



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CIRUGIA PARODONTAL EN LA PRACTICA
GENERAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

SERGIO GABRIEL EUGENIO ABURTO MOLINA



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 O N

Al hecho de la selección de un tema para presentarlo como tesis profesional encara dificultad, por que todos los que estudian una carrera tratan de aportar -- algo nuevo a la misma.

Para esto se necesita una buena experiencia y haber ejercido la profesión durante un buen tiempo.

Por lo cual con la poca experiencia y práctica de la Odontología, presenté a consideración de los miembros del jurado el siguiente trabajo:

El estudio del parodonto es de mucha mayor importancia de la que se le da en la Odontología. Por ser el sostén y anclaje de las piezas dentarias y relacionarse con diferentes ramas de la Odontología como son: Operación dental, Prótesis, Endodoncia, Ortodoncia, Cirugía Bucal, Cirugía Maxilofacial. Porque al efectuar cualquier rehabilitación bucal si no se hace adecuadamente repercute inmediatamente en el tejido parodontal.

El siguiente trabajo se presenta de la siguiente manera:

- A.- Estudio del parodonto componentes Histológicos.
- B.- Etiología de la enfermedad parodontal para su diferenciación y oportuno diagnóstico y pronóstico.
- C.- Diferentes tratamientos de las enfermedades parodontales.
- D.- Prevención de las enfermedades del periodonto y cuidados postoperatorios.

CIRUGIA PARODONTAL EN LA PRACTICA GENERAL

1.- PARODONTO

Encía
Ligamento Parodontal
Cemento
Hueso Alveolar

II.- ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Factores Locales
Factores Generales

III.- CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

Inflamatorias
a).- Gingivitis
b).- Estomatitis
c).- Parodontitis

Degenerativas

a).- Parodontosis
b).- Gingivosis
c).- Atrofia por Desuso
d).- Trauma Oclusal

IV.- DIAGNOSTICO, PRONOSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO.

V.- PRINCIPIOS DE TECNICAS QUIRURGICAS, INSTRUMENTAL, CLASIFICACION Y AFILADO.

VI.- CIRUGIA PARODONTAL

Operación de Cuña Distal
Gingivectomía
Gingivoplastia
Osteoplastia
Vestíbulo Plastia
Frenilectomía

VII.- PREVENCION Y TECNICAS DE CEPILLADO

CAPITULO I

EL PERIODONTO

DEFINICION.- El periodonto es la unidad biológica y funcional que sirve para rodear, sostener y proteger los dientes en los maxilares.

Está compuesto de cuatro tejidos:

- A) Encía
- B) Ligamento Periodontal
- C) Cemento
- D) Hueso Alveolar

Los dos primeros corresponden a los tejidos blandos y los otros dos a tejidos duros.

A) ENCIA

Mucosa Bucal.- La cavidad bucal está tapizada en toda su extensión por una membrana epitelio-conectiva, llamada, mucosa oral o bucal que va unida firmemente a las estructuras subyacentes.

Fundamentalmente, la mucosa bucal puede dividirse en tres tipos: mucosa masticatoria es la que recubre las encías y el paladar duro y está sujeto al roce y presión de los alimentos; mucosa especializada, situada sobre el dorso de la lengua y mucosa de revestimiento que recubre el resto de la mucosa bucal (labios, carrillos, piso de boca etc.).

La encía es la parte de la mucosa bucal masticatoria que está insertada a los dientes y a las apófisis alveolares.

Características clínicas normales de la encía:

Color.- Se describe como rosa coral y depende de varios factores aporte sanguíneo,

espesor del epitelio, grado de queratinización y presencia de pigmentaciones celulares (melanina).

Tamaño.- El tamaño está en relación con la masa total de tejido presente incluye - células epiteliales, vasos sanguíneos, tejido conjuntivo.

Contorno.- Depende de la forma de los dientes, su alineación en el arco, la ubicación y tamaño de los puntos de contacto y tamaño de los espacios proximales.

Textura.- Tiene un aspecto punteado (cáscara de naranja), que varía de persona a -- persona.

Consistencia.- La encía debe ser firme y resistente.

La encía se divide anatómicamente en:

- 1) Encía libre o marginal
- 2) Encía adherida o insertada
- 3) Encía interdientaria o papila

1) Encía libre o marginal es la porción coronal que rodea al diente a modo de collar, para formar el surco gingival. El surco gingival es el espacio entre la encía marginal y el diente. Su profundidad suele ser uno o dos milímetros. - En el fondo de éste, encontramos la adherencia epitelial.

2) Encía insertada o adherida.- Esta se continúa con la encía libre y se extiende apicalmente hasta la unión muco-gingival.

Está firmemente unida al cemento y al periostio subyacente para resistir las - fuerzas masticatorias. Se caracteriza por un aspecto de cáscara de naranja o - punteado, esto se debe a depresiones pequeñísimas en la superficie de la encía insertada.

3) Papila o encía interdientaria.- Es el tejido en forma piramidal que ocupa el es

pacio entre los dientes adyacentes. La papila interdientaria consiste en realidad de una papila vestibular y una lingual y una depresión central que une ambas, llamado col o collado.

Características microscópicas.

Microscópicamente, la encía libre y la adherida están cubiertas por epitelio escamoso estratificado-queratinizado, apoyado sobre una lámina propia densa y fibrosa.

El epitelio y el tejido conectivo están separados por la membrana basal. La función principal de la membrana basal de la encía parece ser la de fijar el epitelio al tejido conectivo, regular la nutrición y los productos de desecho del epitelio.

El epitelio emite proyecciones al tejido conectivo y éste a su vez se interdigita.

La melanina se encuentra en las dos primeras capas del epitelio, la basal y la espinosa.

El grado de queratinización del epitelio varía según la edad, grado de inflamación, estímulos funcionales y nutrición.

El epitelio se está descamando continuamente en su superficie y es reemplazado por la división celular o mitosis de las células basales y de las capas más profundas de células espinosas. Las células van avanzando hacia la superficie del epitelio donde reemplazan a las células perdidas por descamación.

La lámina propia de la encía consiste de tejido conectivo densamente fibroso (colágeno), que se fija firmemente sobre el periostio del hueso alveolar y el cemento. Este sistema de haces de fibras reciben el nombre de fibras gingivales:

- 1.- Fibras dentogingivales.- Van del cemento a la encía.
- 2.- Fibras crestogingivales.- Van de la cresta alveolar a la encía.
- 3.- Fibras dentoperiósticas.- Se extienden desde el periostio del hueso alveolar hasta el cemento.
- 4.- Fibras transeptales.- Se extienden horizontalmente de diente a diente, cemento a cemento.

5.- **Fibras circulares.**- Rodean al diente en forma de anillo.

Proporcionan una mayor adherencia de la encía libre al cuello del diente.

Unión Dento Gingival.

La unión de la encía al diente, está formada por la adherencia epitelial y -- por las fibras gingivales.

Adherencia epitelial.- Es la inserción inmediata de la encía a la superficie del diente, ya sea esmalte o cemento. No está separada, sino que está realmente adherida al diente. Este epitelio se continúa con el que tapiza el epitelio del surco (del intersticio), y consta de una capa basal, un estrato espinoso, no tiene capa granulosa y no está queratinizada. Sus células avanzan desde la capa basal al esmalte y son descamadas en la cavidad oral desde el fondo del intersticio gingival.

En el surco gingival encontramos un líquido fisiológico (líquido crevicular) - que tiene como características:

1. Limpiar el surco de desechos
2. Es antimicrobiano
3. Contiene proteínas plasmáticas adhesivas.

Vascularización.- Hay tres fuentes principales de aporte sanguíneo de la encía: 1) Arterias suprapariólicas; 2) Vasos del ligamento; 3) Arteriolas de la cresta del tabique interdentario.

B) **LIGAMENTO PERIODONTAL.**

El ligamento periodontal es la estructura de tejido conectivo que rodea a la superficie radicular y la inserta al hueso alveolar gracias a un sistema de fibras colágenas; este tejido es una continuación del tejido conectivo de la encía.

La forma del espacio del ligamento periodontal es la de reloj de arena, la anchura es variable (entre 0.1 y 0.4 mm).

Clasificación de las fibras del ligamento periodontal:

- 1.- Fibras de la cresta alveolar.- Se extienden oblicuamente desde la cresta alveolar hasta el cemento parte cervical. Ayudan a mantener el diente en el alveolo y a resistir los movimientos laterales del mismo.
- 2.- Fibras horizontales.- Se extienden en ángulo recto desde el cemento al hueso alveolar, resisten las fuerzas laterales y horizontales del diente.
- 3.- Fibras oblicuas.- Se fijan al cemento apicalmente y van oblicuamente hasta el hueso alveolar, son las más numerosas y son el principal sostén contra las fuerzas de masticación verticales.
- 4.- Fibras apicales.- Este grupo irradia en todas direcciones desde la región apical del cemento.
- 5.- Fibras interradiculares (de la bi o trifurcación).- Se extienden del cemento al hueso en las bifurcaciones de dientes multirradiculares.

Las porciones terminales (haces) de las fibras principales que se insertan en cemento y en hueso alveolar se les denomina fibras de Sharpey.

Elementos celulares.- Dentro del espacio del ligamento periodontal también se encuentran fibroblastos, osteoblastos, cemento blastos, osteoclastos, cordones de células epiteliales llamadas restos epiteliales de Malassez, macrófagos, histiocitos y células cebadas.

Funciones del ligamento Periodontal.

- a) Función formativa.- Las células del ligamento participan en la formación y reabsorción del cemento y el hueso alveolar.
- b) Función física.- Efectúa la transmisión de fuerzas oclusales al hueso, inserción del diente al hueso, resistencia al impacto de las fuerzas oclusales y provee una envoltura de tejido blando para proteger los vasos y nervios.
- c) Nutritiva.- Proporciona elementos nutritivos al cemento hueso y encfa por medio de la irrigación sanguínea.

d) Sensorial.- El ligamento periodontal contiene terminaciones nerviosas propioseptivas que son sensibles a la presión.

El aporte sanguíneo del ligamento periodontal proviene de tres fuentes: vasos apicales, vasos que penetran desde el hueso alveolar y vasos anastomosados de la encía.

La inervación del ligamento periodontal es de naturaleza sensorial y las fibras son capaces de transmitir sensaciones táctiles de presión, propioseptivas y dolorosas por vía trigémina.

C) CEMENTO

Es el tejido conectivo calcificado, especializado, de origen mesenquimatoso, que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente.

Características físicas: Es el color amarillo claro, su dureza es menor que la dentina, es permeable.

Composición química: 1) matriz orgánica; compuesto de colágena y mucopolisacáridos. 2) matriz inorgánica compuesta de fosfato de calcio y cristales de hidroxapatita.

Existen dos tipos principales de cemento: Celular (primario) y acelular (secundario). El cemento celular está localizado en la parte apical de la raíz contiene cementocitos. El cemento acelular es el que cubre la parte coronaria de la raíz.

El cemento contiene además; fibras de Sharpey, que se insertan desde el ligamento periodontal; fibras de la matriz, son producidas por los cementoblastos; líneas de crecimiento, son consecuencia de depósitos que se suceden rítmicamente; cementoide es la matriz orgánica de cemento no calcificada; cementoblastos, producen las fibras de la matriz y la sustancia fundamental; cementocitos, lagunas y canaliculos; son otros compuestos estructurales.

Funciones del cemento:

1. Anclar el diente al hueso por medio del ligamento parodontal,

2.- Compensar mediante su crecimiento, el desgaste oclusal y la erupción dental.

Unión Amelo-cementaria.- Es la unión amelocementaria pueden existir tres tipos de relaciones:

- a) Cemento y esmalte no están en contacto, dejando dentina expuesta, sucede en el 10% de los casos.
- b) Cemento y esmalte forman una unión borde con borde, en 30% de los casos.
- c) El cemento recubre al esmalte en 60% de los dientes.

D) HUESO ALVEOLAR.

Hueso alveolar es la estructura de tejido óseo que forma parte de los maxilares; se encuentra rodeando a los dientes y los soporta. Para su estudio se dividen en:

- 1) Hueso Alveolar.- Es el que se encuentra cubriendo las raíces dentarias; inmediatamente adyacente al ligamento periodontal y se denomina lámina dura. Tiene numerosas perforaciones para la entrada y salida de vasos sanguíneos y nervios del ligamento periodontal.
- 2) Hueso esponjoso.- Es el hueso de sostén y consiste en trabéculas reticulares, sostiene a la lámina dura e incluye la masa del proceso alveolar.
- 3) Hueso interproximal.- Consiste en las láminas óseas vestibular y lingual, de naturaleza compacta.

Todas estas partes intervienen para sostener el diente y por tanto guardan armonía entre sí.

Elementos Celulares.- Las células formadoras de hueso se llaman osteoblastos, que se encuentran en la matriz orgánica del hueso también encontramos osteocitos y osteoclastos.

En la composición del hueso entran principalmente el calcio y el fosfato, junto-

con el hidroxilio, carbonato y pequeñas cantidades de magnesio, sodio y fluor.

El hueso alveolar se nutre por la arteria maxilar y mandibular.

CAPITULO II

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Una de las causas de la pérdida de los dientes es la enfermedad parodontal, que en primera instancia ataca al epitelio de la encía destruyendo las fibras gingivales y se profundiza en dirección apicalmente, produciendo bolsas y provocando la destrucción del hueso.

La enfermedad del parodonto puede afectar solamente a las encías o puede invadir las zonas más profundas dando origen a bolsas parodontales.

Cuando se afecta la encía, se le denomina Gingivitis cuando se hallan afectados tejidos más profundos incluso el hueso se le denomina Periodontitis.

Hay factores predisponentes que favorecen la aparición de la enfermedad parodontal. Se les ha dividido a estos factores en locales y generales. Los factores locales más frecuentes son las bacterias y sus productos tóxicos localizándose en la placa bacteriana, materia alba y cálculos dentarios.

Los residuos de alimentos retenidos o impactados producen irrigación química y mecánica estimulando la proliferación bacteriana.

Algunos microorganismos como los estreptococos producen la enzima hialuronidasa que destruye el cemento de unión interfibrilar de los haces de fibras del ligamento parodontal la cual permite la penetración del epitelio y la formación de --bolsas parodontales.

A continuación se tratarán los factores locales de la enfermedad parodontal.

Factores Locales

Placa bacteriana

Película adquirida

Residuos de alimento

Materia alba

Cálculos dentarios
 Pigmentaciones dentarias
 Trauma de la oclusión
 No reemplazo de órganos dentarios
 Respiración bucal
 Mal cepillado dentario
 Restauraciones dentales inadecuadas
 Radiación
 Yatrogenias del Odontólogo
 Hábitos perniciosos

Placa Bacteriana

Es un depósito blando amorfo irregular que se acumula sobre las superficies dentarias y restauraciones.

Se adhiere firmemente a la superficie de la cual su remoción es únicamente -- por medios mecánicos.

A medida que se acumula se convierte en una masa globular visible con pequeñas superficies nodulares cuyo color va del gris al amarillo.

La placa bacteriana se deposita sobre una película adquirida pero se puede -- formar también directamente sobre la superficie dentaria, las dos situaciones se pueden presentar en áreas cercanas de un mismo diente. A medida que la placa madura la película experimenta degradación bacteriana y se calcifica.

Película Adquirida

Es una placa delgada lisa, incolora, translúcida distribuida sobre la corona y en mayor cantidad cerca de la encía, en la corona, se continúa con los componentes superficiales del esmalte. Al ser teñida con agentes colorantes aparece como un lustre superficial, pálido delgado en contraste con la placa granular teñida -- más profundamente. La película se adhiere con firmeza a los prismas del esmalte -- por debajo de este. No tiene bacterias, pero sí contiene glucoproteínas, polipéptidos y lípidos.

Residuos de Alimentos

La mayor parte de los residuos de alimentos son disueltos por las enzimas bacterianas y eliminados de la cavidad bucal a los cinco minutos de haber comido, pero quedan algunos residuos sobre los dientes y la membrana mucosa. El flujo de la saliva, la acción mecánica de la lengua, carrillos, labios, alineación de los dientes y maxilares afectan la velocidad de limpieza de los alimentos que se puede acelerar por la masticación más rápida.

Aunque contengan bacterias los residuos de alimento son diferentes y la placa y la materia alba son fáciles de eliminar.

La placa dentaria no se deriva de los residuos alimenticios ni éstos son causa importante de gingivitis.

Materia Alba

Es un irritante local que constituye causa común de la gingivitis. Es un depósito amarillo o blanco grisáceo pegajoso, blando algo menos adhesivo que la placa bacteriana. La materia alba se deposita sobre superficies dentarias y restauraciones, cálculo y encías, tiende a acumularse en el tercio gingival de los dientes y su remoción se hace con un chorro de agua pero para mayor eficacia se hace por medios mecánicos.

La materia alba es una acumulación de microorganismos, células epiteliales --descamadas, leucocitos y proteínas además lípidos salivales con partículas de alimentos.

El efecto irritante de la materia alba sobre la encía nace de sus bacterias y sus productos, además es tóxica cuando se inyecta a animales de experimentación.

Cálculos Dentarios

Los componentes del cálculo supragingival derivan casi exclusivamente de los líquidos salivales. La acumulación de cálculo es más rápida e intensa frente a los conductos de las glándulas salivales. Por lo general la saliva parotídea y -

submaxilar está saturada de brushita e hidroxiapatita, que son los principales minerales que componen el cálculo. La elevación del contenido de proteínas y urea en la saliva es muy importante; sin embargo cuando el calcio y fósforo es muy alto, puede haber una saturación y estas personas son propensas a la formación de cálculos por ejem: niños con fibrosis cística o asma.

El exámen de proteínas salivales que pueden desempeñar un papel en la mineralización de la placa indica que puede intervenir la estearaza, la pirofosfatasa y la fosfatasa ácida.

Pigmentaciones dentarias

Las pigmentaciones dentarias que se producen como depósitos adheridos constituyen un problema estético. Algunas de las pigmentaciones son películas acelulares coloreadas por pigmentos de alimentos o tabaco, se cree que las pigmentaciones similares en los niños y no fumadores son placas coloradas por actividad de bacterias cromógenas (pigmentaciones, pardas, negras, verdes y anaranjadas). Por lo general debajo de la pigmentación verde se halla una superficie adamantina rugosa y la pigmentación vuelve rápidamente una vez que se le quita si no se puede muy bien la superficie del esmalte.

La pigmentación causada por la fluorosis es muy importante y su coloración --pardusca o blanquecina opaca y afecta a los dientes con un patrón de desarrollo -- bilateral simétrico.

Trauma de la Oclusión

El trauma de la oclusión es la lesión del tejido parodontal, no la fuerza -- oclusal, una oclusión que produce esta lesión se llama oclusión traumática. Las fuerzas oclusales excesivas también perturban la función de los músculos de la -- masticación y causa espasmos dolorosos, dañan la articulación temporomandibular o producen la atrición excesiva de los dientes, pero el término trauma de la oclusión por lo general se utiliza en relación con las lesiones del parodonto.

El trauma de la oclusión puede ser agudo o crónico. El trauma agudo es la -- consecuencia de un cambio brusco en la fuerza oclusal tal como el propiciado por-

una restauración o aparato de prótesis que interfiere en la oclusión o altera la dirección de las fuerzas oclusales sobre los dientes. Los síntomas son dolor, -- sensibilidad a la percusión y aumento de la movilidad dentaria.

El trauma crónico de la oclusión es más común que la forma aguda y de mayor importancia clínica. Se presenta por cambios graduales en la oclusión producidos por la atrición dentaria.

Desplazamiento y extrusión de los dientes combinados con hábitos como bruxismo y apretamiento dentario.

No Reemplazo de dientes Ausentes

El no reemplazo de dientes extraídos desencadena una serie de cambios que producen diversos grados de enfermedad periodontal.

En casos aislados, los espacios creados por extracciones dentarias no generan secuelas indeseables. Sin embargo la frecuencia con que aparece la enfermedad periodontal a causa de un diente ausente señala el valor profiláctico de la prótesis temprana.

Respiración Bucal

Es frecuente ver gingivitis asociada con respiración bucal, las alteraciones gingivales incluyen eritema, edema, agrandamiento y un brillo superficial difuso en las áreas expuestas. La región anterior superior es la más afectada. En muchos casos la encía alterada se demarca nítidamente de la mucosa normal adyacente no expuesta.

Se piensa que las alteraciones son por deshidratación de la mucosa pero se ha experimentado en animales con secado mecánico y no hubo una respuesta favorable.

Mal Cepillado Dentario

Por el cepillado horizontal o rotatorio la encía se ve afectada con laceraciones y las estructuras dentarias con abrasión en el tercio cervical. Otra causa es el cepillado con pastas abrasivas los aspectos agudos de la encía son variados

y van acompañados de adelgazamiento de la superficie epitelial y denudación del tejido conectivo subyacente para dar paso a una inflamación dolorosa.

Se producen lesiones puntiformes por penetración de las cerdas perpendicularmente a la encía, también hay formación de vesículas dolorosas en las zonas traumáticas, eritema difuso y denudación de la encía insertada de toda la boca, es la secuela del mal cepillado.

El uso incorrecto del hilo dental, palillos o estimuladores dentales provocan inflamación gingival.

Radiación

Los pacientes tratados con radiación interna y externa con tumores malignos de la cavidad bucal y lugares adyacentes se les presentaron úlceras gingivales, hemorragias, supuración, periodontitis, denudación de raíces, hueso y alfojamiento de los dientes.

La enfermedad periodontal es una puerta de entrada para la infección y el desarrollo de osteoradionecrosis después de la terapéutica radiante.

Restauraciones Dentales Inadecuadas

Los márgenes mal ajustados de las restauraciones son ideales para la acumulación de placa y bacterias que generan enzimas y otras sustancias lesivas que producen irritación de la mucosa.

La acumulación de placa en las restauraciones de porcelana cerca del margen gingival, es una fuente común de irritación de la encía.

Yatrogenias del Odontólogo

Las siguientes deficiencias en el trabajo de un dentista son causa comunes para estimular la enfermedad parodontal.

Extensión excesiva de los bordes marginales de las restauraciones dentarias.

Retención de cementos dentales debajo de la encía.

Mala anatomía de las coronas restauradas.

Estrías o surcos de salida del alimento mal diseñadas.

Espacios interproximales mal diseñados.

Hábitos

Los hábitos son importantes en la iniciación de la enfermedad paradontal y se dividieron de la siguiente forma:

- 1.- Nerviosos.- Morderce los labios, carrillos, morder palillos dentales. empuje lingual, morderce las uñas, morder lápices, masticar tabaco.
- 2.- Ocupacionales.- Sostener clavos en la boca, cortar hilos con la boca, músicos sostener la boquilla de algún instrumento entre los dientes.

