

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DE  
LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO CIRUJANO ODONTOLOGO

PRESENTA

ARCELIA GONZALEZ OSEGUERA

ASESOR DE TESIS  
DR. SAMUEL CHAVEZ FRAGA

MORELIA, MICH., 1974:

27

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DE  
LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO CIRUJANO ODONTOLOGO

PRESENTA

ARCELIA GONZALEZ OSEGUERA

ASESOR DE TESIS:  
DR. SAMUEL CHAVEZ FRAGA

MORELIA, MICH., 1974.

Una firma manuscrita en tinta que parece decir 'S. Chavez Fraga'.

A MIS PADRES:

SR. HELIODORO GONZALEZ AYALA.

SRA. GUILLERMINA OSEGUERA DE GONZALEZ.

**Con todo el amor y ternura que hay en mí.**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

**Cariñosamente a mis hermanos,  
por su apoyo y ejemplo.**

SR. LIC. FELIPE GONZALEZ O.

SRITA. VELIA GONZALEZ O.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

**Con admiración y cariño:**

al Sr. DR. ELEAZAR BUCIO RODRIGUEZ.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

**Con estimación y afecto:**

a la Sra. MA. TERESA MARTINEZ DE GONZALEZ.

A MIS MAESTROS:

**Quienes me iniciaron en la  
vida profesional.**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Al Sr. DR. SAMUEL CHAVEZ FRAGA.  
**con sincero agradecimiento.**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

**"DIAGNOSTICO PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DE  
LAS ENFERMEDADES PARODONTALES".**

Capítulo I.—Introducción.

Capítulo II.—Breve descripción anatómica, histológica y fisiológica de los tejidos parodontales.

Capítulo III.—Clasificación etiológica de las alteraciones parodontales.

Capítulo IV.—Diagnóstico de las afecciones periodontales.

Capítulo V.—Pronóstico de las periodontopatías.

Capítulo VI.—Tratamiento parodontal.

Capítulo VII.—Conclusiones.

Capítulo VIII.—Bibliografía.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## INTRODUCCION

El propósito que me llevó a realizar el presente trabajo, más que un mero cumplimiento para recibirme, fué el tratar de sintetizar y estudiar a fondo algunos aspectos más importantes en la Parodontia, aspectos que revisten gran valor para todos los dentistas de práctica general, ya que al aplicarlos en su consulta diaria obtendrá el reconocimiento de la sociedad como un profesional capacitado y en él que se pueda confiar la salud bucal.

Este objetivo de superación para beneficio social me ha decidido a llevar a cabo éste trabajo que aquí inicio. Ruego a Uds. Honorable Comisión Revisora de Tesis, me disculpen, ya que en gran parte mi escasa o casi nula práctica en esta rama de la Odontología me impiden tener una visión más amplia al respecto.

## CAPITULO II

### BREVE DESCRIPCION ANATOMICA, HISTOLOGICA Y FISIOLÓGICA DE LOS TEJIDOS PARODONTALES

Antes de iniciar la descripción de los tejidos parodontales, considero conveniente definir lo que es la parodoncia, la importancia que guarda dentro de la Odontología y la salud orgánica general.

La parodoncia es la rama de la Estomatología que estudia el parodonto así como la prevención y tratamiento de sus enfermedades.

No podemos considerar a cada rama de cada ciencia como independiente una de otra, pues existe una estrecha relación indispensable para su desarrollo y su aplicación. Sobre este punto de partida, la parodoncia como una especialidad dentro de la Estomatología y considerada en la práctica, asume gran importancia en el correcto tratamiento de cada caso, así tenemos por ejemplo: Tratamientos protésicos dentales o de simple Operatoria dental en los que resulta, o aplicar previa o posteriormente tratamiento parodontal, como pudiese ser Endodental para así obtener salud bucal, es decir, corrección efectiva y completa de la alteración. Es pues en mi observación particular, tan importante el conocimiento de la Parodoncia como lo son las demás especialidades de la Odontología.

El parodonto como parte del organismo influye y recibe la influencia de los procesos que en él se realizan, por esta razón de dependencia, en muchas ocasiones es la causa de trastornos orgánicos generales y del mismo modo en muchas otras es el asiento de alteraciones orgánicas.

El parodonto histológicamente está constituido por cuatro tejidos que sirven de soporte, fijación y protección al diente. Dichos tejidos son:

- 1.—Encía.
- 2.—Hueso Alveolar o Apófisis alveolar.
- 3.—Cemento.



#### 4.—Membrana peridentaria.

1.—ENCÍA.—Es la parte de la fibromucosa bucal que recubre los procesos alveolares.

Desde el punto de vista topográfico se divide en:

a).—Encía marginal. Se encuentra limitada hacia incisal por el margen gingival y hacia apical vestibularmente, por el surco gingival; es de color rosa oscuro en estado normal, superficie aterciopelada y consistencia suave; se puede despegar por medios mecánicos o con una corriente de aire. Su cara interna va adosada al diente y su límite interno es la inserción epitelial, o sea la unión íntima de la encía con la pieza dentaria.

b).—Encía insertada. Limitada hacia incisal por el surco gingival y apicalmente por una línea convencional que la separa de la encía alveolar; es de color rosa pálido, de consistencia firme y superficie rugosa comparable al aspecto rugoso de una cáscara de naranja, se encuentra adherida a los procesos alveolares.

c).—Encía alveolar. Limitada hacia incisal por el principio de la encía insertada y hacia apical por el fondo de saco vestibular; es de color rojo, de consistencia suave, no está adherida al proceso alveolar como la encía insertada y se puede deslizar por medio, de palpación lateral, los vasos arteriales son visibles a simple vista.

#### Elementos Histológicos de la Encía.

a).—Tejido epitelial. Pertenece al tipo de los epitelios pavimentosos estratificados, en las zonas donde reciben mayor estímulo masticatorio presenta una delgada capa de queratina, en ocasiones se observan manchas pigmentarias negras que son acumulos de melanina.

b).—Tejido conectivo. Es un tejido pobre en fibras colágenas; por medio de prolongaciones citoplasmáticas se une al tejido epitelial, al que brinda firmeza.

Fisiología de la Encía.—La principal función de la encía es

la de protección del diente y la apófisis alveolar, misma que realiza cubriendo el cuello del diente y dicha apófisis; además tiene una muy importante función estética, sobre todo en la región labial.

2.—HUESO ALVEOLAR.—Más específicamente se le denomina apófisis alveolar y es ésta la parte de los maxilares superior e inferior que forma los alveolos dentarios. Está compuesto de dos tipos de hueso: La cortical alveolar y el hueso de sostén.

La cortical alveolar es una delgada lámina ósea que rodea la raíz de los dientes y presta inserción a la membrana peridental; suele ser denominada hueso fascicular o fasciculado debido a la abundancia de fibras de Sharpey, que corren perpendicularmente a su superficie, o lámina dura porque aparece como una línea densa y opaca en las radiografías.

El hueso de sostén rodea a la cortical alveolar y le presta apoyo. Está compuesta de dos tipos de substancia ósea:

a).—Substancia ósea compacta, que forma las láminas vestibular y bucal de la apófisis alveolar.

b).—Substancia ósea esponjosa, situada entre el verdadero hueso alveolar y el hueso compacto. Las trabéculas del hueso esponjoso siguen la dirección de las fuerzas de la masticación.

