



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ENFERMEDAD PARODONTAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
ROSALBA LUVIANO MARTINEZ

**ASESOR DE TESIS:
DR. DANIEL GARCIA RODRIGUEZ**

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PARODONCIA

INDICE

	Págs.
I. INTRODUCCION.	1
II. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL PERIODONTO.	3
a).- Encía.	3
b).- Periodonto (Ligamento).	6
c).- Cemento.	9
d).- Hueso Alveolar.	13
III. CLASIFICACION DE LAS ALTERACIONES PARODONTALES.	16
a).- Etiología.	21
b).- Diagnóstico.	23
c).- Tratamiento.	23
IV. GINGIVECTOMIA.	36
V. GINGIVOPLASTIA.	51
VI. CURETAJE O COLGAJO.	54
VII. CONCLUSIONES.	66
VIII. BIBLIOGRAFIA.	67

CAPITULO I

INTRODUCCION

La enfermedad periodontal es la cuestión más importante en la práctica de la odontología. Estudios paleontológicos señalan que el hombre ha estado expuesto a la enfermedad periodontal desde épocas prehistóricas antiguas revelan el conocimiento de la enfermedad periodontal, así como la necesidad de su tratamiento.

Antes de empezar el estudio detallado de la enfermedad periodontal es importante tener una perspectiva adecuada - respecto al papel de la periodoncia en el ejercicio de la - odontología.

La enfermedad periodontal es la causa principal de la pérdida de los dientes por los adultos, y por muchos años - la periodoncia fue como conglomerado de técnicas terapéuticas con la finalidad de tratar de salvar los dientes cuya - enfermedad era abanzada.

Gradualmente, se fue haciendo claro que la enfermedad periodontal que causa la pérdida dentaria en adultos era la etapa final de procesos que se habían originado, pero no - tratado, en la juventud. La atención se desplazó hacia el - tratamiento temprano, pues es más simple produce resultados más previsibles y evita en el paciente la pérdida innecesaria de los tejidos de soporte del diente.

Actualmente, la preocupación principal esta dirigida - a la prevención de la enfermedad periodontal, cosa posible_ en gran medida. Al no estar ya ubicada dentro de las limita_ ciones de una rama especializada de la odontología, la pe-- riodoncia se ha convertido en una filosofía en que se basa_ toda práctica odontológica.

Todo procedimiento dental se realiza teniendo en cuen- ta sus efectos sobre el periodonto, y las medidas efectivas aplicadas en el consultorio para prevenir la enfermedad son parte del cuidado dental total de todos los pacientes. Ade- más, se han venido aplicando programas educacionales con el fin de alertar al público respecto a la importancia de la - enfermedad periodontal y motivarlos para que aproveche la - ventaja de los métodos actuales disponibles de prevención.- La prioridad de la periodoncia en la práctica de la odonto- logía, se ha desplazado de la reparación del daño hecho por la enfermedad a la conservación de la salud de las bocas - sanas.

CAPITULO II

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL PERIODONTO

El periodonto es el tejido de protección y sostén del diente y se compone:

- a) Ligamento Periodontal.
- b) Encía.
- c) Cemento.
- d) Hueso Alveolar.

Encía.

La encía es aquella parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

Encía Marginal o Libre.

La encía marginal es la encía libre que rodea los dientes, a modo de collar y se halla demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda, - el surco marginal. Generalmente de un ancho algo mayor que un milímetro, forma la pared blanda del surco gingival, puede ser separada de la superficie dentaria mediante una sonda roma.

El surco gingival es la hendidura somera alrededor del diente limitada por la superficie dentaria y el epitelio - que tapiza el margen libre de la encía. Es una depresión en forma de V y solo permite la entrada de una sonda roma delgada.

Encía Insertada.

La encía insertada se continua con la encía marginal, - es firme, resilente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacente. El aspecto vestibular de la encía - insertada se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y movable, de la que separa la línea mucogingival.- El ancho de la encía en el sector vestibular, en diferentes zonas de la boca, varía de menos de 1 mm. a 9 mm. en la cara lingual del maxilar inferior, la encía insertada termina en la unión con la membrana mucosa que tapiza el surco sublingual en el piso de la boca. La superficie palatina de la - encía insertada en el maxilar superior se une imperceptiblemente con la mucosa palatina, igualmente firme y resilente, a veces, se usan las denominaciones encía cementaria y encía alveolar para designar las diferentes porciones de la - encía insertada, según sean sus áreas de inserción.

Encía Interdentaria.

La encía interdentaria ocupa el nicho gingival, que - es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario, consta de dos papilas, una vestibular y una lingual y el col, este último es una depresión parecida a - un valle que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contactos interproximal. Cada papila interdentariaes piramidal, la superficie exterior es afilada hacia el - área de contacto interproximal, y las superficies mesial y distal son levemente cóncavas, los bordes laterales y el - extremo de la papila interdentaria están formados por una -

continuación de la encía marginal de los dientes vecinos. -
La parte media se compone de encía insertada.

Características Clínicas.

Por lo general, el color de la encía insertada se describe como rosado coral y es producido por el aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentaciones. El color varía según las personas y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea, es más clara en individuos de tez blanca que en trigueños de tez morena.

El tamaño de la encía corresponde a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. La alteración del tamaño es una característica de la enfermedad gingival.

El contorno o forma de la encía varía considerablemente, y depende de la forma de los dientes y su alineación en el arco, de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de nichos gingivales vestibular y lingual.

En cuanto a su consistencia, la encía es firme y resistente y, con excepción del margen libre movable, esta fuertemente unida al hueso subyacente, la naturaleza colágena de la lámina propia y su contigüidad al mucoperiostio del hueso alveolar determinan la consistencia firme de la encía insertada.

La encía presenta una superficie finamente lobulada, -

como una cáscara, y se dice que es punteada, el punteado se observa mejor al secar la encía. La encía insertada es punteada, la encía marginal no lo es. La parte central de las papilas interdientarias es por lo común punteada, pero los bordes marginales son lisos, la forma y la extensión del punteado varían de una persona a otra y en diferentes zonas de una misma boca, es menos prominente en las superficies linguales que en las vestibulares y puede estar ausente en algunos pacientes.

El punteado varía con la edad, no existe en la lactancia, aparece en algunos niños alrededor de los cinco años, aumenta hasta la edad adulta, y con frecuencia comienza a desaparecer con la vejez.

Ligamento Periodontal.

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

Fibras Principales.

Los elementos más importantes del ligamento periodontal son las fibras colágenas, dispuestas en haces y que siguen un recorrido ondulado, los extremos de las fibras principales que se insertan en el cemento y hueso se denominan fibras de Sharpey.

Las principales fibras se distribuyen en los siguien--

tes grupos:

1.- Fibras Gingivales Libres: que van del cuello del diente hacia la encía, su función consiste en mantener al diente unido a la encía.

2.- Fibras Transceptales: se extienden desde el cemento de un diente al cemento del diente proximo, por encima de la cresta alveolar, su función consiste en ayudar a mantener la distancia entre un diente y otro, sosteniendo los puntos de contacto.

3.- Fibras Cresto Alveolares: se extienden desde la porción cervical de un diente, hasta la cresta alveolar y resisten las fuerzas tensionales laterales.

4.- Fibras Horizontales: son las que se dirigen horizontalmente del cemento del diente hacia el hueso alveolar, resisten las fuerzas y presiones laterales y verticales.

5.- Fibras Oblicuas: se dirigen oblicuamente desde el cemento, hasta el hueso alveolar, son las más numerosas, su función es similar a las fibras horizontales. Soportan el grueso de las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

6.- Fibras Apicales: Se dirigen del ápice hacia el hueso en forma irradiada, previenen el desalojo lateral de la pieza dentaria, resisten a las fuerzas que tienen a desalojar al diente, sirven como cojinete a las presiones de la masticación.

Otras fibras.

Otros haces de fibras bien formados se interdigitan en ángulos rectos o se extienden sin mayor regularidad alrededor de los haces de fibras de distribución ordenada y entre ellos.

En el tejido conectivo intersticial, entre los grupos de fibras principales, se hallan fibras colágenas distribuidas con menor regularidad, que contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Otras fibras oxitalámicas, que se disponen principalmente alrededor de los vasos y se insertan en el cemento del tercio apical de la raíz. No se comprende su función.

Desarrollo del Ligamento.

El ligamento periodontal se desarrolla a partir del saco dentario, capa circular de tejido conectivo fibroso que rodea al germen dentario. A medida que el diente en formación erupciona, el tejido conectivo del saco se diferencia en tres capas: una capa adyacente al hueso, una capa interna junto al cemento y una capa intermedia de fibras desorganizadas. Los haces de fibras principales derivan de la capa intermedia y se engruesan y se disponen según las exigencias funcionales cuando el diente alcanza el contacto oclusal.

Funciones del Ligamento Periodontal.

Las funciones del ligamento periodontal son: físicas - formativas, nutricionales y sensoriales.

Función Física.

Las funciones físicas del ligamento periodontal abarcan lo siguiente: transmisión de fuerzas oclusales al hueso, inserción del diente al hueso; mantenimiento de los tejidos gingivales en sus adecuadas con los dientes; resistencia al impacto de las fuerzas oclusales; provisión de una envoltura de tejidos blandos para proteger los vasos y nervios de lesiones producidas por fuerzas mecánicas.

Función Formativa.

El ligamento cumple las funciones de periostio para el cemento y el hueso. Las células del ligamento periodontal participan en la formación y reabsorción de estos tejidos, formación y reabsorción que se produce durante los movimientos fisiológicos del diente, en la adaptación del periodonto a las fuerzas y en la reparación de lesiones.

Función Nutricional y Sensorial.

El ligamento periodontal provee de elementos nutricionales al cemento, hueso y encía mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático. La inervación del ligamento periodontal confiere sensibilidad propioceptiva y táctil, que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes y desempeña un papel importante en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria.

Cemento.