Factores Generales

Las enfermedades generales actúan como factores modificantes pero no causan - paradontosis.

Los factores generales pueden modificar la reacción inflamatoria del parodonto o cualquiera de las siguientes anomalías.

- a.- Alterar la defensa natural contra los irritantes.
- b.- Limitar la capacidad de reparación del tejido.
- c.- Causar una respuesta hística anormal por hipersensibilidad.
- d.- Modificar la estabilidad nerviosa del paciente de modo que interviene un factor que es la tensión o sobreesfuerzo emocional.

Factores Nutricionales

El estado nutricional del individuo afecta al estado del periodonto y los efectos lesivos de los irritantes locales y las fuerzas oclusales excesivas pueden --- agravarse por las deficiencias nutricionales.

Sin embargo ninguna deficiencia nutricional causa por sí misma gingivitis o -

bolsa paradontal es preciso que haya irritantes locales para que esas lesiones se produzcan.

Enfermedades Endócrinas

Las hormonas son sustancias orgánicas producidas por las glándulas endócrinas. Son secretadas directamente al torrente sanguíneo y ejercen una influencia fisiológica importante en las funciones de determinadas células y sistemas. Así se -- presenta la importancia de los trastornos hormonales en la producción de la enfermedad periodontal y se mencionan a continuación algunas de las enfermedades:

- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Hipopituitarismo
- Hiperpituitarismo
- Hipoparatiroidismo
- Hiperparatiroidismo
- Leucemia
- Púrpura Trombocitopénica
- Hemofilia
- Policitemia
- Agranulocitosis
- Arterioesclerosis

Las alteraciones bucales son las primeras señales de una infección hematológica pero no es posible confiar en ellas para el diagnóstico.

Los hallazgos bucales indican existencia de una afección sanguínea, el diagnóstico demanda un examen físico completo y estudios hematológicos minuciosos.

Otros Factores Generales

Disfunciones Endócrinas

- a.- De la pubertad
- b.- Del embarazo
- c.- Posmenopáusicas
- c.- Menstruales

Trastornos Sicosomáticos o Emocionales

Hiperqueratosis palmoplantar

Neutropenia Cíclica

Drogas y Venenos Metálicos

Difenilhidantoina

Alérgias

Metales pesados

Dieta y Nutrición

Fatiga

Stress

Intoxicación con Bismuto

Intoxicación con Plomo

Intoxicación con Mercurio.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

En la clasificación de las enfermedades parodontales los investigadores no se han puesto de acuerdo por lo cual la siguiente clasificación es la más generalizada:

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

- "A"
- I.- Gingivitis
 - II.- Gingivostomatitis Herpética
 - III.- Gingivitis Descamativa Crónica
 - IV.- Gingivitis Ulcerosa Necrosante Aguda
 - V.- Gingivitis del Embarazo
 - VI.- Gingivitis Menstrual y de la Pubertad
 - VII.- Gingivitis Diabética
 - VIII.- Gingivitis Hipovitamínica
 - IX.- Gingivitis Dilatónica
 - X.- Pericoronitis

"B" Estomatitis

"C" Parodontitis

- I.- Absceso Parodontal
- II.- Absceso Gingival
- III.- Bolsa Infraosea

"D" ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Parodontosis

Gingivosis

Atrofia por Desuso

Trauma Oclusal

Gingivitis

Etimológicamente Gingivitis significa inflamación de la encía y se define co

mo el cambio que sufre la encía como una respuesta a los irritantes locales y los trastornos sistémicos generales.

Los signos y síntomas de la gingivitis pueden describirse como sigue:

- 1.- Cambios en la textura, pérdida del puntilleo gingival y aspecto brillante y liso.
- 2.- Cambios de coloración, que va del rosado al color rojizo.
- 3.- Cambios en la forma (edema).
- 4.- Cambios en el intersticio gingival, ulceración del epitelio y sangrado.
- 5.- Cambios en el margen gingival, aumento de volumen.

Gingivostomatitis Herpética

Es la infección primaria de uno de los herpes virus bucales que puede producir la gingivostomatitis aguda. Esta enfermedad se presenta en niños de seis meses a diez años de edad y con menor frecuencia en adolescentes y adultos.

La lesión de gingivostomatitis herpética consiste en vesículas aisladas o múltiples. Las vesículas se rompen rápidamente y dejan úlceras amarillentas, las úlceras de la gingivostomatitis herpética se localizan en toda la cavidad oral - incluso en labios, carrillos, paladar, lengua y faringe.

La gingivostomatitis herpética tiene una aparición espontánea y su evolución dura entre diez y quince días. El paciente presenta malestar en la cavidad oral y ésta, está muy sensible por lo cual la ingestión de alimentos le resulta dolorosa.

Como hay más de una cepa de herpes bucales, el paciente puede tener una segunda infección primaria. Además no se ha probado que hubiera inmunidad a ataques posteriores a la primera ocasión.

Gingivitis Descamativa Crónica

Esta enfermedad puede presentarse en ambos sexos pero es más frecuente en la mujer. Características clínicas: en su forma más leve, aparece como un eritema difuso de toda la mucosa gingival, disminuye el punteo normal de la encía, el res

to de la mucosa oral es normal, la enfermedad se presenta sin dolor y es descubierta por el paciente por una coloración rojiza de la encía, aunque se reduce el grosor del epitelio y el grado de queratinización, en esta forma de gingivitis no se produce una real descamación.

En la segunda fase de la gingivitis descamativa, aparecen en la encía zonas grises y rojizas, la superficie se torna lisa y brillante, la resistencia normal de la encía disminuye y se torna blanda y difusa de modo que si se presiona con los dedos se hunde la encía, el tejido no se adhiere a los tejidos adyacentes.

En la tercera fase de la enfermedad aparecen zonas separadas de forma irregular en las cuales la encía aparece denudada y rojiza, éstas zonas tienen un color grisáceo o azulado. El aspecto general de la encía es manchado. Aparecen elevaciones en forma de ampolla que al romperse dejan escapar un fluido acuoso y exponen una superficie viva. Las demás mucosas aparecen lisas y brillantes y pueden fisurarse en las zonas vestibulares vecinas a la línea de oclusión.

Es extremadamente dolorosa, el paciente no tolera las comidas duras, los cambios térmicos, hay sensación de sequedad constante y quemadura en toda la cavidad oral acentuada en las zonas gingivales.

Gingivitis Úlcero Necrosante Aguda

Se le denomina también boca de trinquera, Gingivitis de Vincent en esta enfermedad, el Bacilo fusiforme y la Borrelia Vincent, se encuentran en gran cantidad. La borrelia se nutre de materia necrosada o en descomposición.

Por lo general ataca a adultos jóvenes; tiende a aparecer en los períodos de tensión o depresión.

Las alteraciones nutritivas juegan un papel importante en la etiología de la enfermedad. Las enfermedades debilitantes pueden alterar la encía predisponiéndola a la gingivitis úlcero necrosante aguda. La enfermedad presenta un período de incubación de cuatro días; en la primera fase se observa rubor difuso, formación de úlceras grisáceas en los espacios interproximales, éstas úlceras están cubiertas con una capa de color pardo, al quitarse dicha capa queda una superficie sangrante.

Microscópicamente la lesión abarca el epitelio escamoso estratificado y el tejido conjuntivo adyacente. La superficie epitelial es destruida y reemplazada --

por una pared pseudo membranosa de fibrina, células epiteliales necrosadas, leucocitos polimorfo nucleares y otras bacterias; el tejido conectivo presenta hipere-mia con numerosos capilares e infiltración de leucocitos polimorfo nucleares.

El exudado consta de una red de fibrina, en la cual hay elementos de desecho como células epiteliales descamadas, bacterias, eritrocitos, leucocitos que migran hasta los tejidos conjuntivos.

Síntomas: Encía enrojecida, sensación de escor, dolor agudo, boca pastosa, sed, cefalalgia, escalofrío, fatiga, mal olor de boca, formación de membranas en la punta de las papilas, que al retirarse dejan -- una zona sangrante, salivación, excesiva, dolor a la masticación.

Gingivitis del Embarazo

Los factores sistémicos, desempeñan un papel importante en la etiología de la gingivitis, como factores secundarios de modificación, esto es evidente en los estados de embarazo o cuando existe una alteración endócrina.

Las estadísticas muestran que el 58% de las mujeres en estado de gravidez, -- presentan gingivitis de diversa importancia desde una gingivitis ligera hasta una grave.

La gingivitis del embarazo se agrava por las tendencias proliferativas del epitelio, tejido conjuntivo y todas las células epiteliales.

Una de las características microscópicas de la gingivitis durante el embarazo, es la proliferación capilar. A menudo la hipertrofia de la gingivitis del embarazo está limitada a ciertas regiones, la encía hiperplásica sangra con facilidad a cualquier estímulo.

Cualquier papila hiperplásica puede hacerse extremadamente grande denominando sele tumor del embarazo. Tanto el tumor como la gingivitis del embarazo tienden a desaparecer después del parto.

La gingivitis del embarazo no se desarrolla si no existe inflamación gingival antes del embarazo o después del mismo.

Gingivitis Menstrual y de la Pubertad

La gingivitis producida por las alteraciones en la pubertad es una respuesta exagerada a los irritantes locales, la acumulación de restos alimenticios y otros irritantes, producen una inflamación acentuada, con coloración rojo azulado y --- agrandamiento gingival.

Una característica frecuente, es el edema difuso con depresibilidad a la presión en vez de resistencia firme normal. En la región anterior de la boca, los irritantes locales complicados por las desarmonías oclusales de un entrecruzamiento pronunciado tienden a producir alteraciones graves. En los respiradores bucales los pacientes con una línea labial alta presentan en la encía una superficie brillante.

Una característica de los cambios gingivales de la pubertad, es que remiten al acercarse la madurez; aunque en los casos no tratados no hay un alivio completo. La normalidad de la reacción gingival a los factores locales desfavorables, disminuye hasta hacerse una gingivitis crónica común.

Aunque hay ciertos trastornos gingivales de la pubertad y la frecuencia de la enfermedad gingival aumenta en esta edad, debe entenderse que no todos los pacientes presentan alteraciones clínicas notables durante el período del desarrollo.

La gingivitis menstrual se caracteriza por marcadas hemorragias interproximales periódicas, con cambios de coloración que va del rosado al rojo brillante en la papila interdientaria.

Gingivitis Diabética

En los enfermos diabéticos, el trastorno de las encías es intenso. La acumu-

lación rápida de cálculos supragingivales, tiene por resultado final, el desarrollo de pericoronitis marginal. Estos enfermos tienden a desarrollar infecciones secundarias sobreañadidas a la gingivitis.

Las lesiones más frecuentes en un diabético son:

- 1.- Hipermovilidad (en ausencia de carga funcional por ejemplo; que no existan puntos prematuros de contacto).
- 2.- Sensación de ardor en la lengua.
- 3.- Sequedad de la boca.
- 4.- Lengua agrandada.
- 5.- Hipersensibilidad gingival.
- 6.- Hipersensibilidad dentaria en ausencia de lesiones cariosas.
- 7.- Abscesos paradontales frecuentes.

Gingivitis Hipovitáminica

En el escorbuto, las encías están inflamadas, hipertróficas y sangran con facilidad, quedando congestionadas con sangre venenosa en la encía y en otras partes de la boca pueden verse petequias y áreas equimóticas. Las encías tumefactas pueden tener el aspecto de bolsas de sangre. Es frecuente la destrucción del periostio y del tejido parodontal que tiene por resultado un aflojamiento de los dientes.

En las enfermedades como la pelagra, las encías están inflamadas, sangran fácilmente y están expuestas a infecciones secundarias con microorganismos fusospirilares, y por lo tanto pueden confundirse con la enfermedad de Vincent. Los labios están rojos fisurados, la lengua se encuentra lisa y roja.

Gingivitis Diantfínica

La droga antieptiléptica, la difenilhidantoína de sodio (diantín) modifica la respuesta gingival a la placa dentaria; así la hiperplasia del tejido conectivo gingival y el epitelio constituyen la entidad clínica de gingivitis diantfínica. Este diagnóstico se basa primero sobre una historia del uso de la droga (un 68% de los consumidores de la droga presentan hiperplasia gingival) y después sobre el aspecto clínico del sobrecrecimiento de los tejidos gingivales.

y el agrandamiento de las papilas y encía libre; este tejido gingival hiperplásico suele ser muy firme porque la colágena aumenta la hiperplasia del tejido conectivo maduro hace que el color de la encía siga siendo rosada. Puede haber inflamación gingival sobreagregada, esto origina una consistencia más blanda y el enrojecimiento más marcado.

Frecuentemente la hiperplasia llega a ser tan intensa, que cubre completamente la corona clínica del diente.

Pericoronitis

La pericoronitis se define como una inflamación de los tejidos gingivales y tejidos blandos contiguos que se hallan sobre un diente que no ha brotado completamente.

Los órganos dentarios más afectados, son los terceros molares. Sin embargo cuando los segundos molares inferiores son los dientes más distales al arco, también presentan igual cuadro. Es menos común que suceda con los dientes más distales superiores.

La superficie oclusal de un diente puede quedar parcialmente cubierta por un capuchón de tejido, el opérculo que existe durante la erupción del diente y a veces persiste después de ella. Los diversos grados de erupción, malposición, y retención pueden complicar aún más la anatomía de los tejidos blandos, además son raras las bolsas y las anomalías orgánicas.

Signos y síntomas.- El opérculo es particularmente vulnerable a la irritación y muchas veces es traumatizado directamente cuando queda preso entre la corona que cubre y el diente antagonista al ocluir. La forma de cripta de los tejidos pericoronarios favorece la retención y estancamiento de los alimentos y la proliferación de microorganismos, en esta zona la higiene bucal adecuada es difícil. Estos factores predisponen a la infección estafilocócica y hay veces que los capuchones son asiento de la gingivitis ulcerosa necrosante.

Estomatitis

Es un trastorno inflamatorio de la boca que puede desarrollarse como una en

fermedad general,

Son muchos los agentes patológicos que producen estomatitis de modo local, como el estreptococo, asociación fusoespirilar, cándida albicans, pallidum, myco, tuberculosis, así como el virus del herpes simple o del sarampión.

Pueden producirse lesiones características por trauma, a causa de mordeduras de los carrillos, dientes mellados, dentaduras mal ajustadas, biberones con chupón duro.

La estomatitis, a veces es consecuencia del uso excesivo de irritantes como el alcohol, tabaco, alimentos calientes, especias o por sensibilidad a ciertas sustancias como pasta de dientes, colutorios, colorantes de dulces.

Las manifestaciones clínicas de la estomatitis varían según la causa irritante, entre las más comunes tenemos:

Estomatitis Infecciosa Aguda

Esta estomatitis es originada por el virus del herpes simple, es común entre los lactantes y niños de corta edad. Con frecuencia es posible obtener antecedentes de contacto. Puede confundirse con la estomatitis ulceronecrótica.

Estomatitis Gangrenosa

Se trata de una gangrena de extensión rápida, que se presenta en niños debilitados, o enfermos viejos.

La lesión se presenta con una escara gris o negra, que se desarrolla sobre la superficie bucal, las encías, la cara interna de los labios, la piel que cubre la mejilla, pronto se vuelven pardas, después rojas, para finalmente quedar necrótica.

Estomatitis Aftosa

Es una inflamación de la membrana mucosa de la boca que se caracteriza por la aparición de pequeñas úlceras circulares de color blanco grisáceo o gris oscuro, que se elevan sobre la membrana mucosa contigua y que tiene un borde infla-

matorio angosto,

El tamaño de estas úlceras varía desde una cabeza de alfiler al de una placa grande formada por la coalición de varias úlceras.

Parodontitis

Es la respuesta inflamatoria de los tejidos del parodonto a los irritantes locales o factores generales con cambios inflamatorios y destructivos de los elementos histológicos del parodonto.

Conjuntamente con la gingivitis, la parodontitis es la entidad patológica más común que encontramos en los pacientes, existe en la parodontitis migración-apical de la inserción epitelial, con toda la secuela de inflamación de la pared lateral de la encía destrucción del hueso con reabsorción que radiográficamente se aprecia.

La parodontitis, es el tipo de padecimiento del parodonto, cuyos síntomas coinciden con la descripción de piorrea alveolar. Este padecimiento ataca a veces a unos cuantos dientes vecinos, pero generalmente todos los dientes están afectados por la enfermedad, estas posibilidades son las que dan lugar a distinguir dos tipos de parodontitis marginal que son:

- A.- La forma localizada, debido a la pérdida de contacto de los dientes o en presencia de una prótesis mal ajustada que prepara el terreno a la infección.
- B).- La generalizada es una de cuyas manifestaciones es el engrosamiento del margen gingival, el cual pierde su adherencia al cuello dental. Las encías sangran fácilmente y están inflamadas al presionar sobre el tejido óseo en su cresta, en dirección perpendicular a la longitud del diente.

Las bolsas parodontales pueden localizarse en el lado mesial o distal del diente pero muchas veces se localizan rodeando totalmente al diente.

Existe gran cantidad de placa supragingival localizada sobre las coronas de los dientes afectados, también existen cálculos adheridos a la raíz, donde alcanzan una consistencia de mayor dureza y aspecto cristalino. Cuando en este pade-

cimiento se encuentran reabsorciones óseas de tipo vertical, se debe a una de las siguientes condiciones;

- 1.- La parodontitis está asociada con algunas enfermedades orgánicas.
- 2.- Efectos de la mala oclusión o algún otro factor local; no hay migración de encía, pero si atrofia lentamente el tejido óseo desde el margen alveolar; uno de los primeros síntomas es la movilidad de los órganos dentarios.

Síntomas y Signos.- Los signos y síntomas de la parodontitis son semejantes a los de la gingivitis. Además debido a la destrucción del margen gingival, dichos signos pueden estar modificados, la bolsa puede ser más profunda, con su base localizada en la superficie del cemento de la raíz, por regla general las bases de éstas bolsas, se localizan por encima de la cresta alveolar denominándosele, bolsas supraóseas y por debajo se les denomina infraóseas. Las bases en los molares y en los primeros premolares superiores, pueden estar localizadas en la superficie de las regiones intrarradicales y se les denomina zonas de bifurcación, también se encuentran cráteres interdetales.

Absceso Parodontal

Es una exaceración aguda de una bolsa parodontal. El concepto usual de la bolsa parodontal, es de un proceso inflamatorio crónico no agudo. Sin embargo, cuando la salida de la bolsa es obstruída parcial o totalmente ya sea por medio de restos alimenticios o algún otro mecanismo, tendremos un absceso parodontal -- agudo.

Clinicamente los abscesos nos dan un aumento o inflamación en el área, el diente presenta una sensibilidad extrema, aún a la menor percusión, algún aumento de temperatura y en situaciones agudas de esta clase el paciente busca tratamiento de emergencia.

Cierto tipo de bolsas parodontales están propensas a la formación de abscesos, son las bolsas infraóseas. También podemos encontrar una bolsa profunda -- con una apertura estrecha marginalmente, que podrá obstruírse total o parcialmente. La bolsa infraósea no sólo por su característica, es una lesión que puede --

ser exacerbada a un proceso parodontal agudo, sino también porque a menudo asumen formas de bisagra. Han sido registradas bolsas en espiral; la bolsa en forma de botella y aún de forma larga y estrecha con dos procesos terminales.

Los dientes con bifurcación o trifurcación, están propensos a este tipo de abscesos.

Si encontramos una inflamación intrarradicular, ésta varía en severidad. - Al principio no son muy serias si se instituye rápidamente la terapia adecuada. - En las bolsas profundas que llegan hasta la raíz, hay un gran crecimiento, también es importante comprobar la vitalidad del diente, porque raras veces, la amputación de una sola raíz puede eliminar la bolsa interradicular.

Absceso Gingival

Es una rareza que aparece cuando las bacterias invaden por alguna rotura de la superficie gingival. Estas soluciones de continuidad se originan durante la masticación, procedimientos de higiene bucal o tratamiento dental. Aunque al principio el surco gingival queda intacto, el absceso se extiende a la profundidad del tejido conectivo, ataca el hueso alveolar y se comunica con el surco. - La resistencia del paciente es un factor de peso, por ejemplo; los pacientes diabéticos no controlados, son susceptibles a los abscesos.

Bolsa Infraósea

Cuando el surco gingival se profundiza por efecto de la enfermedad parodontal, se le llama bolsa. Sin tomar en cuenta la profundidad, el surco gingival es patológico cuando hay grandes cambios inflamatorios en la pared blanda. El término bolsa que da a entender profundidad, tiende a desviar las lesiones incipientes, tales como se producen en la gingivitis. La unión dento gingival enferma debe ser tratada no hay que descuidarla por que la lesión clínica no es específica.

Clasificación de las bolsas infraóseas:

1.- Una pared ósea

- | | |
|------------|-------------|
| (a) mesial | (c) bucal |
| (b) distal | (d) lingual |

2.- Con dos paredes óseas

- (a) bucal-lingual
- (b) bucal-proximal
- (c) lingual-proximal

3.- Con tres paredes óseas

- (a) proximal-bucal-lingual
- (b) mesial-bucal-distal
- (c) lingual-mesial-distal

4.- Cuatro paredes óseas

mesial-distal-lingual-bucal.

Enfermedades Degenerativas Parodontosis

Es un término general que designa la destrucción degenerativa no inflamatoria del parodonto originada en una o más estructuras parodontales, caracterizada por la emigración epitelial y movilidad dentaria con o sin proliferación epitelial secundaria. Es un estado crónico que si no se atiende, termina con la destrucción de los tejidos parodontales y la pérdida del diente.

Características Clínicas.- La parodontosis afecta por igual a ambos sexos y es más frecuente en el período entre la pubertad y la tercera década de la vida.- Cuando aparece en adolescentes o en adultos jóvenes, es más frecuente en el sexo femenino.

Puede atacar el tejido parodontal de todos los dientes o sólo uno. La zona de destrucción de hueso es en los premolares inferiores.

La evolución de la parodontosis puede dividirse en:

Etapa primaria o degenerativa,

Etapa secundaria o inflamatoria

Etapa primaria.- Es caracterizada por la migración y movilidad sin apreciación de inflamación gingival ni apreciación de bolsas. La velocidad de la migración está afectada por la relación de los dientes anteriores.

Etapa secundaria.- Aparición gingival inflamada, formación de bolsas y exudado. Las bolsas tienden a situarse en la cara del diente desde el cual viene migrando. La gravedad de esta fase varía con la naturaleza y distribución de los factores irritativos locales tales como placa microbiana, acumulación de comida, empaquetamientos y trauma oclusal.

