO QUE LOS LADOS DE LAS CERDAS PRESIONEN EL MARGEN GINGIVAL. SE ACTIVA EL CEPILLO CON UN MOVIMIENTO VIBRATORIO MUY CORTO, DE MODO QUE LA CABEZA DEL CEPILLO SE MUEVA EN SENTIDO CIRCULAR, PERO QUE LAS CERDAS PERMANEZCAN ESTACIONARIAS SIN HACER MOVIMIENTO EN SENTIDO APICAL Y OCLUSAL. LA VIBRACIÓN SIRVE PARA AFLOJAR LOS RESIDUOS, PARA LLEVAR LAS

CERDAS EN CUALQUIER ESPACIO INTERDENTARIO, PARA---  
EJERCER PRESIÓN SOBRE EL TEJIDO MARGINAL INTERDENTAL  
Y PARA DAR MASAJE A LA ENCÍA. DE LA MISMA -  
MANERA SE CEPILLAN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES,-  
DESPLAZANDO LA CABEZA DEL CEPILLO EN TODA LA ARCA  
DA.

LAS SUPERFICIES OCLUSALES SE CEPILLAN CON EL  
MISMO MOVIMIENTO CIRCULAR UTILIZANDO SOLO LAS PUN  
TAS DE LAS CERDAS, EN UNA APLICACIÓN DIRECTA PENETR  
RANDO ASÍ EN LOS SURCOS Y FISURAS AFLOJANDO LOS-  
RESIDUOS.

EN LAS CARAS PALATINAS Y LINGUALES SE USA SO  
LAMENTE LA PUNTA DEL CEPILLO, POR LA FORMA DE LA-  
ARCADA Y NO PERMITIR LA COLOCACIÓN EN FORMA HORI-  
ZONTAL. ELLO SIGNIFICA QUE EL BRAZO SOSTIENE EL  
CEPILLO DEBE ESTAR INCLINADO EN UN ÁNGULO BASTAN-  
TE INCÓMODO PARA APLICARLO CORRECTAMENTE. EN EL  
MAXILAR INFERIOR, EL BRAZO DEBE SER LEVANTADO CA-  
SI SOBRE LA CABEZA.

3.- MÉTODO DE STILLMAN:

EL CEPILLO SE COLOCA DE MODO QUE LAS PUNTAS-  
DE LAS CERDAS QUEDEN EN PARTE SOBRE LA ENCÍA Y EN  
PARTE SOBRE LA PORCIÓN CERVICAL DE LOS DIENTES.  
LAS CERDAS DEBEN DE SER OBLICUAS AL EJE MAYOR DEL  
DIENTE Y ORIENTADAS EN SENTIDO APICAL, SE EJERCE-  
PRESIÓN LATERALMENTE CONTRA EL MARGEN GINGIVAL --  
HASTA PRODUCIR UN EMPALIDECIMIENTO PERCEPTIBLE, -  
SE SEPARA EL CEPILLO PARA PERMITIR QUE LA SANGRE-  
VUELVA A LA ENCÍA, SE APLICA PRESIÓN VARIAS VECES  
Y SE IMPRIME AL CEPILLO UN MOVIMIENTO VIBRATORIO-  
SUAVE, CON LOS EXTREMOS DE LAS CERDAS EN POSICIÓN

SE REPITE EL PROCESO EN TODA LA SUPERFICIE -  
DENTARIA, COMENZANDO EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR, -  
PROCEDIENDO SISTEMÁTICAMENTE EN TODA LA BOCA.

LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LAS ZONAS ANTE-  
RIORES SUPERIOR E INFERIOR, EL MANGO DEL CEPILLO-  
ESTARÁ PARALELO AL PLANO OCLUSAL Y DOS O TRES PE-  
NACHOS DE CERDAS TRABAJAN SOBRE LOS DIENTES Y LA-  
ENCÍA.

LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS MOLARES Y --  
PREMOLARES SE LIMPIAN COLOCANDO LAS CERDAS PERPEN-  
DICULARMENTE AL PLANO OCLUSAL, Y PENETRANDO EN --  
PROFUNDIDAD EN LOS SURCOS Y ESPACIOS INTERPROXIMA-  
LES.

4.- MÉTODO DE STILLMAN MODIFICADO:

ESTE MÉTODO CONSISTE EN UNA ACCIÓN VIBRATO--  
RIA CON MOVIMIENTO DEL CEPILLO EN SENTIDO DEL EJE  
MAYOR DEL DIENTE. EL CEPILLO SE COLOCA DE TAL -  
FORMA QUE LAS CERDAS QUEDEN UNA PARTE SOBRE LA EN-  
CÍA Y OTRA SOBRE LA PORCIÓN CERVICAL DE LOS DIEN-  
TES, LAS CERDAS DEBEN SER OBLICUAS AL EJE MAYOR--  
DEL DIENTE Y ORIENTADAS EN SENTIDO APICAL, SE AC-  
TIVA EL CEPILLO CON MOVIMIENTOS DE FROTAMIENTO EN  
LA ENCÍA INSERTADA EN EL MARGEN GINGIVAL Y EN LA-  
SUPERFICIE DENTARIA. SE GIRA EL MANGO HACIA LA-  
CORONA Y SE VIBRA MIENTRAS SE MUEVE EL CEPILLO.

EN LAS CARAS OCLUSALES SE PRESIONAN FIRMEMEN-  
TE LAS CERDAS INTRODUCIENDO LAS PUNTAS EN SURCOS-

Y FISURAS, ACTIVANDO EL CEPILLO CON MOVIMIENTOS -  
CORTOS DE ATRÁS HACIA ADELANTE.

5.- MÉTODO DE FONES:

SE INSERTA EL CEPILLO EN LA BOCA Y SE OCLUYE DE MODO QUE EL MANGO DEL CEPILLO QUEDE PARALELO A LA LÍNEA DE OCLUSIÓN Y LAS CERDAS PERPENDICULARES A LAS SUPERFICIES VESTIBULARES, SE DESCRIBEN AMPLIOS CÍRCULOS DE BARRIDO Y FROTADO. COMO LOS DIENTES SUPERIORES ESTÁN EN CONTACTO, AMBAS HILERAS DENTALES SERÁN CEPILLADAS EN ESTA FORMA. LUEGO SE SEPARAN LAS ARCADAS Y SE PROCEDE POR IGUAL EN CADA MAXILAR POR LINGUAL Y PALATINO, PERO CON CIRCULAR DE LIMPIEZA MENORES. LAS CARAS OCLUSALES SERÁN BARRIDAS EN UNA DIRECCIÓN ANTERO-POSTERIOR.

6.- MÉTODO FISIOLÓGICO DE SMITH Y BELL:

EL MANGO DEL CEPILLO SERÁ SOSTENIDO EN POSICION HORIZONTAL, CON LAS CERDAS EN ÁNGULO RECTO -

CÓN LOS DIENTES Y EN UN MOVIMIENTO SUAVE PERO FIRME, SE LES DIRIGE SOBRE LAS SUPERFICIES VESTIBULARES O LINGUALES DE LOS DIENTES HACIA LAS ENCÍAS. ES UNA MANERA COMPARADA A LA TRAYECTORIA DE LOS ALIMENTOS.