El hueso alveolar proporciona los alvéolos de los dientes y forma los tabiques interalveolares. La existencia del hueso alveolar depende de la presencia de los dientes a los que fija, ya que se desarrolla a medida que el diente crece y es reabsorbida cuando se pierden los dientes. El número de las piezas dentarias y la función de las mismas determinan la estructura del hueso alveolar y del hueso de sostén, y es así que el hueso es de mayor espesor y mayor densidad alrededor de los dientes que cuentan con antagonistas funcionales. En los casos en que quedan muy pocos dientes, se produce una hipertrofia funcional que hace que el hueso sea extremadamente denso y grueso en torno de los dientes que se conservan. En cambio cuando falta una relación funcional se observa el adelgazamiento y la atrofia del hueso de sostén.

Los elementos celulares que constituyen el hueso son:

a).—Osteoblastos. Son células de tejido conectivo altamente diferenciadas que se cree forman y calcifican la matriz del hueso. Se les encuentra en el endostio, capa interna del periostio o la membrana peridentaria.

b).—Osteocitos. Estas células vienen siendo los osteoblastos que quedan encapsulados dentro de la sustancia intercelular calcificada.

c).—Osteoclastos. Comúnmente se encuentran en la superficie del hueso, en depresiones acanaladas y poco profundas, denominadas Lagunas de Howship; Son células gigantes y multinucleares, de tamaño y forma variable, tienen una función fagocitaria interviniendo principalmente en la reabsorción ósea.

3.—CEMENTO.—Este es un tejido que recubre al diente en su porción radicular y presta inserción a las fibras de la membrana peridentaria. Se encuentra constituida por un 55% de materia inorgánica y un 45% de materia orgánica y agua, su grosor varía entre 50 micras en el tercio coronal y aumenta gradualmente hacia apical hasta alcanzar de 150 a 200 micras. Su color es amarillo poco más oscuro que la dentina y de superficie ligeramente rugosa.

Desde el punto de vista morfológico existen 2 tipos de cemento:

a).—Cemento celular.

b).—Cemento acelular.

Desde el punto de vista funcional estos dos tipos de cemento son exactamente iguales. El cemento acelular existe en el tercio medio y coronario de la raíz dentaria y el celular está en el tercio apical de la misma. La función principal del cemento, tanto acelular como celular, es formar cementoide.

Funciones. Entre las funciones más importantes de este elemento están las de:

a).—Compensar el movimiento de erupción activa y mesialización fisiológica por medio de las aposiciones de cemento que se efectúan durante toda la vida de la pieza dentaria.

b).—Poder de formar cemento joven para dar apoyo e inserción a las fibras principales del ligamento parodontal.

4.—MEMBRANA PERIDENTARIA.—Es el elemento histológico que une firmemente el cemento radicular al proceso alveolar. Es de origen mesodérmico y proviene de la capa media del saco dentaria.

Elementos histológicos:

- a).—Fibroblastos.
- b).—Cementoblastos.
- c).—Osteoblastos.
- d).—Osteoclastos.
- e).—Vasos, nervios y linfáticos.
- f).—Restos epiteliales de Malasses.

Los fibroblastos tienen forma de huso, con núcleo central, se agrupan en haces y forman fibras, las que se pueden dividir en:

- a).—Fibras principales.
- b).—Fibras secundarias.

La fibra principal es aquella que se introduce en el cemento dentario a expensas de un cemento joven, no calcificado (cementoide), que se calcifica posteriormente y atrapa la terminación de la fibra principal; a la parte calcificada se le llama fibra de Sharpey. Este elemento también se localiza a nivel de hueso alveolar; el hueso tiene la propiedad de formar tejido joven que se denomina Osteoide y que realizara las mismas funciones que el cementoide. Las fibras forman en la parte media del ligamento parodontal un entrecruzamiento que se conoce como Plexo intermedio; es importante hacer notar que ninguna fibra principal llega de lado a lado del hueso y cemento de tal manera que la unión entre el hueso y el cemento estará formada por dos o más fibras principales.

La fibra principal tiene como función primordial mantener unido el diente a su alveolo.

La fibra secundaria es el conjunto de fibroblastos que no tie-

ne fibra de Sharpey, por tanto, su función es la de servir de relleno para que pasen a través de ella los elementos nutritivos y sensoriales de este tejido.

Las fibras principales, forman ligamentos completamente diferenciados que se dividen en:

a).—Ligamentos gingivales libres. Se extienden del cemento a la encía en donde se pierden, confundándose con el tejido conjuntivo de la encía marginal. Tiene como función proporcionarle tono a la encía marginal y así preservar el intersticio gingival.

b).—Ligamentos transeptales. Se extienden del cemento de una pieza al cemento de la pieza contigua por encima del vértice de la cresta alveolar. Su función principal consiste en mantener el área de contacto.

c).—Ligamentos cresto-alveolares. Se insertan en el vértice de la cresta alveolar y se dirigen al cemento en su zona coronal. Tienen la función de evitar el desalojamiento dentario en sentido incisal.

d).—Ligamento de fibras oblicuas. Es el ligamento más poderoso y va de incisal hacia apical y del hueso alveolar hacia el cemento. Este grupo de fibras compensa los impulsos verticales axiales que reciben las piezas al ponerse en contacto con el bolo alimenticio o con sus antagonistas, y mantienen a la pieza en un equilibrio fisiológico adecuado. Todo estímulo que sigue el eje mayor del diente es benéfico al parodonto y se considera como un factor estimulante para que el fibroblasto forme mayor cantidad de ligamentos.

e).—Ligamentos de fibras horizontales. Van del hueso al cemento por debajo del grupo anterior. Sirven para evitar los desplazamientos laterales.

f).—Ligamento periapical. Sirve para evitar el desplazamiento bruscos del ápice tanto en sentido vertical como lateral, preservando de esta manera la integridad anatómica y funcional del paquete neurovascular de la pieza dentaria. A este ligamento se le denominó cojinete periapical de Black.

Los cementoblastos son células encargadas de formar cemen-

to, que se deposita en forma de capas.

Los osteoblastos son células encargadas de formar hueso, que se deposita en forma de capas y se denomina hueso laminar o en haces.

Los osteoclastos son células encargadas de fagocitar hueso a nivel de las lagunas de Howship.

Los nervios en el sistema nervioso del ligamento parodontal tienen una función especializada. Los nervios de la pulpa no sólo tienen terminaciones nerviosas sensitivas como las de Krus Meissner, sino además terminaciones nerviosas especializadas llamadas propioceptivas, por las que se percibe la sensación de lugar en los estímulos que se transmiten a través de la pieza dentaria o también en los estímulos dolorosos. Así por ejemplo, cuando en el bolo alimenticio se encuentra un elemento duro en el momento de la oclusión, el acto de morder es suspendido inmediatamente después que el irritante ha estimulado el ligamento parodontal; no sería posible este acto reflejo de defensa sin el mecanismo especializado de tales terminaciones nerviosas propioceptivas.

Las arterias que nutren al ligamento provienen de la arteria dentaria que al llegar al foramen apical se bifurca en una rama para la pulpa dentaria y otra para el ligamento. Asimismo, se encuentran ramas de la arteria facial que perforando la cresta alveolar se anastomosa con las anteriores y forma la red que nutre al ligamento parodontal. Las venas vierten su contenido en los vasos del mismo nombre que las arterias mencionadas.

Los linfáticos siguen el trayecto de los vasos arteriales y venosos y desembocan en los colectores carotídeos, submaxilares y sublinguales.

