



2ej' 72

Universidad Nacional Autónoma
de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*Revisada
Jautovigada*
[Signature]

ENFERMEDAD PERIODONTAL INFLAMATORIA

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ARRIAGA ACUÑA MARIA ANGELICA

C. UNIVERSITARIA MEXICO, D. F.

1982



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.

T E M A R I O

INTRODUCCION	Pags.
CAPITULO I	5 - 15
MORFOLOGIA DEL PERIODONTO	
a) Ligamento Periodontal	
b) Encfa	
c) Cemento	
d) Hueso Alveolar	
CAPITULO II	16 - 17
CARACTERISTICAS DEL PERIODONTO SANO	
CAPITULO III	18 - 20
GINGIVITIS Y SU EVOLUCION	
CAPITULO IV	21 - 25
ETIOLOGIA DE GINGIVITIS	
a) Factores Locales	
b) Factores Sistemáticos	

CAPITULO V

26 - 26

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEADES PERIODONTALES

CAPITULO VI

27 - 48

ENFERMEADES INFLAMATORIAS PERIODONTALES

- 1) **Gingivitis ulceronecrotizante aguda**
- 2) **Gingivostomatitis herpética**
- 3) **Hiperplasia gingival**
 - I- **Aggrandamientos inflamatorios**
 - II- **Aggrandamientos hiperplásicos no inflamatorios**
 - III- **Aggrandamientos gingivales hiperplástico idiopático**
 - IV- **Aggrandamiento combinado**
 - V- **Aggrandamiento condicionado**
 - VI- **Aggrandamiento de desarrollo**
- 4) **Periodontitis**

CAPITULO VII

49 - 61

PARODONCIA PREVENTIVA

CAPITULO VIII	62 - 68
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	
CONCLUSIONES	69 - 69
BIBLIOGRAFIA	70 - 70

I N T R O D U C I O N

La enfermedad periodontal ha existido desde tiempos muy antiguos, estas enfermedades del periodonto son más comunes en adultos, aunque se han visto casos en los cuales los afectados han sido adolescentes y niños.

Esta lesión es la causa principal de la pérdida de los dientes en su etapa.- Actualmente la odontología se encarga de la prevención de la enfermedad periodontal, ésta se basa en una educación de la salud, - así como la enseñanza de normas de higiene bucal.

La nutrición adecuada de nuestros niños es un punto de suma importancia, para lograr esto se deberán tener pláticas con los padres para - hacerles ver la importancia que es proporcionarles a éstos, una buena alimentación así como la formación de un hábito de higiene dental con una técnica de cepillado adecuado.

El odontólogo tendrá siempre en cuenta los efectos del parodonto ante cualquier tipo de restauración ó aparato dental que requiera el paciente, esto será un medio de prevenir la enfermedad periodontal por parte del profesional.

Por lo que en el presente trabajo expongo lo que es el parodonto en - salud y de ésta manera sepamos distinguir cuando hay enfermedad, y - menciono algunas medidas preventivas al alcance de cualquier C.O. para que se pueda evitar la aparición de éste tipo de padecimientos.

Tema escogido motivado por mis experiencias en casos atendidos.

C A P I T U L O I

MORFOLOGIA DEL PERIODONTO

Parodonto

Es el conjunto funcional de tejidos que tienen independencia fisiológica pero que al actuar juntos sirven de soporte al diente dentro de la cavidad oral y le permite desarrollar sus funciones.

Parodencia

Es la rama de la odontología que se encarga del estudio de los parodontos normales y la enfermedad periodontal.

Tejidos del periodonto

Se tratan las características normales del periodonto para poder comprender la enfermedad periodontal y sus cambios clínicos así como - sus cambios morfológicos, funciones y los provocados por la edad.

El periodonto es el tejido de sostén del diente y protección, se compone de cuatro tejidos fundamentales que son:

- a) Ligamento periodontal
- b) Encfe
- c) Cemento
- d) Hueso Alveolar

a) LIGAMENTO PERIODONTAL

El ligamento periodontal es tejido conectivo que rodea la raíz del diente y la une al hueso.- Es la continuación del tejido conectivo -

de la encía y se comunica con los espacios medulares a través de canales vasculares del hueso.

Fibras que componen el ligamento periodontal:

Son fibras colágenas dispuestas en haces que siguen un recorrido ondulado. Los extremos de las fibras que se insertan en cemento y hueso son las fibras que se insertan en cemento y hueso son las fibras de Sharpey.

Las principales fibras que componen el ligamento periodontal se distribuyen en los siguientes grupos:

Grupo Transeptales: Se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino.

Grupo de la Cresta Alveolar: Se extienden oblicuamente del cemento - por debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar. Su función es equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales ayudan a mantener el diente, va del cemento al hueso alveolar.

Grupo Oblicuo: Es el grupo más grande del ligamento, se extienden del cemento en dirección coronaria y sentido oblicuo respecto al hueso. - Soportan las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

Grupo Apical: Se irradia del cemento hacia el hueso, en el fondo del alveolo, no existe en raíces incompletas.

Existen otros haces de fibras que se interdigitan en ángulo recto o se extienden sin mayor regularidad alrededor de los haces de fibras de distribución ordenada: En el tejido conectivo intersticial, entre las fibras principales, se hallan fibras colágenas distribuidas con menor regularidad y contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Se encuentran también fibras elásticas que son pocas y fibras oxitalgínicas (ácido resistentes) que se disponen alrededor de los vasos y se

incertan en el cemento del tercio cervical de la raíz.

Flexo intermedio: es una zona donde las fibras individuales constan - de dos partes separadas, empalmadas a la mitad del camino entre el cemento y el hueso. Se supone que hay una acomodación de las fibras a la erupción del tallo, sin que haya que insertar nuevas fibras en el diente y el hueso.

Elementos Celulares del Ligamento periodontal:

Los elementos del ligamento son fibroblastos, células endoteliales, - cementoblastos, osteoblastos, osteoclastos, macrófagos de los tejidos y cordones de células epiteliales (restos epiteliales de Malassez) - ó células epiteliales en reposo.

Restos epiteliales: Los restos epiteliales se distribuyen en casi todos los dientes, cerca del cemento y abundan en el área apical y cervical su cantidad disminuye con la edad por degeneración y desaparición ó se calcifican y se convierten en cementículos. Se hallan rodeados de una cápsula PAS positiva, argrofílica, a veces hialina, de la cual están separadas por una lámina o membrana fundamental definida. Los restos proliferan al ser estimulados y participan en la formación de quistes laterales ó profundización de bolsas parodontales al fusionarse con el epitelio gingival de proliferación.

Vascularización: proviene de las arterias alveolares superiores e inferiores y llegan al ligamento desde tres orígenes:

Vasos apicales.- que penetran desde el hueso alveolar y vasos anastomosados de la encía.- La vascularización de la encía proviene de ramas de vasos profundos de la lámina propia.

El drenaje venoso del ligamento acompaña a la red arterial.

Linfáticos: complementan el sistema del drenaje venoso, el ligamento

se haya inervado por fibras nerviosas sensoriales capaces de producir sensaciones táctiles, depresión y dolor. Los haces nerviosos pasan desde el área preapical a través de canales desde el hueso alveolar, los haces nerviosos que pierden su capa de mielina y finalizan como terminaciones desnudas libres son receptores propioceptores que se encargan del sentido de la localización cuando el diente hace contacto.

Desarrollo del ligamento periodontal:

Se desarrolla del saco dentario que rodea al germen dentario, a medida que el diente erupciona el tejido conectivo del saco se diferencia en tres capas:

Capa interna: junto al cemento

Capa adyacente: junto al hueso

Capa intermedia de fibras desorganizadas

Los haces de fibras derivan de la capa intermedia y se engruesan o disponen según las necesidades funcionales cuando el diente hace contacto oclusal.

Funciones del ligamento periodontal:

Las funciones son: físicas, formativas, nutricionales y sensoriales

Físicas:

- Sistema Vascular
- Sistema Hidrodinámico
- Sistema Residente

La función física consiste en transmisión de fuerzas oclusales al hueso, inserción del diente al hueso, mantenimiento de los tejidos

gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes, resistencia al impacto de las fuerzas y provisión de una envoltura de tejido blando - para proteger vasos y nervios de lesiones producidas por fuerzas mecánicas.

Función resiliente: El ejercer una fuerza sobre el diente la fibra se - densa al quitar la fuerza la fibra vuelve a su forma (las fibras tienen una forma ondulada) .

Función formativa: forma hueso y cemento y reemplaza las fibras del ligamento.

Función Nutricional: Este dada por el riego sanguíneo que provee de - elementos nutricionales al cemento, hueso y encfa mediante vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático.

Función sensorial: Se encuentran terminaciones encapsuladas libres en forma de asa que se encuentran alrededor de los capilares dado por propioceptores.

b) ENCIA

La mucosa bucal consta de tres zonas:

- Mucosa masticatoria: Recubre la encfa y el revestimiento del paladar duro.
- Mucosa especializada: Se encuentra en el dorso de la lengua.
- Mucosa de recubrimiento: Cubre el resto de la mucosa bucal.

La encfa .- Es la parte de la mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes.

La encfa se divide en:

Encfa marginal (encfa libre): Rodea los dientes en forma de collar -

y se haya demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda denominada surco gingival.- De un ancho mayor - que de 1 mm. forma la pared blanca del surco gingival y se separa mediante una zonda roma.

Zurco Gingival.- Es la hendidura 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 su profundidad es de 1.8 mm a 2 mm.