OTROS ACCESORIOS:

COMO YA SE DIJO ANTERIORMENTE, LA MEJOR FORMA DE PREVENIR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES EL CONTROL DE LA PLACA POR MEDIO DEL CEPILLADO CORRECTO, PERO ESTE NO PUEDE HACERLO POR SÍ SOLO, ES NECESARIO DE OTROS ACCESORIOS, PORQUE LAS CERDAS NO ALCANZAN LA TOTALIDAD DE LAS CARAS INTERPROXIMALES. ESTOS ACCESORIOS PUEDEN SER: HILODENTAL, LIMPIADORES INTERDENTARIOS, APARATOS DE IRRIGACIÓN BUCAL Y ENJUAGATORIOS.

1.- EL HILO DENTAL SE PRESENTA EN VARIOS TIPOS:--  
PLANO, REDONDEADO, ENCERADO Y SIN ENCERAR.

SE CORTA UN TROZO DE HILO DE APROXIMADAMENTE 60cms., SE ENVUELVEN LOS EXTREMOS ALREDEDOR DE CA

DA DEDO MEDIO DE CADA MANO, SE PASA EL HILO EN LOS DEDOS ÍNDICE DE CADA MANO, PARA PODER CONTROLAR MEJOR LA SEDA DENTAL Y EVITAR LESIONAR LOS TEJIDOS GINGIVALES, LA LONGITUD DE SEDA LIBRE ENTRE LOS DEDOS NO DEBERÁ DE SER MAYOR DE 8 a 10 cms. SE INTRODUCE EL HILO DE SEDA DENTAL ENTRE LAS CARAS PROXIMALES DE LOS DIENTES, EMPEZANDO POR LOS INCISIVOS, LA SEDA DENTAL SE APLICA CONTRA UNA DE -- LAS CARAS PROXIMALES Y NO CONTRA LA PAPILA GINGIVAL, EL HILO DEBERÁ INTRODUCIRSE HASTA QUE EL PACIENTE SIENTA -- UNA SENSACIÓN DE DOLOR, LO CUAL INDICA QUE SE HA LLEGADO A LA ADHERENCIA EPITELIAL, LOS MOVIMIENTOS QUE SE APLICAN AL HILO ES DE ARRIBA HACIA ABAJO, EL HILO SE CONTORNEA ALREDEDOR DEL DIENTE PARA LIMPIAR LA MAYOR SUPERFICIE POSIBLE, LOS EXTREMOS DE LA SEDA SE TRACCIONAN PARALELAMENTE AL MARGEN GINGIVAL CON EL FIN DE EVITAR LESIONAR A LA ENCÍA. PARA LIMPIAR LOS DIENTES SUPERIORES EL HILO DENTAL SE GUÍA CON LOS DEDOS PULGARES.

HAY QUE RECORDAR QUE LA FINALIDAD DE LA SEDA DENTAL ES ELIMINAR LA PLACA DENTAL Y NO DESPRENDER RESTOS FIBROSOS DE ALIMENTOS ACUÑADOS ENTRE LOS DIENTES Y RETENIDOS EN LA ENCÍA.

2.- LOS ESTIMULADORES INTERDENTARIOS SE RECOMIENDAN PARA REMOVER LA PLACA INTERDENTARIA EN AQUELLOS CASOS EN

QUE DEBIDO A DIVERSAS CIRCUNSTANCIAS, EXISTE UN ESPACIO ENTRE LOS DIENTES O CUANDO HAY UN MAL ALINEAMIENTO DE DIENTES CUYAS CARACTERÍSTICAS NO PERMITAN LA LIMPIEZA CON EL CEPILLO O LA SEDA DENTAL.

DICHOS ESTIMULADORES SE PRESENTAN EN LOS EXTREMOS DE LOS CEPILLOS, EN MANGOS INDIVIDUALES DE PLÁSTICO, DE DIVERSAS FORMAS Y GRADUACIONES, SON HECHOS DE GOMA O DE PLÁSTICO RESILENTE; SUS FORMAS Y GRADUACIONES, SON HECHOS DE GOMA O DE PLÁSTICO RESILENTE; SU FORMA VA DESDE UNA PUNTA GRUESA Y EN CUÑA, HASTA LA LARGA Y SUAVE REDONDEADA.

DEBEMOS DE TENER MUY EN CUENTA RECORDARLE AL PACIENTE QUE NO DEBE FORZAR LA PUNTA DE GOMAS ENTRE LAS PAPERAS INTERDENTARIAS INTACTAS Y LOS DIENTES, PUES ELLO NOTRAERA COMO CONSECUENCIA LA CREACIÓN DE UN ESPACIO EN DONDE NO LO HABÍA.

3.- LOS IRRIGADORES BUCALES ESTÁN CONSIDERADOS COMO ELEMENTOS AUXILIARES PARA LA HIGIENE BUCAL, CAPACES DE REMOVER LOS RESIDUOS ALIMENTICIOS Y OTROS DEPÓSITOS ADHERIDOS TENUAMENTE A LA SUPERFICIE DENTARIA. SON RECOMENDADOS PRINCIPALMENTE EN LOS PACIENTES CON PUENTES FIJOS, TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS, RESTAURACIONES INACCESIBLES Y



EN AQUELLOS CASOS QUE EXISTA DIFICULTAD PARA EL USO ADECUADO DEL CEPILLO O LA SEDA DENTAL.

4.- LOS ENJUAGATORIOS PRESTAN BENEFICIOS REALES A LA LIMPIEZA FÍSICA Y DE DESALOJO EJERCIDO POR UN ENJUAGUE, LA ACCIÓN DE LAVADO MECÁNICO Y DE BOMBEO DE UN LÍQUIDO ENTRE LOS DIENTES, EJERCE UNA INFLUENCIA ESTIMULANTE Y LIMPIADORA QUE NO TIENE PRÁCTICAMENTE POSIBILIDAD DE TRAUMATIZAR A LOS TEJIDOS.

ES UN VALIOSO AUXILIAR DE LA HIGIENE BUCAL, DESPUÉS DEL USO DEL CEPILLO O LA SEDA DENTAL PARA LAVAR LOS RESIDUOS DESPRENDIDOS. HAY QUE ENSEÑAR AL PACIENTE A QUE PASE EL LÍQUIDO CON GRAN VIGOR ENTRE LOS DIENTES DURANTE UN PERÍODO DE 30 SEGUNDOS ANTES DE TOMAR OTRO. ESTOS SE PUEDEN HACER CON AGUA COMUN O EMPLEAR LOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL MERCADO.

## CAPÍTULO VII

### TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD PARODONTAL

#### A) DIAGNÓSTICO:

EL DIAGNÓSTICO ES EL ARTE DE DISTINGUIR UNA ENFERMEDAD DE OTRA. LA BASE DE UN DIAGNÓSTICO Y UN PLAN DE -- TRATAMIENTO PRECISO ES LA RECOLECCIÓN SISTEMÁTICA DE LOS DATOS SOBRE EL PACIENTE QUE SON REVELANTES PARA LA PRE-- VENCION O EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

ADEMÁS DE RECONOCER LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIO GRÁFICAS DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES, EL DIAGNÓSTICO- DEMANDA UNA COMPRESIÓN DE LOS PROCESOS PATOLÓGICOS SUBYACENTES Y SU ETIOLOGÍA.

EL EXAMEN CONSISTE EN ENTREVISTAR Y EXAMINAR FÍSICA MENTE AL PACIENTE EN CUANTO A LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD.