El cemento es el tejido mesenquimatoso calcificado que

forma la capa externa de la raíz anatómica. Puede ejercer un papel mucho más importante en la evolución de la enfermedad periodontal de lo que se ha demostrado.

Hay dos tipos de cementos: acelular (primario) y celular (secundario). Los dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas. El tipo acelular contiene cementocitos en espacios aislados, que se comunican entre sí mediante un sistema de canalículos anastomados. Hay dos tipos de fibras colágenas: fibras de Sharpey, porción incluidas de las fibras principales del ligamento periodontal, que están formadas por fibroblastos, y un segundo grupo de fibras presumiblemente producidas por cementoblastos, que también generan la sustancia fundamental interfibrilar glucoproteica.

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

Representan períodos de reposo en la formación de cemento y están más mineralizadas que el cemento adyacente, las fibras de Sharpey ocupan la mayor la mayor parte de la estructura del cemento acelular, que desempeña un papel principal en el sostén del diente. La mayoría de las fibras se insertan en la superficie dentaria más o menos en ángulo recto y penetran en la profundidad del cemento, pero otras entran en diversas direcciones, su tamaño, cantidad y distribución aumentan con la función, las fibras de Sharpey se hallan completamente calcificadas por cristales paralelos -

a las fibrillas, tal como lo están en la dentina y el hueso excepto en una zona de 10 a 50 micrones de espesor cerca de la unión amelodentinaria, donde la calcificación es parcial. El cemento acelular asimismo contiene otras fibrillas colágenas que están calcificadas y se disponen irregularmente, o son paralelas a la superficie.

El cemento celular está menos calcificado que el celular. Las fibras de Sharpey ocupan una porción menor de cemento celular y están separadas por otras fibrillas que son paralelas a la superficie radicular o se distribuyen al azar, algunas fibras de Sharpey se hallan completamente calcificadas, otras lo están parcialmente, y en algunas hay núcleos no calcificados rodeados de un borde calcificado.

La distribución del cemento acelular y celular varía, la mitad coronaria de la raíz se encuentra por lo general, cubierta por el tipo acelular, y el cemento celular es más común en la mitad apical.

Con la edad, la mayor acumulación de cemento es de tipo celular en la mitad apical de la raíz en la zona de las bifurcaciones.

El cemento que se halla inmediatamente debajo de la unión amelocementaria hay tres clases de relaciones de cemento, el cemento cubre en el esmalte en 60 a 65% de los casos, en 30% hay unión de borde con borde y en 5 a 10% el cemento y el esmalte no se ponen en contacto en este último caso la recesión gingival puede ir acompañada de una sensibilidad acentuada porque la dentina queda expuesta.

A veces una capa de cemento afibrilar granular se extiende una corta distancia sobre el esmalte en la unión amelocementaria, contiene mucopolisacáridos ácidos y colágenos afibrilar, en contraste con el cemento de la raíz que es rico en fibras colágenas. Se emitió la hipótesis de que este material sobre el esmalte por el tejido conectivo después de la degeneración y contracción del epitelio reducido del esmalte el cemento afibrilar puede estar parcialmente cubierto por cemento radicular. En cerdos, el cemento se halla sobre el esmalte y cubre una superficie mayor que en hombre. En bovinos cubre la totalidad del esmalte.

En la enfermedad periodontal, el cemento adyacente al esmalte por lo general se desintegra. Entonces forma un reborde saliente que puede ser confundido con cálculos cuando se raspan los dientes. El espesor del cemento en la mitad coronaria de la raíz varía de 16 a 60 micrones, o aproximadamente el espesor de un cabello, adquiere mayor espesor de 150 a 200 micrones en el tercio apical así mismo en las áreas de bifurcaciones y trifurcaciones. Entre los 11 y 70 años, el espesor promedio de cemento aumenta al triple, con el incremento más acentuado en la región del ápice, se registró un espesor promedio de 95 micrones a los 20 años de edad y de 25 micrones a la edad de 60 años.

En animales muy jóvenes, tanto el cemento celular como el acelular son permeables y permiten la difusión de colorantes desde el conducto pulpar y la superficie externa de la raíz, en el cemento celular los canalículos de algunas zonas son contiguos a los túbulos dentinarios. Los dientes

desvitalizados absorben a través del cemento alrededor de un décimo del fósforo radiactivo (^{32}P), que absorben los dientes vitales. Con la edad, disminuye la permeabilidad del cemento, también se produce la disminución relativa de la contribución pulpar para la nutrición del diente lo cual aumenta la importancia del ligamento periodontal como vía de intercambio metabólico.

Función de Cemento.

No se ha precisado relación neta entre la función oclusal y el depósito de cemento, fundándose en los datos de cemento bien desarrollados en las raíces de los dientes enquistes dermoides, y en la presencia de cemento más grueso en dientes incluidos que en piezas que poseen función, se ha deducido que no se necesita la función para la formación de cemento. El cemento es más delgado en zonas de daño causado por fuerzas oclusales excesivas, pero en estas zonas puede haber engrosamiento del cemento.

Hueso Alveolar.

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios, se compone de la pared interna del alveolo dentario, se compone de la pared interna del alveolo, del hueso delgado, compacto, denominado hueso alveolar propiamente dicho, el hueso de sostén que consiste en trabéculas reticulares (hueso esponjoso), y las tablas vestibular y palatina de hueso compacto.

El proceso alveolar es divisible, desde el punto de

vista anatómico, en dos áreas separadas, pero funciona como unidad, todas las partes intervienen en el sostén del diente. Las fuerzas oclusales que se transmiten desde el ligamento periodontal hacia la parte interna del alveolo son soportadas por el trabeculado esponjoso, que a su vez, es sostenido por las tablas corticales, vestibular y lingual. La designación de todo el proceso alveolar como hueso alveolar guarda armonía con su unidad funcional.

El hueso alveolar se compone de una matriz calcificada con osteocitos encerrados dentro de espacios denominados lagunas. Los osteocitos se extienden dentro de pequeños canales que se irradian desde las lagunas, los canalículos forman un sistema anastomosado dentro de la matriz intercelular del hueso, que lleva oxígeno y alimentos a los osteocitos y elimina los productos de deshecho.

En la composición del hueso entran principalmente, el calcio y el fosfato, junto con hidroxilos, carbonato y citrato y pequeñas cantidades de otros iones, como Na. Mg. F. Las sales minerales se depositan en cristales de hidroxiapatita de tamaño ultramicroscópico, el espacio intercrystalino está relleno de matriz orgánica, con predominancia de colágeno, más agua, sólidos no incluidos en la estructura cristalina y pequeñas cantidades de mucopolisacáridos, principalmente condroitín sulfato. En las trabéculas, la matriz se dispone en láminas separadas una de otra por líneas de cemento destacadas.

Vascularización.

La pared ósea de los alveolos dentarios aparece radiográficamente como una línea radiopaca, delgada, denominada lámina dura, sin embargo, está perforada por numerosos canales que contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios - que establecen la unión entre el ligamento periodontal y la porción esponjosa del hueso alveolar. El aporte sanguíneo - proviene de vasos del ligamento periodontal y espacios medulares y también de pequeñas ramas de vasos periféricos que penetran en las tablas corticales.

Función del Hueso Alveolar.

Hay dos aspectos en la relación entre las fuerzas oclusales y el hueso alveolar. El hueso existe con la finalidad de sostener los dientes durante la función y en común con el resto del sistema esquelético depende de la estimulación que reciba de la función para la conservación de la estructura. Hay por ello un equilibrio constante y delicado entre las fuerzas oclusales y la estructura del hueso alveolar. - El hueso alveolar se remodela constantemente con respuesta a las fuerzas oclusales. Los osteoclastos y osteoblastos redistribuyen la sustancia ósea para hacer frente a nuevas exigencias funcionales con mayor eficacia, el hueso es eliminado de donde ya no se le precisa y es añadido donde surgen necesidades.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LAS ALTERACIONES PARODONTALES.

Enfermedades crónicas:

- a) Gingivitis.
- b) Parodontitis.

Enfermedades agudas:

- a) Gingivitis Ulceronecrosante Aguda (GUNA)
- b) Gingivoestomatitis Herpética.
- c) Gingivoestomatitis Estreptocócica.
- d) Gingivoestomatitis Gonocócica.
- e) Absceso Periodontal.
- f) Absceso gingival.
- g) Pericoronitis.

Enfermedades degenerativas:

- a) Gingivosis.
- b) Parodontosis.

Gingivitis.

La gingivitis es una inflamación de la encía que se caracteriza clínicamente por tumefacción, enrojecimiento, alteraciones del contorno fisiológico y hemorragia. Puede - - adoptar la forma aguda o la crónica con remisiones y exacervaciones. Suelen observarse bolsas gingivales supraóseas - producidas por la tumefacción de los tejidos marginales. - Cuando sólo hay gingivitis, el exámen radiográfico no reve-

la ninguna absorción alveolar.

Comunmente, la gingivitis es consecuencia de factores etiológicos locales, tales como la acumulación bacteriana - y la formación de cálculo, las restauraciones insuficientes o inadecuadas que pueden constituir una fuente irritativa - de los tejidos periodontales, o las aberraciones anatómicas locales que afectan al periodonto. Además hay alteraciones generales como las endocrinopatías, los trastornos nutritivos y las discrasias sanguíneas que pueden manifestarse en la forma de transtornos gingivales.

También se han clasificado las gingivitis teniendo en cuenta los factores etiológicos, es decir, gingivitis de la - gestación, gingivitis de la pubertad, etc. No obstante, es más útil la subclasificación que describe los límites anatómicos de las alteraciones inflamatorias. Así, se - dirá que un paciente determinado sufre una gingivitis papilar si solamente están afectadas las papilas interdenciales, mientras que si también están enfermos los tejidos marginales se dirá que presenta una gingivitis marginal.

Características Clínicas:

La gingivitis crónica es de origen local y puede ser - agravada por un factor general o sistemático, se caracteriza por un cambio de color en la encía, la cual se encuentra enrojecida. La encía marginal pierde su forma, textura, - consistencia generalmente es indolora y puede haber sangrado espontáneo o provocado.