Los restos epiteliales de Malassez son restos aberrantes de la vaina de Hertwig, que desde el punto de vista funcional no tienen ningún papel dentro del ligamento parodontal.

**FISIOLOGIA.**—El ligamento parodontal tiene dos grandes funciones:

- 1.—Función biológica, que consta de tres aspectos:

a).—Función formativa.

b).—Función nutritiva.

c).—Función sensorial.

La función formativa del ligamento parodontal está determinada principalmente por todos aquellos elementos histológicos capaces de regenerar tejido, fibroblastos, cementoblastos y osteoblastos.

La función nutritiva se lleva a cabo por medio de los elementos arteriales de la región.

La función sensorial está determinada por el tejido nervioso que inerva el ligamento.

La función Mecánica. También se le denomina función de sostén ya que mantienen la pieza dentaria adherida al alvéolo óseo que la circunda, esta función está representada principalmente por los grupos de ligamentos que hemos mencionado anteriormente.

## CAPITULO III

### CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LAS ALTERACIONES PARODONTALES

Es preciso considerar que las alteraciones del parodonto, las más de las veces son provocadas por varios factores; algunos de ellos actúan predisponiendo al organismo, otros coadyuvando al factor causal principal o determinante.

Tomando como principio lo anterior y de acuerdo a un cuadro etiológico. (Tratado de Parodoncia S. C. Miller) que me parece correcto, describiré a continuación brevemente las causas que provocan con frecuencia alteraciones del parodonto:

- Factores disfuncionales.**
- 1.—Hiperfunción
    - a) Presiones excesivas sobre los dientes.
    - b) Sostén periodontal insuficiente.
    - c) Musculatura masticatoria. excesivamente poderosa.
  - 2.—Hipofunción
    - c) Masticación indolente.
    - b) Anoclusión.
    - a) Abrasión prematura.
  - 3.—Hábitos Anormales.
    - a) Masticación unilateral.
    - b) Hábito anormal de morder.
    - c) Apretar los dientes.
    - d) Bruxismo y bruxomanía.



1.—Anomalías  
Anatómicas.

- a) Forma del diente.
- b) Contorno muy convexo.
- c) Contacto proximal.
- d) Posición del diente.

2.—Depósitos en  
los dientes.

- a) Sarro supragingival (salival).
- b) Sarro subgingival (sérico).
- c) Materia alba.
- d) Placas mucinosas.
- e) Películas protéicas.

3.—Dieta no detergente.

Factores  
Irritativos.

4.—Empaquetamiento  
alimenticio.

- a) Vertical.
- b) Horizontal.

5.—Irritantes  
mecánicos.

- a) Bordes de cavidades, incrustaciones incorrectas o bordos de obturaciones aparatos ortodóncicos; puentes, dentaduras artificiales que hacen presión o irritan la encía.

6.—Irritantes químicos.

7.—Irritantes atmosféricos (respiración por la boca.)

8.—Cepillado dental incorrecto.

9.—Técnicas ortodóncicas incorrectas.

- 1.—Nutrición inadecuada.
  - a) Desequilibrio acidobásico.
  - b) Carencia de vitaminas.
  - c) Carencia de sales minerales.

Factores  
Generales.

2.—Enfermedades debilitantes.

3.—Discrasias sanguíneas.

4.—Disfunción endocrina.

5.—Embarazo.

6.—Elergias e idiosincrasias.

7.—Envenenamiento por metales.

8.—Rayos x, radio y radiación atómica.

9.—Factores psicossomáticos.

Los factores disfuncionales por hiperfunción pueden crearse de 3 maneras diferentes.

1.—Actuación de fuerzas excesivas sobre los dientes. Estas fuerzas pueden originarse sobre uno o más dientes, por su forma anatómica incorrecta; la colocación de las incrustaciones, de restauraciones que no armonizan con la forma general de la oclusión o que originan una distribución desigual de la presión entre los diferentes dientes durante las diversas excursiones del maxilar inferior.

2.—Sostén periodontal insuficiente. Toda debilidad inherente al sostén alveolar a causa de una estructura alveolar mal calcificada, trabéculas óseas de un entrelazamiento demasiado laxo o una masa alveolar insuficiente, favorece la aparición de un estado patológico periodontal. Las enfermedades orgánicas que originan una depleción de las sales minerales alveolares o que impiden el suministro normal de minerales o de sus medios de fijación, favorecen la aparición de afecciones periodontales aún cuando exista una oclusión ordinariamente favorable.

3.—Musculatura masticatoria excesivamente poderosa. El individuo que hereda estructuras de sostén demasiado débiles y una cara ancha, bien desarrollada, con huesos maxilares prominentes, a causa de un desarrollo excesivo de los maseteros y otros músculos de la masticación, presenta un desequilibrio entre las fuerzas ejercidas sobre el mecanismo alveolar y la capacidad de esta formación para soportarlas.

## HIPOFUSION

1.—Abrasión prematura. Los tejidos periodontales necesitan el estímulo funcional a fin de conservarse en estado normal, y para que se produzca ese estímulo es menester que exista entre las cúspides de los dientes antagonistas una relación adecuada y suficiente. Para conservar la normalidad de las estructuras periodontales es tan importante que la altura de las cúspides y la inclinación de las pendientes sean elevadas durante la juventud como que ocurra una disminución de las mismas a una edad más avanzada. Pero puede suceder que la abrasión se verifique con demasiada rapidez, debido a una acidez excesiva local a causa

de regurgitaciones gástricas, un consumo excesivo de frutas cítricas, una saliva notablemente ácida a consecuencia de una dieta de residuos ácidos o un trastorno nervioso grande o prolongado. También en los individuos que mascan tabaco o que padecen ciertos trastornos nerviosos que se caracterizan por la fricción de los dientes durante los períodos de tensión nerviosa (bruxomanía) o durante el sueño (bruxismo), la abrasión progresa con excesiva rapidez. Cuando existe una abrasión prematura, los tejidos periodontales no son suficientemente estimulados y se produce una atrofia por falta de función, y también pueden ocurrir que la presión excesiva necesaria para la masticación dé origen a un traumatismo oclusal.

El desgaste artificial que se practica para equilibrar la oclusión es también un arma de doble filo cuando no se toman en cuenta las exigencias funcionales ya que se provoca una abrasión prematura.

2.—Anoclusión. Debido a ciertos estados congénitos o adquiridos, uno o más dientes pueden hallarse colocados de tal manera o estar desgastados de tal forma que no entren en contacto con sus antagonistas, cualquiera que sea la posición adoptada por el maxilar inferior. Esto se denomina anoclusión y trae como principal consecuencia la atrofia de los tejidos parodontales por falta de eficacia masticatoria.

3.—Masticación indolente. El hábito de deglutir los alimentos después de una masticación muy escasa y el de elegir siempre alimentos blandos dan origen a una estructura alveolar débil y laxa y favorecen las afecciones periodontales.

#### HABITOS ANORMALES

1.—Masticación Unilateral.—A menudo se observa que los tejidos periodontales de un lado de la cavidad bucal están mucho más afectados que los del otro. Por lo común esto se debe al hábito de usar el lado menos afectado de la boca para la masticación, proporcionando así poco estímulo funcional y una escasa acción de limpieza por arrastre de los alimentos al lado afectado.

2.—Hábitos anormales de morder. Comprende un tipo de lesión traumática en las que el factor traumatizante no depende de

las relaciones de excursión o del empleo ordinario de los dientes; en general se requiere la presencia de un cuerpo extraño, como el hábito de moders las uñas o los labios.