EL EXAMEN SUBJETIVO (INTERROGATIVO) DÁ LA OPORTUNIDAD DE CONOCER LA PREOCUPACIÓN PRINCIPAL DEL PACIENTE O LA RAZÓN POR LA CUAL BUSCA EL TRATAMIENTO.

EL EXAMEN BUCAL CLÍNICO CONSTITUYE UNA RECOLECCIÓN-  
ORDENADA DE DATOS OBTENIDOS POR OBSERVACIÓN, SONDEO, PAL-  
PACIÓN, PERCUSIÓN, DETERMINACIÓN DE LA MOVILIDAD DENTA--  
RIA Y PRUEBAS PULPARES.

EL EXAMEN RADIOGRÁFICO ES UNA EXTENSIÓN DEL EXAMEN-  
VISUAL. NUESTRO INTERÉS ES POR EL PACIENTE QUE TIENE -  
LA ENFERMEDAD Y NO SIMPLEMENTE POR LA ENFERMEDAD EN SÍ.

POR ELLO, EL DIAGNÓSTICO HA DE INCLUIR UNA VALORA--  
CIÓN GENERAL DEL PACIENTE, ASÍ COMO UNA CONSIDERACIÓN DE  
LA CAVIDAD BUCAL.

PRIMERA VISITA.

HISTORIA CLÍNICA:

LOS OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ESTÁN DIRIGI--  
DOS HACIA LA FORMULACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO TENTATIVO Y -  
HACIA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES SISTÉMICOS QUE PU-  
DIERAN AFECTAR EL DIAGNÓSTICO O INFLUIR SOBRE EL PLAN DE  
TRATAMIENTO.

LA HISTORIA CLÍNICA NOS AYUDARÁ A:

- 1.- DIAGNÓSTICO DE LAS MANIFESTACIONES BUCALES DE -  
ENFERMEDADES SISTÉMICAS.
- 2.- LA DETECCIÓN DE ESTADOS SISTÉMICOS QUE PUEDAN--

ESTAR AFECTANDO A LA RESPUESTA DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES A FACTORES LOCALES.

- 3.- LA DETECCIÓN DE ESTADOS SISTÉMICOS QUE DEMANDEN PRECAUCIONES ESPECIALES Y MODIFICACIONES EN LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.

HISTORIA DENTAL:

- 1.- EL EXAMEN CLÍNICO O EXAMEN FÍSICO DE LAS ESTRUCTURAS ORALES DEBE COMENZAR CON UNA EVALUACIÓN GENERAL DE LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE, LA MAGNITUD DE LAS LESIONES CARIOSAS, LA FUNCIÓN OCLUSAL, LA ESTABILIDAD Y LA MOVILIDAD DE LOS DIENTES Y EL ESTADO DEL PERIODONTO.

LA EVALUACIÓN GENERAL DEBE SER BREVE, PERO TIENE QUE PROVEER AL EXAMINADOR LA IDEA DE CUÁN EXTENSO SERÁ EL EXAMEN.

- 2.- PONE AL TANTO DE LOS TRATAMIENTOS DENTALES PREVIOS AL PACIENTE, LAS RAZONES DE LAS EXTRACCIONES PREVIAS DE LOS DIENTES, HISTORIA DE ENFERMEDADES DENTALES Y PERIODONTALES PREVIAS, Y LOS PROBLEMAS HEMORRÁGICOS Y ANESTÉSICOS EN MANIOBRAS ANTERIORES.

HISTORIA DE PROBLEMAS DE ENCÍA: ANTERIORES, NATURALE

ZA DE LA AFECCIÓN, TRATAMIENTO ANTERIOR, DURACIÓN, NATURALEZA.

HÁBITOS COMO RECHINAMIENTO DE DIENTES O APRETAMIENTO DE DIENTES DURANTE EL DÍA O LA NOCHE.

ALGUNOS DE LOS SÍNTOMAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL SON:

ENCÍAS SANGRANTES, DIENTES FLOJOS, SEPARACIÓN DE LOS DIENTES CON APARICIÓN DE ESPACIOS DONDE ANTES NO LOS HABÍA. MAL GUSTO EN LA BOCA, SENSACIÓN DE PICAZÓN EN LAS ENCÍAS; PUEDE HABER DOLOR DE DIVERSOS TIPOS Y DURACIÓN -- COMO: DOLOR CONSTANTE SORDO, DOLOR APAGADO DESPUÉS DE COMER, DOLOR PÚLSATIL AGUDO, SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN, - AL CALOR Y AL FRÍO, SENSACIÓN DE ARDOR EN ENCÍAS.

TODOS ESTOS DATOS AYUDAN AL DESARROLLO DEL DIAGNÓSTICO Y DEL PRONÓSTICO, Y PUEDEN TENER UNA INFLUENCIA IMPORTANTE EN EL PLAN DE TRATAMIENTO.

SERIE RADIOGRÁFICA INTRABUCAL.

DEBE CONTAR CON UN MÍNIMO DE CATORCE PELÍCULAS INTRABUCALES Y RADIOGRÁFICAS DE ALETA MORDIBLE POSTERIORES.

SERIE RADIOGRÁFICA INTRABUCAL.

RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS:

SON UN MÉTODO SIMPLE Y CONVENIENTE DE OBTENER UNA VISIÓN GENERAL DEL ARCO DENTAL Y ESTRUCTURAS VECINAS. SON ÚTILES PARA LA DETECCIÓN DE ANOMALÍAS DE DESARROLLO, LESIONES PATOLÓGICAS DE DIENTES Y MAXILARES, FRACTURA, Y PARA EL EXAMEN EN SERIE DE GRUPOS NUMEROSOS.

PROPORCIONAN UN CUADRO RADIOGRÁFICO GENERAL DE LA DISTRIBUCIÓN Y GRAVEDAD DE LA DESTRUCCIÓN ÓSEA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, PERO SE REQUIERE TAMBIÉN DE LA INTRABUCAL COMPLETA PARA HACER UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO.

MODELOS:

SON MUY ÚTILES COMPLEMENTOS EN EL EXAMEN BUCAL. INDICAN LA POSICIÓN E INCLINACIÓN DE LOS DIENTES, RELACIONES DE CONTACTO PROXIMAL Y ZONAS DE EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA; Y SON DE UTILIDAD PARA HACER COMPARACIONES ANTES DEL TRATAMIENTO Y DESPUÉS DE ÉL.

SEGUNDA VISITA.

EXAMEN BUCAL:

A) HIGIENE BUCAL:

LA LIMPIEZA DE LA CAVIDAD SE APRECIA CON LOS RESIDUOS

DE ALIMENTOS, PLACA, MATERIA ALBA Y PIGMENTACIONES. USAM  
DO LA SOLUCIÓN REVELANTE PARA DETECTAR LA PLACA.

B) OLORES BUCALES:

HALITOSIS: MAL OLOR U OLOR OFENSIVO QUE EMANA DE LA -  
CAVIDAD BUCAL. SU ORIGEN PUEDE SER:

1.- LOCAL: RETENCIÓN DE PARTÍCULAS ODORÍFERAS DE ALIMENTOS  
SOBRE LOS DIENTES, LENGUA, GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGU  
DA, ESTADOS DE DESHIDRATACIÓN, CARIES, DENTADURAS ARTIFI--  
CIALES, ALIMENTO DE FUMADOR, HERIDAS QUIRÚRGICAS.