Al valorar las características clínicas de la gingivitis es preciso ser sistemático. Hay que estar en guardia - contra el hecho de ser distraído por hallazgos espectaculares y perder de vista fenómenos menos llamativos que pueden ser de igual importancia diagnóstica, si no mayor.

El enfoque clínico sistemático exige el exámen ordenado de la encía y de las siguientes características: color, tamaño y forma, consistencia, textura superficial y posición, facilidad de hemorragia y dolor.

Tratamiento.

Se eliminan los irritantes locales, se le instituye al paciente una técnica de cepillado adecuado, se le indica el uso de pastillas reveladores, hilo dental (sin cera) y de la punta de goma.

Periodontitis.

La periodontitis suele aparecer como secuela de la gingivitis: no obstante, puede existir o faltar las manifestaciones clínicas de la inflamación gingival. En ambos casos se observan alteraciones más avanzadas y más profundas. El proceso inflamatorio progresa en sentido apical hasta afectar el hueso alveolar y al de apoyo. Se produce la proliferación apical del ligamento epitelial, con formación concomitante de bolsas periodontales. El exámen radiográfico revela las crestas alveolares.

Cabe admitir que la periodontitis es producida por los mismos factores etiológicos, que la gingivitis; la resor-

ción ósea es consecuencia de la duración y de la intensidad de los irritantes e influyen en ella la resistencia de los tejidos y su capacidad de reparación. La comprensión de la evolución progresiva de la enfermedad, de la gingivitis a la periodontitis, es fundamental tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. En la gingivitis el irritante local origina una reacción inflamatoria que queda confinada en los tejidos gingivales situados coronalmente con respecto al hueso alveolar. La eliminación del irritante logra la recuperación completa de la salud. No obstante, la característica principal de la periodontitis es la pérdida de hueso alveolar, generalmente en dirección horizontal. Al perderse el apoyo del diente, éste se mueve y se halla en peligro. En este momento la eliminación del irritante no basta para que se produzca el retorno a la normalidad de la zona afectada. La terapéutica ha de ir encaminada a la eliminación de los defectos de los tejidos y a devolver al periodonto su forma fisiológica normal.

Características Clínicas.

La paradontitis crónica se caracteriza clínicamente por la presencia de bolsas paradontales y como consecuencia de la misma encontramos pérdida ósea y movilidad dentaria, el color de la encía es rojo escarlata o rojo azulado, también su forma, consistencia se encuentran alteradas.

Bolsa Parodontal.

Es la emigración patológica de la adherencia epitelial apical. Estas se clasifican en infraóseas y supraóseas de--

pendiendo de la relación que guardan con la cresta alveolar.

El Diagnóstico clínico de la parodontitis se basa en - la inflamación gingival, la presencia de bolsas parodontales, el exudado de esas bolsas parodontales, la resorción - alveolar (generalmente es horizontal) y además movilidad - dentaria de diversos grados.

Tratamiento.

Se eliminan los irritantes locales, se le instituye al paciente C.P.P. completo, se eliminan las bolsas parodontales mediante una técnica quirúrgica (legrado parodontal).

Gingivitis Ulceronegrosante Aguda (GUNA)

La denominación gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA) connota una enfermedad inflamatoria destructiva de la - encía que presenta signos y síntomas característicos.

En los últimos años, se empleo el nombre de ginvivostomatitis ulceronecrotica aguda, que tiene ciertas ventajas - sobre el nombre antiguo de Vincent o boca de trinchera. Este nombre que acompañan a la leucemia, la neutropenia maligna, y a veces la diabetes no controlada.

La GUNA es más frecuente en el adolescente; aunque una higiéne bucal insuficiente predisponente importante y común la enfermedad puede atacar también a sujetos con higiéne - bucal relativamente buena. Una mala nutrición, la atención nerviosa, la falta de reposo y el abuso del tabaco puede -- predisponer a este padecimiento.

Etiología.

En las lesiones de esta enfermedad se encuentra una simbiosis características de microorganismos fusoespiroquetarios. Predominan *B. vincentii* y *F. dentium* en cuanto a número pero también existen otros representantes de la flora bucal.

Entre los factores predisponentes de mayor importancia para la manifestación clínica de esta enfermedad, se pueden citar:

1. Locales.

A) Erupción o mala posición de los dientes, "infecciones" pericoronarias.

B) Bordes de restauraciones sobresalientes, coronas, incrustaciones o prótesis mal ajustadas. Zonas de contacto inadecuadas a consecuencia de caries dentales u obturaciones deficientes, y restos de alimentos.

C) Cualquier zona local de higiene bucal insuficiente.

D) Trastornos circulatorios y nutricionales locales del borde de la encía, por cálculos, o depósitos metálicos en los tejidos (sulfuro de bismuto).

2. Generales.

A) Desnutrición, en especial deficiencias de vitamina C y de complejo B.

B) Enfermedades de los tejidos hematopoyéticos-leuce-

mia, neutropenia maligna, anemia aplástica.

C) Trastornos digestivos y endocrinos.

D) Situaciones de tensión y fatiga extrema.

Características Clínicas.

Se caracteriza por la aparición repentina, frecuentemente después de una enfermedad debilitante o infección respiratoria aguda. Las lesiones características son depresiones orateriformes socavadas en la cresta de la encía que abarcan la papila interdientaria, la encía marginal o ambas. La superficie de los caracteres gingivales está cubierta por una seudomembrana gris, separada del resto de la mucosa gingival por una línea eritematosa definida. En algunos casos, quedan sin la seudomembrana superficial y exponen el margen gingival, que es rojo, brillante y hemorrágico. Las lesiones características destruyen progresivamente la encía y los tejidos periodontales subyacentes.

El olor fétido, el aumento de la salivación y la hemorragia gingival espontánea o hemorragia abundante ante el estímulo más leve son otros signos clínicos característicos.

La GUNA se produce en bocas sanas o superexpuestas a la gingivitis crónica o a las bolsas periodontales.

Síntomas bucales.

Las lesiones son muy sensibles al tacto y el paciente se queja de un dolor constante, irradiado, corrosivo que se

intensifica al contacto con los alimentos condimentados o calientes y con la masticación. Hay un sabor metálico desagradable y el paciente tiene conciencia de una cantidad excesiva de saliva pastosa.

Diagnóstico.

Una historia de úlceras de aparición rápida, dolorosas en sacabocados, que afectan las encías marginales y las papilas interdentarias, acompañadas del olor característico de la enfermedad, debe hacer pensar en GUNA. Tienden a confirmar la impresión clínica el dolor y el sangrado por la presión ligera sobre la encía, y la salivación abundante de un paciente sin manifestaciones generales importantes.

Los frotis bacteriológicos pueden ayudar al diagnóstico.

Tratamiento.

Se elimina el dolor, y para esto se administra: anti--bióticos, generalmente utilizamos penicilina (eritromicina_ si es alergico) se administra una ampolleta de penicilina - de 800,000 U. cada 24 horas por vía hemática. Pantomicina - de 500 miligramos (cápsulas) cada 8 o 6 horas adultos, posteriormente se administran analgésicos y en ocasiones tranquilizantes (para pacientes nerviosos).

Posteriormente como esta enfermedad deja cicatriz se procede a realizar una gingivoplastia (remodelación de la encía).

Gingivoestomatitis Herpética.

La Gingivoestomatitis herpética aguda es una infección de la cavidad bucal causada por el virus herpes simplex. - Frecuentemente infecciones bacterianas secundarias complican el cuadro clínico, aparece con mayor frecuencia en lactantes y niños menores de 6 años, pero también se ve en adolescentes y adultos. Su frecuencia es igual en hombre que en mujeres. Enfermedad viral que tiene un período de duración que va de 7 a 10 días.

Características Clínicas.

La afección aparece como una lesión difusa, eritematosa y brillante de la encía y la mucosa bucal adyacente, con grados variables de edema y hemorragia gingival. En el período primario, se caracteriza por la presencia de vesículas circunscritas esféricas grises, que se localizan en la encía, mucosa labial, o bucal, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua. Aproximadamente a las 24 horas, - las vesículas se rompen y dan lugar a pequeñas úlceras dolorosas con un margen rojo, elevado a modo de halo y una porción central hundida, amarillenta o grisácea. Ello se presenta en áreas bien separadas una de otra o en grupos que confluyen.

La enfermedad dura entre 7 y 10 días. El eritema gingival difuso y el edema, que aparecen primero en la enfermedad, persisten algunos días después de las úlceras han curado. No quedan cicatrices allí donde curaron las úlceras.

Síntomas.

El paciente refiere dolor agudo aumentando al contacto con los alimentos muy condimentados durante la masticación, hay aumento de saliva (sialorrea, agnosesia, fiebre, linfadenopatía cervicales y malestar general).

Diagnóstico.

El diagnóstico se establece sobre la base de la historia del paciente y los hallazgos clínicos. Se puede tomar material de las lesiones y enviarlo al laboratorio para realizar pruebas confirmatorias.

Tratamiento.

Basicamente es paliativo, se le administra analgésicos antipiréticos (si hay fiebre), enjuagues bucales, cepillado (aunque este último no se realiza durante 2 días).

Gingivoestomatitis Estreptocócica.

La gingivoestomatitis estreptocócica es una afección rara que se caracteriza por un eritema difuso de la encía y otras zonas de la mucosa bucal. En algunos casos, se limita a un eritema marginal con hemorragia marginal. La necrosis del margen gingival no es lo característico, ni tampoco un olor fétido notable. El frotis bacteriano muestra un predominio de formas estreptocócicas, que al cultivo se revelan como *Streptococcus viridans*.

Gingivoestomatitis Gonocócicas.