Las bolsas generalmente son infraóseas, sin embargo la presencia de éstas, no significa que la enfermedad sea parodontosis, normalmente la parodontosis es básicamente indolora, sin embargo en sus últimas etapas puede ser acompañada por los síntomas descritos en el tipo local de enfermedad inflamatoria destructiva.

Gingivosis

La gingivosis es un padecimiento degenerativo caracterizado por la caída -- del epitelio bucal, a nivel de la encía marginal y la encía insertada, con exposición del tejido conjuntivo subyacente.

El padecimiento afecta primordialmente a la capa basal y puede observarse -- que en la unión del tejido epitelial y el tejido conjuntivo, existe una línea de separación que da por resultado descamación epitelial, que el paciente reporta y asimismo se crea un cuadro clínico en el que él enfermo tiene imposibilidad de -- ingerir alimentos, pues el simple roce al hablar o deglutir les produce molestia.

Los alimentos condimentados o de sabor ácido también producen las alergias -- o ciertos alimentos como el pescado o las frutas, o a los fármacos que producen cuadros semejantes; pero un estudio cuidadoso del paciente, revela que el cuadro alérgico, producen pequeñas vesículas que se encuentran rodeadas de una zona blanca y eritematosa que al desprenderse deja una zona de tejido conjuntivo expuesto, lo que hace que el diagnóstico pueda confundirse, pero las manifestaciones de un estado alérgico no son exclusivamente bucales sino que proporcionan también datos cutáneos que hacen posible la diferencia entre estos padecimientos.

A esta enfermedad se le ha confundido con diferentes padecimientos, por -- ejemplo; gingivo estomatitis descamativa, estomatitis senil, estomatitis menopausica.

La gingivosis sólo se ha observado en niños desnutridos en Italia después -- de la guerra.

La etiología de este padecimiento aún no se establece definitivamente, pero el cuadro patológico mejora sensiblemente con la administración de estrógenos.

Atrofia por Desuso

La reducción de tamaño del parodonto puede ser resultado de la pérdida de la función de esta región que origina cambios cuantitativos y en el hueso soporte, alteraciones cuantitativas en la membrana parodontal y en la encía.

Signos y Síntomas.- En la membrana parodontal, el cemento y la apófisis alveolar se manifiesta la cantidad y la calidad de estímulos funcionales que ejercen sobre el diente.

Estas estructuras sufren ciertos cambios degenerativos cuando ninguna fuerza es transmitida hacia ellos a través de la corona.

Los cambios atróficos que ocurren cuando un diente pierde su antagonista, se caracterizan por el adelgazamiento de la membrana parodontal, los grupos de las fibras principales no están tan bien desarrolladas y orientadas como las que rodean a un diente, que funciona normalmente.

Por lo general hay resorción o descomposición de las trabéculas del hueso de soporte.

Debido a la pérdida del hueso de soporte los espacios medulares aparecen -- más grandes en la radiografía e histológicamente se observa, el reemplazo de hueso con médula ósea grasa. Con la pérdida del antagonista, el diente tiene tendencia a moverse en dirección oclusal.

Generalmente hay oposición de cemento en la raíz, para mantener normal el grosor de la membrana parodontal y la resorción del hueso de soporte, son características de una atrofia.

Trauma Oclusal

Tiene su origen en las fuerzas del movimiento mandibular, ocasiona una percusión dental, capaz de producir lesiones patológicas del parodonto, clínicamente se observa movilidad del diente traumatizado.

A consecuencia de la lesión destructiva del aparato de inserción, ha sido destruido por factores distintos a la oclusión, entonces las mismas fuerzas de la masticación pueden hacerse patológicas, ésto se considera como traumatismo --oclusal secundario.

El trauma por sí sólo no produce bolsas; pero cuando se encuentra asociado a una invasión bacteriana marginal; pueden presentarse bolsas de tipo infraóseo.

La evidencia experimental de que el trauma producido por oclusión no produce gingivitis, no debe generalizarse pues fuerzas funcionales excesivas de ninguna manera afectan el progreso y severidad de estas condiciones una vez que están empezando. La irritación o gingivitis requiere irritantes locales y no traumas. La expansión de la inflamación gingival, es acelerada y el camino puede ser alterado por fuerzas excesivas que producen los cambios destructivos en los tejidos de soporte.

Cuando ocurre la gingivitis por desarmonía oclusal junto con una forma irritativa local la cual inició la inflamación gingival, está también presente.

Cuando los factores etiológicos locales en enfermedades parodontales, son reducidos a un común denominador, se demuestra que la destrucción local de tejidos en enfermedades parodontales, puede ser explicado en un proceso básico activado sólo o acompañado, estos procesos son inflamaciones gingivales y fuerzas --funcionales excesivas. Se ha establecido que los cambios producidos por irritantes tales como alimento, cálculos etc., difieren su naturaleza y localización de los producidos por fuerzas funcionales excesivas.

CAPITULO IV

Instrumental Parodontal Clasificación y Afilado

Técnicas Quirúrgicas en General

La cirugía se define como: parte de las ciencias médicas que comprende el estudio y tratamiento de las enfermedades que en forma más ordinaria se requiere una intervención operaria o manual.

Etimológicamente viene de las palabras griegas Kheir-mano y Ergon-obra.

La cirugía puede considerarse como un medio terapéutico de urgencia, como recurso profiláctico, como restauradora de las funciones orgánicas, como agente-corrector de la morfología, como reparadora de pérdida de tejidos o en su aspecto conservador y mutilador.

La intervención quirúrgica consta de:

- 1.- Diéresis o incisión
- 2.- Operación propiamente dicha.
- 3.- Síntesis o sutura.

El trabajo del cirujano implica necesariamente hacer una solución de continuidad en los tegumentos o mucosas del sujeto operado, esta solución de continuidad, llamada incisión rompe las barreras naturales de defensa del organismo. Si no se siguiera un método para evitar la invasión del organismo por gérmenes y elementos extraños en esa brecha recién abierta el procedimiento probablemente ocasionaría más daño que beneficio.

El avance de todas las ciencias y en especial la microbacteriología, beneficiaron notablemente a la medicina con la intervención del concepto de esterilización. Al aplicarse este concepto en cirugía, se ha perfeccionado para mantener esterilizado todo aquello que hace el cirujano. Esta técnica vigila desde el polvo del ambiente; y principalmente manos, ropa, materiales e instrumentos.

Para que la esterilización sea correcta, deberá haber una Asepsia y Antisépsia.

Asepsia proviene del griego Alfa-privativa y Sepsis-Podredumbre y significa ausencia de materia séptica o estado libre de infección y Antisepsia, es el conjunto de métodos que se utilizan para destruir los gérmenes patógenos.

El instrumento que más se utiliza en la incisión, es el bisturí el cual tiene tres formas de utilizarlo.

- I.- Como cuchillo de mesa
- II.- Como lápiz
- III.- Como arco de volán,

La toma en forma de lápiz se usa para cortes pequeños, ya que el movimiento lo ejecuta la muñeca, las otras dos tomas se utilizan para cortes más largos, ya que el movimiento lo lleva a cabo el codo.

El movimiento de corte del bisturí deberá ser:

- a) De izquierda a derecha
- b) De lejos a cerca
- c) De arriba a abajo.

El bisturí siempre deberá cortar en ángulo de 90 grados con respecto a la piel para permitir que en el momento de la sutura los bordes de afrontamiento -- sean iguales de modo que pueda realizarse un restablecimiento completo de las relaciones anatómicas con integridad funcional,

Una buena incisión deberá ser de un sólo trazo, perpendicular a los tegumentos, por deslizamiento y no por presión, con la amplitud, dirección y forma necesaria, a la profundidad requerida y de ser posible que tenga apoyo óseo.

Operación.- Es la parte de la intervención quirúrgica en la cual se llevará a cabo el procedimiento planeado, el motivo por el cual se está realizando la -- operación.

Diéresis.- Es la incisión para empezar la intervención.

Síntesis.o sutura.- Sutura se deriva del latín sutum suere o coser.

Se da el nombre del cosido quirúrgico que se practica en los bordes o extremos de una solución de continuidad, con el fin de mantenerlos unidos, en tanto -

se obtiene la cicatrización. Para hacer la sutura el cirujano utiliza una aguja e hilo,

Las agujas se clasifican tomando en cuenta sus tres partes básicas de su forma.

La punta de la aguja puede ser de bordes cortantes o sección triangular, cónica o redonda y de trocar en punta de lanza.

Según el cuerpo de la aguja hay: curva, recta o semicurva.

Según el ojo de la aguja o forma de inserción del hilo, aguja de ojo simple, acanalado, aguja de ojo automático, aguja atraumática (sutura previamente colocada por presión mecánica).

La elección de las agujas se debe regir por lo siguiente:

La aguja no debe ser más larga ni más fuerte de lo necesario.

La aguja curva siempre se manejará con portaagujas,

La aguja recta y la semicurva se manejan con la mano como lo hacen los sastres.

La aguja curva se usará en los planos profundos y la recta en los planos superficiales y de fácil acceso.

En cuanto al hilo, se divide en dos grupos en material absorbible y en material no absorbible.

Los absorbibles son aquéllos que pueden ser absorbidos o digeridos durante el proceso de cicatrización,

Los no absorbibles no se afectan por la acción orgánica de fagocitosis y permanecen en el organismo a menos que sean retirados.

Entre las suturas absorbibles la más usada es el catgut quirúrgico, a pesar del nombre es fabricado con intestino de carnero o hilo esterilizado. Se emplea para ligaduras suturas o drenajes,

El catgut es el que se impregna de varias sustancias como sales de cromo, yodo o formaldehído para darle mayor resistencia.

Las suturas no absorbibles se fabrican principalmente de seda de fibra de políester, lino, algodón, nylon, metal, cerdas de caballo. Probablemente las más toleradas son las fibras de políester, seda y algodón y metal.

La elección de la clase de sutura depende de varios factores: clase y consistencia de los tejidos a coaptar a la necesidad de lograr una unión perfecta, a la presencia o ausencia de infección al tipo de herida y del lugar y profundidad de la sutura.

INSTRUMENTAL CLASIFICACION Y AFILADO

Los instrumentos parodontales están diseñados para limpiar cualquier superficie de los dientes con el menor esfuerzo posible, cada uno está diseñado para un trabajo específico y se pueden dividir en tres grupos:

- 1.- Para remoción de irritantes subgingivales y coronales.
- 2.- Procedimientos quirúrgicos.
- 3.- Ajustar interferencias oclusales.

Clasificación de sondas parodontales y pinzas marcadoras.

Se usan para la localización de bolsas parodontales, marcan las bolsas y determinan el curso que lleva ésta sobre la superficie del diente.

Exploradores

Localizan depósitos en la superficie del diente.

Raspadores Superficiales

Se utilizan para la remoción de cálculos supragingivales.

Raspadores Profundos

Remueven cálculos subgingivales.

Azadas. -Se usan para el alisamiento de superficies radiculares.

Curetaje -Son para la remoción de la superficie interna de la pared de la bolsa y la adherencia epitelial y también para alisar superficies radiculares.

Instrumentos Ultrasonicos. - Para el raspaje y limpieza de superficies dentarias y curetaje de la pared gingival de las bolsas parodontales.

Instrumentos Parodontales Quirúrgicos

Instrumentos Para Limpieza y Pulido

Taza de goma, cepillos de cerda, portapulidores y tira de papel para limpiar y pulir las superficies dentarias,

Cada instrumento está formado por tres partes: hoja, cuello, mango.

La hoja es la parte activa o de trabajo, el mango donde se toma el instrumento y cuello unión entre mango y hoja.

Sondas Parodontales

Se usan para medir la profundidad de las bolsas y determinar las formas de ellas. El instrumento consta de una hoja en forma de varilla troncocónica calibrada con marcas cada milímetro y su punta es redondeada.

Para medir una bolsa se introduce la sonda con presión firme y suave hasta el fondo de la bolsa, siguiendo el eje mayor del diente.

Esto se hace en cada superficie del diente para conocer el curso de la bolsa.

Pinzas Marcadoras de Bolsas

Es un instrumento doble, tiene forma parecida a las pinzas de curación. Una punta es aguda y está doblada en ángulo recto, la otra punta es roma y arqueada para adaptarse al contorno del diente.

Para marcar una bolsa se alinea la punta roma con el eje mayor del diente y se introduce hasta el fondo de la bolsa, se presionan los extremos hasta que se unen. El punto sangrante nos indica el fondo de la bolsa, así se marcan los puntos necesarios para seguir el curso de la bolsa.

Exploradores

Son instrumentos delicados. Uno de ellos tiene forma de hoz en (s) con una curvatura en ángulo recto. Se usan para localizar los depósitos subgingivales antes de raspar y para comprobar si el tratamiento ha sido efectivamente.

Raspadores Superficiales

Es un juego de tres raspadores con doble extremo para quitar depósitos supragingivales. Es un raspador universal con dos hojas en la misma línea con el mango o cuello angulados. Hay en forma de hoz con lados planos y trapezoidal.

Para evitar hacer muescas en los dientes, estos instrumentos se usan en una angulación de 90° grados respecto a la superficie dentaria. El borde cortante toma el cálculo supragingival a la altura de la cresta del margen gingival y desprende el cálculo con un movimiento firme y seguro hacia la corona. Esto se repite hasta que se hayan eliminado los cálculos.

Raspadores Profundos

Se utilizan para la remoción de depósitos profundos, son más finos que los raspadores superficiales y proporcionan accesibilidad en las bolsas profundas -- con un mínimo de traumatismo en los tejidos blandos, tiene dos hojas en forma de hoz o de uña, con una superficie interna cóncava. La angulación de la hoja permite accesibilidad en cualquier zona de la boca.

Para utilizarlo se introduce la hoja hasta la profundidad de la bolsa formando un ángulo menor de 90° grados con respecto al diente. Se toma el cálculo subgingival y se desprende con un movimiento firme hacia la corona.

En las superficies vestibulares y linguales se introduce la hoja dentro de la bolsa con una punta redondeada hacia apical y la hoja contra la superficie dentaria y se jala hacia la corona; también se puede utilizar para desprender la adherencia epitelial y alisar la superficie radicular.

Azadas

Se usan para alisar y pulir superficies radiculares, elimina restos de cálculo y cemento ablandado. Son instrumentos dobles que proporcionan acceso a todas las superficies radiculares, la hoja tiene una angulación de 90° grados, la parte posterior es redondeada y tiene un espesor mínimo para permitir un acceso profundo sin que interfieran los tejidos adyacentes.

Se introduce la hoja hasta la base de la bolsa de modo que haga contacto en dos puntos con el diente, esto previene que haya muescas en la raíz, se hace un movimiento firme hacia la corona tratando de conservar los dos puntos en contacto durante el trayecto con bisel de 45 grados.

Las azadas de Mc Call tienen la misma punta sólo que el cuello tiene diferente angulación con respecto al mango,

Cinceles

Están diseñados para superficies proximales de dientes demasiado juntos, por lo general se usan en dientes anteriores. Son instrumentos de doble extremo con un cuello curvo y uno recto, el borde cortante es recto y tiene bisel de 45 grados.

Se introduce desde la superficie vestibular, la curva de la hoja se hace que se establezca contra la superficie proximal y el borde cortante toma el cálculo sin hacer muescas en el diente. El costado de la hoja se mantiene apoyando con firmeza contra la raíz y el instrumento se usa empujando hacia lingual.

Curetas

Son instrumentos con hojas finas para las paredes blandas de las bolsas parodontales para eliminar la adherencia epitelial, el tapiz interno, eliminar fibras parodontales y defectos óseos y alisar paredes radiculares.

Las curetas tienen forma de cuchara, la superficie exterior es redonda, la hoja se introduce hasta el fondo de la bolsa parodontal y se mueve hacia la corona. Para impedir que la bolsa se separe de la cureta, se ejerce presión suave sobre la superficie externa, el borde cortante del otro lado de la hoja se puede usar para alisar la superficie radicular.

Para eliminar la adherencia epitelial, la cureta se introduce con la punta apical apoyándose en el fondo de la bolsa. Se ejerce una suave presión vertical para empujar la punta dentro de la zona de la adherencia y se mueve a lo largo del fondo de la bolsa.

También se usará remoción parcial de la papila interdientaria; se introduce

el instrumento por un costado de la papila y se pasa a través de ella para quitar la cantidad deseada de tejido,

Las curetas de Gracey es un juego de curetas adecuadas para la mayoría de las necesidades, con angulaciones diferentes del cuello con respecto al mango.

Limas

Es un instrumento en desuso. Se utilizó para raspar y alisar las raíces, pero ya no se usa porque dejaba estrías y rugosidades sobre la superficie del diente.

Instrumentos Quirúrgicos

Azadas Quirúrgicas

Tiene una hoja aplanada en forma de cola de pescado con una convexidad pronunciada en u porción terminal. Se usa para desprender las paredes de las bolsas - después de la incisión de la gingivectomía para alisar superficies radiculares -- accesibles.

Bisturís Parodontales

Tienen extremos dobles para gingivectomía y otras cirugías. Las hojas tienen forma de raspador unidas a cuellos angulados. Toda su superficie es de borde cortante formado por la unión de la superficie externa y la interna su punto es alargado para un mayor acceso,

Interdent.

Tiene extremo doble que sirve para eliminar tejidos interdentarios durante la gingivectomía. También se usa para colgajos paradontales y para incidir la pared interna de bolsas infraóseas.

Bisturís de Orban # 1 y 2

Son hojas lanceoladas unidas al mango por un cuello angulado, la hoja tiene dos bordes cortantes formados por la unión de la superficie externa redondeada y

la interna plana. Los bisturís de Buck son de forma lanceolada y los de Monahan Lewis tienen hojas intercambiables.

Instrumentos Quirúrgicos de Kirkian

Es un juego de instrumentos diseñados para la gingivectomía el 12k, 13k, 14k, están diseñados para remover tejido enfermo después de la incisión y limpieza de raíces.

Los instrumentos del 2k al 8k y del 17k al 22k, dan acceso a todas las superficies dentarias para la eliminación de depósitos y el aislamiento de las raíces.

Los bisturís 15k y 16k, son instrumentos pares, consisten en una hoja delgada aplanada unida por un cuello angulado, el borde externo elíptico y el interno recto.

El elevador perióístico 24g se utiliza para diferentes cosas, tiene extremo redondeado y hojas rectas.

Las tijeras se usan en cirugía parodontal para eliminar lenguetas de tejido durante la gingivectomía, recortan los márgenes de colgajos, agrandan incisiones en abscesos parodontales y eliminación de inserciones musculares. Las tijeras - 25G con mango curvo y hoja biselada, curva con estrías y tijeras curvas rectas.

Los aspiradores son indispensables en los procesos parodontales. La cánula de Frazier # 3 es simple y su forma y tamaño permite el acceso a todas las zonas. Sirve para eliminar tejido y los residuos atrapados.

Instrumentos Para Limpieza y Pulido

La taza de goma es una pieza hueca con estrías en su interior, se usan en la pieza de mano con un contraángulo para profilaxis.

Existen muchas pastas limpiadoras que se tienen que mantener húmedas para evitar el calentamiento, tenemos que usar la taza con moderación para evitar quitar la capa de cemento que cubre la zona cervical.

El portapulidor es un instrumento diseñado para sostener una punta de madera con pasta pulidora,

Los cepillos de profilaxis son de dos formas, uno en forma de rueda y otro en forma de taza. Se utilizan en el contraángulo con parte pulidora. Las cerdas de estos cepillos, son muy duras y debe utilizarse sólo en la corona para evitar lesiones al cemento.

La tira de papel se utiliza para pulir superficies interproximales con porta pulidora. Se introduce la tira de papel con pasta y se activa vestibulo-lingualmente, teniendo cuidado de no dañar la encía. Posteriormente se lava la zona para eliminar restos de pasta que se quedó.

Instrumentos Electroquirúrgicos

La electrocirugía es el uso de corriente eléctrica de alta frecuencia para quitar tejido o destruirlo.

La corriente se aplica sobre los tejidos por medio de un electrodo activo, para completar el círculo se usa una placa conductora de metal o goma metalizada, con electrodo pasivo con contacto con el paciente.

Existen varias formas de electrodos según la necesidad, hay esféricas, agujas, diamante, aguja curva, asa elíptica y asa circular.

La disección es la deshidratación celular de penetración producida por un electrodo,

La electrocoagulación es la deshidratación y coagulación del tejido y hemostasis,

Fulguración es la deshidratación superficial y carbonización de tejido producido por la colocación de un electrodo único encima de la superficie del tejido.

La electrocirugía se utiliza para eliminar el tejido gingival que cubren los márgenes de lesiones de caries,

Indicaciones.- Elimina agrandamientos gingivales y gingivoplastias en trata-

miento de abscesos parodontales agudos, para hemostásis, para eliminar inserciones de frenillos.

Contraindicaciones.- La electrocirugía puede dañar el tejido óseo si se usa cerca de él, por lo que no debe usarse para tratamiento de bolsas infraóseas, -- operaciones por colgajo o cirugía mucogingival.

Uso y Cuidado de Instrumentos

Se tendrá una zona de limpieza, esterilización y conservación de los instrumentos y materiales quirúrgicos. Todos los instrumentos utilizados se sumergen en una solución de detergente, se frota con un cepillo duro, se enjuagan y se secarán antes de introducirlos al autoclave. Si no se limpian adecuadamente, los instrumentos van acumulando una película que impide la esterilización completa.

El calor seco es la mejor forma de esterilizar por no oxidar ni dañar el filo de los instrumentos.

Afilado de Instrumentos

Para el buen funcionamiento de los instrumentos debemos mantenerlos bien afilados.

La hoja de un instrumento tiene dos bordes cortantes. Cada hoja está formada por la unión de dos superficies. El borde cortante es la superficie activa del instrumento. El borde debe estar liso y suave de lo contrario el instrumento debe afilarse. El afilado consiste en cortar o desgastar las superficies que forman el borde de la hoja hasta que se restaure el borde cortante.

Al afilar es importante restaurar el borde cortante sin deformar los ángulos originales del instrumento, el asentamiento es la fase final, se utiliza una piedra para dar el terminado. El afilado se realiza con piedras de granos según sea la necesidad.

Las piedras de afilar consisten en masas de cristales diminutos, que son las puntas cortantes. Las piedras de grano grueso cortan más rápidamente, las que -

se utilizan son las piedras tipo rubí de corte rápido que se utiliza para el afilado preliminar y la piedra de Arkansas, es una piedra fina para obtener el terminado.