2.- EXTRABUCAL: INCLUYE ESTRUCTURAS VECINAS ASOCIADAS CON-  
RINITIS, SINUSITIS O AMIGDALITIS, ENFERMEDADES PULMONARES-  
Y BRONQUIALES COMO: BRONQUITIS CRÓNICA, BRONQUIECTASIA, --  
ABSCESOS PULMONARES.

C) SALIVA:

EL PTIALISMO O SECRECIÓN SALIVAL EXCESIVA SE PRESENTA  
EN UNA SERIE DE ESTADOS COMO EL USO DE ALGUNAS DROGAS:  
(HG, DILOCARPINA, YODURO, BROMURO).

LA DISMINUCIÓN DE LA SECRECIÓN SALIVAL SE OBSERVA EN-  
ENFERMEDADES FEBRILES, ENFERMEDADES CRÓNICAS COMO: NEFRI--  
TIS CRÓNICA, UREMIA, DIABETES, SACARINA, TRASTORNOS NEUROP  
SIQUIÁTRICOS.

D) LABIOS:

EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, ES MENESTER CONSIDERAR NEOPLASIAS, CHANCRO, QUELITIS ANGULAR, IRRITACIÓN POR HÁBITOS DE MORDISQUEO Y QUISTES MUCOSOS.

E) MUCOSA BUCAL:

EL COLOR Y LA TEXTURA SUPERFICIAL INDICARÁ SI HAY PIGMENTACIONES PATOLÓGICAS, ERITEMA DIFUSO, COLORACIÓN ROJO-AZULADA ASOCIADA CON DEFICIENCIAS DEL COMPLEJO FE VIT-B, - ATROFIA LISA Y BRILLANTE CON FISURAS EN LA GINGIVOESTOMATITIS MENOPAÚSICA O SENIL ERITEMA MULTIFORME.

EL MORDISQUEO DE CARRILLO, ENJUAGATORIOS IRRITANTES, - COMIDAS CALIENTES, DENTADURAS Y RETENEDORES MAL ADAPTADOS- SON CAUSAS COMUNES DE ÚLCERAS DOLOROSAS.

F) PISO DE LA BOCA:

SON FUENTES FRECUENTES DE DOLOR: LA RÁNULA, NEOPLASIAS Y LAS AFTAS.

G) LENGUA:

SE EXAMINARÁ PARA DETECTAR ALTERACIONES DEL COLOR, TAMAÑO Y NATURALEZA DE LAS PAPILAS, LEUCOPLASIA, LIQUEN MULTIFORME, PÉNFIGO, ANEMIA PERNICIOSA, DEFICIENCIA DEL COMPLEJO DE VITAMINA B.



- ESTOS CAMBIOS PUEDEN SER: INDOLOROS O PRESENTAR DIVERSOS GRADOS DE DOLOR Y ARDOR.

H) PALADAR:

ES FRECUENTE OBSERVAR LEUCOPLASIA. "PALADAR DE FUMADOR" CON ORIFICIOS DESTACADOS DE LAS GLÁNDULAS MUCOSAS, -- NEOPLASIAS Y EXOSTOSIS.

I) REGIÓN BUCOFARÍNGEA:

SITIO DONDE SE FORMA LA SEUDO MEMBRANA DE LA ANGINA - DE VINCENT Y DE LA DIFTARIA. LAS AMÍGDALAS INFLAMADAS -- SUELEN CAUSAR DOLORES IRRADIADOS.

EXAMEN DE LOS DIENTES.

SE EXAMINAN PARA DETECTAR CARIES, MALFORMACIONES DE DESARROLLO, ANOMALÍAS EN LA FORMA DE LOS DIENTES, DESGASTES, HIPERSENSIBILIDAD Y RELACIONES DE CONTACTO PROXIMAL.

A) DESGASTE EN LOS DIENTES:

SE DEFINE COMO TODA PÉRDIDA GRADUAL DE LA SUBSTANCIA DENTAL Y SE CARACTERIZA POR FORMACION DE SUPERFICIES PULIDAS LISAS.

LAS FORMAS DE DESGASTE SON:

1.- EROSIÓN: DEPRESIÓN DEFINIDA EN LA ZONA CERVICAL DE LA SUPERFICIE DENTAL VESTIBULAR. LAS SUPERFI---

CIAS SON LISAS, DURAS Y PULIDAS. ETIOLOGÍA DESCONOCIDA Y SE SUGIRIÓ QUE LAS CAUSAS ERAN DESCALCIFICACIÓN POR BEBIDAS ÁCIDAS O FRUTAS CÍTRICAS.

2.- ABRASIÓN: ES LA PÉRDIDA DE SUSTANCIA DENTAL GENERADA - POR DESGASTE MECÁNICO, NO MASTICATORIO. DE JA UNA FORMA DE PLASTILLO O DE CUÑA Y DEJA - UNA SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. CAUSAS CO MUNES DE ABRASIÓN: EL CEPILLADO O LA ACCIÓN- DE LOS RETENEDORES, EL HÁBITO DE SOSTENER -- HORQUILLAS O CLAVOS ENTRE LOS DIENTES EN LOS BORDES INCISALES.

3.-ATRICCIÓN: DESGASTE CAUSADO POR LOS DIENTES CONTRA LOS- DIENTES APARECEN EN LAS SUPERFICIES INCISA-- LES, OCLUSALES Y PROXIMALES DE LOS DIENTES.

B) HIPERESENSIBILIDAD.

LAS SUPERFICIES RADICULARES EXPUESTAS POR LA RECESIÓN GINGIVAL PUEDEN SER HIPERSENSIBLES A LOS CAMBIOS TÉRMICOS- Y LA ESTIMULACIÓN TÁCTIL.

C) SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN.

ES UNA CARACTERÍSTICA DE LA INFLAMACIÓN AGUDA DEL LI-

GÁMENTO PERIODONTAL. LA PERCUSIÓN SUAVE DEL DIENTE A DIFERENTES ÁNGULOS AYUDA A LOCALIZAR EL SITIO DE LA LESIÓN INFLAMATORIA.

D) MIGRACIÓN PATOLÓGICA DE LOS DIENTES.

LAS ALTERACIONES DE LA POSICIÓN DE LOS DIENTES, CON VISTA A LA DETECCIÓN DE FUERZAS OCLUSALES ANORMALES, EMPUJE LINGUAL U OTROS HÁBITOS. LA MIGRACIÓN PATOLÓGICA DE LOS DIENTES ANTERIORES EN PERSONAS JÓVENES SUELEN SER UN SIGNO DE PERIODONTITIS JUVENIL.

E) BOLSAS PERIODONTALES.

EL EXAMEN DEBE INCLUIR:

- 1.- PRESENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE CADA SUPERFICIE DEL DIENTE.
- 2.- TEJIDO DE BOLSA, SUPRAÓSEA O INFRAÓSEA, SIMPLE, COMPUESTA O COMPLEJA.
- 3.- PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.
- 4.- NIVEL DE LA INSERCIÓN EN LA RAÍZ.

EL MÉTODO PARA VALORAR Y DETECTAR LAS BOLSAS PERIODONTALES ES LA EXPLORACIÓN CUIDADOSA CON UNA SONDA.

PARA DETERMINAR SI HAY PUS EN UNA BOLSA PERIODONTAL SE APLICA LA YEMA DEL DEDO ÍNDICE SOBRE EL SECTOR LATERAL DE LA ENCÍA MARGINAL Y SE EJERCE PRESIÓN CON UN MOVIMIENTO CIRCULAR HACIA LA CORONA.