La gingivoestomatitis gonocócica es rara y es producida

por *Neisseria gonorrhoeae*. La mucosa bucal se cubre con una membrana grisácea que se desprende por zonas y expone la superficie viva subyacente hemorrágica. Es más común en el recién nacido, causada por infección de pasajes maternos; pero se han descrito casos en adultos por contacto directo.

Absceso Periodontal.

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

1.- Penetración profunda de la infección proveniente de una bolsa paradontal en los tejidos periodontales, y localización del proceso inflamatorio supurativo junto al sector lateral de la raíz.

2. Extensión lateral de la inflamación proveniente de la superficie interna de una bolsa periodontal en el tejido conectivo de la pared de la bolsa. El absceso se localiza cuando está obstruido el drenaje hacia la luz de la bolsa.

3. En una bolsa que describe un trayecto tortuoso alrededor de la raíz (bolsa compleja) se puede establecer un absceso periodontal, en el fondo, extremo profundo cuya combinación con la superficie se cierra.

4.- Eliminación incompleta de cálculos durante el tratamiento de la bolsa periodontal. En este caso, la pared gingival se retrae y ocluye el orificio de la bolsa; el absceso periodontal se origina en la porción cerrada de la

bolsa.

5. Puede haber absceso periodontal en ausencia de enfermedad periodontal, después de un traumatismo del diente o perforación de la pared lateral de la raíz durante el tratamiento endodóntico.

Clasificación.

Los abscesos periodontales se clasifican, según su localización, como sigue:

1. Absceso en los tejidos periodontales de soporte, - junto al sector lateral de la raíz.

2. Absceso en la pared blanda de una bolsa periodontal profunda.

Características Clínicas.

Los abscesos periodontales pueden ser agudos o crónicos.

Absceso agudo. Dolor irradiado pulsátil, sensibilidad exquisita de la encía a la palpación, sensibilidad del diente a la percusión, movilidad dentaria, linfadenitis y manifestaciones generales, leucocitosis y malestar.

Aparece como una elevación ovoide de la encía en la zona lateral de la raíz. La encía es edemática y roja, con una superficie lisa y brillante. La forma y la consistencia de la zona elevada varían. Puede tener forma de cúpula y ser relativamente firme o punteaguda y blanda. En la mayoría de los casos, es posible expulsar pues del margen gingi

val mediante presión digital suave.

Absceso crónico. Se presenta como fístula que se abre en la mucosa gingival en alguna parte de la raíz. Puede haber antecedentes de exudación intermitente. Por lo general es asintomático. Dolor sordo, mordicante, leve elevación del diente.

Diagnóstico.

El diagnóstico del absceso periodontal exige la correlación de la historia con los hallazgos clínicos radiográficos. La continuidad de la lesión con el margen gingival es una prueba clínica de la presencia de un absceso periodontal. La zona sospechosa será sondeada cuidadosamente en el margen gingival de cada superficie dentaria para detectar un conducto desde el margen gingival hasta los tejidos periodontales más profundos. El absceso no se localiza necesariamente en la misma superficie de la raíz que la bolsa de la que se genera.

Tratamiento.

Dependiendo de la lesión será endodóntica, parodontal o exodóntica. Haciendo siempre un drenaje para eliminar las molestias del paciente.

Tratamiento para absceso agudo: Antibióticos, y se hace el drenaje.

Tratamiento para el absceso crónico Se administra antibiótico aunque no este en fase aguda y por último eliminamos bolsas periodontales.

Absceso Gingival.

El absceso es una lesión localizada, dolorosa, de expansión rápida que por lo general se instala rápidamente. - Se limita al margen gingival o papula interdientaria. En los primeros estudios se presenta como una hinchazón roja cuya superficie es lisa y brillante. Entre las 24 y 48 horas es común que la lesión sea fluctuante y puntiaguda, con orificio en la superficie, del cual puede ser expulsado un exudado purulento. Los dientes vecinos suelen ser sensibles a la percusión. Si se deja que avance, las lesiones se rompen espontáneamente.

Histopatología.

El absceso gingival es un foco purulento en el tejido conectivo, rodeado de infiltrado difuso de leucocitos polimorfonucleares, tejido edematizado e ingurgitación vascular. El epitelio presenta grados variables de edema intracelular y extracelular, invasión de leucocitos y úlceras.

Etiología.

El agrandamiento gingival inflamatorio agudo es la respuesta a la irritación de cuerpos extraños, como cerdad de cepillo, de dientes introducidos en la encía por la fuerza. La lesión se limita a la encía y no hay que confundirla por el absceso periodontal o lateral.

Tratamiento.

Cuando el paciente se presenta durante el primer estado se le indicara enjuagues con agua caliente o compresas

de agua caliente para que se localice la pus y se pueda establecer el drenaje, si se presenta el segundo estadio de ser necesario se establecerá el drenaje que se mediara con antibióticos una vez que haya excedido el estado infeccioso se realizara el tratamiento necesario en el tejido gingival.

Peri coronitis.

La denominación pericoronitis se refiere a la inflamación de la encía que está en relación con la corona de un diente incompletamente erupcionado. Es más frecuente en la zona de los terceros molares inferiores. La pericoronitis es aguda, subaguda o crónica.

Características Clínicas.

Los sitios más comunes de peri coronitis son los terceros molares inferiores parcialmente erupcionados o retenidos. El espacio es una zona ideal para la acumulación de residuos de alimentos y proliferación bacteriana. Incluso en pacientes que no presentan signos y síntomas, el colgajo gingival suele estar infectado e inflamado y tiene ulceraciones de diversos grados en su superficie interna. La inflamación aguda es una posibilidad inminente constante.

La peri coronitis aguda se identifica por los diferentes grados de inflamación del colgajo pericoronario y las estructuras adyacentes, así como complicaciones generales. La suma de líquido inflamatorio y el exudado celular produce un aumento de volumen del colgajo, que impide el cierre completo de los maxilares. La encía es traumatizada por el

contacto por el maxilar antagonista y la inflamación se - - agrava. El cuadro clínico es el de una lesión supurativa, - hinchada, muy roja exquisitamente sensible, con los dolores irradiados al oído, y piso de la boca. Además del dolor el paciente está muy incómodo por el gusto desagradable y la - incapacidad de cerrar la boca. La hinchazón de la mejilla - en la región del ángulo y linfadenitis son hallazgos comu-- nes. El paciente así mismo presenta complicaciones toxicas_ generales como fiebre, leucocitosis y malestar.

Tratamiento.

1. Se va a efectuar una limpieza de la zona inflamada_ que puede ser por medio del lavado o con un pequeño cureta- je.

2. Se le indicara al paciente mantener mucha higiene y una dieta blanda para evitar que realizé movimientos de mas- ticación.

3. En caso de que se presente exudado purulento se de- be establecer el drenaje, según los síntomas del paciente - se puede tratar con antibióticos.

4. Una vez que halla cedido el estado inflamatorio o - infeccioso se observara radiograficamente la posibilidad de conservar el diente según la posición en que se encuentre - eliminando el operculo por medio de una cuña o se tendra - que realizar la extracción. De no ser atendido éste pacien- te puede presentar complicaciones en las regiones del cue- llo.

Gingivosis.

Se le llama gingivitis de descamativa crónica se presenta con mayor frecuencia en mujeres, por lo común después de la pubertad y así mismo en hombres. Se le ve tanto en bocas desdentadas como las que conservan los dientes naturales. Se presenta en diversos grados: a) forma leve, hay eritema difuso de la encía marginal, interdientaria e incertada el estado es por lo general indoloro y llama la atención del paciente o del dentista por que hay un cambio de color generalizado. La forma leve es más común en mujeres entre 17 y 23 años, por lo general sin signos generales de desequilibrios hormonales. b) Forma moderada, es uniforme más avanzada. Presenta manchas rojo brillante y áreas grises que abarcan la encía marginal y la encía incertada. La superficie es lisa y brillante y la encía normalmente resistente se torna blanca. Se deprime levemente a la presión y el epitelio no se adhiere con firmeza a los tejidos subyacentes. Al masajear la encía con el diente del epitelio se descama y queda expuesto al tejido conectivo subyacente sangrante. La mucosa del resto de la boca es extremadamente lisa brillante. Este estado es más frecuente en personas de 30 a 40 años de edad. Los pacientes se quejan de una sensación de ardor y sensibilidad a los cambios térmicos. La inhalación de aire es dolorosa. El paciente no puede tolerar condimentos y el capillado le produce la denudación dolorosa de la superficie gingival. c) Forma severa, en esta forma de gingivitis descamativa y en otras, la superficie lingual se halla menos afectada que la labial porque la len

gua y la fricción de las excursiones de los alimentos reducen la acumulación de irritantes locales y limitan la inflamación. Esta forma se caracteriza por áreas irregulares en las cuales la encía está denudada y es de color rojo subido puesto que la encía que separa estas áreas es azul grisácea, el aspecto general de la encía es moteado la superficie epitelial se halla desmenuzada y friable y es posible desprender pequeños parches. La lesión es extremadamente dolorosa. El paciente no tolera alimentos ásperos condimentos o cambios de temperatura. Hay una sensación de ardor seco en toda la cavidad bucal, que se acentúa en las zonas gingivales denudadas.

Etiología.

Los cambios más importantes en la gingivitis descamativa crónica son inflamatorios y se producen en la superficie vestibular, asociado a irritantes locales. Sin embargo, existe la sospecha, aún no fundada, de que se trata de un estado degenerativo y que las alteraciones inflamatorias son secundarias. Esta es la razón por la cual a veces se le denomina gingivosis. Se indican como factores etiológicos el desequilibrio hormonal, la deficiencia de estrógeno en la mujer y testosterona en el hombre y deficiencias nutricionales.

Tratamiento.

Consta de dos fases:

Fase 1. Tratamiento local de la gingivitis marginal.-

Consiste en raspaje y curetaje, y eliminación de todas las formas de irritantes locales. Se le enseña el control de la placa pero se le previene que no descame la encía con el cepillo dental. La eliminación de la inflamación marginal también mejora el estado de la encía insertada.