Las piedras se dividen en dos grupos según su forma de uso.

Piedras Montadas.- Se usan en una pieza de mano, son de forma cilíndrica en varios tamaños, de rubí y Arkansas.

Piedras no Montadas.- Piedras planas, son piedras rectangulares de diferentes granos, son planas o de cuatro canales de diferente tamaño.

Piedras de Mano.- Piedras que se sostienen en la mano y se activan manualmente durante el afilado. Son cilíndricas y piramidales.

Principios del Afilado

- 1.- Establecer el ángulo apropiado entre la piedra y la superficie que se va a desgastar,
- 2.- Reducir toda la superficie evitando crear un nuevo bisel.
- 3.- No inclinar la piedra.
- 4.- Lubricar la piedra cuando se afile para evitar el calentamiento.
- 5.- Evitar la presión excesiva que calienta el borde,
- 6.- Afilarse al primer signo de embotamiento,
- 7.- Eliminar las rebabas, bordes, rugosos, mediante el asentamiento suave de la superficie no biselada,

Forma de Afilar los Instrumentos

Raspadores Profundos

Se pueden afilar de dos formas usando una piedra montada, el instrumento sostiene con presión palmar, con la superficie cóncava (interna hacia arriba y la punta hacia el operador, En la otra mano la pieza de mano con presión palmar, el pulgar, el pulgar se apoya con firmeza.

Se puede utilizar una piedra de rubí lubricada con agua o una piedra de Ar--

kansas lubricada con aceite. Se hace girar lentamente la piedra colocada en la superficie interna de la unión de la hoja con el cuello y se lleva lentamente hacia la punta hasta sobrepasar el instrumento afilando los dos bordes simultáneamente.

Con la piedra de mano es necesario estabilizar el instrumento sosteniéndolo en una hendidura en el borde de un pequeño taco de madera sujetando con un tornillo. El instrumento se coloca con la superficie cóncava interna hacia arriba paralelo al piso, la piedra se coloca sobre la superficie interna donde se une con el cuello y se mueve de adelante hacia atrás en movimiento de vaivén hasta llegar a la punta. Se puede utilizar la piedra de carborundo 309 y para finalizar la piedra de Arkansas cilíndrica,

Para eliminar las rebabas, se invierte el instrumento en el taco de afilado y se gira levemente de modo que la superficie externa de la hoja se mueva con suavidad hacia el borde cortante para eliminar las proyecciones filamentosas.

Las rebabas también se pueden eliminar mediante una piedra plana acanalada, se sujeta la piedra sobre una superficie plana con los canales perpendiculares al operador.

El instrumento se coloca en el canal adecuado y se empuja hacia adelante y atrás con la superficie externa hacia el canal,

Remodelado de la hoja; cuando la hoja ya a sido afilada varias veces, ésta se aplana desproporcionalmente. Se tiene que restaurar mediante el desgaste de la parte externa de una piedra montada,

Raspadores Superficiales Forma de Hoz.- Estos se afilan de la misma manera que los raspadores profundos, conservando la angulación de la superficie interna y externa de la hoja,

Raspadores de Jaquette

En este instrumento son dos bordes cortantes los que se tienen que afilar, el instrumento se coloca sobre un taco de manera con la parte interna paralela al piso por la superficie interna se mueve hacia atrás y adelante una piedra de mano plana.

Azadas

Las azadas se afilan con una piedra plana, el instrumento se coloca con el bisel plano contra la piedra. Una mano controla el ángulo y la otra presiona -- uniformemente contra la piedra, se mueve la hoja a través de la piedra describiendo un ocho,

Tendremos que redondear los ángulos agudos de cada extremo del borde evitando dañar la encña en el momento que la usemos. Para esto, sostenemos la azada con la hoja frente a nosotros y la frotamos contra la superficie de una piedra de Arkansas con un movimiento circular.

Cinceles

Se afilan con una piedra plana de Arkansas, se sostiene el instrumento con presión en forma de lápiz, el instrumento se empuja lentamente hacia adelante -- sin alterar el ángulo, las rebabas se eliminan con una piedra de Arkansas plana colocando las superficies no biseladas contra la piedra.

Curetas

Se afilan con piedra montada Mayo número siete, el instrumento se sostiene con presión palmar, la piedra se mueve lentamente y se pasa sobre la superficie interna desde el cuello hasta la punta, las superficies laterales se biselan con una piedra de Arkansas plana,

Bisturfs Parodontales

La mayoría de los bisturfs se afilan sobre una piedra plana o una piedra rotatoria cilíndrica.

Los bisturfs que se afilan con una piedra plana de Arkansas son los que tienen tres superficies que afilar por ejemplo: el 20G y el 21G,

El instrumento se sostiene con presión palmar y se coloca sobre la piedra con la angulación adecuada al bisel. Los dedos de la mano izquierda se colocan sobre el instrumento a la altura del cuello, para afilar el borde externo se empuja de derecha a izquierda con un movimiento semicircular amplio y se invierte la hoja repitiendo del otro lado también,

Para el borde interno y el posterior se desliza el instrumento longitudinalmente. También se puede afilar con una piedra rubí # 9, sosteniendo el instrumento con presión palmar con la hoja frente al operador. La piedra se gira lentamente, se pasa a lo largo de cada superficie hacia la punta usando el pulgar como pivote.

Renovación del Filo

Esto se logra con una rueda de fieltro duro y abrasivo de óxido metálico. Es rápido y prolonga la vida de los instrumentos porque produce un desgaste mínimo. Los bordes desafilados, se afilan primero con piedras con la finalidad de aprovechar las ruedas de fieltro,

La forma de usarse es colocando un compuesto de óxido metálico por ejemplo: el trióxido de cromo, sobre la rueda de fieltro rotatoria montada en el torno del laboratorio. El instrumento se sostiene con el pulgar e índice de ambas manos y se apoya suavemente, la rueda debe girar hacia afuera del borde cortante.

Cuidado de las Piedras de Afilar

Las piedras de rubí se lubrican con agua y se lavan con agua y jabón y un cepillo grueso. Las piedras que se lubrican con aceite se lavan con gasolina. Las piedras de Arkansas nunca deben estar secas siempre han de estar cubiertas por una capa de aceite.

Usando la superficie de las piedras uniformemente se evitará la formación de surcos que causan errores en el afilado, para remodelar las piedras, se utiliza un disco de Joe Dandy.

CAPITULO V

Diagnóstico Pronóstico y Plan de Tratamiento

Para determinar de que tipo de enfermedad se trata y las características -- clínicas precisas del proceso patológico de determinado paciente, el odontólogo ha de llevar un exámen exhaustivo. Los signos de la enfermedad parodontal son -- tan variados y complejos como sus posibles causas. Aparecen junto con otras enfermedades bucales y se superponen a la estructura intrínseca y funcional específica del paciente. Por ello cada persona y cada boca son diferentes de una persona a otra. Al realizarse el exámen se establece el plan de tratamiento, es necesario que el odontólogo tome en cuenta al paciente así como a la cavidad oral. No se puede encasillar a un paciente como un caso típico y proceder al tratamiento según rutinas ya establecidas. Hay que considerar que el tratamiento debe -- ser tan individual como lo es el paciente. La mayoría de los casos de parodontitis es diferente. Una entidad patológica contiene características comunes. Las manifestaciones son diferentes en cada paciente portador de la enfermedad.

Relación entre paciente y profesional.- Una forma de aprovechar mejor la -- relación que se va a entablar, es observar con detenimiento la forma de contestar del paciente. Mucho se revela por la elección de las palabras que dice el -- paciente al contestar, el tono de voz, la expresión facial y los movimientos que realiza mientras contesta las preguntas. Estas reacciones tienden a exagerarse -- en el consultorio dental, porque la odontología representa una situación tensa -- para muchos pacientes.

Mientras el dentista observa al paciente, hay la posibilidad que el pacien -- te esté haciendo lo mismo. Por eso hay que llevar la entrevista de manera tranquila y segura. Para que la relación sea de confianza mutua y empezar de inme -- diato el exámen bucal más a fondo.

Principios Generales de Cirugía Parodontal

El tratamiento parodontal es fundamentalmente instrumental y como tal, pue -- de considerarse quirúrgico, Sin embargo tradicionalmente se ha dicho que el tra -- tamiento quirúrgico es aquél que incluye incisión y desprendimiento de tejidos -- blandos. El tratamiento por medio del raspaje es considerado como tratamiento --

conservador. El curetaje de la pared blanda de la bolsa ocupa una posición intermedia.

Indicaciones de la Cirugía Parodontal

- 1.- Eliminar la bolsa parodontal, para esto tiene que actuar sobre tejidos blandos exclusivamente, en el caso de bolsas supraóseas y sobre tejido blando y tejido óseo en el caso de bolsas infraóseas.
- 2.- Corregir algunas condiciones de los tejidos que favorecen la recidiva de las lesiones parodontales.

Anestesia

Se opera bajo anestesia local o regional en el consultorio dental. En casos especiales se opera bajo anestesia general y de preferencia en un ambiente hospitalario.

La anestesia regional se usa especialmente en sectores posteriores inferiores y siguiendo la técnica común. La anestesia local infiltrativa, se da en el surco vestibular vecino al diente a tratar y a veces también en papilas a fin de obtener un campo más blanco.

Hemorragias Operatorias

Durante la intervención quirúrgica parodontal se cohibe la hemorragia comprimiendo con gases. Es importante además el uso de un aspirador de sangre y líquidos de la cavidad oral.

Apósitos Parodontales

El posoperatorio de la cirugía parodontal mejoró desde la introducción de los apósitos de cemento quirúrgico. Estos son básicamente óxido de zinc y eugenol con algunos elementos modificadores. Se espatulan hasta una consistencia de migajón y se colocan en la boca donde se endurecen y ayudan a la cicatrización de la herida.

Eliminación de la Bolsa Parodontal

La eliminación de la bolsa parodontal es la clave del tratamiento parodontal total.

En el tratamiento de las bolsas parodontales, la meta es la eliminación total; la reducción parcial de la profundidad de éstas, no es compatible con el parodonto sano.

Toda bolsa parodontal lleva en forma inexorable, aunque con velocidad variable, hacia la pérdida del diente. Esto se debe a que la bolsa crea un área imposible de limpiar con los elementos de higiene disponibles. Se podría aceptar la persistencia de un surco gingival profundo sólo si se le pudiera mantener libre de placa.

Métodos Para Eliminar la Bolsa

- 1.- Reinserción de una pared blanda contra la superficie del diente obteniéndose así una restitución integral del parodonto marginal sin pérdida de inserción parodontal. Esta es por supuesto el resultado ---- ideal del tratamiento.
- 2.- Por eliminación de la pared externa de la bolsa, lo pueda obtener por:
 - a) Retracción de la misma, al resolverse el proceso inflamatorio que la ocupa. Se obtiene este resultado con las técnicas de raspaje y curetaje.
 - b) Eliminación quirúrgica de la pared gingival de la bolsa. Se obtiene con la técnica de gingivectomía.
 - c) Desplazamiento apical de la pared de la bolsa. Se obtiene mediante la técnica de colgajo.
- 3.- Por eliminación de la pared dura de la bolsa, o sea la redectomía o la extracción dentaria. Cuando los otros métodos no son posibles, debe recurrirse a la extracción parcial o total del diente, a fin de -- eliminar la infección que representa la bolsa parodontal.

Comenzando de la siguiente manera

- 1.- Ficha de identificación
- 2.- Molestia principal
- 3.- Historia médica
- 4.- Historia dental.

Ficha de identificación

Es importante que tenga los datos necesarios para propósitos de estadística médica.

Cuando el interrogatorio sea indirecta o se ponga en duda la veracidad de los datos recogidos, se anotará la constancia respectiva junto al título del interrogatorio.

Nombre, edad, sexo, estado civil, lugar y fecha de nacimiento, lugar donde radica, teléfono, ocupación, estudios realizados.

Molestia Principal

Motivo de la visita, ¿siente dolor (incomodidad u otra molestia?, muchas veces el paciente se presenta con una urgencia, dolor, hemorragia o hinchazón. En estos casos, se atenderá la urgencia tan pronto como se determine su localización y su origen. Si no hay contraindicaciones médicas o precauciones que tomar, se pospondrá la entrevista.

Historia Médica

Con respecto a nuestro medio es de utilidad conocer las enfermedades más frecuentes en determinadas regiones del país.

Así tenemos que en Tampico son muy frecuentes las alergias; en Xochimilco, Oaxaca y Chiapas el Bocio (aumento de volumen parcial o total de la glándula Tiroides), en Sinaloa, Guanajuato los abscesos hepáticos; en lugares donde se estanca el agua ya sea en ríos o lagunas el paludismo; en Aguascalientes la fluorosis.

El estado civil es el origen en muchas ocasiones de conflictos emocionales graves.

La historia médica se llevará a cabo en el siguiente orden:

- 1.- Antecedentes hereditarios familiares.
- 2.- Antecedentes personales no patológicos.
- 3.- Antecedentes personales patológicos.
- 4.- Padecimiento actual.
- 5.- Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- 6.- Exploración física.

- 7.- Exámenes de laboratorio.
- 8.- Diagnóstico.
- 9.- Pronóstico.

Antecedentes heredo-familiares

Frecuentemente proporciona una explicación más fiel del estado real del enfermo, que el mismo padecimiento actual, los antecedentes tanto familiares como personales, son la mejor biografía patológica del individuo, estos antecedentes facilitan el diagnóstico y permiten preveer la evolución y la respuesta del tratamiento.

Los padecimientos que más interesan son los que tienen carácter hereditario bien demostrado o los que traducen tendencia familiar definida a un cierto tipo de patología.

Se estudiará el ambiente humano en el cual se ha desarrollado y vive el enfermo. Información acerca de: ambiente familiar, historia marital del cónyuge y de los hijos. Se interrogará acerca de la ocurrencia en la familia de enfermedades tales como: Sífilis, fiebre reumática, tuberculosis, diabétes, obesidad, cardiopatías, hipertensión arterial, alérgias, traumatismos e infecciones durante el embarazo.

La diabétes mellitus es una de las enfermedades con frecuencia hereditarias más importantes, primero por su frecuencia y segundo porque se acompaña siempre de lesiones bucáles y dentarias que son muy precoces.

Las enfermedades hemorrárgicas, con sus características peculiares de transmisión (hemofilia), constituyen un grupo que tiene intereses prácticos por el riesgo de sangrado de los pacientes.

La obesidad se puede clasificar así:

- Grado 1,- 5 kilos más del peso normal
- " 2,- 5 a 10 kilos más
- " 3,- De 10 a 15 kilos más
- " 4,- De 15 kilos en adelante,

Se toma como referencia el peso que tenía el paciente a la edad de 20 años. Si es una persona menor de 20 años se relaciona el peso con la estatura.

Antecedentes personales no Patológicos

Aquí se analizará la historia social y parte de la historia económica del paciente.

Habitación, ventilación e iluminación, hacinamiento, promiscuidad y sanitarios.

Alcoholismo, tabaquismo, otras toxicomanías.

Hábitos de nutrición (Ingesta suficiente o insuficiente, balanceada o no). - Si practica algún deporte, malos hábitos e higiene bucal y general.

Antecedentes Personales Patológicos

Se investigarán cuidadosamente los antecedentes de enfermedades; sarampión, varicela, rubiola, escarlatina.

Antecedentes quirúrgicos; fechas de ellas si fueron de urgencia o electivas.

Antecedentes traumáticos; características, fechas, secuelas.

Antecedentes transfusionales; fecha, lugar, cantidad,

Antecedentes de inmunización; fecha de la aplicación de vacunas.

Antecedentes medicamentosos; se hace por el abuso de automedicación, ver si hay alérgias.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos, número de embarazos, abortos, partos prematuros.

Padecimiento Actual

En casos que exista una enfermedad en evolución (cardiopatía, diabétes, infección crónica), en el momento de la consulta odontológica, es indispensable obtener un pequeño resumen que incluya el tratamiento y los medicamentos que estén tomando actualmente.

Forma del principio evolución cronológica y estado actual,

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Aporta datos y medios para hacer medicina preventiva al mostrar anomalías de órganos sanos en apariencia, pero al ser investigados de manera intencionada, pueden proporcionar síntomas incipientes de otro padecimiento.

Aparato Digestivo

Apetito, alteraciones en este, cualitativamente y cuantitativamente; en niños, succión y deglución, masticación, disfagia, aerofagia, tránsito esofágico, intolerancia cualitativa a los alimentos, náuseas, vómitos, eructos, regurgitaciones.

Tránsito intestinal, dolores abdominales, localización, intensidad, duración, horario y relación con las comidas.

Evacuaciones; número, diarrea sus características; bien formada, duras, blandas, expulsión de parásitos.

Aparato Cardiovascular

Disnea, dolor y opresión precordiales, averiguar las circunstancias que condicionan su aparición, sus irradiaciones.

Se investigará la presencia de edema en miembros inferiores, la época de iniciación, su progresión, presencia de palpitaciones en región precordial o en el cuello, si son rítmicas o arrítmicas taquicardíacas, o bradicardíacas.

Investigar los diversos síndromes venosos. las extremidades inferiores: várices, flebitis.

Aparato Respiratorio

Permeabilidad nasofaríngea; amigdalitis y faringitis, disfonía, disnea postural y paroxística.

Tos: características, factores que la precipitan o que la acompañan, seca o productiva.

Epistaxis, paroxismo

Aparato génito-urinario

Diuresis aproximada en 24 horas. Polluria, polaquiuria, nicturia, hematuria, disuria, caracteres del chorro, ritmo, sedimento urinario, Pluria; dolor lumbar y características, antecedentes cálculosos.

Menarca, edad, ciclo menstrual, abundancia características de la menstruación. Cuando inicio su vida sexual activa, embarazos, gestación, paridad, abortos.

Sistema Endócrino

Astenia, poliuria, adelgazamiento (si hay datos de diabétes),

El hiperparatiroidismo provoca resorción de hueso y de la lámina dura.

Sistema Hematopoyético

Sangrado anormal, epístaxis, gingivorrágias, sangrado prolongado de heridas.

Este grupo de preguntas permite identificar las anemias y las enfermedades hemorrágicas que son de interés al odontólogo.

Sistema Nervioso

Convulsiones, motilidad, temblores, parálisis, atrofias, sensibilidad, transtoros de la marcha.

Se considerará una persona nerviosa aquélla que tiene los músculos maseteros tensos, si aprieta los dientes.

Estudio Psicológico

Personalidad, actividad, memoria, sueños, depresiones, manías, adaptabilidad, angustia.

Antecedentes Médicos

- ¿ Tuvo urticaria alguna vez ?
- ¿ Existen medicamentos que no pueda tomar porque es alérgico a ellos ?
- ¿ Es usted alérgico a la penicilina ?
- ¿ Fue internado en un hospital ?
- ¿ Recibió una transfusión de sangre ?
- ¿ Ha estado en cama por enfermedad más de una semana ?
- ¿ Le dijo el doctor en alguna ocasión que estaba enfermo del corazón ?
- ¿ Tuvo un ataque cardíaco ?
- ¿ Sufrió alguna vez fiebre reumática ?
- ¿ Llegó a sangrar demasado o durante más de dos días, después de la extracción de un diente o de algún otro tratamiento dental ?
- ¿ Tuvo presión arterial alta alguna vez ?
- ¿ Sufrió anemia, pérdida de sangre, falta de sangre ?
- ¿ Tuvo tuberculosis ?

- ¿ Vivió alguna vez con un tuberculoso ?
- ¿ Tuvo alguna ocasión ataques epilépticos o convulsiones ?
- ¿ Se desmayó alguna vez ?
- ¿ Se enfermó alguna vez a consecuencia de un tratamiento dental ?
- ¿ Sufrió en alguna ocasión sífilis o enfermedad venérea ?
- ¿ Se le sometió a irradiación o rayos X para alguna enfermedad ?

Antecedentes Familiares

- ¿ Algún miembro de su familia tuvo diabétes sacarina ?
- ¿ Alguno de sus hijos pesó más de 5 Kg. al nacer ?
- ¿ Algún miembro de su familia sufrió ataques de epilepsia ?
- ¿ Algún pariente se encuentra enfermo ?

APRECIACION GENERAL DEL PACIENTE

Facies.- La inspección visual de la cara debe de recoger, primer término, - la expresión del paciente. En ella apreciamos a menudo los primeros signos de - dolor en una pulpitis, periodontitis o neuralgia de otro género, reflejándose -- también en sus rasgos los efectos de vigilia prolongados tan frecuente en las -- odontalgias.

Asimismo en las complicaciones generales de las infecciones bucales, la cara nos puede dar una idea de su magnitud,

Las facies pálida, sudorosa, fría y afligida, con depresión mímica y brillo acentuado de los ojos, indica generalmente una septicemia, otras veces la cara - de ahogo nos delata la presencia de alguna inflamación o edema, abscesos farín-- geos, edema de glotis.

La cara hipócrita que se observa con alguna frecuencia en los enfermos de - boca, no siempre indica un fin fatal, sobre todo cuando es debida a agudas y pro longadas odontalgias.

Clásica la también llamada facies adenoide la que nos (nducirá a efectuar - la exploración de la bóveda palatina y de la rinofaringe (adenoides, desviacio-- nes del tabique nasal),

Con la observación de la cara y de los labios se puede deducir si el enfermo duerme con la boca abierta,

Es peculiar la cara y la expresión, en la tríada de Hutchinson, por las cicatrices radiadas e indelebles,, peribucales, la nariz en silla de montar y la frente olímpica,

Los defectos congénitos de la cara se observarán para determinar la actitud del paciente con respecto a estos, por ejemplo el labio leporino.

Hábito Orgánico.- Obesidad marcada o delgadez sugieren la posibilidad de alteraciones hormonales, nutricionales o enfermedades debilitantes como neoplasmas o tuberculosis.

Marcha.- Es frecuente que la sífilis terciaria, la enfermedad de Paget y la esclerosis múltiple, se identifiquen con un modo de caminar normal.

Postura.- Artritis, tuberculosis ósea y enfermedad de Paget.

Respiración.- La disnea puede indicar insuficiencia cardíaca o enfermedad pulmonar, la respiración silvante se presenta en el asma bronquial.

Temperatura.- Por lo general la temperatura orgánica elevado indica que hay infección.

Piel.- En diversas dermatosis aparecen erupciones, la enfermedad de Addison y la pelagra, presentan pigmentaciones; en la anemia o en la insuficiencia aórtica hay palidez, La coloración amarilla indica ictericia; obstructiva, tóxica o infecciosa, la cianosis puede tener su origen en enfermedad cardíaca o pulmonar.

Ojos.- Es preciso notar la inflamación, exoftalmos o cambios pupilares.