3.—Apretar los dientes.—La agresión reprimida u otros estados afectivos de tensión suelen manifestarse por espasmos de los músculos de la masticación, particularmente durante el sueño.

4.—Bruxismo y bruxomanía.—El hábito de restregar o friccio-  
nar los dientes entre sí durante el sueño o la vigilia puede origi-  
nar la destrucción alveolar o contribuir a ella, particularmente si  
existen cúspides que se traban.

### FACTORES IRRITATIVOS

1.—Forma del diente.—Que su localización sea correcta y que sea normal la anatomía de la cúspide.

2.—Convexidad de los dientes.—Las porciones convexas de los dientes protegen al borde gingival, impidiendo que sea lesio-  
nado por los alimentos.

3.—Contacto proximal.—La función más importante de los contactos proximales es la de proteger las papilas interdientarias.

4.—Posición del diente.—Los dientes que presentan una ali-  
neación irregular determinan una compresión de los tejidos in-  
terproximales; con la consiguiente reducción de la irrigación san-  
guínea y dificultada para la limpieza. Siempre que sea posible,  
debe recurrirse al tratamiento ortodóncico para corregir la ali-  
neación de esos dientes.

### DEPOSITOS SOBRE LOS DIENTES

1.—Sarro supragingival (saliva).—Está compuesto de sales minerales provenientes de la saliva, incluídas en una matriz bac-  
teriana y fungosa unida a los dientes, generalmente con encima  
del borde gingival. Presenta una coloración amarillo claro o blan-  
quesina.

2.—Sarro subgingival (sérico).—Es éste un depósito calcifi-  
cado que se presenta en la superficie de los dientes generalmen-  
te por debajo del borde gingival.

3.—Materia alba.—Es un depósito blando, de color blanco, que se presenta en torno del cuello de los dientes cuyo funcionamiento no es normal o alojados en una cavidad bucal en malas condiciones de higiene.

4.—Placas mucoides.—Estas placas consisten en una capa de una sustancia gelatinosa, viscosa o mucilaginosa que se deposita sobre los dientes. Dicha sustancia se compone de mucina, bacterias y productos bacterianos, y en algunos casos recubre íntegramente los dientes; se la encuentra cuando la saliva es viscosa o cuando la boca se halla en malas condiciones de higiene. Su presencia puede estar relacionada con trastornos nerviosos generales. La presencia de una pequeña cantidad de mucina en la boca es normal, siendo necesaria para la lubricación de los dientes y los tejidos.

5.—Película proteica.—El análisis efectuado por Manly de las manchas pardas encontradas en dientes de personas que usaban dentífricos no abrasivos reveló que consistían en una película mucoproteica. En general, esta película es eliminable con empleo de un dentífrico abrasivo.

#### DIETA NO DETERGENTE

Todo estudio dietético debe tomar en consideración la acción directa local de los alimentos sobre los dientes y formaciones periodontales, acordándole no menos atención que al estudio de su valor nutritivo. Los alimentos "pegajosos" y que tienden a adherirse a los dientes, dificultando los procesos normales de auto-limpieza de los tejidos sanos, pueden originar o agravar los trastornos periodontales.

#### EMPAQUETAMIENTO ALIMENTARIO

Es menester establecer una diferencia entre la simple acumulación de restos de alimentos en los dientes y encías y el empaquetamiento de alimentos. Este consiste en una penetración forzada de los alimentos entre las piezas dentarias, donde permanecen enclavados junto a la encía, convirtiéndose en una fuente constante de irritación. El empaquetamiento alimenticio puede ser: Vertical, producido por la presión oclusal sobre los alimentos; Horizontal, es la penetración de alimentos y restos entre los

dientes a causa de la acción de la lengua y los carrillos sobre los alimentos durante la masticación.

#### IRRITANTES MECANICOS

Entran en este grupo los bordes de cavidades, incrustaciones incorrectas o bordes de obturaciones; aparatos ortodóncicos; puentes, ganchos o dentaduras artificiales que hacen presión o irritan la encía.

Cualquiera de ellos puede originar una gingivitis y la destrucción del hueso alveolar subyacente, con la aparición de una periodontopatía típica de carácter localizado.

#### IRRITANTES QUIMICOS

Si bien el uso moderado del tabaco y el consumo moderado de alcohol, no son por sí mismos perjudiciales, pueden en cambio actuar como factores directos en la reducción de la resistencia de los tejidos y la creación de una susceptibilidad gingival para la gingivitis ulcerosa necrosante y otros tipos de estados patológicos periodontales. Por otra parte el abuso del tabaco o del alcohol es particularmente nocivo por sus efectos locales, y son muy pocos los individuos que los toleran sin sufrir perjuicios.

#### IRRITANTES ATMOSFERICOS

Suele suceder que la ventilación del aparato respiratorio se realice en gran parte por la boca, a veces por el hábito y la mayor parte de las veces por existir obstrucciones en las vías nasales. En tales circunstancias se observa que la boca permanece abierta, con la mandíbula colgante y hay una disminución del tono de los músculos de la masticación e hiperplasia e inflamación de los tejidos gingivales.

Las temperaturas excesivamente altas causan sequedad e irritación de las encías y mucosas bucales, como es corriente observar en los fogoneros, bomberos, panaderos.

#### CEPILLADO DENTAL INCORRECTO

La civilización actual ha convertido en hábito cotidiano de todo individuo la limpieza minuciosa de los dientes con el cepillo dental. Pero, si ese cepillado no se efectúa de una manera correcta no sólo es insatisfactorio por no obtenerse el fin persegui-

do de mantener la limpieza de los dientes y la salud de los tejidos, sino que puede, ser perjudicial. El cepillado en sentido transversal o de tipo rotatorio, a modo de fregado, en especial si se realizan con un dentífrico abrasivo, dan lugar por lo común a la retracción horizontal de los tejidos gingivales y al abrasión de las superficies dentarias.

### TECNICAS ORTODONCICAS INCORRECTAS

La ortodoncia es una de las ramas más difíciles y complejas de la odontología, que solo ha de ser practicada después de un adecuado aprendizaje preliminar. Los aparatos construídos en los laboratorios dentales deben usarse con suma precaución; ya que los tejidos alveolares responden a la presión en forma diferente y es necesario vigilar con atención la reacción del aparato.

### FACTORES GENERALES

**NUTRICION INADECUADA.**—Las deficiencias y desequilibrios dietéticos moderados o extremos son a menudo causa determinante de las afecciones periodontales. Los signos de carencia extrema, como la gingivitis escorbútica, la gingivitis raquítica, la alveoloclasia por carencia de sales minerales, la gingivitis por dieta no detergente (Schmutzpyorrhoea), etc.; son fáciles de advertir.

**ENFERMEDADES DEBILITANTES.**—Toda enfermedad capaz de aminorar la salud general del individuo aumentará la susceptibilidad de la boca a los trastornos locales.

### .... DISCRASIAS SANGUINEAS.

Diversos tipos de trastornos del cuadro hemático se revelan en los tejidos gingivales precozmente, tal vez a causa de la función inhibida o de la presencia de tantas fuentes locales de irritación como hay en la cavidad bucal. Con frecuencia es el dentista quien descubre la existencia de anemia, púrpura, policitemia, leucemia, granulocitopenia u otras enfermedades.

### Disfunción Endocrina.

Basta una anomalía monoglandular o poliglandular leve para crear un estado de susceptibilidad del periodonto que, en conjunto con factores funcionales o irritativos, o una combinación de los mismos, dé lugar a procesos patológicos activos de los tejidos periodontales.