B) PRONÓSTICO.

ES LA PREDICCIÓN DE LA DURACIÓN, EVOLUCIÓN Y CONCLUSIÓN DE UNA ENFERMEDAD Y LA POSIBLE RESPUESTA AL TRATAMIENTO. DEBE SER DETERMINADO ANTES DE PLANEAR EL TRATAMIENTO.

EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL SE BASA SOBRE EL PAPEL DE LA INFLAMACIÓN EN EL PROCESO TOTAL DE LA ENFERMEDAD. SI LA INFLAMACIÓN ES EL ÚNICO CAMBIO PATOLÓGICO, EL PRONÓSTICO ES FAVORABLE, SIEMPRE QUE SE ELIMINEN LA TOTALIDAD DE LOS IRRITANTES LOCALES Y QUE EL PACIENTE COLABORE MEDIANTE UNA HIGIENE BUCAL.

SI LA INFLAMACIÓN ESTÁ SOBRECARGADA A CAMBIOS TISULARES DE ORIGEN SISTÉMICO (COMO AGRANDAMIENTOS O TRASTORNOS NUTRICIONALES HEMATOLÓGICOS U HORMONALES), LA SALUD GINGIVAL PUEDE SER RESTAURADA TEMPORALMENTE POR EL TRATAMIENTO LOCAL, PERO UN PRONÓSTICO A LARGO PLAZO SE BASA EN EL CONTROL O CORRECCIÓN DE LOS FACTORES SISTÉMICOS QUE INTERVIENEN.

PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.

EN LA DETERMINACIÓN DEL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON -  
ENFERMEDAD PERIODONTAL HAY DOS FACETAS:

1.- PRONÓSTICO TOTAL.

2.- PRONÓSTICO DE DIENTES INDIVIDUALES.

1.- PRONÓSTICO TOTAL:

SE REFIERE A LA DENTADURA COMO UN TODO; Y SE TOMARÁ -  
EN CONSIDERACIÓN LOS SIGUIENTES FACTORES:

A) ESTABLECIMIENTO DE LA RESPUESTA ÓSEA PASADA:

ESTA RESPUESTA ES UNA GUÍA ÚTIL PARA PREDECIR LA RES-  
PUESTA ÓSEA AL TRATAMIENTO Y LA POSIBILIDAD AL DETENER LOS  
PROCESOS QUE DESTRUYEN AL HUESO.

ESTE ESTABLECIMIENTO INCLUYE LA CONSIDERACIÓN DE LA -  
INTENSIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LA PÉRDIDA ÓSEA PERIODONTAL -  
EN FUNCIÓN.

B) EDAD DEL PACIENTE, DISTRIBUCIÓN, MAGNITUD Y DURACIÓN DE  
IRRITANTES LOCALES (PLACA, CÁLCULOS) ANORMALIDADES Y --  
HÁBITOS OCLUSALES.

SI LA CANTIDAD DE PÉRDIDA ÓSEA PUEDE SER ATRIBUÍDA A-  
FACTORES LOCALES, SE PUEDE ESPERAR QUE EL TRATAMIENTO LO--

CAL DETENGA LA DESTRUCCIÓN ÓSEA; EL PRONÓSTICO ES BUENO.

SI LA PÉRDIDA ÓSEA ES MÁS INTENSA QUE LA QUE ORDINA--  
RIAMENTE DEBE HABER A LA EDAD DEL PACIENTE EN PRESENCIA DE  
FACTORES LOCALES DE INTENSIDAD Y DURACIÓN COMPARABLES, EL-  
PRONÓSTICO TOTAL ES MALO; A CAUSA DE LA DIFICULTAD PARA DE  
TERMINAR LOS FACTORES SISTÉMICOS CAUSALES.

EL PRONÓSTICO NO SIEMPRE ES MALO, SIEMPRE QUE SE DE--  
TECTE TEMPRANO Y QUEDE SUFICIENTE HUESO PARA SOSTENER LOS-  
DIENTES.

C) APLICACIÓN DEL CONCEPTO DE "FACTOR ÓSEO" AL PRONÓSTICO-  
PERIODONTAL.

EL PROCEDIMIENTO CLÍNICO MEDIANTE EL CUAL SE APLICA -  
EL CONCEPTO DE "FACTOR ÓSEO" EN EL DIAGNÓSTICO Y LA DETER-  
MINACIÓN DEL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES EL  
QUE SIGUE:

- 1.- DETERMÍNESE LA EDAD DEL PACIENTE.
- 2.- VALÓRESE LA DISTRIBUCIÓN, INTENSIDAD Y DURA-  
CIÓN DE LA INFLAMACIÓN GINGIVAL Y LAS DESAR-  
MONÍAS OCLUSALES, CADA UNA DE LAS CUALES ES-  
CAPAZ DE GENERAR PÉRDIDA ÓSEA.
- 3.- DETERMÍNESE LA DISTRIBUCIÓN, INTENSIDAD Y VE

LOCIDAD DE LA PÉRDIDA ÓSEA.

LA NATURALEZA DEL "FACTOR ÓSEO" INDIVIDUAL SE DETERMINA A PARTIR DE LOS HALLAZGOS ANTES DICHO COMO SIGUE:

- I.- DIAGNÓSTICO DE "FACTOR ÓSEO POSITIVO"; CUANDO LA VELOCIDAD Y LA INTENSIDAD DE LA PÉRDIDA ÓSEA SE EXPLICAN POR LOS FACTORES LOCALES EXISTENTES. LAS INFLUENCIAS EN EL HUESO ALVEOLAR SON FAVORABLES, YA QUE SE FORMA HUESO Y COMPENSA LA RESORCIÓN CAUSADA POR FACTORES LOCALES LESIVOS.
- II.- DIAGNÓSTICO DE "FACTORES ÓSEOS NEGATIVOS"; CUANDO LA CANTIDAD Y LA VELOCIDAD DE LA PÉRDIDA ÓSEA EXCEDEN EN PRESENCIA DE FACTORES LOCALES DE DURACIÓN E INTENSIDAD COMPARABLES.

UN DIAGNÓSTICO NEGATIVO NO SIGNIFICA QUE EL PACIENTE SUFRA UNA ENFERMEDAD ÓSEA O QUE LA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL DEBIÓ HABER COMENZADO NECESARIAMENTE EN EL HUESO ALVEOLAR.

LA VALORACIÓN DEL "FACTOR ÓSEO" INDIVIDUAL SE EFECTÚA SOBRE LA BASE DE LA HISTORIA Y LOS HALLAZGOS EN EL MOMENTO DEL EXAMEN. EL "FACTOR ÓSEO" ES UNA EXPRESIÓN DE INFLUENCIAS ORGÁNICAS Y NO ES OBLIGATORIAMENTE CONSTANTE, PUEDE SER ALTERADO POR CAMBIOS EN EL ESTADO GENERAL DEL INDIVIDUO.

POR LO GENERAL ES SUFICIENTE EL TRATAMIENTO LOCAL PARA CONSERVAR LOS DIENTES EN FUNCIÓN ÚTIL MUCHOS AÑOS, INCLUSO SI NO ES POSIBLE LA CORRECCIÓN SISTÉMICA.

D) ANTECEDENTES SISTÉMICOS DEL PACIENTE.