Nariz.- Las descargas purulentas, indican rinitis agudas o infección de los senos, deformaciones u obstrucciones de los pasajes nasales pueden originar la respiración bucal.

Oídos.- La descarga se observa en infecciones agudas y crónicas del conducto auditivo externo.

Cuello.- Las venas cervicales prominentes pueden tener relación con una falla cardíaca congénita, Las pulsaciones carotídeas vigorosas, pueden indicar Hipertensión, linfadenopatía, bocio, quistes o tumores.

Zonas Submaxilares.- La osteomielitis, la actinomicosis, la obstrucción del conducto de Warthon, produce la hinchazón de la zona submaxilar. La-

parotiditis epidémica, la obstrucción del conducto de Stenon, la enfermedad de Mículicz o neoplasias pueden ocasionar la hinchazón de esta zona.

EXAMEN CLÍNICO

La historia clínica siempre deberá elaborarse antes de cualquier tratamiento, ya que con frecuencia existen zonas afectadas que exigen un examen específico detallado. Los datos precisos, solamente se obtienen cuando el clínico se apega persistentemente a los fundamentos y técnicas de observación estrictas.

La historia clínica se realiza aplicando sistemáticamente nueve técnicas o métodos de exploración a los diversos sistemas orgánicos y regiones anatómicas generales:

- 1.- Interrogatorio
- 2.- Inspección
- 3.- Palpación
- 4.- Percusión
- 5.- Auscultación
- 6.- Percusión auscultatoria
- 7.- Punción
- 8.- Medición
- 9.- Métodos de laboratorio

De estos métodos de exploración, los más empleados en parodontía son: el 1, 2, 3, 4, 8 y métodos de laboratorio, destacando entre estos últimos el empleo de rayos X.

Cada una de las técnicas, tienen atributos individuales y sus requerimientos de aplicación como técnicas para evaluar todas las regiones anatómicas, sin embargo, se usan simultáneamente cuando es posible en el curso del examen clínico y las observaciones de una técnica tienden a conformar las otras.

Inspección.- Se da el nombre de inspección a la técnica de exploración que utiliza los sentidos visuales.

La observación visual de los signos, generalmente aporta mayor cantidad de datos pertinentes al diagnóstico potencial que cualquier otra técnica.

Si la inspección se efectúa, sólo con los ojos se llama directa o inmediata;

cuando el clínico utiliza algún instrumento (una lente o hace observaciones de cortes al microscopio), se llama indirecta instrumental o mediata. Algunos clínicos cuando observan los movimientos las llaman inspección dinámica y estática cuando no son los movimientos lo que estudian,

La inspección no se reduce a hechar una simple ojeada al enfermo, sino que hay que observar todos los detalles revelables a la vista, de ahí la necesidad de una técnica correcta,

La inspección comienza tan pronto como nos enfrentamos con el paciente. Lo observamos durante el interrogatorio y cuando después de éste, se prepara para ser reconocido,

Reglas para efectuarla; la región por examinar debe estar descubierta, así como su homóloga si la hay, para hacer un estudio comparativo. Iluminar convenientemente, esto es que la luz esté uniformemente repartida pues la desigual repartición de la luz podría hacer creer que están deprimidas las regiones poco iluminadas. La luz más conveniente es la solar especialmente cuando se trata de observar la coloración de la piel, sobretudo la ictérica la que aún estando muy acentuada puede pasar inadvertida si se utiliza para inspeccionarla la luz artificial. Lo mismo sucede en la observación de la mucosa.

El paciente debe colocarse en posición cómoda para que no se fatigue, sus músculos deben estar relajados porque las contracciones musculares deforman la región,

Puesto que el enfermo en estas condiciones, el clínico no tiene más que ver la región comparada siempre que sea posible con la región homóloga y examinando primero el conjunto y luego los detalles,

Datos que se obtienen; por la inspección se pueden obtener datos relativos a sitio, posición, forma, volumen, estado de la superficie y movimiento.

Sitio es el lugar que ocupa una cosa; posición es la relación especial de las diferentes partes de esa región. En clínica tiene a veces interés anotar el sitio, otras veces la posición y en otras deben anotarse los dos datos.

La idea de forma es evidentemente distinta de la idea de volumen, puede cambiar el volumen de un órgano conservando su misma forma y viceversa, pero sucede en clínica que con suma frecuencia las variaciones de forma se acompañan de va-

riaciones de volúmen, por lo que es conveniente al hacer la inspección estudiar la forma y el volúmen simultáneamente,

Palpación.- Se da el nombre de palpación a la técnica de exploración por medio del sentido del tacto.

Debe seguir a la inspección, ya que no se debe palpar de buenas a primeras la parte enferma sin haberle precedido una atenta y detallada inspección.

La palpación complementa la inspección, ya que da información diagnóstica - que no puede obtenerse de otra manera, porque revela la salud o enfermedad del tejido que no puede observarse visualmente o por medio de una radiografía.

Si se realiza sin la ayuda de instrumentos se llama inmediata o directa, -- cuando para palpar se usa algún instrumento (estilete, sonda) se llama mediata, - indirecta o instrumental. Según se palpen los tejidos superficiales o los órganos profundos, se califica la palpación de superficial o profunda.

Si la palpación se realiza con toda la mano o gran parte de ella, se le llama manual, si únicamente se usan uno o dos dedos, se le califica de digital.

Reglas para efectuarla:

- 1.- La región por explorar debe estar al descubierto.
- 2.- El enfermo adoptará una posición de acuerdo con la región que se va a explorar, procurando que esté cómodo y con sus músculos relajados.
- 3.- Las manos del explorador deberán ser tibias y las uñas cortadas se colocan de plano, como acariciando sobre la piel. El frío embota todas las formas de -- sensibilidad y el contacto con la mano fría sobre la superficie cutánea, provoca por vía refleja la contractura de los músculos que impiden la palpación, especialmente la profunda. El calentamiento de las manos se consigue frotándose las entre sí o aproximándose las a una fuente de calor.
- 4.- Se debe palpar con suavidad. Cuando se trata de explorar un órgano profundo, es evidente que hay que hacer presión sobre los planos superficiales, tanto más intensos cuanto más profundo es el órgano que se desea palpar. En éstos casos, hay que ir con lentitud sin brusquedad, -- hundiendo la mano poco a poco hasta alcanzar la presión necesaria, con lo cual se evitarán molestias al enfermo y las contracciones musculares

refleja que las molestias despertarían, se debe hacer la compresión directa de los tejidos contra las estructuras subyacentes (hueso), si se comprime entre dos dedos o dos manos, se denomina palpación digital y bimanual.

5.- La cara dorsal de la mano únicamente se usa para darse cuenta aproximada de la temperatura del paciente, fuera de éste caso siempre se palpa con la cara palmar.

6.- La técnica de palpación varía según el órgano que se trate de explorar, si la región por examinar es grande, se palpa con toda la mano y si es pequeña se recurre a la palpación digital, como resumen diremos que para palpar debe usarse la mayor superficie táctil aplicable a la región.

7.- Del mismo modo que la inspección de regiones simétricas debe ser comparativa.

8.- Cuando se palpa una región en la cual hay una zona dolorida, debe comenzarse la exploración por las porciones que no duelen.

9.- Antes de que pueda usarse eficazmente la palpación, el examinador debe conocer las características de cada zona o región y las variaciones de consistencia producidas por las estructuras anatómicas normales. Una vez que se han reconocido las variaciones normales, es menos probable que la interpretación de las variaciones patológicas confunda al examinador.

10.- El clínico debe evitar que se asome a su rostro la impresión que le produce el hallazgo de un dato de gran interés o la desorientación en una búsqueda infructuosa, ya que el enfermo en esos momentos lo está esperando y además la familia dudará si lo que él dice no se halla en concordancia con lo que expresa su rostro.

Datos que se obtienen: La palpación confirma los datos de la inspección, sitio, posición, forma, volumen, estado de la superficie, movimientos, suministrándonos además los de sensibilidad y temperatura.

Todos los tejidos orgánicos poseen una característica o consistencia que depende del tipo de tejido: muscular, óseo, glandular.

La forma y el volumen se comprueban tratando de abarcar con las manos la región.

Al pasar los dedos sobre la superficie, nos damos cuenta si está húmeda, seca, si es lisa, rugosa e inclusive si tiene temperatura anormal.

Los movimientos pueden ser espontáneos como las pulsaciones arteriales o provocados por el examinador, tal es el fenómeno de la fluctuación. Este tiene por objeto dar a conocer la presencia de líquidos en una cavidad o en el interior de un tumor.

La consistencia se estudia haciendo presiones y notando la resistencia que oponen los tejidos.

Se investigará la sensibilidad pues frecuentemente el dolor aparece o se exacerba al explorar al enfermo por palpación. Para estudiar el dolor provocado por palpación, se comprime la región que se explora y se pregunta al enfermo si tal presión es dolorosa.

Percusión. - Es el procedimiento de exploración que consiste en golpear suavemente la superficie del cuerpo con objeto de producir sonidos, despertar dolor o provocar movimientos reflejos para conocer el estado físico del órgano respectivo.

La percusión depende de la transmisión diferencial del sonido a través de estructuras diversas normales.

La percusión se divide en directa o inmediata y en indirecta o mediata. Se llama directa o inmediata cuando se percute sin interponer ningún objeto. Cuando al hacer la percusión se interpone un objeto, se le llama indirecta.

Hay varias maneras de efectuarla, se pueden emplear únicamente los dedos o usar instrumentos especiales llamados plesímetro y martillo de percusión.

Ya sea directa o indirecta, la percusión puede ser fuerte o suave, según la intensidad de los golpes. Se dice que la vibración producida por percusión fuerte, alcanza 5 cm. en profundidad y extensión, de donde se sigue que las lesiones profundas de más de 5 cm. no podemos reconocerlas por percusión, según la región por examinar se harán uso de golpes fuertes o suaves.

El origen de las ondas sonoras, es por el golpe dado, por el examinador poniendo en vibración cuerpos elásticos que emiten ondas sonoras, las cuales propagándose a través de un medio elástico (generalmente aire), producen la sensación de sonido en el oído o el sentido vibratorio en la mano del examinador.

Reglas para efectuarlo,

- 1.- Debe descubrirse la región por explorar
- 2.- El paciente se colocará en la posición adecuada con relación a la zona que se va a explorar, procurando que esté cómodo y que tenga los músculos flácidos, las contracciones musculares, al aumentar la consistencia y el espesor del músculo, disminuyen considerablemente la intensidad del ruido de percusión.
- 3.- La uña del dedo percusor debe de estar muy corta para evitar el dolor al percutir y evitar también el ruido agregado que se producirá al golpear sobre la uña del dedo percutidor.
- 4.- El golpe debe ser perpendicular a la superficie percutada,
- 5.- Los golpes deben ser secos y breves.

Los datos que se obtienen son sonidos y ruidos, los sonidos son cuando las vibraciones son rítmicas y regulares y en los ruidos, las vibraciones son arrítmicas e irregulares.

Las características de un sonido y un ruido son tres: el timbre, la intensidad y la altura.

El timbre depende de la constitución del cuerpo sonoro y de la cualidad del sonido en virtud de la cual el oído distingue dos sonidos del mismo tono e intensidad al ser producidos por diversos instrumentos.

La intensidad es la mayor fuerza con que se percibe un ruido, así como de la masa y la constitución física del órgano percutido según su intensidad, se dividen en intensos y poco intensos. Al intenso se le llama claro y al poco intenso oscuro. La intensidad de un ruido depende de la amplitud de las vibraciones, la que a su vez depende de la fuerza del choque percusor y de la cantidad de masa vibrante.

La altura es la mayor o menor agudeza del ruido, según la altura los ruidos se dividen en agudos o altos y bajos profundos. La altura es un sonido del mismo número de vibraciones, número que a su vez depende de la cantidad de masa vibrante y de la tensión de ésta.

Auscultación. Se denomina auscultación a la técnica de exploración que se efectúa por medio del oído, para recoger todos aquellos sonidos o ruidos-

Medición. Es un método de exploración que consiste en dar un valor numérico a una característica del organismo; así decimos del peso del enfermo, de la talla del mismo, de su capacidad visual, de su presión arterial, pulso, etc. En periodoncia reviste importancia porque es necesario valorar la profundidad de las bolsas periodontales y marcar dichas cifras en el odontograma respectivo.

Métodos de Laboratorio. Los métodos de laboratorio son los medios indirectos de que nos valemos para coadyuvar al logro de un buen diagnóstico, para ello se requerirá de equipo especializado y terceras personas dedicadas y capacitadas para realizarlos. Son numerosos y variados los exámenes de laboratorio; exámenes de orina, biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación de sangrado, etc., etc., y recurriremos a veces cuando creamos necesario aclarar el estado somático, del paciente o cuando sospechemos de cuadros patológicos como diabétes, anémias, tuberculosis, tumoraciones, discracias sanguíneas, etc.,

En este capítulo también incluimos como métodos de laboratorio, al empleo de los rayos X, pero dada la importancia de este recurso de exploración, se le ha tratado con más amplitud posteriormente.

HISTORIA DENTAL

Examen bucal

Tejidos Blandos. En la zona de tejidos blandos el odontólogo se ha de interesar por las anomalías y siempre ha de prestar atención a la localización de los hallazgos. Se observará la lengua, mucosa bucal, piso de boca, paladar, frenillos y garganta. ¿Son normales la consistencia y la cantidad de saliva? ¿Hay variación en el color contorno o firmeza de la encía? ¿Es fisiológica la forma de la encía?

¿Es firme la encía?

¿Es somero o profundo el vestíbulo?

¿Hay zonas de impactación de alimentos?

¿El paciente hace referencia a antecedentes de boca de trinchera, piorrea, ampollas herpéticas, vesículas bucales, abscesos dentales, hinchazón o dolor?

Los hallazgos gingivales clínicos se clasifican como sigue:

- 1.- Extensión de las lesiones, localizadas o generalizadas,
- 2.- Distribución de las lesiones, papilar, marginal o de la encía insertada,
- 3.- Estado de la inflamación aguda o crónica,
- 4.- Características clínicas, hiperplasia, formación de seudomembranas, - profundidad de las bolsas, exudado purulento, exudado sérico, hemorrágica, inserción anormal de músculos o frenillos, ancho de la encía insertada y relación de las bolsas con la unión mucogingival.

La halitosis puede ser de origen local o extraoral. Las locales son producidas por partículas de alimentos, retenidos gingivitis ulceronecrosante, prótesis desajustada o sin aseo aliento de fumador, etc.

Las fuentes extraorales, rinitis, sinusitis, amigdalitis, bronquitis fétida crónica, gangrena pulmonar, aliento alcohólico, diabéticos y disfunción renal, - trastornos digestivos, hepáticos,

El ptialismo o secreción salival abundante la observamos en la gingivitis-ulcero necrosante aguda, en diversas formas de estomatitis. La disminución de la saliva se observa en las enfermedades febriles, uremia, diabétes, transtornos en las glándulas salivales,

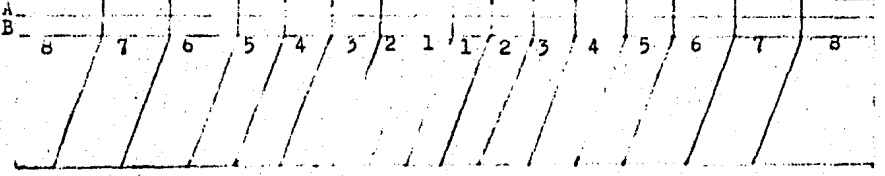
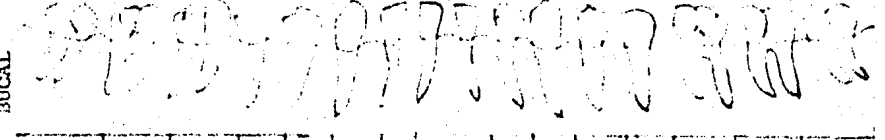
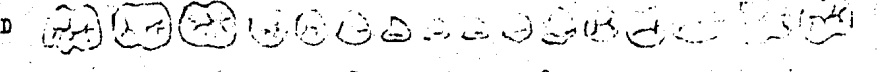
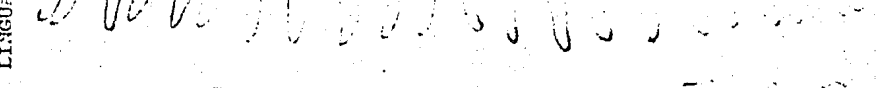
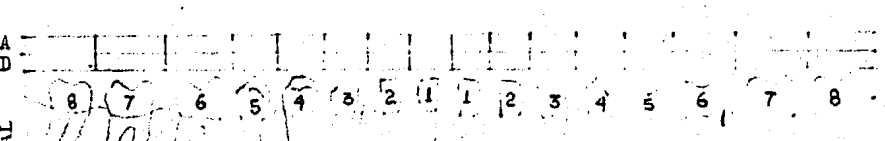
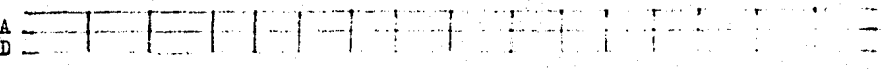
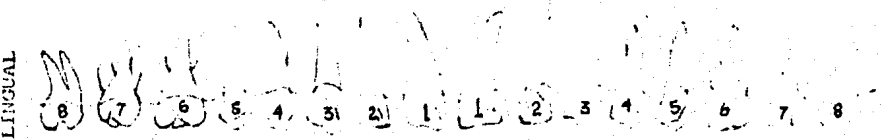
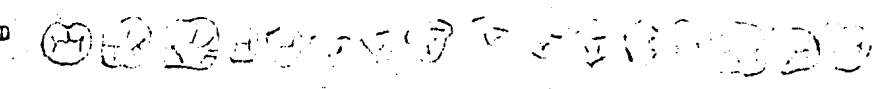
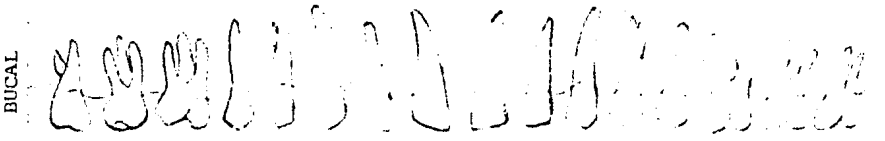
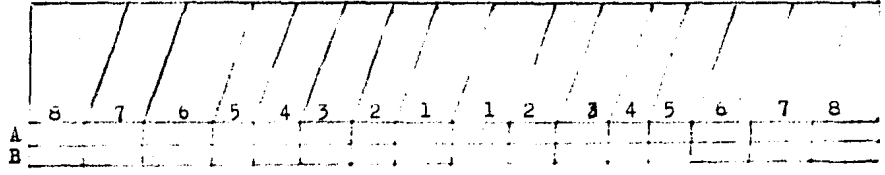
La xerostomía o boca seca se presenta con una sensación quemante, eritema - con fisuras,

En la mucosa bucal observamos el color, textura, pigmentaciones, cianosis, - fisuras, quemaduras, mordeduras, dentaduras mal ajustadas, drogas de aplicación-tópica, líquen plano,

Los cambios en la lengua pueden ser indolores o dolorosos y acompañados con ardor, se tratará de encontrar la causa provocada por malas restauraciones,

El dolor lingual puede indicar anemia perniciosa, deficiencia del complejo-B, diabétes, hipotiroidismo, irritación mecánica. El paladar de fumador y amígdalas inflamadas que suelen causar dolores irradiados,

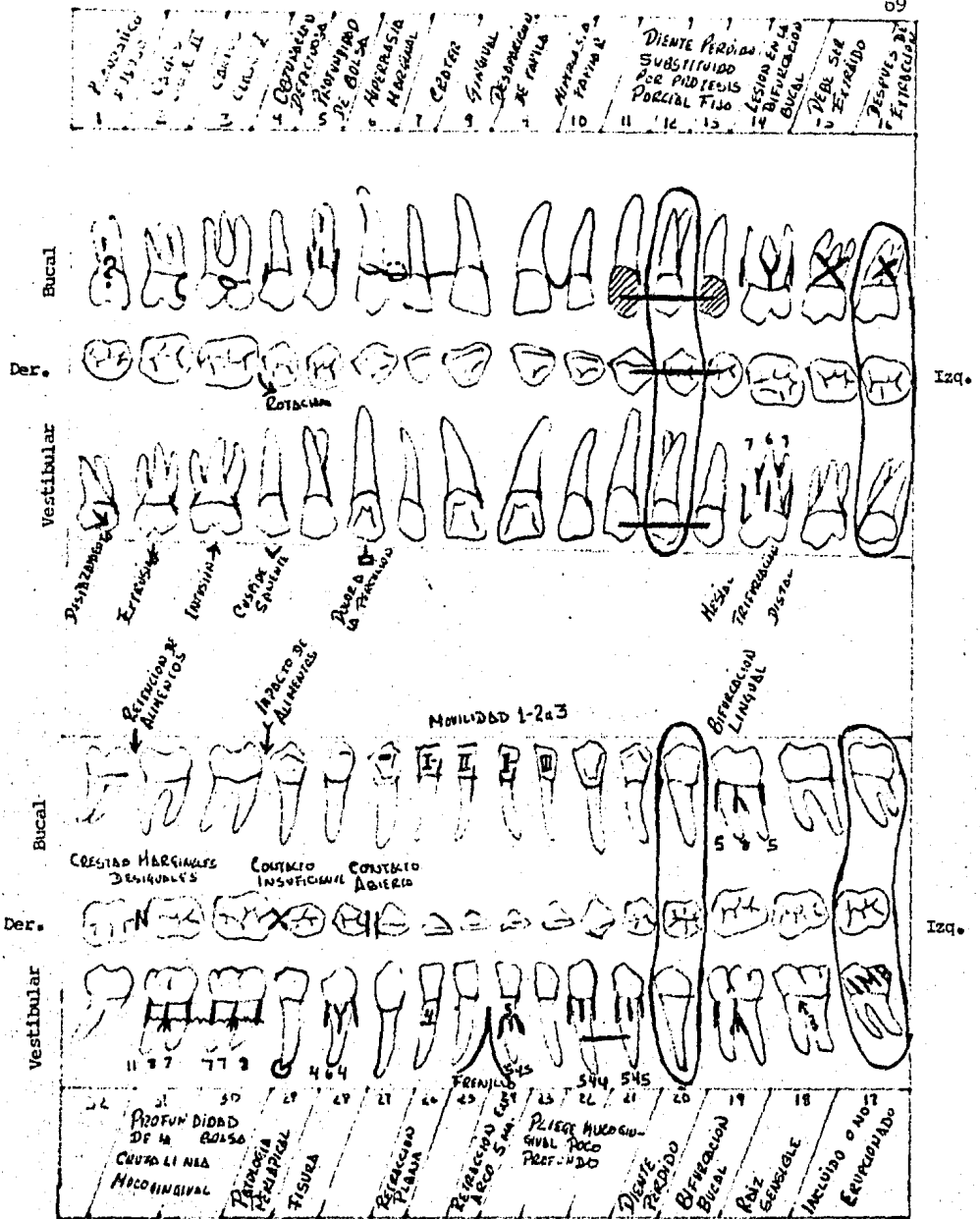
El examen dental es importante, en él se observa caries, malformaciones de desarrollo, anomalías en la forma, desgastes, abstracciones hipersensibilidad,



DIAGNÓSTICO _____

FECHA DE REVALORIZACION _____

MAYOR PARODONTAL



SIMBOLOS USADOS EN EL EXAMEN PARODONTAL

Lesiones por Desgaste de los Dientes

El desgaste es la pérdida gradual de la sustancia dentaria que se caracteriza por formación de superficies pulidas y lisas; las formas de desgaste son: erosión, abrasión, atricción,

La erosión es una depresión definida en la zona cervical de la superficie - en vestibular. Las superficies son lisas duras y pulidas, por lo general abarcan un grupo de dientes, pueden presentarse en esmalte o llegar hasta dentina o cemento,

La etiología es vaga, se pensó que las causas era descalcificación por bebidas ácidas o frutas cítricas y el efecto de secreción salival ácida y la fricción.