Fase 2. Tratamiento sistemático. Los corticoesteroides sistematicos se usan para complementar el tratamiento local.

Periodontosis.

La denominación periodontosis designa la destrucción no inflamatoria degenerativa crónica del periodonto que comienza en un tejido periodontal o más. Se caracteriza por la migración y aflojamiento temprano del diente en presencia de inflamación gingival secundaria y formación de bolsas o sin ellas. Si se deja que siga su curso, los tejidos periodontales se destruyen y los dientes se pierden. Esta afección se denomina también atrofia difusa del hueso alveolar.

Características Clínicas.

La periodontosis afecta tanto a mujeres como a varones y es más frecuente en el período entre la pubertad y los 30 años. En adolescentes; su mayor frecuencia se registra en mujeres. Las áreas de los incisivos superiores e inferiores y de primeros molares son las atacadas primero, con mayor intensidad y por lo general bilateralmente. La destrucción menor se produce en la zona de premolares inferiores.

Etiología.

La degeneración inicial en la periodontosis se considera como la etiología general; la lesión inflamatorio secundaria es generada por irritantes locales; sin embargo, todavía no se ha establecido el origen general de la periodontitis.

Entre los estados generales que serían causa potencial de la periodontosis estan el desequilibrio metabólico, alteraciones hormonales heredadas, enfermedades debilitantes, - deficiencias nutricionales, deabêtes, sífilis, hipertensión, enfermedad de la colágena e inferioridad heredada del órgano dentario.

Se considera que la alteración de la erupción continua fisiológica es un factor local etiológico concomitante. El trauma de la oclusión puede ser causada en parte, de la localización primaria de la destrucción periodontal en la región anterior y molar, en vez de los patrones óseos destrucción interdentaria horizontal.

CAPITULO IV

TECNICA DE GINGIVECTOMIA

Cuando Usar la Gingivectomía.

La gingivectomía es un procedimiento definitivo para - eliminar bolsas supraóseas profundas, con paredes fibrosas, cualquiera que sea su profundidad, agrandamiento gingival.

Eliminación de la bolsa por gingivectomía.

El uso más común de la gingivectomía es la eliminación de bolsas supraóseas profundas en las cuales no es posible ver en su totalidad los depósitos sobre la raíz cuando la pared de la bolsa se separa con una sonda o chorro de aire tibio. En bolsas con una profundidad mayor de 4 mm. es imposible eliminar completamente los cálculos con algún grado de predicción mediante raspadores manuales ó ultrasónicos.- O todos ellos, si el operador se debe guiar solamente por la sensación táctil.

Procedimiento Paso a Paso Para Realizar la Gingivectomía.

Premedicación del Paciente Aprensivo.

El paciente aprensivo se premedica con Nembutal (100 - mg.) ó con otros sedantes.

La técnica de gingivectomía que se describe, es esencia la creada por el Dr. Olin Kirkland, con modificaciones del autor.

Anestesia.

La gingivectomía es una operación indolorosa. Hay que asegurar esto al paciente desde el principio y es preciso anestesiarlo bien, con inyecciones regionales e infiltrativas. Por lo general, no se necesita la inyección directa en la papila, pero a veces puede ser de utilidad.

Orden del Tratamiento.

Una boca con bolsas generalizadas se trata por cuadrantes, a intervalos semanales. Es aconsejable adoptar un orden para tratar los cuadrantes en todos los pacientes, modificándolos si hay prioridades urgentes en una zona determinada. El autor comienza por el cuadrante inferior derecho, Puesto que la anestesia se consigue con menor cantidad de inyecciones y esta zona se opera con mayor facilidad, se simplifica la primera sesión quirúrgica del paciente. Se tratan todas las lesiones peridontales del cuadrante, frecuentemente la combinación de la gingivectomía con otros procedimientos quirúrgicos.

A continuación, se trata de la zona superior derecha, dejando el lado izquierdo libre para que el paciente mastique. En las semanas sucesivas se trata el cuadrante mandibular izquierdo y el superior izquierdo.

Para realizar la gingivectomía es indispensable contar con un aspirador. Ello proporciona la visión clara de cada superficie dentaria, lo cual es necesario para la remoción minuciosa de los depósitos y el alizado. Además, permite la

apreciación exacta de la extensión y forma de las lesiones del tejido blando y hueso, y previene la filtración de sangre hacia el piso de la boca y la bucofaringe.

Márquese las Bolsas.

Las bolsas de cada superficie se exploran con una sonda periodontal y se marca con una pinza marcadora de bolsa núm. 27 g. El instrumento se sostiene con el extremo marcador alineado con el eje mayor del diente. El extremo recto se introduce hasta la base de la bolsa y el nivel se marca al unir los extremos de la pinza, produciendo un punto sangrante en la superficie externa. Las bolsas se marcan sistemáticamente, comenzando por la superficie distal del último diente, siguiendo por la superficie vestibular, yendo hacia la línea media. Este procedimiento se repite en la superficie lingual. Cada bolsa se marca en varias partes, para dibujar su curso sobre cada superficie.

Córtense la Encía.

La encía se puede cortar con bisturíes periodontales, -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 al resultado del tratamiento.

La elección se basa casi siempre en la experiencia individual. El autor usa bisturíes periodontales núm. 20 g. y 21 g. para las incisiones en las superficies vestibulares - y lingual, y distal al último diente del arco. Los bisturíes periodontales interdientales num. 22 g. y 23 g. se usan

para complementar las incisiones interdientales donde se precise, y los bisturíes Bard-Parker núm. 11 y 12 y las tije--ras se usan como instrumentos auxiliares.

Incisiones Continua y Discontinua.

Se pueden usar las incisiones continua y discontinua - según lo prefiera el operador. La incisión discontinua se - comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del_ último diente y se avanza hacia el sector anterior, siguien_ do el curso de las bolsas, extendiéndose a través de la en- cía interdientaria hasta el ángulo distovestibular del dien- te siguiente. La incisión se comienza allí donde la ante- - rior cruza el espacio interdentario, y se lleva hasta el - ángulo distovestibular del diente siguiente, las incisiones individuales se repiten alcanzar la línea media.

La incisión continua se comienza en la superficie ves- tibular del último diente y se lleva hacia el sector ante- rior sin interrupción, siguiendo el curso de las bolsas, - hasta la línea media. Las inserciones de los frenillos que_ estén en la trayectoria de las incisiones se recolocarán - para evitar tensiones sobre la encía durante la cicatriza-- ción.

Una vez hechas las incisiones en la superficie vestibular, el proceso se repite en la superficie lingual. Para - evitar los vasos, la incisión distal se hace con un bisturí periodontal núm. 20 g. a 21 g. colocando debajo del fondo - de la bolsa y biselado de modo que coincida con las incisio_ nes vestibular y lingual.

Cómo hacer la incisión.

La incisión se hace por apical a los puntos que marcan el curso de las bolsas 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 al hueso. La eliminación del hueso que está entre el fondo de la bolsa y el hueso es importante, porque: 1) brinda la mayor posibilidad de eliminar la totalidad de la adherencia epitelial; 2) asegura la exposición de los depósitos radiculares del fondo de la bolsa elimina el tejido fibroso excesivo que interfiere la consecución del contorno fisiológico cuando la encía cicatriza. Esto evita la necesidad de una segunda operación para remodelar la encía una vez hecha la gingivectomía.

No es conveniente que se exponga hueso. Si ello ocurriera, la cicatrización no ofrece problemas la zona se cubre con el apósito periodontal.

La incisión se biselará aproximadamente en 45° con la superficie dentaria. Esto es muy importante donde las paredes de las bolsas están agrandadas y son fibrosas, como sucede en la superficie palatina en la zona molar. El bisel mal hecho deja una meseta fibrosa que demanda más del que normalmente se precisa para que se forme el contorno fisiológico. Mientras tanto, la acumulación de placa y alimentos puede dar lugar a recidiva de las bolsas.

En la medida de lo posible, la incisión debe recrear la forma festoneada normal de la encía, pero ello no signi-

fica dejar intacta parte de la pared de la bolsa enferma se eliminará por completo, incluso si esto demanda apartarse - de la forma normal de la encía.

La encía debe traspasar completamente los tejidos blan dos, en dirección al diente.

Las incisiones incompletas hacen difícil el desprendi- miento de la pared de la bolsa y dejan lenguetas de tejido_ adheridas que deben ser quitadas con tijeras o bisturí pe- riodontal.

Si durante la operación se comprueba que la incisión - es inadecuada, hay que modificarla. El error más común es - que la incisión no está suficientemente cerca del hueso. - Muchas veces, quedan descubiertos cálculos profundos des- pués de corregida la incisión.

Dientes Adyacentes à Zonas Desdentadas.

Para bolsas de dientes adyacentes a una zona desdenta- da, se hacen las incisiones corrientes sobre las superfi- cias vestibular y lingual.

Además, se hace una incisión individual a través del - reborde desdentado por ápical a bolsas y cerca del hueso. - Las bolsas que lindan con espacios desdentados no deben ser eliminadas como unidades separadas, porque esto crea espa- cios en la encía que complican la prótesis ulterior.

Elimínese la Encía Marginal e Interdentaria.

Comenzando en la superficie distal del último diente -

erupcionado, se desprende el margingival por la línea de in ci si ón, con una azada quirúrgica y raspadores superficiales núm. 2 g. y 4 g. El instrumento se coloca profundamente en la in ci si ón; en contacto con la superficie del diente y se mue ve en dirección coronaria con un movimiento lento y firme.

Apréciese el Campo de Operaciones.

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

1. Tejido de granulación de aspecto globular.

2. Cálculo que se extiende hasta donde estaba insertada la bolsa. Es pardo oscuro, de consistencia sólida, pero algunas partículas son casi del mismo color que la raíz.

3. Una zona clara semejante a una banda sobre la raíz don de se in se rt ab a la b o l s a.

Otras características que se observan en este momento son el ab l a n d a m i e n t o de la superficie rad i c u l a r , in de n t a c i o n e s produ ci d a s por la resorción cel u l a r y protuberancias - ce m e n t a r i a s.