## CAPITULO IV

### DIAGNOSTICO DE LAS AFECCIONES PERIODONTALES.

A fin de estar en perfectas condiciones para establecer el diagnóstico de una enfermedad del periodonto, el odontólogo debe tener siempre presente las siguientes consideraciones:

- 1.— Conocimiento preciso del aspecto normal del periodonto y las formaciones adyacentes.
- 2.— Conocimiento preciso de los métodos de exploración y capacidad para valorar los datos obtenidos por dichos métodos.
- 3.— Conocimiento de las múltiples y posibles causas que puedan alterar el estado normal del parodonto, así como de las afecciones más frecuentes en él.

El primer y tercer punto de estas consideraciones los traté ya en los capítulos respectivos: ahora, en el presente, me avocaré a describir la aplicación de los métodos de exploración, el orden en que se deben ir recogiendo los datos obtenidos, para con ellos formar una historia clínica y así sentar de este modo la base del diagnóstico.

Los métodos de exploración de que nos valemos para conocer las manifestaciones de las alteraciones parodontales son las siguientes:

#### 1.—Interrogatorio.

Por este método vamos a obtener los síntomas subjetivos de las alteraciones parodontales, así como también obtendremos información sobre el estado de salud orgánico, ya que cualquier enfermedad puede ser el resultado de focos de infección bucales o puede ser agravada por los mismos; las enfermedades generales pueden afectar el tratamiento, por lo que deben ser atendidas y curadas si se desea asegurar la cura completa y permanente del estado parodontal afectado. De modo tal que iniciaremos el interrogatorio sobre la dolencia o motivo de la consulta, una vez conocida la sintomatología local; en seguida pasaremos a interrogar sobre síntomas generales que puedan relacionarse con la alteración parodontal; para ello interrogaremos por aparatos y sistemas, siguiendo un orden; en primer lugar los que tengan más relación



con la dolencia para seguir con los de menor relación, así por ejemplo: en un caso de hiperplasia gingival, con gingivorragia, fetidez de aliento y movilidad dental; en este caso una vez conocida la sintomatología local, procedemos a interrogar sobre glándulas endocrinas, más precisamente sobre páncreas, para ello preguntaremos sobre los síntomas de la insuficiencia pancreática, si encontramos diabetes, lo más seguro es que las alteraciones en boca sean manifestaciones de dicho padecimiento, a continuación podremos interrogar sobre sistema cardiovascular ya que tiene próxima relación. De este modo, un tanto flexible llevaremos a cabo nuestro interrogatorio por aparatos y sistemas, preguntaremos sobre antecedentes patológicos personales, antecedentes personales no patológicos y antecedentes hereditarios, terminaremos nuestro interrogatorio preguntando sobre tratamientos anteriores. Los datos que obtengamos de un interrogatorio bien realizado, son suficientes en muchos casos para establecer un diagnóstico preciso, aún cuando nunca se deben menospreciar los datos que podamos obtener por otros métodos de exploración.

## II.—Inspección.

La inspección que realizemos debe ser cuidadosa, tomando muy en cuenta las reglas que exige este método de exploración; utilizaremos, si el caso lo requiere, los espejos y lámparas bucales.

Los datos que debemos anotar son los referentes a: Forma, volumen, coloración, movimiento, estado de la superficie, además inspeccionaremos el organismo en general, esta inspección general es muy importante ya que si sola nos puede conducir a un diagnóstico de presunción; por ejemplo: Un paciente pálido, con movimientos lentos, piel reseca, labios resecos y agrietados, encías pálidas y sangrantes; con todos estos datos de una inspección general llegaremos a un diagnóstico presuntivo de gingivitis hemorrágica por desnutrición y avitaminosis.

## III.—Palpación.

La llevaremos a cabo en los tejidos parodontales por dos medios:

a).—Palpación manual. Palpando con la yema de los dedos sobre la encía y dientes advertiremos y anotaremos en nuestra

histeria clínica sobre: Cambio de temperatura, movilidad, consistencia y sensibilidad. El aumento de temperatura en alguna zona nos revelará cierto grado de inflamación; la movilidad dentaria nos indicará en cierta forma el grado de destrucción del hueso alveolar (alveoloclasia), así como la membrana peridentaria; debemos palpar todas las piezas dentarias a fin de advertir si presentan o no movilidad si acaso la tienen la valoraremos de acuerdo a los tres grados de movilidad dental.

- 1.— Movilidad ligeramente mayor que la normal.
- 2.— Movilidad que permite a la corona apartarse -1mm. de su posición normal en cualquier dirección.
- 3.— Permite moverse al diente más de 1mm. en cualquier dirección y puede hundirse o girar en el alveolo.

La ausencia de los signos radiográficos de un proceso patológico no elimina la posibilidad de que exista movilidad como un signo de una periodontapía incipiente.

El aumento de volumen de una zona del parodonto, en ocasiones la podemos advertir mejor a la palpación que a la inspección; debemos comparativa y simétricamente dicha palpación.

La palpación instrumental la realizaremos con la ayuda de torundas de algodón y pinza de curaciones, exploradores, parodontómetros y sondas. Por la palpación instrumental investigaremos la profundidad del intersticio gingival, con la sonda profundidad y dirección de trayectos fistulosos; con el parodontometro la profundidad de las bolsas parodontales y su extensión. Existen en el comercio 2 parodontometros de mucha utilidad: El de Miller y el de Merritt; como sonda de bolsas puede usarse un explorador del número 17 al que se le ha quitado la punta y alisado el nuevo extremo, y en cuya parte activa se han marcado los milímetros. Todos los datos obtenidos por la palpación instrumental los anotaremos en una ficha clínica especial denominada parodontograma.

#### Percusión.

Con este método obtendremos datos relativos a sonidos y dolor; se realizará con un instrumento metálico (mango del espejo

bucal) golpeando sobre los dientes la presencia de dolor en algunas piezas nos indicará alguna alteración en el paradonto radicular o apical; debe hacerse comparativamente y precisar la intensidad, duración e irradiación del dolor.

#### Punción exploradora.

En ocasiones utilizaremos este método para examinar el contenido de focos infecciosos intraalveolares o simplemente gingivales.

#### Métodos de laboratorio.

Frecuentemente nos valdremos de este método exploratorio para efectuar diagnósticos y tratamientos parodontales; de los más frecuentes son: Estudios radiológicos, análisis de sangre, estudios histopatológicos y exámenes bacteriológicos.

#### El diagnóstico radiográfico en las afecciones periodontales.

En el tipo simple de periodontitis, las alteraciones óseas están limitadas a la cresta alveolar. En el tipo complejo, donde la causa principal es la oclusión traumática, las alteraciones óseas precoces aparecen bajo la forma de una rarefacción apical o de un engrosamiento lateral, irregularmente distribuido, de la membrana periodontal.

Es necesario distinguir entre la rarefacción que tiene por origen la periodontitis compleja y la consecutiva a la infección pulpar. En la primera se observa una línea que rodea la rarefacción y continúa el contorno del extremo radicular, en tanto que en la rarefacción por granuloma o infección pulpar la línea media que la rodea describe una curva, o no hay línea alguna. Si las pruebas de vitalidad de la pulpa demuestran la falta de vitalidad del diente, es bastante probable que el origen de la rarefacción sea la degeneración pulpar.