ESTOS ANTECEDENTES AFECTAN AL PRONÓSTICO TOTAL DE DIFERENTES MANERAS. EN PACIENTES CUYA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL EXTENSA NO PUEDE JUSTIFICARSE SOLAMENTE POR FACTORES LOCALES, LO RAZONABLE ES SUPONER UNA ETIOLOGÍA SISTÉMICA - CONMITANTE.

SIN EMBARGO, LA DETECCIÓN DE FACTORES SISTÉMICOS CAUSALES SUELE SER DIFÍCIL, DE MODO QUE EL PRONÓSTICO DE TALES PACIENTES POR LO GENERAL ES MALO.

NO OBSTANTE, SI SE TRATA DE PACIENTES CON TRASTORNOS SISTÉMICOS CONOCIDOS QUE PUEDIERAN AFECTAR AL PERIODONTO, COMO DIABETES, DEFICIENCIAS NUTRICIONALES, HIPERTIROIDISMO E HIPERPARATITOIDISMO, EL PRONÓSTICO DEL ESTADO PERIODONTAL SE BENEFICIA EN SU CORRECCIÓN.

CUANDO SE REQUIERA TRATAMIENTO PERIODONTAL, PERO NO SEA POSIBLE REALIZARLO EN RAZÓN DE SALUD DEL PACIENTE, EL PRONÓSTICO SERÁ RESERVADO.



E) PRONÓSTICO DE PERIODONTITIS JUVENIL.

EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL DIAGNOSTICADA COMO PERIODONTITIS JUVENIL, SE CONSIDERA QUE LAS INFLUENCIAS SISTÉMICAS DESEMPEÑAN UN PAPEL IMPORTANTE EN LA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL.

DESDE EL PUNTO DE VISTA IDEAL, EL TRATAMIENTO DEBERÍA INCLUIR LA CORRECCIÓN DE LOS ESTADOS SISTÉMICOS CAUSALES - JUNTO CON MEDIDAS LOCALES, CON EXCEPCIÓN DE CASOS AVANZADOS DE PERIODONTITIS JUVENIL EN LOS CUALES EL HUESO REMANENTE ES INSUFICIENTE PARA SOSTENER LOS DIENTES, ES POSIBLE CONSERVAR LA DENTADURA EN FUNCIÓN ÚTIL ÚNICAMENTE MEDIANTE TRATAMIENTO LOCAL.

2.- PRONÓSTICO DE DIENTES INDIVIDUALES.

EL PRONÓSTICO DE DIENTES INDIVIDUALES SE DETERMINA -- DESPUÉS DEL PRONÓSTICO TOTAL Y ES AFECTADO POR ÉL. AL DE TERMINAR EL PRONÓSTICO DE DIENTES INDIVIDUALES SE CONSIDERAN LOS SIGUIENTES FACTORES:

A) MOVILIDAD:

LAS CAUSAS PRINCIPALES DE LA MOVILIDAD DENTAL SON: -- PÉRDIDA DE HUESO ALVEOLAR, CAMBIOS INFLAMATORIOS EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL Y TRAUMA DE LA OCLUSIÓN, ES CORREGIBLE NO ES POSIBLE CORREGIR LA MOVILIDAD DENTAL RESULTANTE DE -

LA PÉRDIDA DE HUESO ALVEOLAR SOLAMENTE.

B) BOLSAS PERIODONTALES:

EN BOLSAS SUPRAÓSEAS, LA LOCALIZACIÓN DEL FONDO DE LA BOLSA AFECTA AL PRONÓSTICO DE LOS DIENTES MÁS QUE A LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.

EL PRONÓSTICO ESTARÁ ADVERSAMENTE AFECTADO SI EL FONDO DE LA BOLSA ESTÁ CERCA DEL ÁPICE RADICULAR, INCLUSO --- CUANDO NO HAYA MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD APICAL. LA FRECUENCIA DE ALTERACIONES PULPARES DEGENERATIVAS ES MA YOR EN DIENTES AFECTADOS POR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, -- POR LO GENERAL, SON SÍNTOMAS CLÍNICOS O NECROSIS PULPAR. LOS CAMBIOS PULPARES SE ATRIBUYEN A LA IRRITACIÓN ORIGINADA POR PRODUCTOS BACTERIANOS A TRAVÉS DE LOS CANALÍCULOS -- DENTARIOS DE LA PARED RADICULAR EXPUESTA DE LAS BOLSAS PERIODONTALES Y A TRAVÉS DE LOS CONDUCTOS PULPARES Y LATERALES. SI EL FONDO DE LA BOLSA ESTÁ CERCA DEL ÁPICE, LOS -- PRODUCTOS BACTERIANOS LESIVOS PUEDEN ALCANZAR LA PULPA A -- TRAVÉS DE LOS AGUJEROS APICALES; HAY QUE HACER EL TRATA--- MIENTO ENDODÓNTICO.

CUANDO SE HA EXTENDIDO LA BOLSA PERIODONTAL Y ENVUELVE EL ÁPICE, EL PRONÓSTICO ES GENERALMENTE MALO. SIN EMBARGO, A VECES SE CONSIGUE UNA SORPRENDENTE REPARACIÓN DEL HUESO APICAL Y LATERAL MEDIANTE LA COMBINACIÓN DEL TRATA---

MIENTO ENDODÓNTICO Y PERIODONTAL. EN BOLSAS INFRAÓSEAS; LA POSIBILIDAD DE ELIMINAR LAS BOLSAS INFRAÓSEAS DEPENDE DE VARIOS FACTORES, ENTRE LOS CUALES SON FUNDAMENTALES EL CONTORNO DE LOS DEFECTOS ÓSEOS Y LA CANTIDAD DE PAREDES ÓSEAS REMANENTES.

C) LESIONES DE FURCACIÓN.

LA PRESENCIA DE LESIONES DE BIFURCACIÓN O TRIFURCACIÓN NO INDICA QUE EL PRONÓSTICO SEA NEGATIVO. SIN EMBARGO, CUANDO UNA LESIÓN ALCANZA LA FURCACIÓN AGREGA DOS IMPORTANTES PROBLEMAS.

EL PRIMERO ES LA DIFICULTAD DEL ACCESO QUIRÚRGICO A LA ZONA SI SE HA DE REALIZAR UNA CIRUGÍA ÓSEA; EL SEGUNDO ES LA INACCESIBILIDAD DE LA ZONA A LA REMOCIÓN DE LA PLACA POR PARTE DEL PACIENTE. SI ESTOS DOS PROBLEMAS PUEDEN RESOLVERSE SATISFACTORIAMENTE, EL PRONÓSTICO SERÁ SIMILAR O HASTA MEJOR QUE EL DE DIENTES UNIRRADICULARES CON UN GRADO SIMILAR DE PÉRDIDA ÓSEA.

LOS PRIMEROS MOLARES SUPERIORES OFRECEN LAS MAYORES DIFICULTADES, Y POR LO TANTO SU PRONÓSTICO SUELE SER DESFAVORABLE CUANDO LA LESIÓN ALCANZA LA FURCACIÓN.

d) PLAN DE TRATAMIENTO.