Elimínese el Tejido de Granulación.

El tejido de granulación se elimina antes de comenzar el rasp a j e min u c i o s o, para que la hemorragia que proviene de l te j i d o no ent o r pe z c a la operación de rasp a d o.

Con este propósito se utilizan curetas. La cureta se in t r o d u c e por la superficie dent a r i a y por de ba j o de granu

lación, para separarlo del hueso subyacente. La eliminación del tejido de granulación dejará al descubierto la superficie del hueso subyacente o una capa de tejido fibroso que lo cubre.

Elimínese el Cálculo y la Substancia Radicular Necrótica.

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

El éxito de la gingivectomía depende en gran medida de la minuciosidad con que se raspe y alise la raíz. Esto deberá hacerse inmediatamente después de que se retiró el tejido de granulación, y no se postergará para sesiones futuras por las siguientes razones:

1. Las raíces son más visibles y accesibles una vez eliminado el tejido de granulación.

2. La encía no cicatrizará adecuadamente si se dejan depósitos sobre las raíces hasta la sesión siguiente, cuando estarán enmascarados por encía inflamada.

3. La postergación introduce una operación más, innecesaria.

Manejo del Margen Oseo Alveolar.

El hueso se remodela en el tratamiento de determinadas clases de bolsas infraóseas pero en el tratamiento que está debajo de las bolsas periodontales es tejido vivo no es-

tá infectado ni necrótico. El limado o alisado del hueso para crear un margen redondeado, parejo, es innecesario y perjudicial, retarda la cicatrización y reduce la altura post-operatoria del hueso. Los defectos marginales son limitados y el margen óseo redondeado por el proceso de cicatrización natural.

Las trabéculas que forman el margen óseo "rugoso" de--bajo de la bolsa proporcionan un andamio sobre el que se deposita hueso nuevo y donde se incluyen nuevas fibras para -mayor sostén del diente. La eliminación de estas trabéculas reduce la altura potencial que puede obtener el hueso durante la cicatrización.

El limado de la superficie ósea lesiona las células -osteógenas que cubren las trabéculas óseas y espacios endosteales, que forman hueso nuevo durante la cicatirización. -Las células lesionadas se convierten en residuos degenera--dos que deben ser eliminados por los lagocitos y la actividad enzimática antes de que puede producirse la base cons--tructiva de la cicatrización.

El limado del hueso desprende fragmentos que se necrozan y actúan como irritantes que prolongan la fase exudativa de la inflamación y retardan la cicatrización.

Higiene Previa a la Colocación del Apósito.

Antes de colocar el apósito periodontal, se observa cada superficie de cada diente para detectar restos de cálculo o tejido blando, después de lo cual la zona se lava va--

rias veces con agua tibia y se cubre con un trozo de gasa - doblado en forma de U. Se indica al paciente que ocluya sobre la gasa, la cual se deja puesta hasta que cese la hemorragia. La hemorragia persistente interfiere la adaptación y colocación del apósito periodontal. Por lo general, proviene de un punto sangrante parcialmente cubierto por el coágulo. Se quita el coágulo con una torunda de algodón empapada en agua oxigenada. Después, se ejerce presión sobre el punto sangrante con la torunda de algodón. Si la hemorragia es interproximal, se acuña el algodón entre los dientes. En casos rebeldes, el punto sangrante se toca levemente con una punta de electrocirugía o electrocauterio.

El Coágulo Sanguíneo.

Antes de colocar el apósito, la superficie cortada debe estar cubierta por el coágulo. El coágulo protege la herida y proporciona un andamio para los nuevos sanguíneos y células del tejido conectivo que se forman durante la cicatrización. El coágulo no debe ser muy voluminoso. El exceso de coágulo entorpece la retención del apósito periodontal. Además, es un medio excelente para la proliferación de bacterias y aumenta la posibilidad de infección y retarda la cicatrización. Esto permite que el epitelio crezca hacia la raíz, lo cual limita la altura de la inserción del tejido conectivo.

Apósito Periodontal.

Hay muchas clases de apósitos periodontales, y muchos materiales nuevos actualmente en investigación pueden muy -

pronto estar disponibles para el uso clínico de rutina. Hasta entonces, se prefiere el cemento de Kirkland-Kaiser para las gingivectomías. Es de fácil manipulación y aplicación, suficientemente firme para soportar la masticación, bien tolerado por los tejidos y se retira con facilidad.

Preparación.

El apósito consiste en un polvo y un líquido que se mezclan sobre un papel encerado con una espátula de madera. El polvo se va incorporando gradualmente al líquido hasta que se forma una pasta consistente. Se amasa más polvo en la pasta, con los dedos, hasta que se torna consistente como la masilla, no pegajosa. La consistencia adecuada es importante. El primer impulso es hacer una mezcla demasiado blanda, y por lo tanto, difícil de aplicar. La tintura de jabón verde o disolvente de naranja quita eficazmente la mezcla de los dedos.

Cómo Aplicar el Apósito Periodontal.

El apósito se modela en dos cilindros de la longitud aproximada del cuadrante tratado. El extremo de un cilindro se dobla en forma de gancho y se adapta alrededor de la superficie distal del último diente, desde la superficie vestibular. El resto del cilindro se lleva hacia adelante, sobre la superficie vestibular, hacia la línea media, presionándolo suavemente en posición, a lo largo del margen gingival incidido e interproximalmente. El segundo cilindro de cemento se aplica desde la superficie lingual. Se une al apósito de la superficie distal del último diente, y des-

pués se lleva hacia delante a lo largo del margen gingival cortado, hacia la línea media. Los cilindros se unen en las zonas interproximales mediante la aplicación de presión suave sobre las superficies vestibular y lingual del apósito.

Cuando hay dientes aislados separados por espacios desdentados, el apósito será continuo, de diente a diente, cubriendo la zona desdentada. La unión de los dientes con una ligadura de hilo dental ayuda a retener el apósito sobre la zona desdentada. Si el espacio desdentado es largo, se pueden cubrir los dientes aislados por separado, para aminorar la posibilidad de un desplazamiento. Para ello, al diente se adapta, con flojedad una tira de gasa por medio centímetro de ancho. Se quita el lazo de gasa, se impregna con cemento, se coloca de nuevo sobre el diente y se ata.

Se cortan los extremos de la gasa y se agrega apósito.

El apósito debe cubrir completamente la superficie cortada de la encía, pero se evitará la sobre extensión hacia la mucosa no afectada. El exceso de apósito irrita el pliegue mucovestibular y el piso de la boca, y dificulta los movimientos de la lengua. La sobreextensión también pone en peligro el resto del apósito, pues tiende a romperse, arrastrando parte del apósito de la zona operada. El apósito que interfiera la oclusión se recortará antes de despedir al paciente. En no hacerlo causa molestias y arriesga la retención del apósito.

Una vez colocado el apósito, el operador deberá antes de recortarlo.

Esto permite que los labios, carrillos y lenguas modelan el apósito mientras está blando.

El exceso será forzado hacia zonas donde se precisa y de donde es fácil eliminarlo.

El paciente no será despedido hasta que no cese el filtrado de sangre por debajo del apósito.

Funciones del apósito Periodontal.

No hay apósito alguno con propiedades curativas demostradas. El valor del apósito es indirecto. Ayuda a la curación al proteger el tejido y no por aportar "factores cicatrizantes". El apósito cumple las siguientes funciones:

1. Controla la hemorragia postoperatoria.
2. Minimiza la posibilidad de infección y hemorragia - posoperatorias.
3. Proporciona cierta ferulización de dientes móviles.
4. Facilita la cicatrización al prevenir el traumatismo superficial durante la masticación y la irritación provenientes de la placa y residuos de alimentos.

Otros Hechos Referentes al Apósito Periodontal.

Como regla general, el apósito se deja una semana después de la gingivectomía. El período de una semana se basa en el tiempo de cicatrización y la experiencia clínica. No es un requisito rígido; puede ser extendido, o la zona puede llevar apósito durante una semana más.

Si se produce hemorragia a través del apósito, en cualquier momento durante la semana, el operador debe quitar el apósito, localizar el punto sangrante y tratar según lo indicado.

Durante la semana, se desprenderán fragmentos la superficie del apósito, pero esto no ofrece problemas. Si se perdió una parte de apósito de la zona operada, y el paciente se siente molesto, por lo general es mejor volver o colocar cemento en todo el cuadrante. Retírese el resto del apósito, lávese la zona con agua tibia y aplíquese anestesia tópica antes de colocar de nuevo el apósito, que se retendrá una semana.

Los pacientes pueden sentir dolor porque hay bordes sobreextendidos que irritan el vestíbulo, el piso de la boca o la lengua. Es preciso recortar el exceso de cemento, asegurándose de que el nuevo margen no sea áspero, antes de que el paciente se retire.

Anestesia.

La anestesia regional se induce mediante una solución anéstésica local que contiene epinefrina, en la proporción 1: 50 000, para favorecer la hemostasia. Generalmente, para exponere el defecto óseo se usa la técnica del colgajo mucogingival con los bordes en bisel. A no ser que se trate de un defecto intraóseo aislado, se expone con la incisión hecha para tratar las bolsas de los dientes adyacentes. La técnica intraósea se combina con otras técnicas quirúrgicas

periodontales; se realiza conjuntamente con la osteoplastia, la osteotomía y la cirugía mucogingival.

CAPITULO V

GINGIVOPLASTIA

La relación entre forma y función de la unidad dento--gingival es un concepto importante. Por lo común, la topografía adecuada de estos tejidos en sus relaciones mutuas - mantiene la salud parodontal más fácilmente. Sin embargo,-- hay varios factores de modificación, unas de las cuales es_ la habilidad y constancia del paciente en los procedimien--tos efectuarse gingivoplastía y la amplitud con que esta - técnica y conceptos son empleados.

Objetivos.