El engrosamiento uniforme del espacio periodontal no siempre es indicio de un proceso patológico, sino puede ser también el signo de una hipertrofia compensadora de las fibras periodontales a consecuencia de una presión aumentada sobre el diente, como ocurre cuando se pierden algunos dientes y los restantes quedan sobrecargados o cuando, a causa de una abrasión excesiva, los dientes presentan una superficie de oclusión ancha. Un

diente con pulpa viva y engrosamiento irregular indica la presencia de un proceso patológico periodontal a consecuencia de un trauma oclusoarticular.

Los dientes cuyo hueso alveolar está en condiciones de soportar la presión oclusal pueden presentar una condensación que afecta a la lámina dura del lado opuesto de la raíz dentaria, en vez del engrosamiento lateral de la membrana periodontal, de distribución irregular debido a la rarefacción ósea alveolar. Esta condensación puede coexistir con la rarefacción, y en las radiografías de un diente con oclusión traumática suelen equilibrarse de un modo tal que el hueso presente un aspecto normal.

El primer signo de una afección periodontal compleja es el engrosamiento irregular, que se manifiesta por un ensanchamiento desigual y la membrana periodontal a nivel del tercio coronario del lado impéldido y del tercio apical del lado opuesto de alveolo. El equivalente radiográfico del contorno de una bolsa es señalado a veces por una rarefacción ósea lateral a modo de cuña en el lugar de la bolsa y cerca de la cresta alveolar.

Otros estados patológicos revelados por las radiografías pueden incidir también sobre el diagnóstico y el tratamiento periodontal, estos estados son:

a).— La rarefacción difusa, que pueda presentarse en el costado de una raíz a consecuencia de infección o inflamación de la membrana periodontal. Esta puede provenir de un traumatismo y no es forzoso que afecte la vitalidad del diente.

b).— La condensación provocada por traumatismos, pero que a diferencia de la originada por una infección pulpar, no afecta la vitalidad del diente.

c).— El granuloma originado por una infección de la pulpa y en el que la reabsorción de la pared interna de la ápofisis alveolar hace que la membrana periodóntica inflamada ocupe el espacio suplementario así creado.

Se le debe diferenciar de los puntos de referencia anatómicos normales de la región y de la rarefacción periapical de carácter no infeccioso. En general, esta última se debe a traumatismo

accidental o a una oclusión traumática y no afecta la vitalidad del diente.

d).—El quiste que presenta una zona transparente nítida a los rayos X limitada por una línea blanca uniforme, definida y delgada.

e).—Dientes ocluidos. Cuando en las radiografías intrabucales se descubren dientes que no han hecho erupción, es menester localizarlos con cuidado, recurriendo, si es necesario a las radiografías oclusales, laterales y posteroanteriores, a fin de asegurar un diagnóstico y pronóstico correctos.

f).—Raíces retenidas, que se ponen de manifiesto y deben ser extraídas cuando hay alteraciones óseas concomitantes, a fin de asegurar la eliminación de los focos de infección.

g).—La infección residual que puede encontrarse en una zona donde faltan los dientes y que conviene tratar para eliminar las posibilidades de una infección focal.

h).—La reabsorción radicular de los dientes permanentes, que puede afectar el ápice o toda la circunferencia del diente. La infección y la inflamación de la membrana periodontal determinan a menudo esa reabsorción, que es un elemento importante para establecer el pronóstico del diente, pues ese proceso acorta la raíz clínica de fijación.

#### Estudio de modelos y fotografías para el diagnóstico.

Para el diagnóstico, así como también para la instrucción del enfermo, resulta muy ventajoso el empleo de una serie de reproducciones correctas en yeso piedra. El modelo se puede construir mediante impresiones hechas con pasta de modelar alginato o yeso, y su estudio resulta particularmente útil si se les monta en un articulador anatómico. Sin embargo, es también posible estudiarlos sosteniéndolos en las manos y moviéndolos en forma de reproducir las diversas posiciones que adopta el maxilar inferior, a fin de descubrir la presencia de dientes largos y cúspides que obstaculizan los movimientos y requieren ser desgastadas así co-

mo para determinar los lugares de la retención de los alimentos y para instruir al enfermo.

Sobre los modelos de estudio puede señalarse la extensión del desgaste necesario para obtener una oclusión funcional; esto, en conjunto con el estudio radiográfico, permite al odontólogo calcular de antemano si ese desgaste podrá poner en peligro la vitalidad del diente o perjudicar la estética dental, al mismo tiempo que proporciona un auxilio visual para la educación del paciente en lo que respecta a la parodontia.

En muchas ocasiones no es necesario elaborar una historia clínica detallada, de un padecimiento gingival como lo es una gingivitis causada por sarro; una vez descubierta la causa, se elimina el irritante y se instituyen medidas profilácticas.

## CAPITULO V

### PRONOSTICO DE LAS PERIODONTOPATIAS

Una vez establecido el diagnóstico, el odontólogo puede efectuar el pronóstico, es decir, predecir la duración, curso, resultados del tratamiento y terminación de la enfermedad. Debe establecerse correctamente el diagnóstico para que sea exacto el pronóstico, pero también son de importancia capital el conocimiento de la enfermedad y el ejercicio de la profesión en casos semejantes. La enfermedad puede tener un curso agudo o crónico, benigno, moderado o grave, presentar una posición peligrosa o relativamente inócua, observarse en un paciente joven o anciano con resistencia grande o escasa, acompañarse de complicaciones o, por el contrario, sin las mismas y llegar a la observación del odontólogo en un período precoz o avanzado del curso. Todos o algunos de los factores influyen sobre el pronóstico. Por ejemplo, en un diabético disminuye la capacidad de curación y una periodontitis precoz benigna y sin complicaciones, debida a traumatismo oclusional en un paciente joven, tendrá un pronóstico mucho peor que una periodontitis semejante en un paciente sin diabétes. En el establecimiento de un pronóstico es más importante recordar que el odontólogo y el médico no curan al paciente, sino que solamente ponen en práctica métodos que permitan a los tejidos y células del enfermo vencer el proceso patológico y reparar las lesiones producidas por la enfermedad.

Por lo común el pronóstico se conceptúa como bueno, mediano o malo. A veces se establece un pronóstico reservado.

### PRONOSTICO DE LOS DIENTES EN LAS PERIODONTOPATIAS

Pronóstico de los dientes con una afección periodontal puede ser:

Bueno: Esto es, el diente se salvará.

Favorable: Esto es, es muy probable que el diente se salve.

Dudoso: No es posible predecir en el momento en que se hace el exámen, cual será la suerte que correrá el diente.

Grave: Hay pocas probabilidades de conservar el diente.

Maio: No hay ninguna posibilidad de salvar el diente, estando indicada la extracción de inmediato.