Líquido gingival:

- Limpia el material del surco
- Contiene proteínas plasmáticas adhesivas que se pueden mejorar la adhesión de la adherencia epitelial al diente
- Posee propiedades antimicrobianas
- Posee propiedades de actividad de anticuerpo en defensa de la encía

También sirve de medio para la proliferación bacteriana y contribuye a la formación de la placa dental y cálculos, el líquido se produce en pequeñas cantidades en los surcos de las encías normales.

Composición del líquido gingival (líquido crevicular).

Se compone de electrolitos (sodio, calcio, potasio), aminoácidos, - proteínas plasmáticas, factores fibrinolíticos, gammaglobulina G,A,M (inmunoglobulinas), albúmina, fibrinógeno, lisosima, fosfatasa ácida, células epiteliales, desmenuadas y leucocitos.

La encía marginal forma la pared blanca del surco gingival, el surco está cubierto de epitelio escamoso estratificado muy delgado que actúa como una membrana semipermeable a través de la cual pasan hacia

la encía los productos bacterianos lescivos, y los líquidos tisulares de la encía se filtran en el surco.

Encía insertada:

Se continúa con la encía marginal, es firme, resiliente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacente, el aspecto vestibular se extiende hasta la mucosa alveolar y es relativamente laxa y móvil, de la que la separa la línea mucogingival (Unión mucogingival) Se compone de epitelio escamoso estratificado y una estroma de tejido conectivo subyacente.

La encía insertada es punteada como una cáscara de naranja debido a las interdigitaciones del tejido conectivo hacia el tejido epitelial.

Encía interdenteria:

Ocupa el nicho gingival que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario.- Consta de dos papilas: Vestibular lingual y el col.

Esta es una depresión que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal.

Cada papila es piramidal con la superficie exterior afilada hacia el área de contacto interproximal, y las superficies mesial y distal son levemente cóncavas.

Fibras gingivales:

El tejido conectivo de la encía marginal es densamente colágeno y contiene un sistema de haces de fibras colágenas que son las fibras gingivales y su función es:

← Mantener la encía firmemente adosada contra el diente, para propor-

cionar la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación sin ser separadas de la superficie dentaria.

- Unir la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada adyacente.

Las fibras gingivales se disponen en tres grupos:

- Gingivodental
- Circular
- Transeptal

Grupo Gingivodental:

Son las fibras de las superficie vestibular, lingual e interproximal.

Se hayan incluidas en el cemento debajo del epitelio la vase del surco gingival. En las superficies vestibulares y linguales, se proyectan desde el cemento en forma de abanico hacia la cresta y la superficie externa de la encía marginal.

Grupo Circular:

Corren atravez del tejido conectivo de la encía marginal e interdental y rodean el diente a modo de anillo.

Grupo transeptal:

Situadas interproximalmente las fibras transeptales forman esas horizontales que se extienden entre el cemento del diente vecino en el cual se hayan incluidos.

c) CEMENTO

Es tejido conectivo especializado que proviene del mesodermo y forma

la capa externa de la raíz anatómica y forma parte del tejido que soporta al diente:

Hay dos tipos de cemento y son los siguientes:

- Cemento acelular (primario)
- Cemento celular (Secundario)

Los dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y de fibras colágenas.

Cemento acelular:

Este cemento es el menos calcificado, las fibras de Sharpey ocupan una menor proporción y están separadas por otras fibras que son las paralelas a la superficie radicular y se distribuyen a la azar.

Cemento celular:

Contiene cementocitos en espacios aislados (lagunas) que se comunican entre sí mediante un sistema de canaliculos anastomosados; existen dos tipos de fibras colágenas, fibras de Sharpey formadas por fibroblastos y fibras producidas por cementoblastos que generan sustancias fundamental interfibrilares y glucoproteínas.

El cemento acelular y celular se disponen en láminas separadas por líneas decrecimiento paralelas al eje mayor del diente. Las fibras de Sharpey se hallan calcificadas por cristales paralelos a las fibrillas, su función es sostener al diente.

Distribución:

La mitad coronaria de la raíz está cubierta por lo general de cemento acelular y la mitad apical está cubierta por cemento celular. Con la edad la mayor acumulación de cemento es de tipo celular, en

la mitad apical de la raíz y en la zona de las furcaciones.

Contenido inorgánico:

46% Hidroxiapatita $\text{Ca}_{10} (\text{PO}_4)_6 (\text{OH})_2$

70.9% Hueso

95.5% Esmalte

63.3% -Dentina

El calcio y la relación magnesio-fósforo es más elevado en el área apical que la servical.- Contiene un complejo de proteínas y carbohidratos y componente proteico que incluye arginina y tirosina, mucopolisacáridos neutros y ácidos en la matriz del citoplasma de algunos cementoblastos.

d) HUESO ALVEOLAR

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios.

Componentes del hueso alveolar:

Parad interna del alveolo:

Es hueso delgado, compacto llamado hueso alveolar ó lámina cribiforme

Hueso esponjoso:

Es el hueso de sostén que consiste en trabéculas y tablas vestibulares y palatina que son de hueso compacto.

Tabique interdentario:

Consta de hueso de sosten encerrado en un borde compacto.- Las fuerzas oclusales que se transmiten del ligamento hacia la parte interna del alveolo son soportadas por hueso esponjoso que es sostenido por tablas corticales vestibular y lingual.

Celulas y matriz intercelular:

El hueso alveolar se compone de matriz calcificada con osteocitos encerrados dentro de espacios denominados lagunas, se extienden dentro de canaliculos estos forman un sistema anastomosado dentro de la matriz intercelular del hueso que lleva oxigeno y alimento a los osteocitos y eliminan los productos metabólicos de deshecho.

Composición del Hueso:

El hueso se compone de:

- Calcio
- Fósforo
- Hidroxilos
- Carbonato
- Citrato
- Iones de Na. Mg. F.

Salas Minerales que se disponen en cristales de hidroxapatita, el espacio intercristalino está lleno de matriz orgánica con agua, colágeno, sólidos no incluidos en la estructura cristalina y mucopolisacáridos principalmente condroitín Sulfato.

C A P I T U L O I I

CARACTERISTICAS DEL PERIODONTO SANO

La encfa sana se adapta estrechamente al rededor de los dientes y ocupa cada espacio interproximal entre dientes y superficie de contacto.

La encfa termina en un borde delgado y delicado que es la encfa libre, la cual está adherida al diente, el color de la encfa es un color rosado coral pálido, el tejido periodontal en el adulto es denso, firme al tacto e insensible a la presión moderada; no sangra facilmente y tiene una superficie punteada como cáscara de naranja.

La encfa libre e insertada se une suavemente a la mucosa alveolar liza más roja y delicada en los niños; el tejido interdental de la boca es de forma aproximadamente piramidal y llenan por completo el espacio entre diente y diente, casi hasta la zona de contacto. Cohen comprobó que existen una depresión ó concavidad en tejidos interdenciales debajo de la zona de contacto que fué denominada Col.

El Col está entre las papilas vestibular y lingual, cubierto por una estructura vestigial que se compone de restos epiteliales de órganos - del esmalte de los dientes vecinos; las papilas vestibular y lingual - están cubiertas por epitelio escamoso estratificado queratinizado.- El epitelio de éste es reemplazado en forma gradual por epitelio escamoso estratificado.

Fish opina que el Col clinicamente sano, cubierto de epitelio de esmalte solo en adolescentes ó adultos jóvenes. Si a esta edad temprana el Col se inflama ó irrita por un respedo agresivo, se puede producir una bolsa infradseo, puesto que esta zona es vulnerable.

La adherencia epitelial, inserción epitelial ó banda epitelial es una banda de epitelio escamoso estratificado modificado, que mide normalmente de 0.2 mm en sentido vertical, que envuelve al cuello del -

diente brotado. Este epitelio se continúa con el que tapiza el surco gingival (epitelio previcular ó epitelio del surco).

El epitelio de inserción va siendo reemplazado durante la vida por multiplicación de células basales para compensar la descamación de las células superficiales, el epitelio de esta zona está unido con firmeza ó levemente como una protección externa de la cavidad bucal resistente a la invasión de los irritantes y bacterias, hacia el tejido conectivo - subyacente en torno al cuello del diente por debajo de la adherencia - epitelial existe una pequeña cantidad de linfocitos.

El diente está suspendido en posición por la peculiar articulación - (confosis) formadas por las fibras inactivas del ligamento periodontal, la disposición funcional de las fibras es tal que la fuerza fisiológica de cualquier dirección se transformará en tensión sobre los grupos de fibras y no en compresión sobre las mismas ó el hueso.

GINGIVITIS Y SU EVOLUCION

La gingivitis es la inflamación de la encía, esta inflamación se haya presente en todas las formas de enfermedad gingival, por lo que los - irritantes locales son tan comunes como la placa dentaria, materia alba y cálculos.- Así como los microorganismos y sus productos lesivos, que estan presentes en el medio gingival.

La inflamación causada por irritantes locales originan cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales, aunque hay otros procesos patológicos que no son causados por irritantes locales como la atrofia, hiperplasia y neoplasia.