ES LA GUÍA PARA EL MANEJO DEL CASO. INCLUYE TODOS -  
LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REQUIEREN PARA EL ESTABLECIMIEN-  
TO Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL, COMO DECIDIR SI CON-  
SERVAR LOS DIENTES O EXTRAERLOS. DECISIONES SOBRE TÉCNI-  
CAS POR UTILIZAR PARA ELIMINAR LAS BOLSAS, LA NECESIDAD DE  
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MUCOGINGIVALES O RECONSTRUCTI--  
VOS Y CORRECCIÓN OCLUSAL, CLASE DE RESTAURACIONES QUE SE -  
UTILIZARÁN, QUE DIENTES SE USARÁN COMO PILARES PARA LA FE-  
RULIZACIÓN.

EL TRATAMIENTO PERIODONTAL EXIGE PLANIFICACIÓN A LAR-  
GO PLAZO. SU VALOR PARA EL PACIENTE SE MIDE EN AÑOS DE -  
FUNCIONAMIENTO ÚTIL DE TODA LA DENTADURA, NO POR EL NÚMERO  
DE DIENTES CONSERVADOS EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO; SE -  
ORIENTA HACIA EL ESTABLECIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA SA-  
LUD DEL PERIODONCIO EN TODA LA BOCA Y NO HACIA ESFUERZOS -  
ESPECTACULARES POR AFIRMAR DIENTES FLOJOS.

EL ESTADO PERIODONTAL DE LOS DIENTES QUE DECIDIMOS --  
CONSERVAR ES MÁS IMPORTANTE QUE SU NÚMERO.

DIENTES QUE PUEDEN SER CONSERVADOS CON UN MÍNIMO DE -  
DUDA Y UN MARGEN DE MÁXIMA SEGURIDAD PROPORCIONAN LA BASE-  
PARA EL PLAN DE TRATAMIENTO TOTAL. LA META DEL PLAN DE -

TRATAMIENTO ES: LA COORDINACIÓN DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS CON LA FINALIDAD DE CREAR - UNA DENTADURA QUE FUNCIONE BIEN EN UN MEDIO AMBIENTE PERIODONTAL SANO.

ESTE TRATAMIENTO LLAMADO "PLAN MAESTRO" ABARCA CUATRO DIFERENTES OBJETIVOS TERAPÉUTICOS PARA - CADA PACIENTE:

1.- FASE DE TEJIDOS BLANDOS:

ELIMINACIÓN DE INFLAMACIÓN GINGIVAL, BOLSAS - PERIODONTALES, ESTABLECIMIENTO DEL CONTORNO GINGIVAL, RESTAURACIÓN DE CARIES, CORRECCIÓN DE MÁRGENES.

2.- FASE FUNCIONAL:

UNA RELACIÓN OCLUSAL ÓPTIMA ES AQUELLA QUE -- PROPORCIONA LA ESTIMULACIÓN FUNCIONAL NECESARIA PARA PRESERVAR LA SALUD PERIODONTAL COMO: AJUSTE --- OCLUSAL, PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES (PROTÉTICOS-ORTODÓNTICOS), CORRECCIÓN DE HÁBITOS (BRUXISMO Y - APRETAMIENTO).

3.- FASE SISTÉMICA.

LOS ESTADOS SISTÉMICOS PUEDEN DEMANDAR QUE SE TOMEN PRECAUCIONES ESPECIALES DURANTE EL TRATAMIENTO PERIODONTAL; AFECTAN A LA RESPUESTA A LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS O AMENAZAN LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD PERIODONTAL UNA VEZ CONCLUIDO EL TRATAMIENTO.

4.- FASE DE MANTENIMIENTO.

CONSISTE EN LA ENSEÑANZA DE LA HIGIENE BUCAL, CITACIÓN DEL PACIENTE A INTERVALOS REGULARES PARA CONTROLAR EL ESTADO DEL PERIODONCIO, ESTADO DE LA OPERATORIA DENTAL, AJUSTE OCLUSAL Y RADIOGRAFÍA DE CONTROL.

SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO .

A) FASE PRELIMINAR:

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DENTAL-PERIODONTALES. EXTRACCIÓN DE DIENTES INSALVABLES Y REEMPLAZO PROVISIONAL.

B) FASE I DEL TRATAMIENTO (FASE ETIOTRÓPICA).

CONTROL DE LA PLACA.

ELIMINACIÓN DE CÁLCULOS Y AISLAMIENTO RADICAL  
CORRECCIÓN DE FACTORES IRRITATIVOS RESTAURADO

RES Y PROTÉTICOS.  
TRATAMIENTO OCLUSAL.  
PEQUEÑOS MOVIMIENTOS ORTODÓNTICOS.  
FERULIZACIÓN PROVISIONAL.  
CONTROLANDO PRINCIPALMENTE:  
PROFUNDIDAD DE BOLSA E INFLAMACIÓN GINGIVAL.  
PLACA Y CÁLCULOS.

C) FASE II (FASE QUIRÚRGICA).

CIRUGÍA PERIODONTAL.

D) FASE III (FASE RESTAURADORA).

PRÓTESIS FIJA Y REMOVIBLE, VALORANDO LA RES--  
PUESTA PERIODONTAL A PROCEDIMIENTOS DE RESTAU  
RACIÓN.

E) FASE IV (FASE DE MANTENIMIENTO).

CITACIONES PERIÓDICAS.  
PLACA Y CÁLCULOS.  
ESTADO GINGIVAL (BOLSAS O INFLAMACIÓN).  
OCCLUSIÓN, MOVILIDAD DENTAL.

FACTORES QUE AFECTAN LA CICATRIZACIÓN.

1.- FACTORES LOCALES:

CONTAMINACIÓN POR MICROORGANISMOS, IRRITACIÓN DE LA PLACA, RESIDUOS DE ALIMENTOS Y RESTOS DE TEJIDOS NECRÓTICOS, TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

TAMBIÉN HAY UNA DEMORA EN LA CICATRIZACIÓN -- POR LA MANIPULACIÓN EXCESIVA DURANTE EL TRATAMIENTO, TRAUMATISMO DE LOS TEJIDOS. LA APLICACIÓN TÓPICA DE CORTISONA Y LA RADIACIÓN IONIZANTE RETARDAN LA CICATRIZACIÓN.

LA CICATRIZACIÓN MEJORA CUANDO HAY AUMENTO LOCAL DE LA TEMPERATURA, LIMPIEZA, ELIMINACIÓN DE TEJIDO NECRÓTICO Y DEGENERADO, PRESIÓN EN LA HERIDA.

2.- FACTORES SISTÉMICOS:

LAS CAUSAS SERÍAN LOS CAMBIOS ARTEROSCLERÓTICOS VASCULARES COMUNES EN EL ENVEJECIMIENTO Y LA RESULTANTE REDUCCIÓN DE LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA. LA CICATRIZACIÓN ESTÁ RETARDADA EN LA DIABETES Y EN PACIENTES CON INFECCIONES GENERALIZADAS. SE RETARDA POR LA INGESTIÓN INSUFICIENTE DE ALIMENTOS



Y POR ESTADOS ORGÁNICOS QUE INTERFIERAN LA ASIMILACIÓN DE NUTRIENTES.

REGENERACIÓN-REINSERCIÓN.

SON FACETAS DE CICATRIZACIÓN PERIODONTAL E INFLUYEN EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL.

REGENERACIÓN:

ES LA PROLIFERACIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE NUEVAS CÉLULAS Y SUSTANCIAS INTERCELULARES PARA FORMAR NUEVOS TEJIDOS O PARTES. ESTA SE PRODUCE POR LA PROLIFERACIÓN A PARTIR DE LA MISMA CLASE DE TEJIDO QUE EL QUE FUE DESTRUIDO, O A PARTIR DE SU PRECURSOR; SIENDO UN PROCESO FISIOLÓGICO CONTINUO.