Es preciso considerar los siguientes factores al decidir sobre el pronóstico de los dientes afectados por una periodontopatía:

1.—Sostén óseo alveolar.

a).—Cantidad de hueso. Cuanto menor sea la cantidad de hueso que queda, tanto más grave será el pronóstico, ya que existe ahí un aumento de la corona clínica o brazo de palanca —y una reducción de la raíz clínica o brazo de fijación. Para que sea posible hacer un buen pronóstico, es necesario que halla por lo menos la mitad de hueso normal alrededor del diente.

b).—Distribución. Si el hueso se halla distribuido satisfactoriamente alrededor de la raíz dentaria, el pronóstico es más favorable; pues si se conserva aún la mitad del hueso, pero este se halla uniformemente distribuido alrededor de la raíz del diente hasta un nivel que es aproximadamente el mismo en todos los puntos, el centro de rotación es bajo y la acción de palanca es grande. En cambio, si hay una menor cantidad de hueso de un lado (siempre que el ápice radicular no esté afectado), y una cantidad mayor del otro lado, el límite de la raíz clínica se halla más próximo a la superficie oclusal del diente y la acción de palanca es menor, y por lo tanto el pronóstico es mejor. La existencia de zonas de rarefacción alrededor de los ápices radiculares justifica, de ordinario, un pronóstico malo.

c).—TIPO.—El hueso presenta variaciones en la densidad de su trabeculación y por consiguiente de su capacidad para fijar el diente. El hueso con una trabeculación más densa o cerrada y espacios medulares menores ofrece un pronóstico mejor que el hueso del que no puede esperarse un sostén eficaz. El estudio radiográfico del aspecto que presenta el hueso alveolar en el momento de formular el diagnóstico será de utilidad al odontólogo para calcular la rapidez de la destrucción ósea y los probables resultados del proceso. La regla que hay que tener siempre presente es: La rapidez de la destrucción ósea se halla en propor-



ción inversa a la uniformidad de la densidad del sostén alveolar.

2.—Movilidad.—Los dientes que presentan una movilidad correspondiente a la clase 3 o aquellos que es posible deprimir en el alvéolo, tienen un mal pronóstico y deben ser extraídos.

3.—Número de dientes residuales.—Cuanto menor sea el número de piezas dentarias que se conservan, peor será el pronóstico, ya que mayor es la magnitud de la presión que debe aguantar cada diente por separado. El contacto proximal presta cierto apoyo a los dientes. Al estimar las presiones a que estarán sujetos los dientes es menester tomar en consideración la fuerza de la musculatura mandibular.

4.—Distribución de los dientes conservados.—Si los dientes se hallan situados en posición favorable para la construcción de dentaduras artificiales o de puentes y para asegurar el equilibrio de la función, el pronóstico es mejor. La conservación de las piezas dentarias de un lado solo puede ser causa de una fuerte acción de palanca o de báscula y de una masticación incorrecta una vez colocados en posición las restauraciones. Cuando quedan dientes superiores y se han perdido los dientes inferiores es mejor proceder a la extracción de los superiores existentes que dejar que tenga lugar una reabsorción ósea continua del maxilar inferior, a consecuencia del contacto con los dientes superiores de fijación rígida.

5.—Utilidad que deban prestar los dientes que puedan salvarse. Si los dientes debilitados son utilizados para dar apoyo a puentes o restauraciones que les exigen un trabajo que sobrepasa sus posibilidades, es de esperar que el debilitamiento progrese y se produzca una caída prematura. Sin embargo, si se planean adecuadamente las restauraciones, sean éstas fijas o móviles, es posible distribuir las presiones que se ejercerán dividiendo el apoyo que han de prestar esas piezas y de este modo, proporcionar un mejor pronóstico a los dientes debilitados.

6.—Edad.—A diferencia de lo que ocurre con el pronóstico de la mayoría de las enfermedades, hemos comprobado que los pacientes de más edad, con la misma proporción de destrucción ósea y a igualdad de condiciones, responden mejor al tratamien-

to que los pacientes más jóvenes.

La explicación lógica sería que los individuos de más edad poseen una resistencia periodontal suficiente, por lo menos, para conservar los dientes y resistir a la afección hasta una edad avanzada, en tanto que los individuos más jóvenes con un proceso periodontal avanzado carecen de resistencia, sea por debilidad inherente de los tejidos o a causa de algún trastorno general. De este modo, con la misma proporción de sostén periodontal y por injusto que parezca, el individuo más joven ofrece menos probabilidades de responder en forma ampliamente satisfactoria al tratamiento.

7.—Estado de salud.—Si existe una infección general de origen focal que pueda imputarse a focos infecciosos bucales, suelen ser necesarias medidas más radicales, y será tal vez conveniente extraer los dientes con un pronóstico dudoso o grave. Si el paciente es muy nervioso o su salud está muy debilitada, debe elegirse el tipo de tratamiento más breve y antes de iniciarlo ha de contarse con un pronóstico bastante definido. En el propio beneficio del paciente está indicado proceder a la extracción de los dientes con un pronóstico malo, sin esperar a “que se caigan solos”, cosa que rara vez ocurre antes de provocar efectos generales irreparables.

8.—Posibilidad de eliminar los factores causales.—A pesar de la opinión unánime de los periodontólogos de que siempre son factores determinados la causa responsable de las afecciones periodontales, es por demás frecuente que se hagan esfuerzos por tratar ciertos casos en los que es imposible eliminar los factores causales. Puede decirse que el pronóstico es tanto más favorable cuanto mayores sean las posibilidades de eliminar por completo los factores causales. Si estos se establecen en forma realista antes de iniciar el tratamiento, se evitarán desengaños al paciente y dificultades de toda índole al odontólogo.

9.—Colaboración del paciente.—Este solo elemento basta para transformar un éxito en un fracaso y viceversa. La habilidad y la aplicación desplegadas por el enfermo en el cepillado de los dientes y en los cuidados prestados en la casa, o la atención

puesta en la eliminación de hábitos anormales de mordida u otros factores modificables por la voluntad, tienen que ser tomados muy en cuenta cuando se trate de establecer la probable evolución y resultado final de cada caso. Conviene advertir al enfermo de la responsabilidad que sobre él recae para la obtención de un resultado satisfactorio y de las limitaciones que impone al tratamiento su falta de cooperación. Si bien podría añadirse a estas muchas otras reglas, las antedichas responden a todos los principios básicos para fundar el pronóstico. Por otra parte, el odontólogo debe aplicar esas normas inteligentemente y con amplitud de criterio, para encarar así de la mejor manera posible las exigencias propias de cada caso.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## CAPITULO VI

### TRATAMIENTO PARODONTAL

El odontólogo debe estar capacitado para diagnosticar alteraciones parodontales; para efectuar el tratamiento, en muchos casos se requiere de conocimientos, habilidad, instrumentos y técnicas especiales. Para ello el Parodontólogo es el profesional capacitado para tratar efectivamente dichas alteraciones; sin embargo debemos conocer aunque sea someramente este campo a fin de prestar un servicio mejor a nuestros pacientes. Describiré a continuación y en forma general lo que es el tratamiento y cómo se consigue: El tratamiento es el conjunto de medidas profilácticas, higiénicas, dietéticas y terapéuticas que se señalan para combatir la enfermedad.

El Tratamiento de las alteraciones parodontales para que resulte efectivo y fructífero debe abarcar las 3 fases siguientes:

I.—Eliminar la causa.

II.—Restablecer la función y la resistencia de los tejidos.

III.—Instituir medidas encaminadas a conservar la salud y la resistencia de los tejidos.