Inflamación en la enfermedad periodontal:

El papel de la inflamación varfa en la gingivitis:

- La inflamación es el cambio patológico primario y dnico.
- La inflamación es una caracterfstica secundaria, superpuesta a una enfermedad gingival de tipo general (causada por la administración - de Difantina).
- La inflamación es el factor desencadenante de alteraciones clínicas en pacientes con estados generales, que por sí mismos no producen enfermedad gingival (Gingivitis del embarazo y Gingivitis leucémico),

Evolución de la gingivitis:

La gingivitis tiene varias etapas que son las siguientes:

- **Gingivitis Aguda.**- Es dolorosa, se instala repentinamente y es de corta duración.
- **Gingivitis Subaguda.**- Hace menos grave que la aguda
- **Gingivitis Recurrente.**- Aparece - después de haber sido eliminada - con tratamiento ó que desaparece espontáneamente y reaparece.
- **Gingivitis Crónica.**- Se instala - con lentitud es de larga duración e indolora, sólo que se complique con exaservaciones agudas ó subagudas, esto darán molestias y es la más común; es una lesión fluctuante en donde las zonas inflamadas persisten ó se tornan normales y las zonas normales se inflaman.

La distribución de la enfermedad gingival abarca varias zonas:

- **Gingivitis marginal localizada.**- Se limita a un área de la encía - marginal.
- **Gingivitis difusa localizada.**- Desde el margen hasta el pliego mucovestibular, en un área limitada.
- **Gingivitis papilar.**- Se instala en un espacio interproximal ó más - en un área limitada.

- Gingivitis marginal generalizada.- Se haya en encía marginal de todos los dientes, y afecta también a las papilas interdentarias.

- Gingivitis difusa localizada.- Abarca toda la encía y mucosa bucal.

Características clínicas de la Gingivitis:

Se hará un examen clínico completo con respecto a la inspección de la encía siguiendo el siguiente orden:

- Color
- Tamaño
- Forma
- Consistencia
- Textura Superficial
- Posición
- Facilidad de hemorragia
- Dolor

C A P I T U L O I V

ETIOLOGIA DE GINGIVITIS

Gingivitis.- Es la inflamación de los tejidos gingivales que se producen en forma aguda, subaguda ó crónica, con agrandamiento ó resección - gingival evidente.

La intensidad de la gingivitis depende de la magnitud, duración y frecuencia de irritaciones locales y resistencia de tejidos bucales.

La gingivitis crónica es la más común, y se presenta en pacientes dentados adultos.

Etiología:

La etiología de la gingivitis se divide en dos factores que son:

- a) Factores Locales
- b) Factores Sistemáticos

a) Factores Locales

- Microorganismos
- Cálculos
- Impacción de Alimentos
- Restauraciones ó prótesis inadecuadas ó irritantes.
- Respiración bucal
- Malposición dental
- Aplicación de sustancias químicas ó medicamentos

b) Factores Sistemáticos

- Trastornos Nutricionales
- Acción de Medicamentos
- Embarazo, Diabetes y otras disfunciones endócrinas.
- Alergia
- Herencia
- Fenómenos Psíquicos
- Infecciones granulomatosas específicas

Microorganismos:

Existen una gran variedad de microorganismos en la boca, que crecen en forma de película ó placa y en su mayor parte en las zonas dentales sin autolimpieza, en particular debajo de la convexidad cervical de la corona y zonas cervicales.- Entre los microorganismos que más destacan son los cocos, diversas clases de bacilos, microorganismos fusiformes y espiroquetas.

Muchos de estos microorganismos son capaces de multiplicarse e invadir los tejidos gingivales, cuando en una boca sucia la resistencia ha sido reducida por factores locales ó sistemáticos y el epitelio del surco ha sido ulcerado.- Aún cuando no hay una invasión real del tejido, las toxinas de los microorganismos son suficientes para causar una irritación.

Uno de los mecanismos de defensa contra la enfermedad microbiana es la reacción inmune.- Sin embargo hay recientes pruebas en donde se ha comprobado que las reacciones inmunes pueden ser destructivas.- La placa ó endotoxinas derivan de ella ó ambas, actúan como antígenos en los mecanismos inmunes de defensa.- Tales reacciones inmunológicas activan el sistema de complemento y producen mediadores -

activos de la gingivitis aguda (Mergenhagen y colaboradores 1970).

Como la reacción celular de la enfermedad periodontal se caracteriza - por un predominio de células mononucleares (Linfocitos y otros mononucleares) las respuestas retardadas ó mediatizadas por células, también - participan en aspectos destructivos crónicos de la enfermedad (-- Zacchrisson y Mergenhagen y Col; 1971).

Cálculo:

El cálculo gingival causa la irritación del tejido gingival que está - en contacto con él, se supone que esta irritación es generada por los productos derivados de los microorganismos, ó por fricción mecánica - de la superficie dura e irregular del cálculo.

Además del daño físico del cálculo sobre la encía por fricción, se sugirió que la estimulación natural de la encía ó el masaje de ésta por los alimentos durante la masticación, es impedida por la presencia de la masa calcificante de cálculo.

Esto predispone a la formación de epitelio mal queratinizado, que permite el ataque bacteriano con mayor facilidad.

Impacción de alimentos y negligencia bucal general:

La impacción de alimentos y la acumulación de residuos en los dientes por negligencia, da como resultado una gingivitis que es provocada - por la irritación de la encía, que originan las toxinas de microorganismos que proliferan en este medio, también los productos de descomposición de residuos alimenticios pueden resultar irritante para los tejidos gingivales.

Restauraciones ó aparatos inadecuados ó irritantes:

Las restauraciones inadecuadas actúan como irritantes de los tejidos

gingivales que nos inducen a una gingivitis, los márgenes desbordantes de restauración proximales irritan directamente a la encía además de fomentar la acumulación de residuos alimenticios y microorganismos que añaden otra agravación a los tejidos.- Las prótesis ó aparatos de ortodoncia invaden los tejidos produciendo gingivitis por la presión y el atrapamiento de alimentos y microorganismos.

Respiración bucal:

El resecaimiento de las mucosas por la respiración con la boca abierta ó debido a un medio excesivo de calor por fumar, causará una irritación gingival con inflamación.

Malposición Dental:

Los dientes que brotan ó fueron desplazados de su oclusión normal hacia una posición precaria, son agredidos durante la masticación ó el cierre mandibular por una fuerza de magnitud excesiva y por lo tanto son susceptibles a la enfermedad parodontal.- En la superficie lingual del diente puede depositarse el cálculo, las bacterias atecarán el tejido que rodea el diente como consecuencia los tejidos gingivales se inflaman y llegan a retraerse.- Debemos recordar que los dientes en vestibulo versión tienen mayor cantidad de hueso sobre la superficie radicular vestibular, por lo tanto son más susceptibles a traumatismo del cepillado e irritaciones locales.- Las inserciones altas de los frenillos también provocan la recesión gingival.

Aplicación de sustancias químicas ó drogas.

Muchas drogas son potencialmente capaces de producir gingivitis en especial la aguda, debido a una acción irritante directa local ó sistémica.- El fenol, Nitrato de Plata, aceites volátiles ó espirino colocados sobre la encía provocan una recesión inflamatoria.

Trastornos nutricionales:

El desequilibrio nutricional de una persona se manifiesta por cambios en la Encfa y tejidos periodontales.- La ingesta, la absorción y la utilización de vitaminas, minerales y otras sustancias nutricionales - son esenciales para el mantenimiento de un periodonto normal.

Embarazo:

La encfa experimenta cambios durante el embarazo, denominada gingivitis del embarazo las modificaciones hormonales durante este período -- causan una irritación local de una magnitud suficiente para generar una reacción gingival, el embarazo induce a una reacción hipersensible a una agresión leve.- Esta gingivitis aparece cerca del primer trimestre y puede ceder ó desaparecer por completo al concluir el embarazo.

Manifestaciones Clínicas de la Gingivitis:

Las primeras manifestaciones de la gingivitis crónica consiste en alteraciones leves de color de la encfa libre ó marginal, de un tono rosado pálido a uno más intenso, que progresa hacia el rojo ó el rojo azulado a medida que la epidemia y el infiltrado inflamatorio se intensifica.- La salida de sangre del zurco gingival después de la irritación a un leve como el cepillado es un rasgo temprano de gingivitis.- El edema invariablemente acompaña a la respuesta inflamatoria y es parte inflamatoria de ella, causa una tumefacción leve en la encfa y pérdida del punteado normal caracterfstico.- La tumefacción inflamatoria de las papilas interdentes suele dar un aspecto abultado a estas estructuras, el aumento de tamaño de las encfas favorece a la acumulación de mayor cantidad de residuos y bacterias que genera una mayor irritación.- Cuando la hipemia ó hinchazón marginal se confinan a una zona localizada de la encfa, ésta adopta la forma de una media luna denominada media luna traumática.

C A P I T U L O V

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

Actualmente las enfermedades periodontales se clasifican de distinta manera dependiendo del autor:

Nos basaremos en la clasificación de Orban:

Reacciones inflamatorias gingivitis

Periodontitis

Estados Distróficos

Estados degenerativos atróficos

Resección por falta de uso

Hiperplasia gingival

Trastornos traumáticos

Trauma Periodontal

- Primario

- Secundario

Las enfermedades del periodonto son comunes, en el paciente adulto causa la pérdida de las piezas dentarias.

Se presenta una reacción inespecífica, que comienza con una alteración localizada que avanza gradualmente hasta llegar la lesión al hueso alveolar que se reabsorbe provocando la pérdida ósea.

Trataremos también el tema de los agrandamientos gingivales, porque algunos de éstos sufren complicaciones que dan como consecuencia una gingivitis de tipo inflamatorio.