EN CONDICIONES NORMALES, CONSTANTEMENTE SE FORMAN NUEVAS CÉLULAS Y TEJIDOS PARA REEMPLAZAR A LOS QUE MADURAN Y MUEREN. ESTO SE DENOMINA: "REPARACIÓN DEL DESGASTE Y LA ROTURA".

AL ELIMINAR LA PLACA BACTERIANA Y CREAR LAS--

CONDICIONES PARA EVITAR SU NEOFORMACIÓN, EL TRATAMIENTO PERIODONTAL ELIMINA LOS OBSTÁCULOS A LA REGENERACIÓN Y PERMITE QUE EL PACIENTE SE BENEFICIE CON LA CAPACIDAD REGENERATIVA INNATA DE LOS TEJIDOS.

REINSECCIÓN:

ES LA REINCLUSIÓN DE NUEVAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL EN EL CEMENTO NUEVO Y LA UNIÓN DEL EPITELIO GINGIVAL A LA SUPERFICIE DENTAL, PREVIAMENTE DENUDADA PARA LA ENFERMEDAD.

SE REFIERE A LA RESTAURACION DEL PERIODONCIO-MARGINAL Y NO A LA REAPARICIÓN DE OTROS SECTORES DE LA RAÍZ, COMO LAS QUE APARECEN DESPUÉS DE DESGARRRES TRAUMÁTICOS EN EL CENTRO, FRACTURAS DENTALES-O EL TRATAMIENTO DE LESIONES PERIAPICALES.

ADAPTACIÓN EPITELIAL: ES LA APOSICIÓN ESTRECHA DEL EPITELIO GINGIVAL A LA SUPERFICIE DENTAL, SIN OBLITERACIÓN COMPLETA DE LA BOLSA.

FACTORES QUE AFECTAN A LA REINSECCIÓN.

- 1.- ELIMINACIÓN DEL EPITELIO DE UNIÓN.
- 2.- ALISADO MINUCIOSO DE LA SUPERFICIE RADICULAR
- 3.- TEJIDO DE GRANULACIÓN.

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

TOMANDO EN CUENTA LO EXPUESTO EN ESTE TRABAJO, SE DEDUCEN LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

1.- TODO CIRUJANO DENTISTA DEBE CONOCER -- PERFECTAMENTE LOS TEJIDOS, EL ESTADO DE SALUD, -- QUÉ FORMA EL PARODONTO, COMO TAMBIÉN SUS AFEC-- CIONES, PARA PODER ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO -- ACERTADO DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

2.- ES IMPORTANTE SABER LAS CLASIFICACIO-- NES DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES PARA DIS-- TINGUIR Y CONOCER LOS PADECIMIENTOS, BRINDANDO-- AL PACIENTE UN TRATAMIENTO ADECUADO, Y LO QUE -- ES MÁS IMPORTANTE, DARLE INSTRUCCIONES PARA QUE ESTAS ENFERMEDADES NO SE PRESENTEN.

3.- EL CONOCIMIENTO DE CADA ENFERMEDAD PA-- RODONTAL ASEGURA UN ÉXITO EN EL TRATAMIENTO, -- CAUSANDO LA MENOR MOLESTIA AL PACIENTE Y OBTEN-- ER UNA RECUPERACIÓN RÁPIDA.

4.- CONOCER LA CALIDAD DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DE LOS PILARES, SOBRE LOS QUE APOYAREMOS -- NUESTRA PRÓTESIS.

5.- ESTABLECER UNA PERFECTA RELACIÓN OCLUSAL DE LA PRÓTESIS CON SUS ANTAGONISTA, ELIMINANDO -- CUALQUIER FUERZA HORIZONTAL. EN ESTA FORMA EVITAR POSIBLES ALTERACIONES PARODONTALES, POR OCLUSIÓN TRAUMÁTICA.

6.- CONTORNOS ANATÓMICOS CORRECTOS EN SOPORTE E INTERMEDIOS, PROPORCIONARÁN EL MÁXIMO DE PROTECCIÓN A LOS TEJIDOS GINGIVALES.

7.- ES DE VITAL IMPORTANCIA ENSEÑAR A LOS PACIENTES UNA TÉCNICA DE CEPILLADO CORRECTA, PARA EVITAR REINCIDENCIAS DE CARIES Y MANTENER LA SALUD DE SOPORTE DEL DIENTE.

EN CONSECUENCIA, PUEDE DECIRSE QUE AL ÉXITO O FRACASO DE CUALQUIER PROTESIS ESTÁ REGIDO EN -- GRAN PARTE POR LA RESPUESTA DEL PARODONTO. SI EL PARODONTO SE CONSERVA BAJO CONDICIONES DE SALUD, PODEMOS ESTAR SATISFECHOS DE NO HABER DEJADO PASAR NINGUNO DE LOS REQUISITOS YA ESTABLECIDOS.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- CARRANZA A. FERMIN

PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA DE GLICKMAN

TRADUCCIÓN POR: GONZÁLEZ DE GRANDI MARINA BEATRÍZ

EDITORIAL INTERAMERICANA

5a. EDICIÓN

MÉXICO, D.F., 1984

1073 PÁGINAS

- 2.- CHAIN RICHARD W.

FUNDAMENTOS CLÍNICOS PRÁCTICOS DEL TRATAMIENTO PERIO--  
DONTAL.

TRADUCIDA POR: LOSADA M. JODY

EDITORIAL QUINTESEENCE BOOKS 77

ALEMANIA 1986

176 PÁGINAS

- 3.- LINDHE JON

PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.

TRADUCCIÓN POR: MARTÍNEZ HORACIO

EDITORIAL PANAMERICANA

BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1986

516 PÁGINAS

4.- MANSON J.D.

MANUAL DE PERIODONCIA.

TRADUCCIÓN POR: RAMOS TERCERO JOSÉ A.

EDITORIAL MANUAL MODERNO

MÉXICO, D.F., 1985

1a. EDICIÓN

248 PÁGINAS

5.- PRICHARD F. JOHON

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL  
EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA GENERAL.

TRADUCCIÓN POR: MARTÍNEZ HORACIO.

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A.

BUENOS AIRES, ARGENTINA 1986

591 PÁGINAS

6.- RAMFJORD P. SIGURD

MAJOR M. ASH.

PERIODONTOLOGÍA Y PERIODONCIA

TRADUCCIÓN POR: PORTER ROBERTO JORGE

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA

BUENOS AIRES, ARGENTINA 1982

629 PÁGINAS

7.- SCHLUGER SAUL

PAGE C. ROY

YOUDELIS A. RALPH

ENFERMEDAD PERIODONTAL (FENÓMENOS BÁSICOS, MANEJO CLÍNICO  
E INTERRELACIONES OCLUSALES Y RESTAURADORAS).

TRADUCCIÓN POR: GARCÍA MARTÍNEZ JOSÉ LUIS

EDITORIAL COMPAÑÍA EDITORIAL CONTINENTAL S.A. DE C.V.

MÉXICO, 1986

790 PÁGINAS

8.- UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ROSARIO

REVISTA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EDITORIAL UNIVERSIDAD DE STA. FÉ

ARGENTINA 1980

1a. EDICIÓN

130 PÁGINAS