La abrasión se refiere a la pérdida de sustancia dentaria generada por desgaste mecánico no masticatorio. Tiene forma de platillo o de cuña y deja una superficie lisa y brillante,

La etiología es por cepillarse con un dentrífico abrasivo o a la acción de los retenedores, y cepillado en forma horizontal.

La atricción es el desgaste dental durante el movimiento mandibular funcional y parafuncional. El desgaste aumenta con la edad y se caracteriza por la disminución de la altura e inclinación cuspídea. Las superficies desgastadas son duras y brillantes y presentan una coloración pardo amarillenta. Generalmente son sensibles a los cambios térmicos y la estimulación táctil.

Hipersensibilidad

Las superficies radiculares expuestas por la migración gingival, son hipersensibles a los cambios térmicos y estimulación táctil

Reacciones de Contacto Próxima

Son importantes las relaciones de contacto, principalmente en la mandíbula, pues el desplazamiento causa la localización anormal de los contactos interproximales llegando a una disminución de la circunferencia del arco mandibular y la pérdida de la dimensión vertical con impactación de alimentos.

Movilidad dentaria

Todos los dientes tienen un grado de movilidad natural, la movilidad que sobrepasa los límites fisiológicos, es una movilidad patológica, que aumenta en la

enfermedad parodontal como resultado de la pérdida de tejido de soporte,

El grado de movilidad se puede medir con medios mecánicos y manuales, éste se lleva a cabo sosteniendo con fuerza el diente entre los dos instrumentos que se usen y procurando moverlo en cualquier dirección o colocando el dedo en la parte lingual o palatina del diente y empujándolo con un instrumento.

La movilidad se gradua según la extensión del movimiento y la facilidad para hacerlo,

1er. grado 1mm,

2do. grado 2mm,

3er. grado lateral y vestibularmente 3mm,

4to. grado se mueve dentro del alveolo (movilidad vertical).

Sensibilidad a la Percusión

Es una característica de la inflamación aguda del ligamento parodontal. Ayuda a localizar el sitio de la lesión inflamatoria y detecta dientes con soporte parodontal disminuido.

Migración Patológica de los Dientes.

Las alteraciones de la posición de los dientes nos muestran fuerzas oclusales anormales, empuje lingual y otros hábitos que afectan al parodonto.

Exámen de los dientes en oclusión

El entrecruzamiento excesivo, sobre todo en los dientes anteriores, puede permitir que éstos se apoyen sobre la encía y que haya impactación de alimentos e inflamación gingival y bolsas,

En las oclusiones abiertas existen espacios verticales anormales provocando una inadecuada limpieza mecánica, dando lugar a acumulación de alimentos y extrusión de los dientes,

En la oclusión cruzada, la relación normal de los dientes superiores e inferiores se encuentra invertida, La impactación de alimentos, la separación de los dientes y trastornos gingivales y parodontales, tienen su origen en la oclusión cruzada,

El exámen de las relaciones oclusales funcionales es una parte importante -

para el diagnóstico; así como el examen de la articulación tempor-mandibular,

La exploración clínica de la ATM se realiza sistemáticamente como primer paso del examen clínico elemental. Después de la inspección de la zona periarticular ubicada por delante del tragus de la oreja, se procede a palpar la articulación.

Para hacer el examen por palpación de la ATM existen varias formas o técnicas, las más usadas consisten en:

- 1.- Colocar los dedos índices de ambas manos sobre la zona periarticular, en la zona correspondiente a la ubicación de los cóndilos, en esta posición se determina:
 - a) Presencia de los cóndilos
 - b) La morfología de la zona
 - c) La existencia o no de dolor o sensibilidad aumentada a la palpación.

Una vez realizada la palpación con la articulación en situación de reposo o estática, se ordena al paciente la realización de movimientos de apertura y cierre de la boca, para determinar:

- a) Amplitud de los movimientos
- b) Simetría de los movimientos
- c) Dolor o sensibilidad aumentada durante los movimientos.
- d) Percepción subjetiva u objetiva de crepitaciones.

Otra forma de auscultación es:

Se introducen los pulpejos de los dedos índices en cada conducto auditivo externo con el pulpejo dirigido hacia adelante, hecho esto, se determinarán todas las características ya señaladas.

La biopsia gingival es importante para el diagnóstico de trastornos gingivales. La presencia de un granuloma eosinófilo puede ser detectado por la biopsia, además se diferencia entre los diferentes tipos de agrandamiento gingival. Es indispensable cuando se sospecha de la presencia de enfermedades como gingivitis descamativa y líquen plano.

La Radiografía en el Diagnóstico de la Enfermedad Parodontal

El examen de las bolsas parodontales debe incluir consideraciones del siguiente tipo:

- 1.- Presencia y distribución en cada superficie del diente.

- 2.- Tipo de bolsa supradsea o infradsea, simple compuesta o compleja,
- 3.- Profundidad de la bolsa,
- 4.- Nivel de la inserción en la raíz,

El único método apropiado para detectar y valorar las bolsas parodontales, es la exploración cuidadosa con una sonda o explorador (medición). Las bolsas no se detectan ni se miden por un examen radiográfico. La bolsa parodontal es una lesión de tejido blando. Las radiografías indican zonas de pérdida ósea y en ellas se puede suponer que hay bolsas. No muestran si hay bolsas en esa zona, ni tampoco revelan la profundidad de la bolsa o la localización del fondo de la bolsa en la superficie dentaria,

Para una adecuada exploración de las bolsas parodontales, se hará lo siguiente: con los rayos X se usan conos de gutapercha o conos calibrados de plata para ayudar a la determinación del nivel de la inserción de las bolsas parodontales y su relación con el hueso. Para medir la profundidad de las bolsas, se dispone de sondas calibradas en milímetros,

La forma adecuada de la utilización de la sonda es la siguiente: la sonda se introduce en dirección paralela al eje vertical del diente hasta que el extremo romo haga contacto con el fondo de la bolsa. La sonda no debe ser forzada dentro de los tejidos subyacentes y se observarán los milímetros de profundidad de cada una de las bolsas. Se pueden utilizar pinzas calibradas marcadoras de bolsas para localizar el fondo de la bolsa y marcarla sobre la superficie de la encía,

La radiografía es una ayuda valiosa en el diagnóstico de la enfermedad parodontal, la determinación del pronóstico y la evaluación del resultado del tratamiento. Es un complemento del examen clínico y no un sustituto del mismo. Si hubiera que elegir, es posible hacer un diagnóstico más inteligente con el paciente sin las radiografías que con las radiografías sin paciente,

La imagen radiográfica es un producto de la superposición de diente, hueso y tejidos blandos en la trayectoria entre el cono del aparato y la película. Las radiografías revelan alteraciones en los tejidos calcificados; no revelan el estado real de la actividad celular, sino que muestran los efectos de la experiencia celular sobre el hueso y las raíces, los cambios en los tejidos blandos requieren técnicas especiales.

Tabique Interdentario Normal.— Como las tablas óseas vestibular y palatina o lingual están enmascaradas por la estructura trabecular relativamente densa, la valoración radiográfica de los cambios óseos en la enfermedad parodontal se basa en el aspecto del tabique interdentario. Normalmente éste presenta un límite radiopaco delgado junto al ligamento parodontal y en la cresta, que se denomina cortical alveolar o lámina dura. Radiográficamente aparece como una zona blanca radiopaca, pero está perforada por numerosos orificios que contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios que pasan entre el ligamento parodontal y el hueso, puesto que la cortical o lámina dura representa la superficie ósea que reviste el alveolo dentario, la forma y la posición de los rayos X y los cambios en la angulación del haz de rayos X producen variaciones en la imagen que se capta.

Normalmente el ancho y la forma del tabique interdentario y el ángulo de la cresta será dado según la convexidad de las superficies dentarias proximales y el nivel de la unión amelocementaria de los dientes proximales. El espacio interproximal y el tabique interdentario entre dientes con superficies normales — muy convexa, son más anchos en el lado anteroposterior que entre dientes con superficies proximales relativamente planas. El diámetro vestibulolingual del hueso guarda relación con el ancho de la superficie radicular proximal. La angulación de la cresta del tabique interdentario suele ser paralela a la línea situada entre las uniones amelocementarias de los dientes proximales.

Destrucción ósea en la enfermedad parodontal

Puesto que las radiografías no revelan cambios óseos pequeños, la enfermedad parodontal que produce incluso cambios radiográficos muy leves, ha avanzado más allá de la etapa inicial. Los signos iniciales la pérdida de la inserción epitelial.

Cantidad de Pérdida Ósea

La radiografía es un método indirecto para determinar la cantidad de pérdida ósea que hay en la enfermedad parodontal. Indica la cantidad de hueso remanente y no la cantidad perdida. La cantidad del hueso perdida se estima como la diferencia entre el nivel fisiológico del hueso del paciente y la altura del hueso restante. Para determinar la cantidad de pérdida ósea en la enfermedad parodontal es preciso:

- 1.- Determinar la edad del paciente,
- 2.- Estimar el nivel fisiológico del hueso a esa edad,

Distribución de la pérdida ósea

La distribución de la pérdida ósea es un signo diagnóstico importante porque señala la localización de los factores locales destructores en diferentes zonas de la boca y en relación con los diferentes casos de un mismo diente.

Pronóstico

El pronóstico es la predicción de la duración, evolución y conclusión de una enfermedad y la posible respuesta al tratamiento, debe ser determinado antes de decidir el tratamiento a seguir.

El pronóstico de la enfermedad gingival se basa sobre el papel de la inflamación, el pronóstico es favorable eliminando los irritantes locales que producen la inflamación. Si la inflamación está relacionada con el diente el tratamiento local se efectúa pero será un pronóstico a largo plazo por el control o corrección del factor sistémico.

Para el pronóstico parodontal hay dos facetas: pronóstico total y pronóstico por órgano dentario.

Pronóstico Total

Se refiere a la dentadura como un todo, tomando en cuenta si tendrá éxito el tratamiento y si se podrá efectuar. Se toman varios factores.

La respuesta ósea del hueso alveolar es una guía para predecir la evolución al tratamiento y detener los procesos de destrucción, para establecer el grado de destrucción y la respuesta que se tenga al tratamiento considerando la edad, distribución y magnitud de los irritantes. Si la pérdida ósea es atribuida a factores locales, el tratamiento local tenderá a ser favorable.

Si la pérdida es mayor y va acompañada de la edad del paciente y existe dificultad en determinar factores sistémicos que lo causan, el pronóstico será desfavorable. Es frecuente que el tratamiento local ayude a conservar la dentadura en buen estado por algún tiempo. Porque el tratamiento está limitado a la enfermedad sistémica.

Si logramos detener la destrucción ósea tenemos que valorar el hueso que --

quedó, o sea si existe hueso suficiente para sostener los dientes, El hueso puede tener poca pérdida y no habrá problema, pero si la destrucción fue demasiada el hueso, será insuficiente para sostener a los dientes.

En la mayoría de los casos no se llega a los extremos sino que el hueso remanente está en la parte intermedia y hace que el nivel óseo sea insuficiente para determinar el pronóstico total.

La edad del paciente también es importante, el paciente joven sufre mayor pérdida ósea que el paciente de más edad, porque los niveles normales óseos son diferentes, por lo que en el paciente joven la destrucción empieza tempranamente y es más rápida, la capacidad reparadora del paciente joven queda disminuida por la rapidez con que se produjo la pérdida ósea.

Si el número de dientes es inadecuado para el sostén de prótesis, el pronóstico es malo, la posibilidad de mantener el parodonto en estado de salud es disminuida a causa de la incapacidad de establecer un funcionamiento normal. Las prótesis muy extensas sostenidas por pocos dientes aceleran la pérdida de los mismos.

Los antecedentes generales del paciente modifican el pronóstico si las causas de destrucción no son sólo locales sino tienen una etiología sistémica. El pronóstico de estos pacientes, generalmente es malo. Si se trata con pacientes con diabetes, deficiencias nutricionales, hipertiroidismo e hiperparatiroidismo el pronóstico de su estado general no beneficia el estado del parodonto.

Un paciente con bolsas profundas y destrucción ósea leve, tiene mejor pronóstico que un paciente con bolsas más pequeñas y destrucción ósea más grande.

En las maloclusiones se recurrirá a la ortodoncia o prótesis pero si las malformaciones oclusales no se pueden corregir el pronóstico será malo.

Pronóstico de dientes individualmente

Este pronóstico se determina después del pronóstico total y es afectado por él. Si un paciente tiene un pronóstico total malo, se deberá intentar conservar un diente que se considere dudoso su pronóstico; para esto debemos tener en cuenta varios factores.

La movilidad es causada por la pérdida de hueso alveolar, cambios inflamatorios en el ligamento parodontal y el trauma de la oclusión. La posibilidad de

establecer la estabilidad dentaria es inversamente proporcional a la magnitud de la movilidad que se origina en la pérdida del hueso alveolar,

La localización de una bolsa paradontal afecta el pronóstico de los dientes, más que la profundidad de ella. La frecuencia de alteraciones pulpares degenerativas, es mayor en dientes afectados por la enfermedad paradontal, generalmente sin síntomas clínicos cuando se ha extendido la bolsa paradontal y envuelve al ápice el pronóstico es malo. En estos casos se hará primero el tratamiento de conductos antes que el paradontal.

También tenemos que localizar el hueso remanente en relación con las superficies dentarias individuales. Cuando existe destrucción ósea del diente, debemos tomar en cuenta la cantidad de hueso remanente para poder hacer el pronóstico. El pronóstico en este caso se efectúa tomando en cuenta el eje de rotación, entre más cercano esté a la corona será mejor para el parodonto.

Hay que tomar en cuenta que el intento de conservar un diente afectado sin remedio, arriesga los dientes vecinos, después de la extracción de dicho diente sigue la restauración parcial del soporte del diente adyacente.

Plan de Tratamiento

El plan del tratamiento es un programa organizado de procedimientos para -- eliminar los signos y síntomas. Un plan de tratamiento se basa en los hallazgos del examen, en el diagnóstico, en la etiología presuntiva de la enfermedad, y en el pronóstico se requiere el esfuerzo planeado y mancomunado de paciente y profesional, y con excepción de casos de enfermedad paradontal incipiente, es preciso establecer el número de meses del tratamiento.

Finalidad

La finalidad del tratamiento paradontal es detener el proceso de destrucción que de otra manera llevaría a la pérdida de los dientes y establecer condiciones bucales conducentes a la salud paradontal. Dentro de los límites hay que aplicar medidas terapéuticas que tengan base predecible. Por lo general, el tratamiento debe ser un programa ordenado y limitado a las medidas directas necesarias para conseguir el resultado. Dentro del plan de tratamiento, también se proyectará un programa de mantenimiento del estado de salud, sin que ocurran mayores avances de la enfermedad durante un tiempo razonable. Ello por supuesto depende del estado actual del paciente y los objetivos del tratamiento.

El plan de tratamiento se determina sobre la base de las necesidades del paciente y los hallazgos del examen inicial.

Debemos coordinar todos los procedimientos terapéuticos con la finalidad de crear una dentadura que funcione bien en el parodonto sano.

Orden del Tratamiento

Fase de Tejidos Blandos

Eliminación de la inflamación gingival, bolsas parodontales y las causas que lo producen. Dentro de esto debemos restaurar los márgenes gingivales, caries y las relaciones interproximales.

Fase Funcional

Una relación oclusal óptima es aquella que proporciona la estimulación funcional necesaria para preservar la salud parodontal. Para conseguirla, se requiere ajuste oclusal, procedimientos restauradores y corrección de hábitos de bruxismo.

Fase Sistémica

Los estados sistémicos pueden demandar que se tomen precauciones durante el tratamiento parodontal porque afectan la respuesta favorable al tratamiento y una vez concluido el mismo, Estas situaciones deberán manejarse de acuerdo con el médico del paciente.

Al final de esta fase del tratamiento se hará una revaloración sobre la base del grado de mejora obtenido. Se comprobarán los resultados del tratamiento preliminar con la ficha. Se ha de registrar la inflamación residual y sus causas presuntibles, así como los cambios de profundidad de las bolsas y de movilidad dentaria se debe revalorar el tratamiento y hacer los cambios necesarios.

Restauraciones

Por lo general el tratamiento parodontal precederá a las restauraciones, pero a veces, las caries profundas se deben atender de inmediato. Según los casos, estas restauraciones serán temporales porque se hará la reconstrucción una vez concluido el tratamiento parodontal. Puede ser que se precise ferulización temporal durante el período de tratamiento y hay que valorar la necesidad de este recurso.

Extracciones

Los dientes con pronóstico malo se extraerán rápido en el tratamiento, salvo que se quiera conservar provisionalmente por razones estéticas o para mantener el espacio. El hecho de no eliminar tales dientes a tiempo, lleva complicaciones. Los dientes condenados perburban el tratamiento y lo hacen más complejo. El paciente a veces olvida que se hizo un pronóstico negativo para su diente al principio y más tarde cree que el tratamiento fracasa cuando se hace la extracción.

Ortodoncia

El tratamiento de ortodoncia puede preceder o seguir a cualquier intervención quirúrgica. Cuando el movimiento ortodóntico se hace para eliminar la inflamación que genera la malposición dentaria, la inclinación o la migración, este procedimiento será antes de la cirugía. Cuando el movimiento dentario ortodóntico se realiza con propósitos de reconstrucción o estética, va después de la cirugía. Mientras se lleva a cabo el tratamiento de ortodoncia, se hará un programa de raspajes frecuentes y de control de la placa.

Ajuste Oclusal

El ajuste oclusal se hace después del raspaje y alisamiento radicular, una vez eliminada la inflamación. Cuando los dientes tienen gran movilidad, se hace un ajuste oclusal burdo como primer paso para reducirla. El ajuste oclusal se puede realizar después de cirugías y tratamientos ortodónticos.

Mantenimiento de la Salud Parodontal

Incluye todos los procedimientos para mantener la salud parodontal una vez que se consiguió. Consiste en la enseñanza de la higiene bucal citando al paciente en intervalos regulares para controlar el estado del parodonto y el estado de la operatoria dental y la necesidad de seguir el ajuste oclusal y radiografías de control.

Control de la Placa en el Tratamiento Parodontal

El control de la placa es fundamental en el tratamiento parodontal, por lo tanto es necesario llevarlo a cabo.

Por lo general el tratamiento parodontal es una experiencia nueva para el

paciente, es diferente de sus experiencias dentales anteriores porque aquí se convierte en participante activo en el proceso terapéutico,

Los diversos procedimientos de higiene bucal serán explicados de modo que el paciente comprenda su finalidad y el esfuerzo que demanda,

Enjuagatorios. - Se usan como coadyuvantes del cepillado dental y se lleva a cabo con agua sola o con agentes microbianos, ayudando con esto a la reducción de la flora microbiana,

Masaje Gingival. - El masaje de la encía se llevará a cabo con un cepillo dental produciendo la queratinización y aumento de la actividad mitótica en el epitelio y el tejido conectivo,

Después del raspaje y curetaje o la cirugía parodontal, se pondrá cuidado en no dañar el tejido de cicatrización. Se empieza la limpieza lo antes posible, pero al principio se eliminará suavemente la placa y los residuos superficiales con un cono de goma y seguidamente se irriga suavemente con agua.

En los primeros días posteriores al tratamiento la encía sangra más, durante la limpieza de los dientes, salvo que haya dolor, se continuará con la limpieza y el sangrado disminuirá a medida que avance la cicatrización.

Registros

Es preciso registrar con exactitud el tratamiento realizado en cada sesión. Es esencial que se haga el registro preciso de lo que se ha realizado. Anótese las drogas recetadas, el tipo de cepillo indicado, método de cepillado y otros procedimientos de higiene bucal que se enseñaron. A medida que se ejecute el tratamiento, se controlará cada paso con el plan de tratamiento; en cada sesión deberá hacerse el registro completo y ordenado,

Se incluirán las citas de revaloración para fechas posteriores...

CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA

Nombre _____

Fecha _____

Edad _____

Control _____

Total de dientes _____

Porcentaje _____

Total de caras _____

<p>7 6 5 4 3 2 1</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>7 6 5 4 3 2 1</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>

Total de dientes _____

Control _____

Total de caras _____

Porcentaje _____

Fecha _____

<p>7 6 5 4 3 2 1</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>7 6 5 4 3 2 1</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>

ETIOLOGIA (enumere las causas en orden de importancia)

PRONOSTICO (relacionese con la efectividad del tratamiento local y general y cooperación del paciente).

PLAN DE TRATAMIENTO:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

6.- _____

7.- _____

CAPITULO VI

CIRUGIA PARODONTAL

Preparativos Previos a la Cirugía

El diagnóstico es un paso fundamental que debe anteceder al plan de tratamiento. Se basa en el examen clínico minucioso de los tejidos parodontales, de la cavidad bucal en general y del estado general del paciente.

- a) El interrogatorio al paciente
- b) La detección de los hallazgos clínicos
- c) Ficha parodontal

El examen clínico tiene un coadyuvante de gran valor en el examen radiográfico; el cual nos ayuda a obtener un mejor diagnóstico pero nunca se deberá confiar en la radiografía únicamente sin tomar en cuenta el examen clínico.