C A P I T U L O VI

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS PERIODONTALES

- 1) Gingivitis Ulcéronecrotizante Aguda
- 2) Gingivostomatitis Herpética
- 3) Hiperplasia gingival
 - I Agrandamientos Inflamatorios
 - II Agrandamientos Hiperplás_ticos no inflamatorios
 - III Agrandamiento gingival - Hiperplás_tico Idiopático
 - IV Agrandamiento combinado
 - V Agrandamiento Condicionado
 - VI Agrandamiento de desarrollo
- 4) Periodontitis

1) Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda:

Es una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía, ésta lesión se conoce con otros nombres como:

Infección de Vincent, Gingivitis ulceromembranosa aguda, boca de trinchera, gingivitis fagedénica, gingivitis ulcerativa aguda, gingivitis ulcerativa, estomatitis ulcerativa, estomatitis de Vincent, estomatitis de Plaut - Vincent, estomatitis ulcerosa, estomatitis ulceromembranosa, gingivitis fusospirilar, gingivitis marginal fusospirilar, gingivitis periodontal fusospirilar, periodontitis fusospirilar estomatitis fétida, boca dolorosa pútrida, estomatocacia, estomacacacia, gingivitis séptica aguda, angina pseudomembranosa y estomatitis espiroquetal.

Se presenta como una enfermedad aguda, y una subaguda que es más leve y persistente, es recurrente y presenta periodos de remisión y exacerbación, ataca principalmente el margen gingival libre, cresta de la encía, y papilas interdentales.

Se caracteriza por la aparición repentina y es frecuente después de una enfermedad debilitante ó infección respiratoria aguda, se presenta en adultos jóvenes y de edad mediana, entre 15 y 35 años.

Suele presentarse cuando se modifican los hábitos de vida, trabajo intenso sin descanso adecuado y tensión psicológica.

La lesión se caracteriza por depresiones crateriformes socavadas en la cresta de la encía que abarca la papila interdientaria, la encía marginal ó ambas, los cráteres están cubiertos por una pseudomembrana superficial, que al exponerse se observan de color rojo brillante y hemorrágico, estas lesiones destruyen progresivamente la encía y los tejidos periodontales subyacentes, presenta un olor fétido, aumento de salivación y hemorragia gingival espontánea ó abundante ante un estímulo leve.

La gingivitis ulceronecrotizante se produce en bocas sanas ó superpuestas a la gingivitis crónica ó a bolsas periodontales, la lesión se circunscribe a un solo diente, ó a un grupo de dientes ó abarca toda la boca, las lesiones son sensibles al tacto, el paciente se queja de dolor constante, irradiado, corrocivo que se intensifica al contacto de los alimentos, existe un sabor metálico desagradable y una excesiva salivación pastosa.- Se describe una sensación de dientes como de estacas de madera.

El paciente es ambulatorio con un mínimo de complicaciones generales. - Que presenta linfadenopatía local y aumento de temperatura leve, cuando existen complicaciones graves se presenta fiebre alta, pulso acelerado, leucocitosis, pérdida de apetito y decaimiento general.

Etiología.

Bacilo fusiforme y *Borrelia* *Vicentii*.

Áreas donde se presentan son:

Áreas de la encía traumatizada por dientes antagonistas en maloclusión, como la superficie palatina detrás de los incisivos superiores y la superficie vestibular gingival de los incisivos inferiores.

2) Gingivo-stomatitis Herpética:

La gingivostomatitis herpética aguda es una infección causada por el virus Herpes Simplex, aparece con mayor frecuencia en lactantes y niños menores de 6 años, se puede presentar en adolescentes y adultos.

Es una lesión difusa, eritematosa y brillante de la encía y la mucosa bucal adyacente, con edema y hemorragia gingival.- En el período primario se presentan vesículas circunscritas esféricas grises, que se localizan en la encía, mucosa labial ó bucal, paladar blando, faringe mucosa sublingual y lengua.- Estas vesículas se rompen a las 24 hrs.

y quedan pequeñas úlceras dolorosas con un margen rojo, elevado a modo de halo y un porción central hundida, amarillento ó gicáseo.

Existe una coloración eritematosa difusa brillante y agrandamientos edematosos de la encía con tendencia a hemorragias, la enfermedad dura de 7 a 10 días.

La gingivostomatitis puede tener una forma localizada, que aparece después de procedimientos operatorios en la cavidad bucal, la lesión se presenta un día ó dos días después del traumatismo, hay eritema difuso brillante con múltiples vesículas puntiformes que cubren el área delimitada con claridad de la mucosa vecina sana, las vesículas se rompen y forman úlceras dolorosas, la lesión dura 7 a 10 días sin dejar secuela.- La irritación que se presenta es generalizada en la cavidad bucal y esto impide el comer y beber.

La lesión se produce durante una enfermedad febril como:

Neumonía, Meningitis, Gripe, Tifoidea: hay tendencia a períodos de ansiedad, tensión, agotamiento ó durante la menstruación.- La gingivostomatitis herpética aguda es contagiosa, los adultos adquieren la inmunidad al herpes simplex como consecuencia a una infección durante la infancia.- Por esta razón es frecuente en los niños pequeños y los lactantes.

3) Hiperplasia Gingival:

Es el aumento de tamaño de la encía, existe un aumento de población de células plasmáticas, linfocitos y algunos leucocitos polimorfonucleares.

El agrandamiento de la encía se localiza en una papila ó afecta varias de ellas, suele ser más voluminoso en la superficie vestibulares, a veces aparece en la encía lingual, no abarca la mucosa vestibular.

Características Clínicas:

- Aumento en el tamaño gingival
- Alteración de la forma normal
- Cambio en el tono fisular

Existe un aumento en la profundidad del surco, formándose una bolsa, - que se clasifica como una pseudobolsa ó bolsa relativa, ya que está causada por la expansión del tejido marginal en sentido coronario.

El tono del tejido gingival puede ser fibrótico, esto se debe a un edema considerable, y perenne y destrucción de fibras colágenas.

Clasificación de agrandamientos gingivales:

1) Agrandamiento inflamatorio

- Crónico
 - Localizado ó generalizado
 - Circunscrito (aspecto tumoral)
- Agudo
 - Absceso gingival
 - Absceso periodontal

2) Agrandamiento hiperplástico no inflamatorio (Hiperplasia gingival)

Hiperplasia gingival asociada con el tratamiento con Dilitina

Agrandamiento gingival hiperplásico ideopático, hereditario o familiar

III) Agrandamiento combinado

IV) Agrandamiento condicionado:

- Hormonal

- Agrandamiento en el embarazo
- Agrandamiento en la pubertad

Leucémico

- Asociado a la deficiencia de la Vitamina C
- Agrandamiento inespecífico

V) Agrandamiento de desarrollo

- Cambios en el contorno gingival

- Grietas de Stillman
- Festones de McCall.

- Localización del agrandamiento gingival:

- Localizado.- Se limita a la

encia adyacente de un solo diente ó a un grupo de dientes

- Generalizado.- Abarca la -
encia de toda la boca
- Marginal.- Confinado a la
encia marginal
- Papilar.- Limitado a la pa-
pila interdientaria
- Difuso.- Afecta encfa margi-
nal, interdenta y papila
- Circunscrito.- Agrandamiento
aislado, sésil ó pediculado,
de aspecto tumoral

i) Agrandamiento inflamatorio:

El agrandamiento gingival puede ser consecuencia de alteraciones infla-
matorias crónicas ó agudas.

- Localizado ó generalizado:

El agrandamiento gingival inflamatorio crónico comienza con un abulta-
miento leve de las papilas interdientarias, de la encfa marginal ó em-
bas, el abultamiento es una forma de selvevidas alrededor del diente -
afectado, este agrandamiento puede ser localizado ó generalizado.- Su
crecimiento es lento e indoloro, salvo que se complique con una infec-
ción aguda ó trauma.

- **Circunscrito:**

El agrandamiento gingival evoluciona como una masa circunscrita sésil ó peliculada, se asemeja a un tumor.- Puede ser interproximal ó estar en el margen gingival ó la encía insertada, las lesiones son de crecimiento lento, indoloras, disminuyen espontáneamente de tamaño y luego reaparecen y se agrandan continuamente, se produce aveces ulceraciones en el pliegue entre la masa y la encía adyacente que son dolorosas.

Etiología

El agrandamiento gingival inflamatorio crónico se debe a la irritación local prolongada y los factores caracterfsticos son:

- Higiene bucal insuficiente
- Relaciones anormales de dientes vecinos, y antagonistas con falta de función.
- Caries en los cuellos
- Márgenes desbordantes de restauraciones
- Restauraciones dentales mal contorneadas ó pnticos
- Irritación por retenedores ó sillas protésicas parciales removibles
- Respiración bucal
- Obstrucción nasal
- Reubicación de dientes con tratamiento ortodóntico y hábito de presionar la lengua contra la encía

- Absceso Gingival

Es una lesión localizada, dolorosa que por lo general se instala rápidamente, se limita al margen gingival ó papila interdientaria, en los primeros estadios se presenta como una hinchazón roja después de 24 a 48 horas es común que la lesión sea fluctuante y oontinguda, con un orificio en la superficie del cual puede expulsar exudado purulento, los dientes vecinos suelen estar sensibles a la percusión y si se deja avanzar, las lesiones se rompen espontáneamente.

Etiología

Es una respuesta a la irritación de cuerpos extraños, como a cerdas de cepillo dental ó algun otro elemento introducido a la encfa a presión. La lesión se limita a la encfa.

- Absceso periodontal

Se denomina absceso lateral ó perietal.- Se asocia a una bolsa periodontal profunda persistente, en esta situación existe cierta cantidad de supuración que drene constantemente, si la porción cervical de la bolsa se sella ó cierra al adaptarse los tejidos marginales al diente el exudado se circunscribe, se acumula y busca otra vfa de salida.