La primera fase del tratamiento o sea la eliminación de la o las causas; la llevaremos a cabo atacando de inmediato y en lo más posible dichas causas. Se corregirán los factores disfuncionales, aliviando las presiones excesivas sobre los dientes mediante desgastes artificiales, procedimientos de ortodoncia, restauraciones o por la combinación de estos procedimientos, restauraremos en lo más posible el sostén periodontal insuficiente mediante el masaje gingival efectuado con cepillos y técnicas de cepillado especiales o con algunos otros estimuladores, también lo reforzaremos con la alimentación balanceada. Cuando la causa sea hipofunción masticatoria, corregiremos las piezas abrasionadas prematuramente mediante la colocación de coronas, incrustaciones o algún otro tipo de prótesis; del mismo modo llevaremos a oclusión funcional las piezas que en anoclusión se encuentren aunque en ocasiones se requerirá de tratamientos quirúrgicos u ortodóncicos; instruiremos a nuestro paciente sobre los beneficios dentoparodontales digestivos que ofrece una masticación

correcta y efectiva, para ello cooperaremos piezas cariadas, hábitos anormales de mordida, el bruxismo y la bruxomanía. Corregiremos las anomalías dentales anatómicas del diente reponiendo el contorno y contacto proximal perdido, colocando el o los dientes en posición normal y recuperando al diente su forma normal. Eliminaremos los depósitos en los dientes mediante una odontoexesis y pulido correctos, instruiremos a nuestro paciente sobre un cepillado regular y efectivo a fin de evitar en lo más posible la reacumulación de dichos depósitos. Eliminaremos los irritantes mecánicos obturando las cavidades dentarias cuyos bordes irriten la encía, lo mismo los bordes de obturaciones, puentes o placas. Evitaremos que los irritantes químicos continúen afectando los tejidos parodontales, para ello debemos contar con la cooperación total de nuestro paciente. Llevaremos a cabo una educación completa en lo que se refiere a la higiene bucal, haciéndole ver los beneficios que obtendrá de ello, explicaremos la técnica de cepillado indicada para su caso y corregiremos los defectos en que incurra. Ahora bien las causas generales de las periodontopatías una vez descubiertas las corregiremos en muchos casos con el auxilio de especialistas. Instituiremos una dieta rica en vitaminas y sales minerales para los casos que así lo requieran.

#### II.—Restablecimiento de la función y resistencia de los tejidos.

Se debe prestar atención a la salud general del enfermo así como al medio ambiente local y a la actividad funcional. Algunos autores creen que la insuflación de oxígeno en el tejido gingival es un procedimiento terapéutico eficaz para elevar la resistencia peridental, pero una medida aún más efectiva y duradera lo es la estimulación adecuada con el cepillo dental.

#### III.—Instituir medidas destinadas a conservar la salud y la resistencia de los tejidos.

A fin de conservar sana la cavidad bucal y de mantener la resistencia de los tejidos es menester suprimir las bolsas periodontales profundas y los colgajos, puesto que, no siendo accesibles a la limpieza se prestan a la acumulación de bacterias, alimentos y tártaro sérico y, por lo tanto, pueden favorecer la recidiva de la periodontopatía.

La principal diferencia entre las diversas tendencias acerca del tratamiento de las afecciones periodontales reside en la manera de eliminar las bolsas. El estudio de los procedimientos más comunmente empleados para la supresión de las bolsas periodontales pone de manifiesto que estas técnicas pueden ser clasificadas en los cinco grupos siguientes:

1.—Raspado subgingival conservador.

Es el método de elección debido a la posibilidad de reinsección y de recuperar el contorno gingival normal. La pérdida de tejido es escasa y la ejecución de la operación no produce mayores molestias.

2.—Cauterización química.

Su empleo está muy restringido por la extrema precaución que exigen los escarióticos potentes, el peligro de dañar la superficie dentaria y la imposibilidad de una demarcación exacta del campo operatorio. La pericoronitis aguda se ha empleado el fenol para cauterizar los colgajos del tercer molar, en tanto que el ácido tricloroacético se ha usado para eliminar el tejido granulomatoso enfermo. Para la cauterización química se han utilizado también el nitrato de plata, el cloruro de zinc, el sulfato de cobre y el bifloruro de amonio. El empleo de la pasta de paraformaldehído para la gingivectomía químicoquirúrgica ha sido recomendado por Orban, y Gratzinger ha propuesto el uso de la pasta de hidróxido de potasio para la eliminación de las bolsas.

3.—Métodos mecánicos.

Los empaquetamientos constituyen un procedimiento auxiliar eficaz para la eliminación de la hiperplasia gingival de las bolsas periodontales poco profundas; asimismo puede usárseles como preparación para una intervención quirúrgica o como cura posoperatoria. El apósito actúa mecánicamente, merced a la presión bastante fuerte que ejerce, reduciendo la tumefacción gingival, y produciendo, en último término la atrofia del borde gingival. Esta técnica fue creada por W. F. Dunlop en 1913.

4.—Métodos quirúrgicos.

- a).—Conservadores.
- b).—Radicales.

Los métodos quirúrgicos conservadores. En términos generales consisten en poner al descubierto la zona afectada para obtener una vía de acceso con reposición de los tejidos suprayacentes en su lugar después de la operación, como en la técnica de colgajo, la técnica del semicolgajo de Kirkland, la técnica de Hoffer. Estos procedimientos son útiles en los casos que no es posible obtener acceso a la bolsa por el tratamiento conservador, como ocurre en las bolsas tortuosas o las que se ensanchan bruscamente en el fondo o en aquellas en que existe una gran cantidad de tejido granulomatoso. Son asimismo convenientes en los casos en que las técnicas quirúrgicas darían como resultado un aspecto particularmente desagradable a la vista.

b).—Métodos quirúrgicos radicales.

Entre los métodos quirúrgicos radicales, en que se procede a la extirpación de los tejidos afectados, figuran los de Ward, Black, Crane-Kaplan, la gingivectomía de Kirkland, etc. Estos procedimientos están indicados principalmente en los siguientes casos:

1.—En los primeros molares inferiores en que está afectada la bifurcación y siempre que las raíces estén bien espaciadas y el enfermo coopere preocupándose en la casa de la atención de sus dientes.

2.—Para la eliminación de collares gingivales de dientes que no están totalmente al descubierto, para hacerlos así más accesibles a la dentistería restauradora.

3.—Para el tratamiento de las bolsas periodontales cuya profundidad no se consigue reducir a menos de 2mm. con el tratamiento conservador.

## CONCLUSIONES

Después de realizar el presente trabajo, con gran satisfacción, por los conocimientos adquiridos al investigar temas que ahora considero de gran importancia sobre algunos aspectos de la parodencia. Porque he logrado estudiar un poco más a fondo estos temas que deseaba conocer y que ahora considero de gran importancia para todo dentista de práctica general, ya que tiene este la gran responsabilidad de la salud bucal de sus pacientes.

Los conocimientos básicos sobre los métodos de exploración, su aplicación y la justa valoración de los datos obtenidos junto a la experiencia y agudeza clínica nos llevara a establecer diagnósticos precisos; por ello traté de explicar la aplicación de dichos métodos, aún cuando reconozco es insuficiente, mi intención es la de hacer notar lo importante que resulta un buen diagnóstico para tratar correctamente la alteración parodontal. Tal vez este trabajo no llegue ser más que otra tesis que se archiva; mi intención al realizarla fue con el fin de que sirviera u orientara a más estudiantes por el sendero de la parodencia.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Anatomía Patológica Dental y Bucal.  
por el Dr. Tomás Velázquez.  
(Prensa Médica Mexicana).
- 2.—Clínica de Parodoncia.  
por el Dr. Luis Legarreta R.  
(Prensa Médica Mexicana).
- 3.—Estomatología.  
por K. H. Thoma y H. B. G. Robinson.  
(Salvat Editores, S. A.)
- 4.—Anatomía Dental.  
por Moses Diamond.  
(Uthea.)
- 5.—Fisiología Humana.  
L. Baltazar y.  
(El Ateneo.)
- 6.—Tratado de Periodoncia.  
por S. C. Miller.  
(Editorial Labor, S. A. Argentina)