La radiografía nos mostrará la pérdida ósea, pero nunca la profundidad de la bolsa, también puede determinar el tipo de pérdida ósea; horizontal o vertical de los espacios interdentes, ya que las caras vestibulares, linguales no se observarán radiográficamente. En el trauma oclusal hay alteraciones que se observan radiográficamente en la cortical alveolar, la morfología de la cresta y el espacio parodontal.

Un paso importante previo a la intervención quirúrgica es la eliminación de factores locales que están causando la enfermedad como son: el sarro y retenedores de placa.

Para la eliminación del sarro se hará un raspaje; el cual se completará con una corrección y pulido de las obturaciones y restauraciones desbordantes o mal adaptadas que contribuyan a acumular la placa.

Otro punto muy importante es localizar las bolsas parodontales supra- o infraóseas y su profundidad (ayudados por la sonda parodontal de Glickman) ya que debemos planear por zona y cuadrante se debe iniciar el tratamiento o si se realiza en una sesión.

Aunque no se han establecido las relaciones que hay entre enfermedad parodontal y caries, debemos controlar las lesiones cariosas y principalmente las del tercio cervical, ya que son áreas que predisponen la acumulación de irritantes locales y restos alimenticios; pudiendo producir gingivitis.

Tratamientos endodónticos, éstos se pueden realizar antes, después o durante la intervención, no habiendo reglas para ello, esto dependerá totalmente del criterio y habilidad del cirujano, o bien del alivio del dolor por parte del paciente.

Los tratamientos endodónticos están indicados cuando existen bolsas infraóseas que lleguen al ápice o cerca de éste, en abscesos parodontales o bien por causas que el cirujano crea convenientes como en el caso de implantes endodónticos intraóseos.

Cuando exista órgano dental que por alguna causa ponga en peligro el éxito del tratamiento, se procederá a la extracción de dicho diente.

Ferulización .- Las férulas nos sirven para fijar o inmovilizar dientes flojos, se utilizan sólo cuando los dientes flojos sean pocos, ya que deben apoyarse en un número mayor de dientes sanos; de preferencia la férula debe llegar al canino o incluir varios dientes después de él. Están indicadas cuando la pérdida ósea sea la causa de la movilidad. Toda férula debe permitir una higiene perfecta y no causa traumas oclusales o gingivales.

Podemos usar una férula temporal o definitiva, según el caso.

Tratamientos de Ortodoncia.- Estos tratamientos se efectuarán dependiendo de la magnitud del problema, de las posibilidades de su corrección, del nivel del hueso remanente y de la posibilidad de que el problema oclusal y parodontal se empeore en caso de no ser tratados.

Cuando existe enfermedad parodontal se debe eliminar antes de empezar el tratamiento ortodóntico, ya que lo dañaría. Se debe enseñar al paciente con aparatos ortodónticos una higiene adecuada, ya que dichos aparatos son unos excelentes retenedores de placa.

Las bandas no deben llegar a la adherencia epitelial ya que producen migración gingival. Se deben evitar fuerzas excesivas, pues producirán necrosis del ligamento parodontal y del hueso alveolar adyacente.

OPERACION DE CURA DISTAL

[Indicaciones.- En cara distal de terceros molares o en segundos molares en ausencia del tercero y en cualquier diente en ausencia del contiguo.

El tratamiento de la pericoronitis depende de la intensidad de la inflamación, las complicaciones sistémicas y la conveniencia de conservar el diente afectado, hay que sospechar de todo capuchón pericoronario. Es preciso eliminar todos los capuchones pericoronarios persistentes asintomáticos como medida preventiva contra infecciones agudas posteriores.

El procedimiento para el tratamiento de la pericoronitis es el siguiente:

Primera visita.- Determinación de la extensión e intensidad de la lesión de estructuras adyacentes y complicaciones sistémicas tóxicas.

"A" Se lava la zona con agua tibia para eliminar los residuos superficiales y exudado de la superficie, y se aplica anestesia tópica.

"B" Se pinta la zona con antiséptico, se levanta suavemente el capuchón con un raspador. Se quitan los residuos subyacentes y se lava la zona con agua tibia. En esta primera visita está contraindicado hacer curetajes extensos o procedimientos quirúrgicos; las instrucciones al paciente incluyen enjuagues cada hora, con una solución conteniendo una cucharada de sal en un vaso de agua tibia, reposo, ingesta abundante de líquidos y antibióticos para la fiebre. El paciente debe regresar a las 24 horas.

"C" Si el capuchón gingival está hinchado y fluctuante, se hace una incisión anterior con un bisturí de Bard-Parker número 15 para establecer un drenaje y se introduce una mecha de gasa de 0,6 cm.

Segunda Visita.- Después de 24 horas por lo general la lesión ha mejorado notablemente. Si se colocó un drenaje, se retira. Se separa suavemente el capuchón del diente y se lava la zona con agua tibia. El paciente continuará con las indicaciones del día anterior y regresará a las 24 horas.

Tercera visita. En esta sesión se determina si conservar el diente o extraerlo, esta decisión dependerá de la posibilidad de una erupción en buena posición funcional. El riesgo de la extracción de terceros molares retenidos total o parcialmente es la pérdida ósea en la superficie distal de los segundos molares, que es significativamente mayor si los terceros molares se extraen una vez formadas las raíces o en pacientes mayores de 20 años. Para reducir el riesgo de pérdida ósea en los segundos molares, hay que extraer los terceros molares retenidos total o parcialmente lo antes posible.

Si se decide conservar el diente, los procedimientos quirúrgicos pertinentes se realizan en este momento, siempre que no haya síntomas agudos. Para ello se utilizan bisturís periodontales o electrocirugía. Bajo anestesia se comienza la incisión inmediatamente delante del borde de la rama ascendente y se extiende hacia adelante en dirección a la superficie distal de la corona, tan cerca como sea posible del nivel de la unión amelocementaria. Esto desprenderá una porción de tejido en forma de cuña que incluye el capuchón gingival.

Es necesario eliminar el tejido distal al diente, así como el capuchón que cubre la superficie oclusal. La incisión de la parte oclusal del capuchón deja una bolsa distal que favorece la recidiva de la lesión pericoronaria aguda.

Una vez eliminado el tejido, se coloca un apósito paradontal. Para retenerlo en su lugar, se lleva hacia adelante por vestibular y lingual entre el espacio interproximal entre el segundo y el tercer molar. El apósito se retirará a la semana.

Se le dará al paciente una técnica de cepillado adecuada para el mantenimiento de la higiene oral.

GINGIVECTOMIA

Las indicaciones son: la eliminación de bolsas supraóseas con y sin agrandamiento fibroso, en fibromatosis por medicamentos, por ejemplo diltiazem sódico, lesiones de la bi y trifurcación operculitis, cráteres gingivales y algunas veces bolsas infraóseas.

Preparación previa a la Cirugía

Consiste en procedimientos preliminares con la finalidad de preparar la boca para el tratamiento total de la misma que va a empezar. Ocupa de 3 a 4 sesiones

según sea el estado del paciente. La preparación previa incluye el raspaje y -- alisado de las raíces y la eliminación de factores ambientales locales desfavorables, como restauraciones desbordantes y zonas de impactación de alimentos.

Se corrigen alteraciones oclusales severas y si es preciso, se confeccionan férulas temporales y guardas nocturnas para controlar la movilidad dentaria excesiva, disminuir las fuerzas oclusales excesivas y aliviar hábitos oclusales como el bruxismo.

Se investigan estados sistémicos que puedan retardar o alterar la cicatrización.

Se le enseña al paciente un control adecuado de placa dento bacteriana para que ayude al mejoramiento del estado parodontal y así tener un aliado más para que el tratamiento tenga buenos resultados.

TECNICA

Premedicación al paciente ansioso, se le recetan sedantes.

Anestesia. La gingivectomía es una operación indolora, si la anestesia está bien aplicada con inyecciones regionales e infiltración. No es necesaria la anestesia local pero se puede aplicar en la papila.

Si el total de la bolsa se va a tratar, se hará por cuadrantes.

Márquense las Bolsas. Las bolsas se marcan con unas pinzas marcadoras número 27G.

El instrumento se sostiene con el extremo marcador alineado con eje mayor del diente. El extremo recto se introduce hasta la base de la bolsa y el nivel se marca hasta unir los extremos de la pinza, produciendo los puntos sangrantes. Las bolsas se marcan empezando en distal, del último diente siguiendo por la superficie vestibular, yendo hacia la línea media. Esto se repite en lingual. La encía se puede cortar con bisturís 20G y 21G, escalpelo o tijeras. La remoción de la encía enferma es una parte importante de la gingivectomía pero el instrumento que para ello se emplea no afecta el resultado del tratamiento. Para las incisiones interdenciales, se usarán bisturís 22G y 23G y los bisturís Bard-Paraker hojas número 11 y 12 y tijeras.

Se pueden utilizar incisiones continuas o discontinuas empezando en la parte distal vestibular del último diente y se continúa la incisión hacia los dien

tes anteriores,

Una vez hechas las incisiones en la superficie vestibular se procede por la parte lingual, para evitar los vasos y nervios del conducto incisivo, las incisiones se harán a los lados de la papila incisiva,

La incisión se hace por apical a los puntos sangrantes entre la base de la bolsa y la cresta del hueso, Debe estar lo más cerca del hueso sin exponerlo para eliminar el tejido blando coronario del hueso que es importante por lo siguiente:

- a] Brinda la mayor posibilidad de eliminar la totalidad de la adherencia epitelial,
- b] Asegura la exposición de todos los depósitos radiculares del fondo de la bolsa,
- c] Elimina el tejido fibroso excesivo que interfiere la consecución del contorno fisiológico cuando la encía cicatriza.

Elimínese la encía marginal e interdental comenzando en la superficie distal del último diente, se desprende el margen gingival por la línea de incisión con una azada quirúrgica y raspadores superficiales número 3G y 4G. El instrumento se coloca en la profundidad de la incisión en contacto con las superficies del diente y se mueve en dirección coronaria,

A medida que se elimina la pared de la bolsa y limpia el campo y se observan las siguientes estructuras,

- 1.- Tejido de granulación de aspecto globular
- 2.- Cálculo que se extiende hasta donde estaba irritada la bolsa. Es pardo oscuro de consistencia sólida.
- 3.- Una zona clara semejante a una banda sobre la raíz donde se inserta la bolsa.

Se elimina todo esto con curetas las cuales se introducen por la superficie dentaria y por debajo del tejido de granulación para separarlo del hueso subyacente.

Se elimina el cálculo y cemento necrótico y se alisa la superficie radicular con raspadores superficiales y curetas,

El éxito de la gingivectomía depende en gran medida de la minuciosidad del raspado y alisado de la raíz, ya hecho esto se lava la superficie con agua tibia

y se coloca una gasa y torundas de algodón empapadas en una solución de epinefrina al 1 por 1000, esto detiene e inhibe la hemorragia en 5 min, cualquier porción de cálculo que no se haya quitado antes se elimina ahora, procediendo a continuación a la colocación del apósito quirúrgico, ya que se lavó perfectamente con solución fisiológica,

El apósito quirúrgico está compuesto de:

Polvo	Líquido
Oxido de zinc	Eugenol
Resina	Aceite de semilla de algodón
Caolín	Tinol
Fibras de Asbesto	
Acido Tánico	

La preparación del cemento se hace así: debe mezclarse hasta tener una consistencia de mástique. Cuando la consistencia es conveniente puede colocarse modelando dos cilindros, un extremo se adapta alrededor de la superficie distal -- del último diente en forma de gancho y el resto se adapta en la superficie vestibular operada y por lingual se hace lo mismo uniéndose en los extremos para que queden bien adosados a la superficie intervenida se presionan en dirección de ésta.

Función del apósito

- 1.- Controla la hemorragia
- 2.- Disminuye la posibilidad de infección
- 3.- Proporciona cierta fepulización a dientes móviles
- 4.- Facilita la cicatrización y la irritación provenientes de la placa y residuos de alimentos.

Instrucciones al Paciente

El paciente debe evitar comer o beber durante una hora y el cepillado de la región operada debe limitarse a las superficies oclusales o incisales. El cemento quirúrgico debe limpiarse suavemente con un cepillo de cerdas de nylon blancas. El paciente debe regresar a los 3 o 5 días o antes si el apósito se desprende.

GINGIVOPLASTIA

Es el remodelado plástico de la encía (marginal, fija, e interproximal), pa

ra establecer una forma anatómica adecuada que pueda funcionar fisiológicamente. Las indicaciones clásicas de la gingivoplastia son:

- 1.- La erupción pasiva alterada en la que la encía cubre una porción relativamente grande de la corona anatómica,
- 2.- La gingivitis ulcero-necrosante aguda,
- 3.- La existencia de bolsas parodontales poco profundas que requieran su eliminación cuando no es necesario corregir la anatomía ósea.
- 4.- La encía hiperplásica que requiere su extirpación.

Durante el proceso de la erupción de los dientes el borde gingival se halla sobre la prominencia convexa del esmalte. En esta posición, el borde gingival libre no está protegido de la excursión de la masa alimenticia y el contorno buiboso normal de la encía es acentuado por la inflamación crónica causada por el trauma y retención de alimentos y otros residuos; este estado persiste hasta que el margen gingival migra a la línea de unión cemento-esmalte donde el borde gingival libre se haya protegido por delicados relieves coronales. En la erupción pasiva alterada, la encía no retrocede a esta posición normal y el tejido continúa sobre la superficie convexa de la corona donde se haya sometido a una irritación crónica. A consecuencia de esta irritación se desarrolla algunas veces una hiperplasia gingival. La gingivoplastia se utiliza para situar el margen gingival en su posición protegida normal en la unión cemento-esmalte.

TECNICA

Se traza una incisión oblicua en la cara vestibular de la encía fija. Suele iniciarse cerca de la unión mucogingival y terminar junto a los dientes, lo más cerca posible del extremo apical del ligamento epitelial. La incisión inicial, se hará con un bisturí Goldman-Fox número 7 y después se utilizará el bisturí Towner J9 o 20 para socavar. La encía interproximal. En el lado lingual se usan los mismos instrumentos, pero suele ser posible trazar una incisión menos inclinada. El tejido incluido se separa con el bisturí Goldman-Fox 10. El ayudante hace presión en el extremo libre del tejido con un hemóstato y se ejerce una ligera tracción sobre el mismo mientras se va eliminando la tira. Después se utiliza el bisturí # 7 como raspador para reducir la superficie del tejido y crear un borde delgado. Con curetas bien afiladas se alisa el tejido interproximal, elaborándose una anatomía gingival cuando la fundación ósea subyacente tiene una topografía similar.

Se ha utilizado el escalpelo electroquirúrgico para modelar los contornos gingivales pero se ha demostrado que es inferior a los instrumentos convencionales. Este método de eliminación histiica retrasa la curación y no permite regular exactamente la profundidad de la necrosis al terapeuta. Las heridas cicatrizadas o incididas curan con diferente velocidad mayor en los últimos. Las heridas cauterizadas son mucho más profundas que las producidas por incisión, no puede controlarse exactamente su penetración y algunas veces producen destrucción ósea y secuestros. Las diferencias en la curación de las heridas cauterizadas o incididas pueden ser debidas a la presencia de células desnaturalizadas en la zona mal definida de separación entre células vivas y muertas que pueden estimular la mitosis pero que impiden la movilización desde el punto de vista físico. El material electroquirúrgico moderno utilizado correctamente no quema el tejido y puede utilizarse con buenos resultados para extirpar o incidir tejidos. Oringer ha dado a los profesionales un amplio estudio de las indicaciones para el uso de las diversas corrientes eléctricas y de los aparatos disponibles en la actualidad. Esta modalidad quirúrgica puede ser usada eficazmente en la cavidad oral para eliminar muchos tipos de lesiones mucosas pero carece de aplicación en la parodontia moderna.

Fox diseñó piedras de diamante ásperas para eliminar cantidades de tejido después de las incisiones iniciales de la gingivoplastia. Se emplean acompañadas de una pulverización acuosa o salina para el modelado preciso de los contornos del tejido, pueden acentuarse las muescas interdetales cortando el tejido blando en cantidad suficiente para crear una fosa poco profunda en el proceso alveolar en los puntos que sea necesario. Este método presenta una ventaja evidente porque el espesor de la lámina cortical impide con frecuencia la consecución de una forma anatómica gingival ideal. Si se han de usar las piedras la incisión inicial no es preciso que sea biselada porque puede lograrse fácilmente el desnivel necesario mediante las piedras de gingivoplastia.

Sobre el área operada se van a colocar gasa con adrenalina al 1 por 1000 durante cinco minutos, se lava y se procede a colocar un apósito parodontal el cual se quitará a la semana.

Al paciente se le dará un método de cepillado adecuado y citándolo periódicamente para un buen mantenimiento de higiene oral.

VESTIBULOPLASTIA

Los procedimientos usados para alterar la forma del vestíbulo bucal, denominan vestibuloplastias. Su finalidad principal es la de aumentar la profundidad del vestíbulo para una mejor higiene oral y salud gingival, además para cuando se van a colocar placas totales.

TECNICA

Paso 1o.- Hágase una incisión de gingivectomía algo apicalmente a la base de las bolsas, incluso si esto obliga a incidir dentro de la mucosa alveolar.

Elimine las bolsas, quítense los cálculos y aísense las superficies radiculares.

Paso 2o.- Háganse incisiones verticales desde el margen gingival hacia el fondo del vestíbulo, determinando la zona donde se desea aumentar la profundidad.

Paso 3o.- Colóquese un bisturí de Bard-Parker número 15 con la punta dirigida hacia apical e introdúzcalo en la unión mucogingival, en un extremo del campo operatorio, muévelo a lo largo de la unión mucogingival, separando un colgajo que conste de epitelio y una fina capa de tejido conectivo subyacente. Sostenga el borde del colgajo con una pinza y diséquese separando el tejido subyacente y profundizando el vestíbulo bucal.

Cuando se alcance la profundidad deseada, aplíquese presión lateral leve contra carrillos y labios, llevando el colgajo hacia apical, hasta que su borde esté a la nueva profundidad establecida.

Como procedimiento alternativo, la separación de la mucosa se puede comenzar desde la línea de incisión gingivectomía o directamente desde el margen gingival.

Paso 4o.- Límpiese el perióstio, elimínese las inserciones musculares y frentillos, tejidos blandos del perióstio para proporcionar una base lisa y firme para el tejido de granulación que cubrirá la herida y por último formará una banda ensanchada de encía insertada. Hay que hacer un esfuerzo para quitar las inserciones musculares para reducir al mínimo la pérdida de profundidad después del tratamiento.

El borde del colgajo puede ser suturado al periostio en la base del campo operatorio que no es obligatorio. La hemorragia se controlará con trozos de gasa bajo presión. Cuando se forme un coágulo el colgajo se adhiere al tejido subyacente en la base del fónix.

Paso 5o.- Colóquese el apósito parodontal. Elimínese el exceso de coágulo y colóquese el apósito parodontal en dos etapas. Primero colóquese el apósito sobre el margen gingival cortado, esto proporciona una base firme para estabilizar el apósito que cubrirá el resto del campo operado.

Segunda etapa.- Tome un cilindro de cemento quirúrgico que tenga el ancho suficiente para llegar hasta la base del fónix y añádalo al apósito marginal para formar una protección en toda la zona intervenida, ejerza una presión leve sobre el labio y carrillo para adaptar el cemento a su lugar.

INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS

- 1.- Aplicar hielo a intervalos de diez minutos, durante tres horas después de la operación.
- 2.- Si hay dolor tomar analgésicos.
- 3.- En las zonas no operadas limpie la boca, tener cuidado de no romper el apósito. Después del primer día se puede enjuagar con agua para eliminar restos de cemento y alimento.
- 4.- Durante los primeros tres o cuatro días habrá cierta molestia que por lo general se aliviará con aspirina, además cierta hinchazón, si el apósito se desprende llamar o acudir al consultorio.
- 5.- Quítese el apósito después de dos semanas, limpie la zona y vuélvase a colocar cemento dos veces a intervalos semanales, luego de las cuales la zona se encuentra suficientemente cicatrizada para poder suspender el apósito.

OSTEOPLASTIA

La osteoplastia es un procedimiento de cirugía con la cual se da nueva forma al hueso para eliminar la bolsa y obtener una adaptación funcional de la encía después de la operación gingival, creando así una armonía entre el hueso alveolar y la encía que la cubre.

Los sitios donde está indicada la osteoplastia son las bolsas interproximales profundas con defectos del parodonto en forma de copa. A veces es necesaria la osteoplastia, cuando la encía interproximal forma una meseta que dificulta la correcta higiene. También está indicada en lingo o bucoverción y existe una -- bolsa en el lado opuesto.

La radiografía resulta útil para estimar la magnitud de la destrucción ósea pero su valor es limitado en lo que se refiere a la determinación del defecto -- óseo.

El diagnóstico incluye la valoración de los factores etiológicos posibles. -- Debe abarcar el examen de la oclusión, hábitos oclusales parafuncionales, alineación. La operación por colgajo es el tratamiento de elección pero también se -- utilizan las técnicas de raspaje y curetaje y gingivectomía. Con frecuencia se obtienen mejores resultados combinando las técnicas.

TECNICAS

Operación de Colgajo

- 1.- Una vez anestesiada la zona, aisle con trozos de gasa, séquese y pinte se con solución antiséptica.
- 2.- La bolsa se explora con una sonda para determinar dónde comenzar las incisiones. Las dimensiones aproximadas del defecto se pueden estimar pasando un instrumento a través de la encía, hacia la superficie ósea subyacente.
- 3.- Las incisiones verticales se hacen a cada lado de la zona afectada en la superficie vestibular o lingual o ambas, según sea necesario para el acceso. Las incisiones deben extenderse desde el margen gingival hacia la mucosa alveolar y deben encontrarse suficientemente alejadas para exponer la totalidad del defecto óseo sin estirar los tejidos y deben ser profundas para permitir el rechazo de un colgajo mucoperiódontico.
- 4.- Una vez hechas las incisiones verticales y antes de rechazar el colgajo, se hace una incisión interna a lo largo del margen gingival para separar del colgajo la pared blanda de la bolsa. Rechácese un colgajo mucoperiódontico, después cureteese la pared adherida de la bolsa, quítese de la superficie dentaria. El defecto óseo estará parcialmente --

relleno de tejido de granulación el cual se elimina con una cureta, - Esto exponerá los depósitos de la raíz y facilitará la exploración a fondo de las dimensiones y morfología del defecto,

- 5.- Elimínense todos los depósitos, alíse la substancia radicular. Asegurándose de llegar a la raíz en la base del defecto,
- 6.- Hay que eliminar por curetaje las fibras que cubren el hueso para permitir la hemorragia dentro del defecto. Si fuera preciso, perfórese la superficie ósea con una fresa redonda pequeña para facilitar la hemorragia,
- 7.- Una vez formado el coágulo, vuélvase el colgajo a su posición sutúrese firmemente sobre el hueso y raíces, cúbrase con apósito quirúrgico. - Retírese el apósito y las suturas a la semana. Por lo general no es necesario colocar otro apósito,

Gingivectomía

Ya anestesiada la zona, se marcan las bolsas y se hace la gingivectomía.