Se forma una colección de liquido purulento gases, éste trata de abrirse camino a través del tejido óseo y periostio subyacente hacia los tejidos gingivales con la subsecuente perforación a través de la Encfa.- También puede producirse un absceso periodontal en donde no existen - bolsas periodontales y su origen es traumático.- La impacción de cuerpos extraños dentro del zurco gingival puede provocar exacerbación bacteriana aguda, violenta y rápida.

El paciente remite un dolor pulsátil y malestar sordo que va en el área dónde ha quedado el cuerpo extraño.- El paciente remite un dolor agudo y a medida que avanza la infección existe un cambio de color gingival que va del normal al eritematoso ó el de la cianosis parda, el cam-

bio de color se acompaña de edema e hiperemia.

El tejido que cubre el área afectada se distenderá y se volverá brillante.- El aumento de infiltración inflamatoria hará que el diente se eleve del alveolo causando una movilidad dentaria.

Tratamiento

Penicilina V dosis de 250 mg. dos tabletas al empezar el tratamiento y 4 tabletas cuatro veces al día, se administrarán también analgésicos.

II) Agrandamiento hiperplástico no inflamatorio (hiperplasia gingival)

- Hiperplasia gingival asociada con el tratamiento con Dilantina.

El agrandamiento gingival es provocado por la Dilantina Sódica (Difenilhidantoinato de sodio) esta es una droga eficaz para controlar los ataques epilépticos, pero posee un desafortunado efecto colateral bucal de origen en algunos casos, hiperplasia fibrosa.

La lesión primaria aparece a poco de iniciado el tratamiento con Dilantina y se presenta un agrandamiento indoloro de una ó dos papilas interdetales que presentan un mayor punteado, y a medida que progresa la lesión los agrandamientos marginales y papilares, se unen y se transforman en un repliegue macizo de tejido que cubre una parte considerable de las coronas y puede interponerse en la oclusión.

Los tejidos gingivales son densos, elasticos e insensibles, la lesión tiene forma de mora de color rosa pálido con una superficie finamente lobulada que no tiende a sangrar. - El volúmen del agrandamiento se debe principalmente a la proliferación del tejido conectivo fibroso con abundantes fibroblastos.- Los agrandamientos se proyectan de manera característica desde abajo del margen gingival del cual están separados por un zurco.- La hiperplasia de origen Dilantinico puede presentarse en bocas desprovistas de irritantes locales, y pueden estar ausentes en bocas con grandes cantidades de irritantes locales.

La hiperplasia es generalizada pero más intensa en las regiones anteriores superiores e inferiores, el agrandamiento es crónico y aumenta de tamaño con lentitud.- Se elimina quirúrgicamente pero vuelve a aparecer, desaparece cuando se interrumpe la ingestión de esta droga.

Deberemos instruir a nuestro paciente sobre las medidas que se tomarán ante este tipo de agrandamientos:

- Se le indicará al paciente sobre las medidas de higiene bucal por ejemplo: Técnicas de Cepillado
- Aplicación de aparatos de presión
- Gingivectomía y Gingivoplastia cuando es extenso el agrandamiento
- Agrandamiento hiperplástico idiopático, hereditario ó familiar

Lesión rara de etiología indeterminada se conoce con varios nombres como:

Enfermedad gingivostomática, fibroma difuso, enfermedad familiar, fibromatosis gingival hereditaria, fibromatosis familiar congénita y gingivitis congénita.

El efecto a la encía incrustada, marginal y papilas interdentarias es común que abarque las superficies vestibulares y linguales de los dos maxilares, pero la lesión puede circunscribirse a un solo maxilar, presenta grandes masas de tejido fibroso firme, denso de consistencia a la del cuerpo, de color rosada y presenta una superficie característica finamente "quijarrosa", el tejido es insensible y cubre la apófisis alveolar y se extiende sobre los dientes.

Con frecuencia las encías están agrandadas y los labios protuyen, el tejido fibroso del tejido con el que el paciente mastica llega a tener 5 mm, de ancho y hasta 15 mm, de espesor.- la hiperplasia se registra

a edades tempranas y en algunos casos al nacer.

Los dientes no erupcionan normalmente a causa del tejido fibroso denso

Etiología

Algunos casos se basan en la herencia pero su etiología es desconocida y la hiperplasia se denomina ideopática.

El agrandamiento comienza con la erupción de la dentición temporal ó - la permanente, y puede evolucionar después de la extracción, esto indicará que los dientes son factores desencadenantes.

IV) Agrandamiento Combinado

Se establece cuando la hiperplasia se complica con alteraciones inflamatorias secundarias, la hiperplasia crea condiciones favorables para la acumulación de placa y materia alva, al acentuar la profundidad del - surco gingival y entorpecer las medidas higiénicas y al desviar las - trayectorias normales de los alimentos, las alteraciones secundarias - provocan:

- Incrementan el tamaño de la hiperplasia gingival persistente.
- Producen el agrandamiento gingival combinado
- La inflamación secundaria enmascara las características de la hiperplasia no inflamatoria persistente hasta el punto de que toda la lesión parece inflamatoria.

El fundamento de la hiperplasia combinada consta de dos componentes:

- Una hiperplasia primaria ó básica del tejido conectivo y epitelio, cuyo origen no guarda relación con la inflamación y un componente se-

cundario inflamatorio sobre agregado.

- La supresión de la irritación local elimina el componente secundario; inflamatorio y reduce proporcionalmente el tamaño de la lesión pero la hiperplasia inflamatoria queda.

V) Agrandamiento Condicionado

Este agrandamiento ocurre cuando el estado general del paciente es tal que exagera ó deforma la respuesta común de la encía a los irritantes locales y produce una irritación modificada de las características clínicas corrientes de la gingivitis crónica

- Agrandamiento en el embarazo

Durante el embarazo se observa una hiperplasia gingival de tipo inflamatorio, esta proliferación puede deberse a la nutrición alterada, mala higiene bucal ó alguna predisposición orgánica a la proliferación. - La gingivitis del embarazo está vinculada a la proliferación gingival - aislada esta llega a ser tan intensa que recibe el nombre de Tumor del embarazo, que básicamente es un granuloma piógeno.

Tumor del embarazo .- Es una respuesta inflamatoria a la irritación local y es modificada por el paciente, se presenta después del tercer mes del embarazo.

Características Clínicas:

La inflamación se confina a las papilas, son prominentes y se demarcan en la encía insertada, los márgenes son irregulares y poco consistentes la encía sangra al más leve tacto.

Cuando se presenta el tumor tiene un aspecto de masa esférica circunscrita, aplanada y semeja a un hongo, hace protusión desde el margen -

gingival ó desde el espacio interproximal, unido a una base sésil ó pediculada.

Tiende a expandirse en sentido lateral y la presión de la lengua y los carrillos le confieren su aspecto aplanado, es de color rojo oscuro ó magenta y de superficie liza brillante .- Es una lesión superficial - que no invade el hueso adyacente y por lo general es semifirme, puede presentar diversos grados de blandura y friabilidad, indoloro a pesar - de que permite la acumulación de alimentos y se interponga a la oclusión, en cuyo caso puede haber úlceras dolorosas.

La mayoría de las enfermedades gingivales producidas durante el embarazo, son prevenidas mediante la eliminación de los irritantes locales - y el establecimiento de una higiene bucal minuciosa.

El tumor se reduce de tamaño una vez finalizado el embarazo, la desaparición completa de las lesiones inflamatorias exige la eliminación de - todas las formas de irritación local.

- Agrandamiento en la pubertad

Es una inflamación no específica iniciada por factores locales y modificada por los cambios hormonales que acompañan a la pubertad.- Sucede tanto en varones como en mujeres y en áreas de irritación local.

Signos Clínicos:

- Agrandamiento y enrollamiento de la encía marginal con distensión - pronunciada de tejidos interdetales.

El color tisular varía de eritematoso al pardo rojizo con gran pérdida simultánea en el tono tisular.

- Hemorragia Gingival constante

- Se puede observar únicamente en la encía vestibular debido a que las superficies linguales y palatinas existe una limpieza mecánica de la lengua sobre las superficies.

El aumento de tamaño ó agrandamiento gingival de la pubertad presenta todas las características de una gingivitis inflamatoria crónica.- Después de la pubertad el agrandamiento sufre una reducción, pero no desaparece sino que hasta que se eliminan los irritantes locales.

- Agrandamiento Leucémico

La hiperplasia gingival es un hallazgo temprano en la leucemia monocítica aguda, linfocitaria ó mielosítica.- Y es una respuesta exagerada a la irritación local, que se manifiesta por un infiltrado denso de leucocitos inmaduros y proliferantes.

El agrandamiento leucémico verdadero ocurre en la leucemia aguda ó subaguda, este agrandamiento es difuso ó marginal, localizado ó generalizado.- Aparece como un agrandamiento difuso en la mucosa gingival, una sobreextensión exagerada de la encía marginal ó una masa interproximal circunscrita de aspecto tumoral.

En el agrandamiento leucémico verdadero, la encía es rojo azulado de superficie brillante. - Los tejidos gingivales son blandos, edematosos y fácilmente compresibles y sensibles, con hemorragia espontánea a la irritación leve.- Las encías están inflamadas debido a la infección local y con frecuencia hay inflamación ulcero necrotizante aguda en el surco que se forma entre la encía agrandada y la superficies dentarias contiguas.

- Agrandamiento asociado a la deficiencia de Vitamina C

El agrandamiento es fundamentalmente una respuesta condicionada ante los irritantes locales.