Cuando los dientes carecen de superficies de desvia- -ción y el margen gingival no es agudo, el resultado es la - retención de alimentos y el traumatismo provocado por estos durante la masticación. El margen gingival aumentado de volumen e inflamado puede ser el resultado de los proceso inflamatorios de la enfermedad o bien el mal alineamiento de_ los dientes.

La gingivoplastia es una modificación de la gingivecto_ mía. Su objetivo es quitar las posiciones superficiales de_ la encía para dar al tejido un contorno correcto. Por lo ge_ neral se hace simultaneamente o como parte integral del tra_ tamiento, aunque a veces se hace cuando no hay necesidad de eliminar bolsas. Es difícil separar los diferentes procedi_ mientos de la cirugía parodontal. Los objetivos bien plani_ ficados hacen la terapéutica una sola unidad, y todos los -

procedimientos son parte de ella.

La gingivoplastia puede llevarse a cabo de muchas maneras, incluyendo el uso de bisturí, las piedras de diamantes y electrocauterio.

Al hacer el corte, el bisturí debe tener cierta angulación para lograr un contorno funcional. Es difícil hacer varias incisiones sin lacerar o fragmentar el tejido blando (especialmente en presencia de inflamación). Cuando la encía después del corte, no tienen contorno correcto es mejor reducir este contorno con cualquiera de los otros métodos de la gingivoplastia, como raspar el margen con el bisturí (únicamente para tejido fibroso) y el uso especial de piedras de diamantes de superficie áspera. Este último método es sumamente útil para reducir el margen gingival incorrecto en la superficie lingual de los molares superiores y en otras regiones donde el tejido es muy fibroso. Las piedras de diamante, cuando se usan en las superficies linguales de los molares inferiores y en las superficies bucales o labiales, deben hacerse girar desde el diente hacia la encía. Si se utiliza en dirección opuesta pueden romper la mucosa vestibular. El bisturí eléctrico puede emplearse para dar nuevo contorno al tejido en presencia de inflamación intensa.

Puede usarse con un mínimo de presión para obtener contorno curvos y los márgenes agudos y para el festoneado. La inclinación de este bisturí en la gingivectomia producira contornos fisiológicos. En este caso la gingivectomia y la gingivoplastia se realizan simultaneamente.

La gingivoplastia también se emplea cuando la forma - gingival es un factor etiológico de la enfermedad periodontal.

La gingivoplastia es una auxiliar de la gingivectomía_ una gingivectomía bien hecha incluye dar al margen gingival un contorno correcto.

CAPITULO VI

CURETAJE O COLGAJO

Todo el tejido blando situado entre la raíz del diente y las paredes óseas se elimina con curetas o azadores. Comprende la eliminación del epitelio, del tejido conjuntivo laxo (tejido de granulación) y fibras del ligamento periodontal que siempre se hallan presentes en los defectos, a no ser que hayan sido destruidas por un absceso periodontal agudo reciente. En el informe original sobre la técnica del desbridamiento completo de la cripta ósea, este autor afirmaba que el hueso marcaba el límite del raspado y no era sometido al mismo. Esta afirmación es errónea porque las fibras del ligamento periodontal que cubre el hueso difícil de suprimir, como ocurre con el tejido de granulación, porque penetran en los espacios medulares más allá de la deformidad. Algunos consideran este raspado demasiado enérgico, y con esta excepción, el hueso es tratado lo más delicadamente posible. No obstante, este raspado contribuye al éxito de la operación porque la agresión estimula de producción de substancia colágena necesaria para la reparación.

Preparación de la Raíz.

Para preparar una superficie radicular limpia se usan las cucharillas o curetas periodontales y los excavadores de tipo azadón. Si existe cálculo hay que eliminarlo, pero la superficie del cemento se ha de raspar con cuidado. Es de cuestionable la deconveniencia de efectuar el cepillado de la de

raíz. Los resultados parece ser mejores desde el punto de vista clínico cuando es somero, o cuando no se practica. No es de desear la eliminación del cemento, y el cepillado - enérgico de la raíz, fácilmente podría suprimirlo al mismo tiempo que la capa periférica de dentina relativamente blanda. Efectuando el desbridamiento se inspecciona la región intraósea con la ayuda de la lámpara intraoral para asegurarse de que la raíz y la cripta ósea están limpias. En caso de que la hemorragia impida la inspección adecuada se taponan la deformidad con una tira de gasa empapada con epinefrina al 1: 1000, y se mantiene hasta que cesa la hemorragia. Raras veces es necesario este taponamiento, porque la hemorragia excesiva suele haber disminuido al llegar a este tiempo de la intervención.

Métodos Combinados.

Con frecuencia se practican métodos combinados; la cirugía y el remodelado óseo del hueso marginal grueso pueden efectuarse conjuntamente con la técnica intraósea. Cuando el efecto intraóseo ha excavado tablas corticales amplias y ha dejado paredes delgadas las paredes no pueden modificarse hasta que la osteogénesis ha corregido la deformidad. Esto requiere una segunda intervención. Si el borde es incongruente debido a pérdida del hueso marginal (tabla cortical mellada), o existe un hemisepto coronal con respecto al defecto intraóseo, generalmente es posible suprimir la cantidad suficiente de septo o de hueso marginal para formar un borde óseo correcto y suprimir la segunda intervención.

Aplicación de Apósitos.

Se adapta una lámina de Burlew Dry Foil de tipo ortodóncico sobre el como una tienda, que cubra aproximadamente la mitad de la superficie de los dientes en cada lado de la deformidad intraósea y que se extienda sobre las incisiones de las caras bucal y lingual. Las tiras pequeñas de láminas son inadecuadas para este fin. Sobre la lámina se aplica la cura quirúrgica periodontal, siendo función de la primera evitar la penetración forzada de la segunda en la deformidad intraósea, donde actuaría como cuerpo extraño.

Los defectos óseos de poca profundidad pueden llenarse con material periodontal después de la intervención quirúrgica y la encía curará de manera normal. Este procedimiento es similar al del tejido marginal obtenido por rechazo o por el método de la bolsa, no se debe confundir con la técnica intraósea. Si hay que hacer penetrar a presión material de cura hasta el fondo de una deformidad intraósea terapéuticamente importante habrá que anestesiar el área cuando se deba retirar.

La tienda de lámina metálica se suprime si el defecto está en la cara distal del último diente de la arcada. Se incorpora al material de cura una tira de gasa y se toman las precauciones necesarias para evitar que sea introducido a presión en el defecto óseo. Puede adaptarse una capa de lámina metálica sobre la cara periodontal para que los movimientos de la lengua y de las mejillas no desplacen el material antes de que éste adquiera rigidez. La cura evita la -

hemorragia y protege el área operada, de suerte que la cura ción no es trastornada por la irritación producida por resi duos extraños o por la infección. Un coágulo hemático en la deformidad actúa como cura fisiológica. Se prescribe un - - analgésico y una dosis de antibiótico para 72 horas. Se qui ta el material de cura a los 5 días y se inspecciona la he- rida. Se aplica una segunda cura, exactamente como la prime ra, y se retira a los 5 a 7 días. El área intervenida se - protege durante 10 a 14 días.

Después de retirar última cura se instruye el pacien- te sobre la higiene oral, haciendo incapié en la necesidad_ de eliminar totalmente los residuos de alimento de la super_ ficie radicular. Si conviene, se hacen demostraciones con - limpiapipas, jeringuillas para agua, estimuladores denta- - rios (Stim-U-Dents) y puntas de goma, mientras el paciente_ observa las maniobras en un espejo.

Valoración Posoperatoria.

El resultado del tratamiento puede determinarse median_ te sondeo cuidadoso a las 4 a 6 semanas del tratamiento in- traóseo, pero los signos de regeneración ósea no se manifes_ tarán en el roentgenograma hasta transcurridos cuatro meses. No alcanzarán su densidad máxima hasta seis meses después - de la intervención quirúrgica.

Friedman ha hecho una contribución al problema de la - bolsa intraósea con un estudio preciso de los signos de re- paración ósea observables en los roentgenogramas. Ha compa-

rado las radiografías hechas antes y después del tratamiento periodontal eficaz, y ha observado, con frecuencia, que después de la eliminación de la bolsa aumentaba la opacidad a los rayos Roentgen, debido a la reducción de los espacios medulares hipertrofiados por la aparición de nuevas trabéculas óseas en el interior de hueso existente. Seis meses después de la eliminación de los defectos óseos por osteoplastia, o por osteotomía, el aumento de densidad de una pared ósea dada, a veces, la impresión de una regeneración de hueso, como la que se produce del tratamiento intraóseo eficaz. Este descubrimiento explicaba los resultados imprecisos observados en los roentgenogramas después del tratamiento de las deformidades con una o dos paredes óseas. Solamente hay pared ósea en la superficie lingual. Es un tratamiento eficaz pero no es una regeneración del hueso. No obstante, si persiste una bolsa entre las dos tablas porticales del hueso después del tratamiento, suele dar una sombra en el roentgenograma. Gran parte de la confusión relativa a la bolsa intraósea es consecuencia del hecho de que los prácticos no se hacen cargo de los requerimientos arquitectónicos de la regeneración ósea, intentan diagnosticar la morfología de los defectos óseos a partir del roentgenograma y extraen dientes asociados con los defectos que favorecería el tratamiento.

Métodos en dos tiempos.

El tratamiento periodontal.

El tratamiento periodontal se valora siempre con la -

sonda, porque el objetivo principal del mismo es la eliminación de bolsas y el sondeo es el único método de descubrirlas. Las bolsas intraóseas en deformidades óseas profundas y estrechas son ideales para la terapéutica, debido al carácter periférico del proceso curativo. En los defectos amplios y poco profundos, la base de la deformidad se halla demasiado cerca de su boca para que se forme hueso nuevo que llene la cavidad, por lo cual, se eliminan por osteotomía. La edad es un factor a considerar en la reparación ósea puede llenar completamente un defecto bastante amplio. En pacientes de más años a menudo persiste un defecto infundibuliforme en la región crestal y es necesario una segunda intervención, una osteotomía, para suprimirlo. No se trata de cirugía profiláctica; el saco persistente debe ser eliminado su pena de que se reproduzca el problema en los términos originales. Sin embargo, la mayor parte de las segundas de la intervención efectuadas en el pasado estaban destinadas a la supresión de hemiseptos coroneales con respecto al defecto intraóseo, y en la actualidad son eliminados durante la intervención intraósea.