- 1.- Primera incisión.- Se hace coronaria al hueso, se corta la pared del hueso con bisturís de Bard-Parker # 11 o 12 y se elimina exponiendo el orificio del defecto óseo,
- 2.- Segunda incisión.- Con el bisturí paradontal interdental L 22G y 23G se hace la resección de la pared interna de la bolsa,
- 3.- Introdúzcase una cureta por la superficie radicular hasta el fondo de la bolsa, muévase hacia el costado para socavar el tejido de granulación y elimínese ésta. Esto expone los depósitos sobre la raíz y da la oportunidad de valorar las dimensiones y la anatomía del defecto óseo,
- 4.- Ráspese y alíse la raíz para quitar todos los depósitos y sustancia dentaria necrosada y se pule la raíz. Preste atención a la zona de la base de la bolsa para asegurar la eliminación de todo tejido blando en la zona de la adherencia epitelial,
- 5.- El tejido fibroso íntacto se elimina de la superficie del hueso con el borde cortante de la cureta. Esto exponerá una superficie ósea sangrante si fuera preciso, haga varias perforaciones en la superficie ósea con una fresa redonda para facilitar la hemorragia en el defecto óseo.

6.- Limpie la zona con agua tibia para quitar fragmentos de cálculos y tejido blando. Una vez que cese la hemorragia, cúbrase la zona con un apósito parodontal, sin desplazar el coágulo. Después de una semana se retira el apósito quirúrgico y se limpia la zona.

Raspaje y Curetaje

Esta técnica es componente esencial de todos los tratamientos de bolsas infraóseas. Sin embargo en casos seleccionados, es posible hacer el tratamiento únicamente por medio del curetaje y raspaje.

Se anestesia la zona y las bolsas se sondan y se marcan en las superficies vestibular y lingual. Partiendo de la base del defecto y desplazándose coronariamente a lo largo de la pared ósea se curetea el revestimiento epitelial y el tejido conectivo de la bolsa y se elimina con una cureta. Se raspa y se alisa la raíz haciéndolo minuciosamente para eliminar todos los restos de tejido blando en la zona de la adherencia epitelial; se curetean las paredes óseas del defecto para eliminar la capa fibrosa, con el fin de facilitar la hemorragia desde el hueso hacia el defecto.

FRENECTOMIA

Un frenillo es un pliegue de membrana mucosa que, por lo común encierra fibras musculares que unen al labio y las mejillas a la mucosa alveolar o a la encía y al periostio subyacente.

Un frenillo se convierte en problema si está insertado muy cerca del margen gingival. Entonces puede hacer tracción del margen gingival sano y favorecer la acumulación de irritantes; puede separar la pared de una bolsa y agravar su estado o puede entorpecer la cicatrización después del tratamiento, impedir la adaptación estrecha de la encía y conducir a la formación de bolsas o dificultar el cepillado dentario adecuado.

Frenectomía. Es la eliminación completa del frenillo, incluso su inserción al hueso subyacente, como se requiere en la corrección de un distema anormal entre incisivos centrales superiores.

Frenotomía. Es la eliminación parcial del frenillo.

Los problemas del frenillo suelen ocurrir con mayor frecuencia entre los incisivos centrales superiores e inferiores y en zonas de caminos premolares y con

menor frecuencia en la zona lingual de la mandíbula,

La frenectomía se efectúa, por lo común, junto con otros procedimientos terapéuticos parodontales, pero a veces se hace como intervención separada.

TECNICA

- 1.- Si se usa anestesia local, se infiltra en el origen o inserción del frenillo, se infiltra lentamente en el origen 0,5 cc, y se esperan 5 minutos.
- 2.- Se levanta el labio y se coloca una pinza hemostática paralela a la superficie labial del borde alveolar y en contacto con la mucosa que recubre la superficie labial de la apófisis alveolar. Se cierra la pinza hemostática sobre las fibras del frenillo. Se levanta el labio hacia arriba y afuera hasta que forme ángulo recto con la superficie labial del hueso alveolar. Colóquese una segunda pinza hemostática paralela al labio elevado y traccionado (en ángulo recto con la primera pinza hemostática); se coloca este instrumento sobre las fibras del frenillo donde estas se introducen en el labio y se extienden los mordientes de las pinzas hasta el fondo del surco vestibular.
- 3.- Las puntas de las dos pinzas deben tocarse mutuamente, el frenillo labial entre ellas forma una V invertida. El ayudante sostiene quietas las pinzas sin ejercer tracción.
- 4.- Con un bisturí de Bard-Parker # 11, se corta alrededor de la superficie exterior de las dos pinzas hemostáticas, de modo que cuando el corte esté completo las dos pinzas salgan con el tejido del frenillo entre ellas.

Los márgenes laterales de la herida quirúrgica, se separarán con una pinza hemostática recta. Esto permitirá un movimiento deslizante de la mucosa, de manera que pueda ser aproximada y suturada sin tensión. Si el corte hubiera sido hecho en el interior, entre las dos pinzas, habría quedado tejido maserado y mallugado; después de retirar las pinzas hemostáticas. Este tejido dañado es propenso a necrosis, retracción, cicatrización lenta y bordes débiles a través de los cuales la sutura puede deslizarse y cortarse malogrando así el mantenimiento de los labios de la herida hasta que la cicatrización se produzca.

Por estas razones, siempre se corta por fuera de las pinzas hemostáticas.

5.- Sutúrese después que la mucosa haya sido debridada y liberada. Al colocar la sutura sobre el labio, hay que estar seguro de que las glándulas mucosas estén cubiertas por membrana mucosa.

Colóquese algunas capas de gasa yodoformada gruesa entre la superficie labial del borde alveolar y el labio. Instrúyase al paciente para que mantenga este apósito de gasa en su lugar, durante 2 horas. Después - de retirar la gasa, el paciente debe hacer enjuagues de agua cada hora.

Extirpación del Frenillo Lingual

La anquiloglosia (lengua atada) es causada por un frenillo anormal corto o un músculo genio-glosa que restringe de manera notable la amplitud del movimiento lingual. Esto da por resultado dificultades en el habla.

En pacientes desdentados con anquiloglosia no solamente se presentan dificultades en el habla sino que también el frenillo corto con su inserción vecina a la cresta del reborde maxilar inferior impide el asiento y retención de los componentes del parodonto al haber tracción del frenillo.

TECNICA

La anestesia puede ser local o general. Si es local debe hacerse un bloqueo bilateral del nervio lingual. La infiltración local de la solución anestésica, no es conveniente pues distorciona los tejidos impidiendo una línea de incisión precisa. Después de lograda la anestesia se mantiene la boca abierta y se sujeta la lengua con una ligadura cuya punta se pasa a través del punto medio de la lengua, a un centímetro de la punta para sostener la lengua hacia arriba durante la operación. El frenillo lingual corto y el músculo genio-glosa, se ponen tensos por la tracción de la sutura lingual; con tijeras rectas se corta a mitad de camino entre la punta de la lengua y su origen en la superficie lingual de la sínfisis mandibular. El corte se dirige hacia atrás, paralelo al piso de la cavidad bucal en una longitud de 4 a 5 cms, o hasta que la punta de la lengua pueda tocar las superficies linguales de los dientes superiores anteriores con la boca abierta. El corte del frenillo a ese nivel evitará que se traumatise la cárcula salival y los conductos salivales submaxilares que están debajo de los bordes cortantes de la tijera.

Si es necesario, se secciona el músculo genio-glosa además del frenillo lingual.

Los bordes laterales de la incisión son socavados con las tijeras,

Con seda negra 000 y una aguja curva se confrontan los bordes del corte de la mucosa en el piso de la boca y la superficie ventral de la lengua.

Así la incisión horizontal se torna vertical. Utilícese suturas discontinuas distantes un centímetro entre sí, a muchos pacientes les beneficia una terapia del lenguaje que corrija las faltas de dicción que desarrollaron.

Si la anquiloglosia se presenta en desdentados, se usa la misma técnica descrita para el frenillo lingual,

Se cita al paciente a la semana para retirar los puntos de sutura y se le da un método de cepillado adecuado,

CAPITULO VII

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

La parodoncia preventiva es un programa de cooperación entre el odontólogo y el paciente, para la preservación de la dentadura natural previniendo el avance y la repetición de la gingivitis y posteriormente la enfermedad parodontal.

El tratamiento parodontal comienza con la enfermedad y se busca restaurar y conservar la salud parodontal con técnicas especiales.

La identificación de factores locales como causas principales de las alteraciones parodontales no es una simplificación del problema parodonta, las influencias orgánicas afectan a la respuesta parodontal ante irritantes locales, se desconoce la etiología de algunas formas de la enfermedad parodontal la cual se aparece de repente sin causa local aparente,

Los factores locales causan inflamación, la cual es el proceso patológico predominante si no es que el único, La enfermedad parodontal es una extensión de la gingivitis y su origen son los mismos irritantes locales, más trauma de la oclusión, El trauma de la oclusión es un factor coadyuvante que contribuye a la destrucción de los tejidos del parodonto.

La negligencia es la culpable de la mayoría de las enfermedades gingivales y parodontales; el descuido de la enfermedad incipiente hace que se destruyan los tejidos de soporte del diente y el descuido de la boca tratada hace que la enfermedad se repita,

El estado de la higiene bucal (individual) determina la frecuencia y gravedad de la gingivitis,

La placa bacteriana es el principal factor etiológico de la gingivitis y la caries dental. El componente ácido inicia la caries, además constituye la etapa inicial de la formación del cálculo dental, una vez formado éste, el depósito continúa de nueva cuenta,

El control de la placa bacteriana es la manera más eficaz de prevenir la gingivitis, y en consecuencia la enfermedad parodontal al igual que la prevención de los cálculos.

La base de la parodoncia preventiva es el control de placa y el método más seguro que se conoce es la limpieza mecánica con cepillo dental, dentífrico y otros auxiliares.

El cepillo de dientes elimina placa y materia alba, reduciendo así la instalación y frecuencia de la enfermedad gingival en sus primeras etapas.

Un cepillo de dientes debe limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad a todas las áreas de la boca. La elección y cuestión de preferencia personal, - no se ha resuelto aún la cuestión de dureza adecuada de las cerdas que debe tener el cepillo, ésta varía según el método de cepillado de cada persona y de la fuerza con que se realice.

Es preciso aconsejar al paciente que debe reemplazar el cepillo periódicamente, antes que las cerdas se deformen.

No es posible limpiar completamente los dientes mediante el cepillado y el dentrífico, ya que no se puede llegar a las caras proximales y aquí es importante la remoción de la placa bacteriana, ya que la mayoría de las enfermedades parodontales empiezan por la papila interdientaria, para lo cual nos valdremos del hilo dental, limpiadores interdentario, aparatos de irrigación bucal.

Objeto de cepillado:

- a) Quitar los restos alimenticios, materia alba, musina.
- b) Estimular la circulación gingival.
- c) Estimular la queratinización de los tejidos haciéndola más resistente a cualquier tipo de agresión.

Métodos de Cepillado

Método de Bass.- Se empieza por las superficies vestibulo-proximales de los molares derechos. Colocar las cerdas a 45 grados respecto al eje mayor de los dientes y force los extremos de las cerdas dentro del surco gingival y sobre el margen gingival asegurándose que las cerdas penetren en el espacio interproximal, actívese el cepillo con un movimiento vibratorio hacia adelante y atrás sin desplazar las puntas de su lugar. Desciéndase el cepilo y muévalo hacia adelante - repitiendo el proceso en la zona de premolares.

Cuando se llega al canino superior, coloque el cepillo de tal forma que la última hilera de cerdas quede distal a la prominencia canina, no sobre ella, ya que esto traumatiza la enca y podrá causar recesión gingival en la prominencia canina. Una vez activado el cepillo, elévelo y muévalo mesial a la prominencia canina encima de los incisivos superiores.

Haga lo mismo en la zona vestibular superior izquierda, llenando de anterior a posterior,

Se continúa con la zona palatina principiando del lado izquierdo y terminando del lado derecho. Se coloca el cepillo horizontalmente en el área de molares y premolares y en la anterior el cepillo más vertical; colocando el cepillo en la misma posición y angulación que en vestibular y siguiendo los mismos movimientos. Una vez completado el maxilar se lleva a cabo la misma operación en la mandíbula.

Finalmente se cepillarán las superficies oclusales, presionando con firmeza las cerdas, introduciendo los extremos en surcos y fisuras, actívese el cepillo con movimientos cortos de atrás hacia adelante, avanzando parte por parte hasta cepillar todos los dientes posteriores.

Método de Stillman

Consiste en que el paciente debe colocarse frente al espejo y colocar sus dientes borde con borde.

El cepillo es colocado parte en la enca y parte en la porción cervical, se presiona con las cerdas en el margen gingival hasta provocar isquemia, posteriormente se dirige el cepillo (incisal y oclusal), en forma de barrido.

Las caras masticatorias se limpiarán en forma circular, las caras linguales barriendo los dientes siempre hacia incisal y oclusal.

Método Fisiológico

Se efectúa el cepillado siguiendo el trayecto del bolo alimenticio, el paciente sostiene el cepillo en posición horizontal y las cerdas se dirigen en ángulo hacia los dientes y se hacen movimientos suaves de arriba a abajo.

Auxiliares del Cepillado

El hilo dental es un auxiliar en la limpieza de las caras proximales de los dientes. Para su uso se corta un trozo de 30 cm, y se enredan los extremos en el dedo medio de cada mano, se pasa el hilo sobre el pulgar derecho y el índice izquierdo, por detrás de la superficie distal del último diente, hágase pasar suavemente el hilo a través del área de contacto de los dientes, con movimientos suaves vestibulolinguales. Se coloca en la base del surco gingival y se limpia-

el área con movimientos firmes de atrás hacia adelante llevando el hilo hacia el área de contacto, trasládese el hilo sobre la papila interdental hacia la base del surco gingival adyacente y repítase el proceso.

Conos interdentarios. De caucho, madera, plástico.

La acción de limpieza de las puntas se limita al surco gingival en las superficies proximales de los dientes.

La inflamación de las papilas puede reducirse hasta un 27% mediante la combinación de conos de hule con el cepillado.

El cono se coloca en una angulación de 45 grados con respecto al diente presionando contra la superficie dentaria, después de desplaza el cono por el diente siguiendo la base del surco hasta el área de contacto, se repite el procedimiento en la superficie proximal adyacente y por la cara lingual.

No hay que forzar las puntas entre las papilas interdentarias y los dientes ello creará un espacio donde no lo había antes.

Enjuagues

Estos nunca deben ser usados como sustitutos del cepillado, se deben usar como coadyuvantes, ya que sólo con ellos no es suficiente para mantener la boca con una buena higiene.

Agua Pik. Estos aparatos son coadyuvantes en el cepillado, una de las ventajas es que se cuenta con diferentes boquillas intercambiables y la variación de presión de tal forma que un sólo aparato puede ser utilizado para toda la familia, la segunda ventaja consiste en que a través de la presión se lleva el agua de vestibular a lingual consiguiendo con ésto el masaje a la encía así como la -- provocación de la queratinización.

Proflaxis Bucal

Este término se refiere a la limpieza de los dientes en el consultorio dental, el cual consiste en la remoción de la placa bacteriana, materia alva, cálculos y el pulido de los dientes, para lo cual se debe recurrir a:

- a) Uso de pastillas reveladores para detectar la placa.
- b) Eliminación de la placa y cálculos subgingivales y supragingivales.
- c) Limpieza y pulido de los dientes, mediante cepillos y gomas de hule --

con una pasta pulidora, esto se hace para que la placa no se adhiera a la superficie del diente, las caras proximales se limpian con hilo dental y pasta pulidora, después que el paciente se haya enjuagado la boca, se volverá a usar la pastilla reveladora a fin de observar si no quedan zonas aún con placa.

- d] Aplicar agentes tópicos preventivos de la caries.
- e] Se revisan las restauraciones con el fin de corregir los márgenes desbordantes y puntos altos de oclusión, también se debe controlar la adaptación adecuada de las prótesis removibles y su limpieza.
- f] Se deben corregir los lugares donde hay acumulación de alimentos, no se recomienda el ajuste oclusal profiláctico en ausencia de pruebas de trauma de la oclusión en prevención de un daño futuro.

Postoperatorio no debe presentar problemas si se tiene la seguridad de haberse efectuado correctamente la intervención y el paciente coopera en su restablecimiento, para lo cual se deben dar las instrucciones por escrito con el fin de que se lleven a cabo correctamente.

- A] Se prescriben analgésicos, tras la primera dosis solamente tomará otra si hay dolor.
- B] Inmediatamente después de la intervención se aplicará hielo en la cara sobre la zona operada, durante 10 min. y después de 10 minutos de descanso, se volverá a aplicar, repitiendo la operación hasta mitigar el dolor y la hinchazón bajarán aplicando compresas de agua tibia.
- C] El material que rodea sus dientes es una cura quirúrgica parodontal, protege sus heridas y no se debe quitar (apósitos quirúrgicos).
- D] Pueden desprenderse pequeños fragmentos del apósito, esto carece de importancia a menos que cause dolor se debe ir a ver al odontólogo para su revisión.
- E] Puede masticar lenta y eficazmente con el lado opuesto de la intervención a que se sometió, pero se debe evitar la dieta dura que exige presiones fuertes para su masticación.
- F] Durante algunas horas después de la intervención, la saliva puede aparecer teñida de sangre, esto es normal, si la hemorragia es considerable procure averiguar su origen y con una gasa comprimida con los dedos ambos lados del apósito durante 20 min, sin apartar la gasa para exami

nar la zona, si la hemorragia persiste visite al odontólogo, pero no intente cohibir la hemorragia con enjuagues,

- G] A partir del día siguiente puede enjuagarse cada 2 horas con una solución de 1/2 cucharada de sal en un vaso de agua tibia con el fin de mantener la higiene oral mediante una enérgica sección de arrastre.
- H] No utilice el cepillo de dientes en el lado intervenido, pero si puede hacerlo en el lado opuesto con sumo cuidado para evitar la acumulación de restos alimenticios.

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

El estudio del parodonto es importante en la Odontología, ya que es imprescindible mantenerlo sano para los distintos tipos de rehabilitación oral por ser el sostén de las piezas dentales. Ya que es preferible en casos extremos conservar el ligamento Parodontal que la pérdida parcial o total de la corona por caries o traumatismo, porque sirve más una raíz bien anclada a su alveolo que una pieza dentaria sin caries pero con movilidad por la pérdida del parodonto.

Para que el tratamiento tenga éxito, se debe seguir un orden adecuado al tipo de problema que presente el paciente y no seguir un patrón para todos los casos, ya que el organismo de cada persona reacciona de diferente manera aunque sea la misma enfermedad.

Los pasos que se deben seguir para efectuar el tratamiento son:

Primero elaborar una historia clínica en la cual se va a incluir la historia médica, padecimiento actual, se hace el examen de la cavidad oral, examen radiográfico y ya teniendo todos los datos, se debe hacer un diagnóstico preciso para planear el tratamiento adecuado. Todos estos datos se anotan en una ficha parodontal además de la elaboración de una hoja de evolución para valorar la técnica de elección en el tratamiento de la enfermedad parodontal.

Para planear el tratamiento se sigue el siguiente orden:

- a.- Raspaje y alisamiento radiculares.
- b.- Instrucción del control de placa (se repite en secciones sucesivas)
- c.- Ajuste oclusal preliminar.
- d.- Raspaje radicular.
- e.- Eliminación de otros factores como son:

Márgenes desbordante, extracciones, obturaciones.

- f.- Revalorización.

- g.- Raspaje radicular y enseñanza del control de placa.
- h.- Examen posterior al tratamiento.
- i.- Establecer un programa de mantenimiento (después del tratamiento).

Otro punto importante en parodoncia y en la Odontología en general, es aleccionar al paciente en el cuidado de la cavidad bucal antes y después de efectuar cualquier tratamiento haciendo que se forme hábito el cuidar su boca, enseñándole cuan importante es el aseo diario con cepillos y técnicas adecuadas que el Odontólogo tiene obligación de enseñarle al paciente.

Registros.- Es necesario registrara con exactitud el tratamiento realizado - en cada sesión, además se anotarán los medicamentos recetados, el tipo de cepillo métodos de cepillado. A medida que se efectúe el tratamiento, se controlará cada paso de acuerdo al plan de tratamiento ya trazado con anterioridad.

Se incluirán las citas de revalorización para fechas apropiadas.

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

- 1.- A. GRANT DANIEL
B. STERN IRVIN PARODONCIA DE ORBAN
MEXICO INTERAMERICANA
1975 4a. EDICION
- 2.- CARRANZA FERMIN PARODONCIA
BUENOS AIRES MUNDI 1978
- 3.- GOLDENBERG L. PIORREA ALVEOLAR
INMUNDO TERAPIA GINGIVAL
MEXICO CENTAURO 1945
- 4.- GOLMAN HENRY M. TERAPEUTICA PERIODONTAL
BUENOS AIRES 1962
- 5.- GRINGPAN DAVID ENFERMEDADES DE LA BOCA
BUENOS AIRES MUNDI 1970
- 6.- IRVING GLICKMAN PERIODONTOLOGIA CLINICA
MEXICO INTERAMERICANA 1975
- 7.- ORBAN BALINT PERIODONCIA PARODONTOLOGIA
MEXICO INTERAMERICANA
- 8.- RICHARD JOHN ENFERMEDADES PERIODONTALES
AVANZADAS
BARCELONA LABOR
- 9.- SAENZ DE LA CALZADA EXPLORACION CLINICA EN
ETOMATOLOGIA
MADRID PAZ MONTALVO
2a. EDICION
- 10.- STAFNE EDWARD C. ROENTGENODIAGNOSTICO ORAL
PHILADELPHIA W. B. SAUNDERS
- 11.- W. HARRY ARCHER CIRUGIA GUCAL
2a. EDICION
ODONTOLOGIA CLINICA DE
NORTEAMERICA
TRATAMIENTO ORAL