Etiología

- Lesión por cepillado
- Fuerzas ortodónticas
- Irritantes clínicos, físicos, bacterianos
- Traumatismo oclusal
- Alineación inadecuada de los dientes
- Anomalías anatómicas (corticales alveolares delgadas, inserciones altas de frenillo)
- Hábitos lesivos (presión de objetos extraños, uñas, lápices y horquillas)
- Retenedores y barra protética inferior oral (lingual) de prótesis parciales que se han encajado.
- Envejecimiento
- Festones de McCall.

Es un agrandamiento gingival localizado de naturaleza no inflamatoria - asociada a cambios de contorno tisular.- Es un agrandamiento pronunciado de márgenes gingivales en forma de rodete, asociado a un aumento en el tamaño tisular, y es el resultado de un intento por parte de los tejidos marginales, de soportar las fuerzas ejercidas por los alimentos - al pasar estos en sentido apical, más allá del contorno cervical más prominente de la corona.

4) Periodontitis.

Es una enfermedad inflamatoria de la encía y los tejidos más profundos del periodonto.- Se caracteriza por la formación de bolsas y destrucción ósea, se inicia como una gingivitis y es debido a una irritación en especial placa bacteriana.

La periodontitis se clasifica en:

- Periodontitis simple (marginal)

Es la destrucción de los tejidos periodontales, tiene su origen en la inflamación.

Periodontitis compuesta

La destrucción de los tejidos proviene de una combinación de la inflamación con el trauma oclusal.

- Periodontitis simple (marginal)

Características clínicas:

- Inflamación crónica de la encía
- Formación de bolsas
- Pérdida ósea
- Movilidad dentaria
- Migración patológica
- Pérdida de dientes
- Se localiza en un solo diente ó grupos de dientes
- Indolora

La deficiencia aguda de Vitamina C no causa por sí mismo la inflamación gingival, pero sí produce hemorragia, de generación colágena y edema en el tejido conectivo gingival.

Estas alteraciones modifican la respuesta de la encía a la irritación local hasta inhibir la reacción de defensa normal y con esto exagerar la propagación de la inflamación.- La combinación de la deficiencia de Vitamina C y la inflamación produce el agrandamiento gingival masivo en el escorbuto.

El agrandamiento gingival en la deficiencia de Vitamina C es marginal.- Las encías se tornan sensibles, blandas y friables de tono rojo azulado con superficie liza y brillante.- Hay hemorragia espontánea ó a la provocación leve y se presenta una necrosis superficial con una pseudomembrana.

Los surcos gingivales están llenos de sangre parcialmente cuagulada, - y las crestas de las papilas interdetales se tornan rojas ó violáceas. En ocasiones las papilas se ulceran y necrosan cuando la infección se sobreagrega a los tejidos susceptibles.- Se observan hemorragias por traumatismos leves en otras partes del organismo.

VI) Agrandamiento del desarrollo

- Grietas de Stillman:

Es una hendidura ó fisura del tejido gingival que va desde el margen gingival hasta la prominencia radicular, en dirección apical.- Se cree que este cambio de contorno y tamaño es el resultado de la adaptación del tejido ó fuerzas mecánicas, ya sea oclusión ó traumatismo durante el cepillado.

Se forman con mayor frecuencia en la superficie vestibular y aveces las grietas son producto de un cepillado incorrecto con cepillo duro y cerdas cortantes.

- Sensibilidad a cambios térmicos, alimentos y estimulación táctil (debido a la denudación de las raíces.)

Etiología

Se debe a irritantes locales que generan inflamación y extensión de la inflamación hacia los tejidos periodontales de soporte

Tratamiento

Eliminación de factores locales y generales, mantenimiento de una buena higiene.

- Periodontitis Compuesta:

Manifestaciones Clínicas:

Son las mismas que la periodontitis simple con los siguientes excepciones:

- Mayor número de bolsas infraóseas
- Pérdida ósea angular (vertical) más que horizontal
- Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal
- Movilidad dentaria más intensa
- Extensión y migración de los dientes
- Desarrollo de diastemas

Etiología:

Es causada por la combinación de la irritación local más el trauma oclusal que no solo afecta la encía sino también hueso alveolar, cemento y

ligamento periodontal.

tratamiento

si la pérdida ósea no ha sido excesiva y los irritantes locales son eliminados por descamación y raspado de las bolsas, la eliminación será quirúrgica (gingivectomía).

si se corrigen los defectos óseos y se devuelve la arquitectura normal de los tejidos de soporte del diente, y se equilibran las fuerzas oclusales, es posible salvar los dientes mediante el tratamiento periodontal cuidadoso y completo.

bolsas periodontales

es una profundización patológica del surco gingival.

clasificación de bolsas periodontales

bolsa gingival (falsa)

estas alteraciones se limitan a la encía.

bolsa periodontal:

el fondo de la bolsa penetra en el periodonto y se haya sobre la raíz dental y la adherencia epitelial sobre el cemento.- Si se ha producido pérdida ósea alveolar, ésta se denomina:

bolsa absoluta

- supraósea
- infraósea

En la periodontitis compuesta se presentan bolsas infraóseas.

Bolsa infraósea:

La adherencia epitelial emigró epicalmente con relación a la cresta - del hueso alveolar y se caracteriza por pérdida ósea alveolar vertical ó angular.

Signos y síntomas de bolsas periodontales:

- Hemorragia gingival
- Encía agrandada asociada con superficies radiculares expuestas
- Exudado purulento en el margen gingival
- Márgenes gingivales enrollados y separados de la superficie dentaria
- Una zona rojiza se extiende del margen gingival hasta la encía insertada
- Papilas gingivales blandas
- Movilidad, extrucción, migración de dientes (incisivos superiores e inferiores)
- Aparición de diastemas

Cambios radiográficos de la periodontitis:

- Borrosidad de continuidad de la lámina dura de la cresta del tabique interdentario, son el resultado de la extensión de la inflamación - hacia el hueso, con ensanchamiento de los conductos vasculares y disminución del tejido calcificado en el margen del tabique,

- En la cresta del tabique se forma una zona radiolúcida en forma de cuña esto se produce por remoción del hueso junto con un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.
- El proceso destructivo se extiende a lo largo de la cresta del tabique interdental reduciendo su altura.
- La altura del tabique interdental se reduce progresivamente por la extensión de la inflamación hacia el hueso interdental.

C A P I T U L O V I I

PARODONCIA PREVENTIVA

Es un programa de cooperación entre el odontólogo y el paciente, que tiene como objetivo la preservación de la dentadura natural previniendo el comienzo, avance y la repetición de la gingivitis y la enfermedad periodontal.

Prevención de enfermedad periodontal:

La prevención se basa en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad.- Y lo dividiremos en niveles de prevención:

Prevención primaria (Prepatogenia)

Promoción de salud

Educación de la salud

Motivación del paciente

Examen bucal periódico

Enseñanza de higiene bucal

Nutrición adecuada

Plan de dieta

Condiciones de vida sana

Protección específica;

- Profilaxis periódica y enseñanza de control de placa
- Procedimientos eficaces de higiene bucal (hilo dental, Cepillado, estimulación interdientaria para control de placa)
- Corrección de mala odontología restauradora
- Corrección de hábitos anormales
- Restauración de la morfología gingival y ósea
- Corrección de desarmonías oclusales burdas
- Fluoración de aguas potables públicas

Prevención Secundaria (Patogenia)

Diagnóstico temprano y rápido tratamiento:

- Exámen radiográfico periódico
- Exámen bucal regular
- Rápido tratamiento de todas las lesiones periodontales
- Tratamiento de otras lesiones bucales que contribuyen a la enfermedad periodontal

Limitación de la Incapacidad

- Tratamiento de abscesos periodontales
- Alisamiento radicular (curetaje gingival)
- Intervenciones quirúrgicas

- Ferulizaciones
- Extracciones de dientes con mal pronóstico

Prevención terciaria (Rehabilitación)

- Reemplazo de dientes perdidos por aparatos adecuados para estética y función.
- Prótesis periodontales e intervenciones quirúrgicas
- Psicoterapia cuando sea necesaria.

Control de Placa:

El control de placa es la prevención de la acumulación de la placa dentaria y otros depósitos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes.- Hay que eliminarlos regularmente, esto ayudará a curar la gingivitis, periodontitis y a prevenir su recurrencia.

Secuencia de un control de placa:

- Definición de Placa.- Película adherente que se forma en la superficie de los dientes y tejidos gingivales, la placa es resistente a desplazamientos cuando se someten a una corriente de agua a presión.
- Demostración al paciente de que tiene placa
- Demostración que la placa está compuesta por gérmenes vivos
- Comentarios sobre los efectos de la presencia de Placa y necesidad de removerla
- Demostración de que el paciente puede hacerlo

- Estimulación de hacerlo y practicar en el hogar

Higiene bucal

Auxiliares de la limpieza:

- Cepillo (manual ó eléctrico)
- Hilo dental(encerado ó no encerado)
- Solución ó tabletas reveladoras
- Cordón de algodón de 4 cabos
- Palillos
- Cepillo unipenacho (manual ó eléctrico)
- Tiras de gasa
- Aparatos de irrigación con agua
- Dentríffico
- Enjuagatorios
- Cepillos interdetales

Auxiliares de masaje

- Cuñas de madera de balsa (Stim-u-dents) u otros palillos
- Estimuladores interdentarios (de plástico ó gaucho)
- Estimuladores gingivales, como tasa de gaucho

Masaje digital

Cepillos dentales:

Elimina la placa y materia alba, esto reduce la inflamación y la frecuencia de la gingivitis, y retarda la formación de cálculos.

Cepillo dental

Compe y afloja la placa bacteriana de las superficies proximales de la corona anatómica y de aquella parte de la raíz anatómica que puede estar expuesta en coronario a la cresta gingival.