Reparación del Defecto Intraóseo.

El defecto intraóseo puede corregirse mediante la formación de nuevo hueso que llene el espacio existente entre la raíz del diente y la pared ósea. El proceso es parecido a la curación de una fractura ósea y también es similar a la restauración de un alvéolo después de la extracción de un diente. No obstante, es un fenómeno distinto, en el sen-

tido de que se han de crear un nuevo ligamento periodontal y un nuevo ligamento periodontal y un nuevo cemento. El maxilar y la mandíbula se forman por osificación intramembranosa y curan por proliferación y extensión directa del hueso existente, sin que aparezca cartílago. La intervención quirúrgica es la deformidad intraósea, para eliminar el tejido de granulación y las fibras del ligamento periodontal, abre los espacios medulares y produce lesiones hísticas. - Molean y Urist afirman que se desconoce la naturaleza del estímulo que emana del hueso lesionado (en la reparación de fracturas) y origina la diferenciación de estos tejidos especializados, pero lo consideran como el aspecto más importante de los que intervienen en la restauración ósea. No se forma callo externo y la curación de los defectos intraóseos se produce a partir del callo interno que está formado por células osteogénicas que tapizan el interior del hueso y células indiferenciadas contiguas, de la médula ósea.- El defecto intraóseo se llena por deformación ósea en el endostio.

La simple presencia de paredes ósea alrededor del defecto no basta para asegurar la regeneración ósea destinada a corregirlo. Las paredes han de tener el espesor suficiente para contener cierta cantidad de hueso esponjoso, especialmente en los pacientes de más de 30 años. Un muro de contención delgado de la lámina cortical no suele proporcionar células osteogénicas adecuadas para la reparación. Las trabéculas del hueso esponjoso están totalmente recubiertas

de células osteogénicas y osteoblasticas, y como - - las trabéculas en sí mismas son pequeñas hay una proporción relativamente alta de células superficiales con respecto a las células óseas. En el hueso compacto la proporción de células superficiales, especialmente en adulto.

La deformidad intraósea presenta la desventaja de ser una herida abierta. Aunque es parecida a un alvéolo dentario desprovisto de diente, una pared está formada por la raíz del diente que no es capaz de proporcionar células para la regeneración del hueso. El tejido conjuntivo periodontal que limita la deformidad por el lado del diente contiene células mesenquimatosas indiferenciadas entre los principales haces de fibras del ligamento periodontal para la génesis del cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar.

Importancia del Coágulo Sanguíneo.

El coágulo sanguíneo no es un factor esencial en la reparación del tejido, sino que más bien como una cubierta protectora. Weiss sostiene que en las heridas cutáneas de los mamíferos se forma un coágulo de fibrina primario, que no es más que una barrera contra la infección. Por debajo de este tejido inactivo se desarrolla en la herida un exudado que surge de los espacios hísticos y de los vasos hemáticos lesionados. Este fluido (o gel) es invadido rápidamente por fibroblastos dérmicos y subdérmicos. Después del tratamiento de una deformidad intraósea es de desear la formación de un coágulo; actúa como un apósito biológico y favorece muchísimo las posibilidades de éxito biológico y favo-

rece muchísimo las posibilidades de éxito al proteger las - células osteogénicas contra la exposición y la irritación, - manteniendo así la homeostasis de dichas células. De todas_ formas un defecto intraóseo puede repararse en ausencia del coágulo sanguíneo, del mismo modo que un alvéolo seco, después de la excreción del diente, se llena de hueso nuevo. - El papel del coágulo sanguíneo en la reparación del hueso - fué explicado, en 1956, en un trabajo clásico de Ham y - - Harris mientras estudiaban la curación de las fracturas observaron, casualmente, la penetración de células indiferenciadas de la médula en el coágulo situado entre los dos - - fragmentos óseos. Sin embargo, no observaron ninguna transformación del tejido de granulación del coágulo, porque las células que lo invadieron eran osteogénicas desde un principio formaron hueso. Al parecer, en el proceso de reparación intervienen, tanto las células locales, como las de la circulación general. Pueden surgir elementos de tejido conjuntivo por proliferación del tejido conjuntivo local, por metaplasia de células errantes especializadas arrastradas por la corriente sanguínea, o por proliferación de las propias_ paredes vasculares. Los productos de la descomposición celular originados en la herida aceleran la respuesta del tejido conjuntivo.

Edad del Paciente.

La edad es un factor importante en la reparación del - hueso. Mc Lean y Urist afirman que en un adulto es posible - percibir las líneas de fractura incluso al cabo de 10 a 15_

años pero en el niño resulta difícil localizarlas un año - después del accidente. Durante el período del crecimiento - la formación del colágeno es rápida. Manson y Lucas estudiaron las modificaciones producidas por la edad de la mandíbula humana y observaron que la actividad constructiva es mayor durante el período de formación. La actividad (absor- - ción y depósito de material) es menor durante la adolescencia. Al comienzo de la madurez aumenta la actividad, siendo la absorción ósea mayor que la formación. La absorción y la osteoporosis aumentan con la edad. La actividad es mayor en el hueso alveolar que en el proceso alveolar y aún es menor en el cuerpo de la mandíbula.

Vitalidad de la Pulpa.

No está aclarado el papel desempeñado por la pulpa enla formación de una nueva inserción, pero la práctica parece indicar que es mejor eliminar los defectos intraóseos antes de obturar los conductos radiculares de los dientes con la pulpa infectada. Esto sólo es importante en el tratamiento de los dientes que presentan bolsas en los defectos intraóseos.

Boedecher describió un líquido que se difundía por ladentina y el esmalte y que creía procedente de la pulpa, - por lo que le dió el nombre de linfa dental. Morris investigó el problema de la reinserción en dientes privados de pulpa creando bolsas quirúrgicamente. No logro la reinserciónen dientes cuyos conductos radiculares habían sido obturados antes de la creación de las bolsas, pero se produjo - -

reinserción en dientes con conductos abiertos, y en otros - con la pulpa en diversas fases de degeneración. Este hallazgo hace más verosímil la teoría del intercambio entre la - cámara pulpar y la superficie del diente. La pulpa, considerada en sí misma, no parece ser el factor más importante, - ya que Morris observó la formación del cemento en dientes - con la pulpa necrótica, y en otros en que la pulpa había si do extirpada. En un estudio posterior Morris observó signos que hacían pensar en la existencia de un agente que estimulaba la formación de cemento en la dentina periférica y que parecía fluir en dirección vertical desde el ápice hacia la corona. Este agente no es necesario para que se deposite - cemento sobre el cemento preexistente, pero es esencial para el depósito inicial sobre la dentina.

Pronóstico.

El diente con un defecto intraóseo es el que tiene el pronóstico más favorable de todos los dientes con problemas periodontales avanzados. El pronóstico depende principalmente de la morfología de la deformidad ósea, pero también influyen la longitud y el contorno de la raíz, el acceso quirúrgico al área, la vitalidad del diente, y la edad del paciente. La arquitectura intraósea es indispensable para - la regeneración del hueso, y las deformidades profundas y - estrechas son las que ofrecen mejor pronóstico. Las deformidades óseas anchas y abocinadas y las que radican en la bifurcaciones no se prestan a la técnica intraósea y se han - de reesculpir mediante osteotomía. Los molares inferiores -

con defectos intraóseos en el espacio interradicular presentan pronóstico favorable si se conserva hueso septal en una raíz; las invasiones de la furca producidas a partir del borde destruyen el hueso septal en la furca y, en estos casos no se producirá regeneración ósea en esta zona. La movilidad tiene menos importancia en los defectos intraóseos que en otras lesiones periodontales avanzadas porque es posible reforzar el aparato de fijación y mejorar la relación corona clínica/raíz mediante el tratamiento adecuado.

Las bolsas afectadas por los abscesos periodontales agudos desarrollan a menudo una arquitectura intraósea y a consecuencia de la rápida destrucción del hueso. Tras la reducción de los síntomas agudos, el tratamiento permite un mejor pronóstico que cuando la misma deformidad es crónica.

La relación entre periodoncia y endodoncia es muy estrecha en el tratamiento de los defectos intraóseos, porque las lesiones periodontales que llegan al ápice radicular suelen presentar arquitectura intraóseas. Algunas veces es necesario combinar el tratamiento periodóncico con el endodóncico para resolver los defectos intraóseos profundos. Estos defectos no deben ser confundidos con la infección pulpar con drenaje a través de fístulas que se abren en el surco gingival. La técnica intraósea permite salvar muchos dientes que anteriormente no tenían solución, pero tropieza con obstáculos cuando alcanza la región subapical, a menos que se pueda aplicar al mismo tiempo el tratamiento endodóncico.

CONCLUSIONES.

La enfermedad periodontal es la causa principal de la pérdida de los dientes por los adultos, y por muchos años - la periodoncia fue como un conglomerado de técnica terapéutica con la finalidad de tratar de salvar los dientes cuya enfermedad era avanzada.

Todo procedimiento dental se realiza teniendo en cuenta sus efectos sobre el periodonto, y las medidas efectivas - aplicadas para prevenir la enfermedad son parte del cuidado dental de todos los pacientes.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Apuntes de Parodoncia.
- 2.- Periodontología.- Orban Balin.
- 3.- Enfermedad Periodontal Avanzada.- John F. Prichard
Editorial Labor.
- 4.- Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento.- Dr. Lester W.
Burket. Editorial Labor.
- 5.- Periodontología Clínica.- Irving Glickman, Editorial -
Ineramericana.