Cepillos de madera:

Se usan para desprender residuos detenidos en espacios interproximales y darle masaje a la encía interproximal.

Estimulador interdental:

Con masaje y estimulan la circulación de la raíz interdientaria y aumentan el tono del tejido.- Ayuda a quitar residuos de las zonas interproximales.- No se recomienda para zonas donde se ha realizado gingivectomía o se han realizado otros procedimientos quirúrgicos, se recomienda en G.U.N.A. en donde el tejido interdentario fue destruido.

Técnicas de Cepillado

Método de Stillman:

Se coloca el cepillo a manera que las puntas de las cerdas queden en contacto sobre la encía y en parte sobre la porción cervical de los dientes.- Las cerdas deben ser oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical.

Ejercer presión lateralmente contra el margen gingival hasta producir un empaledecimiento perceptible, se separa el cepillo para permitir - que la sangre vuelva a la encía, se aplica presión varias veces, y se imprime al cepillo un movimiento rotatorio suave con los extremos de las cerdas en posición.- Se repite el proceso en todas las superficies dentarias comenzando en la zona molar superior, procediendo sistemáticamente en toda la boca para alcanzar las superficies iguales de las zonas anteriores superiores e inferiores, el mango del cepillo está paralelo al plan oclusal y dos ó tres penachos de cerdas trabajan sobre la encía y los dientes.- Las superficies oclusales de los molares y premolares se limpian colocando las cerdas perpendicularmente - al plano oclusal y penetrando en profundidad de los surcos y espacios interproximales.

Método Stilman modificado:

Esta es una acción vibratoria combinada de las cerdas con el movimiento del cepillo en el sentido del eje mayor del diente.

El cepillo se coloca en la línea mucogingival, con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona y se activan con movimientos de frotamiento en la encía insertada, en el margen gingival y en las superficies dentarias.- Se girará el mango del cepillo hacia la corona y se vibra mientras se mueve éste.

Método de Charters:

Se coloca el cepillo sobre el diente con una angulación de 45° con las cerdas orientadas hacia la corona, después se mueve el cepillo a lo largo de la superficie dentaria hasta que los costados de las cerdas abarquen el margen gingival conservando el ángulo de 45° .- Girar levemente el cepillo flexionando las cerdas de modo que los costados presionen el margen gingival, los extremos tocan los dientes y algunas cerdas penetran interproximalmente.- Sin descolocar las -

cerdas gfrese la cabeza del cepillo manteniéndolo la posición doblada de las cerdas.- La acción rotatoria se continúa mientras se cuenta las - caries.

Llévese el cepillo hasta la zona adyacente y repítase el procedimiento área por área sobre todo la superficie vestibular, y después pásese al lingual, teniendo cuidado al penetrar en cada espacio interdentario.

Para limpiar la superficies oclusales fuercese suavemente las puntas - de las cerdas dentro de los surcos y fisuras, actívese el cepillo con un movimiento de rotación (No de barrido ó deslizamiento) sin cam - biar la posición de las cerdas, repetir con cuidado zona por zona has - ta que estén perfectamente limpias todas las superficies masticatorias

Método de Bass (Limpieza del surco (con cepillo blando)

Comenzando con las superficies vestibulo proximales en la zona molar - derecha, colóquese la cabeza del cepillo paralela al plano oclusal con las cerdas hacia arriba por detrás de la superficie distal del último molar.- Colocar las cerdas a 45° con respecto al eje mayor de los dien - tes y fuerzas en los extremos de las cerdas dentro del surco gingival y sobre el margen gingival, asegurándose que todas las cerdas penetren todo lo posible en el espacio interproximal, ejersése una presión suave en el sentido del eje mayor de las cerdas y actívese el cepillo con un movimiento vibratorio hacia adelante y atrás contando hasta 10, sin descolocar las puntas de las cerdas.- Esto limpiará detrás del último molar, la enca marginal, dentro de los surcos gingivales y a lo largo de las superficies dentarias proximales hasta donde lleguen las cerdas.

Limpieza para el canino:

Actívese el cepillo y elévese mesial a la prominencia canina encima de los incisivos superiores, cepillar cestor por cestor en todo el maxilar superior hacia la zona molar izquierda, asegurándose que las cerdas to

dentado detrás de la superficie distal del último molar.

Superficies palatinas superiores y próximopalatinas.

Se comienza por la zona palatina y proximal de la zona molar superior - izquierda continuando a lo largo del arco hasta la zona molar derecha, colocar el cepillo horizontalmente en el área de molares y premolares.- Para la superficie palatina de los dientes anteriores colocar el cepillo verticalmente, presionar las cerdas del extremo dentro del surco - gingival e interproximal al rededor de 45° respecto al eje mayor del - diente y activarse el cepillo con golpes cortos y repetidos, si la forma del arco lo permite colocar el cepillo horizontalmente entre los can^u - nos con las cerdas anguladas dentro de los surcos de los dientes ante - riores.

Superficies vestibulares inferiores, vestibuloproximales, linguales y - linguoproximales.

Limpiar sector por sector desde distal del segundo molar hasta distal - del molar izquierdo y después limpiar las superficies linguales y linguo - proximales, desde la zona molar izquierda hasta la zona molar derecha.- En la región anterior el cepillo se coloca verticalmente con las cerdas de la punta angulada hacia el surco gingival, si el espacio lo permite el cepillo será colocado entre los caminos con las cerdas anguladas - hacia los surcos de los dientes anteriores.

Método de Fones:

El cepillo se presiona contra los dientes y la encía, el mango del cepi - lo queda paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares - a las superficies dentarias vestibulares.

Mover el cepillo en sentido rotatorio con los maxilares ocluidos y - mantener la posición del cepillo confinada dentro de los límites del

pliegue mucovestibular.

Método Fisiológico:

Smith y Bell describiéron un método en el cual se hace un esfuerzo por cepillar la encfa a manera comparable a la trayectoria de los alimen -tos en la masticación.

Este comprende movimientos suaves que comienza en los dientes y sigue sobre el margen gingival y la mucosa gingival insertada (los movimien -tos suaves serán de barrido).

Método con cepillo eléctrico:

La acción mecánica inclufda en un cepillo afecta a la manera en que se usa, en los de tipo de movimiento en arco (arriba y abajo) el cepillo se mueve desde la corona hacia el márgen gingival y la encfa insertada y dá vuelta.

Los Cepillos con movimiento recfprocos (golpes cortos hacia atrás y a -delante) las diversas combinaciones de movimientos elípticos y recf -procos se pueden usar de muchas maneras con las puntas de las cerdas - en el zurco gingival (método de Bass) y en el margen gingival con las cerdas dirigidas hacia la corona (método de Charters) ó con un movimien -to vertical de barrido desde la encfa insertada hacia la corona (méto -do de Stilman modificado)

Historia Clínica:

Ficha de identidad

Edad

Sexo

Peso

- Ocupación
- Lugar de procedencia
- Estado Civil
- Dirección
- Teléfono
- Fecha de nacimiento

Antecedentes heredofamiliares

- Padres viven ó no
- Cuántos hermanos son
- Relación que ocupa
- Hermanos si viven, estan sanos

Padecimientos

- Diabetes
- Obesidad
- Tuberculosis
- Diuréticos
- Sifilíticos
- Cardiopatías
- Epilépticos

En un sifilístico:

- 1o. Primario
- 2o. Secundario
- 3o. Terciario

Antecedentes personales no patológicos:

Hábitos alimenticios

- Desayuno
- Comida
- Cena

Hábitos de Higiene

- Cada cuando se baña
- Cada cuando asea su boca

Hábitos de droga

- Consume droga
- De que calidad

Construcción de habitación

- Habitaciones
- Sala

- Comedor

- Baño

Alergias a medicamentos

Tipos de vacunas recibidas

Antecedentes personales patológicos

Enfermedades sufridas desde su nacimiento, hasta el momento de la consulta.

Propiedades eruptivas de la niñez

Si ha padecido hepatitis, a los cuantos años

Ha sido operado y el tipo de intervención

Ha tenido accidentes

Padecimiento actual

Motivo de la consulta

Signos remitidos por el paciente

Sintomatología

Aparatos / sistemas

Digestivo: Anorexia, disepsia, Polisfagia, disfagia, vómitos, diarreas, náuseas.

Aparato Circulatorio.- Palpitaciones, disnea, precordialgias, hemorra-

ias, vértigo, opresión.

aparato respiratorio: Asma, tos, neuresia, expectoración, jadeos.

istema nervioso: Cefalalgfa, Histeria, Astenia, Irritabilidad.

aparato Genito-Urinario: Poliuria, Oliguria, Anuria, Disuria.

En el caso de la mujer se usará ficha obstétrica:

cuando fué su primera menstruación

cuántos días dura el sangrado

ciclo

presenta dolor

existencia de coágulos

menopausia

Lo último que se anotará será el estado psicológico del paciente y será
preferencia sobre la cooperación del paciente, ya sea positiva ó negati-

C A P I T U L O V I I I

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Gingivitis ulceronecrotizante aguda:

Diagnóstico

Se basa en hallazgos clínicos, se puede hacer un croquis para confirmar el diagnóstico, aunque a veces éste no es específico debido al cuadro inestable. Esta enfermedad se confirma con la presencia de enormes cantidades de espiroquetas y bacterias fusiformes.

- Ulceración de las puntas de las papilas interdentarias
- Hemorragia
- Instalación repentina
- Dolor
- Olor desagradable

Tratamiento

Limpieza suave de la membrana sudonecrotica con torunda de algodón y agua oxigenada en caso necesario se usará anestesia tópica.- Enjuague con agua tibia y agua oxigenada en partes iguales cada dos horas.

Administrar penicilina intramuscular procainica G, una diaria durante 7 días 300.000 U ó en tableta de 250 mg. cada 4 hrs. en pacientes sensibles se usará Eritromicina 250 mg. cada 4 horas.

Raspaje ó curetaje suave, enseñar al paciente los procedimientos de control de placa.- Raspar y alisar la superficie dentarias de las zonas afectadas y se controla el cepillado.

Procedimiento quirúrgico (gingivectomía).

Gingivostomatitis herpética:

Diagnóstico

Se basa en la historia clínica y los hallazgos clínicos.- Se pueden realizar pruebas para confirmar el diagnóstico.

Eritema difuso y erupción vascular

Las vesículas al romperse dejan úlceras esféricas, levemente hundidas

Lesión difusa de la encía

Se presenta con mayor frecuencia en niños

Dura de 7 a 10 días

Contagiosa

Tratamiento

Aplicaciones tópicas de Clotetraciclina

Enjuagatorios: Agua tibia (2/3 de vaso)

Jarabe de Karo blanco (1/3 de vaso)

Xilocaína viscosa (1 cucharada)

Se enjuagará cinco veces al día antes de cada alimento

Se recomienda alimentos blandos y complementos

Aplicar pomadas para mucosas (Orabase)

Ingesta abundante de líquidos

Aureomicina 350 mg. cuatro veces al día

Aspirina ó Bufferin 640 mg. adulto cada 3 horas

Periodontitis

Diagnóstico

- Cambios en la encía de rojo a magenta
- Bolsas profundas con supuración
- Superficie liza, pérdida de punteado
- Pérdida de firmeza de la encía
- Depósitos subgingivales
- Radiográficamente, resorción ósea de la cresta alveolar
- Aflojamiento y emigración de los dientes

Tratamiento

Técnica de raspaje y curetaje para tratar bolsas infraóseas, gingivectomía.

Técnica de Raspaje y Curetaje:

Raspaje:

Tiene por objetivo eliminar cálculos, placa y otros depósitos, es el -
alisado de la raíz para emparejarla y eliminar la substancia dentaria -
necrótica.

Curetaje:

La eliminación de la pared gingival de la bolsa periodontal para desprender el tejido blando enfermo.

Raspaje:

Consiste en un movimiento de tracción, el instrumento toma el borde apical del cálculo y lo desprende con un movimiento firme en dirección a la corona.- Para evitar la introducción de cálculos en los tejidos de soporte, no se deberán empujar el instrumento hacia apical.

Curetaje:

Se introduce la cureta de modo que tome el tapiz interno de la pared de la bolsa, y se deslize por el tejido blando hacia la cresta gingival.- La pared blanda se sostiene con presión digital suave sobre la superficie externa, se coloca la cureta por debajo del borde cortando la adherencia epitelial, como para socabarla.- Se separa la adherencia epitelial con un movimiento de pala hacia la superficie del diente, el curetaje elimina el tejido degenerado y brotes epiteliales en proliferación y tejido de granulación, que forma la pared interna de la bolsa, y crea una superficie de tejido conectivo cortado y sangrante.- La hemorragia origina la contracción de la encía y la reducción de la profundidad de la bolsa y facilita la cicatrización al eliminar residuos fúlsulares.

Gingivoplastia:

Es la remodelación de la encía que ha perdido su forma externa fisiológica, su finalidad es la creación de la forma gingival fisiológica y no la eliminación de las bolsas.

Gingivectomía:

Es la excisión de la pared blanda de la bolsa y su finalidad es la eliminación de las bolsas periodontales.

Requisitos.- La zona de la encía debe ser suficientemente ancha para la excisión de parte de ella y que deje una zona adecuada desde el punto de vista funcional.

- La forma de la cresta subyacente debe ser normal, si se ha producido pérdida ósea debe ser horizontal dejando cresta ósea de forma relativamente regular en el nuevo nivel mas inferior.
- No debe haber defectos ó bolsas infraóseas.

Indicaciones:

- Eliminar bolsas supraalveolares y bolsas falsas
- Eliminación de agrandamientos fibrosos ó edematosos de la encía
- Transformación de gérmenes redondeados ó engrosados en la forma ideal (filo de cuchillos).
- Creación de una forma más estética en casos en que no se ha producido la exposición completa de la corona anatómica.
- Creación de simetría bilateral, donde el margen gingival de un incisivo se ha retraído algo más que el del incisivo vecino.
- Exposición mayor de la corona clínica para ganar retención con finalidad

dad protética para permitir el absceso a caries subgingivales, ó para -
permitir la colocación de un clamp durante el tratamiento endodóntico.

- Corrección de cráteres gingivales.

Contraindicaciones:

Presencia de rebordes alveolares vestibulares y orales gruesos, cráteres interdentarios ó crestas óseas de forma caprichosa.- En presencia de bolsas intraalveolares.- Si la excisión de la encfa dejara una zona inadecuada de encfa insertada, cuando la higiene bucal es mala.- Si la relación entre el profesional y el paciente es difícil ó si el manejo del paciente es un problema.

Cuando existan determinadas enfermedades ó afecciones por ejemplo en -
pacientes con enfermedad de Addison, Diabetes no controlada, pacientes con tratamiento de anticoagulantes, débiles y debilitados.- Cuando el paciente se queja de sensibilidad dentaria antes de la cirugía.

Pasos pre-operatorios:

Raspado: Se prepara el tejido del paciente con la remoción de todo depósito calcificado y placa, así como pedirle al paciente que sea diligente en su higiene bucal.

Higiene bucal: Si el paciente coopera con su higiene bucal, en el momento de la cirugía se resolverán gran parte de la inflamación, durante la cirugía habrá menos hemorragia, los tejidos tendrán consistencia firme y se evitarán heridas de bordes desgarrados ó irregulares.

Remedicación: Incluye la administración de antibióticos a pacientes con cardiopatías valvular u otras enfermedades que lo requieran, en caso de medicación será 24 hrs. antes de la cirugía para proporcionar niveles adecuados y como protección al paciente.

Gingivectomía a bisel externo, clásico ó 45° .

- Previa anestesia troncular ó por infiltración local reforzando se pondrá una gota de anestesia en cada papila de la zona a intervenir.

- Se medirá la zona con una sonda parodontal para saber el tejido que se va a remover, y se delimitará con puntos sangrantes, ésto se hace con un bisturí Bar Parker (3) hoja 11 ó 12.

- Se incide en el tejido en la parte más distal del último diente a tratar hacia la línea media, y el corte será de un solo intento, con una angulación de 45° con respecto al eje longitudinal del diente.

- Con un bisturí de lanceta se asegura el corte de los espacios interproximales.

- Con unas tijeras de golman fox se regularizan los cortes de una manera horizontal ó vertical.

- Con un bisturí de kirklan se realiza la gingivoplastia, se desgasta el tejido conectivo de la zona y se va dando la forma fisiológica a la encía.

- Se coloca apósito y se cita al paciente 10 días después.

Pasos post-operatorios:

Se indicará al paciente que no coma ni beba hasta después de 1 hora. - se evitarán alimentos ácidos ó condimentados en la zona operada.

El cepillado se limitará a la superficies incisales y oclusales, el apósito se limpiará con un cepillo blando y se recomendarán enjuagatorios suaves después de cada alimento.

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

Al término de éste trabajo nos hemos podido dar cuenta de la importancia que tiene el conservar un parodonto sano.

El profesional deberá tener en cuenta el estado normal del parodonto, para cuando se nos presente un paciente con alguna anomalía de este tipo, lo sepamos tratar adecuadamente en base a una buena historia - clínica y como consecuencia el diagnosticar correctamente de qué tipo de lesión se trata.

Para esto deberemos tener presentes algunas de las características - clínicas de los procesos patológicos que se presentan más comunmente en el parodonto.

Así como también poder diseñar el plan de tratamiento adecuado según - sea el caso.

Tendremos siempre en mente que para el éxito de cualquier tratamiento, deberemos contar siempre con la cooperación de nuestro paciente, para lo cual lo motivaremos en todos aspectos para que siga correctamente todas nuestras indicaciones.

En este tema se han tratado los puntos más importantes de la enfermedad periodontal, así como su prevención y tratamiento.

Y esperamos que sirva de consulta para nuestros compañeros estudiantes y profesionistas esperando que sea de gran interés.

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

- DANIEL A. GRANT, IRVING B. STERN, FRANK G. EVERETT, PERIODONCIA DE URBAN, 4a. Edición, Editorial Interamericana, Traducción - - Dra. Marina B. González de Grandi. Impreso en México.
- GLIKMAN, PERIODONTOLOGIA, 4a. Edición, Editorial Interamericana, Traducción, Dra. Marina B. González de Grandi. Impreso en Méx.
- STEPHEN STONE, PAUL J. KALIS, PAUL S. KALLIS, PERIODONTOLOGIA, - 1a. Edición, Editorial Interamericana, Traducción, Dra. Carmen - Barona. Impreso en México.
- SIMON KAZ, ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION, 2a. Edición, Editorial Interamericana. Impreso en México.
- FORREST, JOHN O., ODONTOLOGIA PREVENTIVA, 1a. Edición, Editorial El Manual Moderno. Impreso en México.
- SHAFER G. WILLIAM, TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL, 3a. Edición, Editorial Interamericana, Traducción Dra. Marina B. González de Grandi. Impreso en México.
- GIUNTA, JOHN, PATOLOGIA BUCAL, 1a. Edición, Editorial Interamericana, Traducción Dra. Marina B. González de Grandi. Impreso en México.