

EXPLORACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Exploración de la encía:

- Color: rojizo, amarillento, sangra espontáneamente.
- Tono: Edematoso.
- Superficie: Liso brillante.

CON LA PRESENCIA DE ALGUNOS DE ESTOS SIGNOS GINGIVITIS.

- Anchura: (– 2 mm.)
- Anatomía: Papilas alteradas, aumentadas de tamaño o destruidas.

Exploración Radiográfica:

- Detección de furcaciones.
- Pérdida de consistencia homogénea.
- Detección de cálculos.
- Pérdida cresta alveolar: pérdida ósea vertical u horizontal.

1.– Encía inflamada, edematosa y brillante.

2.– Encía inflada, abultada, brillante con una acumulación de placa dental y cálculos

3.– Retracción gingival con pérdida de encía insertada.

PATOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

- Patología.
- Acumulación de placa dental.
- Gingivitis inicial .
- Gingivitis precoz.
- Gingivitis establecida.

Estos síntomas derivan de una gingivitis establecida crónica.

Si aumenta la agresividad bacteriana y disminuyen las defensas del huésped deriva en una periodontitis.

ESTIMULACIÓN DEL SISTEMA INMUNITARIO.

- FAGOCITOS.

Neutrofílicos, polimorfonucleares

Monocitos

INMUNIDAD CELULAR

- Linfocitos T: Linfotoxinas y Linfoquininas

INMUNIDAD HUMORAL.

- Linfocitos B
- Células Plasmáticas.
- Inmunoglobulinas (Anticuerpos).
- Activación del complemento.

TODO ELLO PROVOCA DE LA DESTRUCCIÓN DEL COLÁGENO Y DEL HUESO Y DERIVA EN UNA PERIODONTITIS.

MICROBIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

Flora Bacteriana Asociada a:

- Periodontitis del adulto.

Actinobacillus– Actinomycetemcomitans.

Porphyromonas Gingivallis.

Bacteroides Forshitus.

Prevotella intermedium

Ekenella corrodens.

- Periodontitis Prepuberal.

Actinobacillus.

Actinomycetemcomitans.

Capnocytophaga.

- Periodontitis Juvenil.

Actinobacillus– Actinomycetemcomitans.

Porphyromonas gingivallis.

Prevotella Intermedium.

- Periodontitis Rápida Progresiva.

Actinobacillus–Actinomycetemcomitans.

Bacteroides Forshitus.

Ekenella corrodens.

Los mismos microorganismos estimulan distinta respuesta dependiendo del huésped, localización y tiempo de exposición.

Se desconoce la composición bacteriana exacta para desarrollar una periodontitis.

Cambios a nivel del huésped facilitan la activación de los microorganismos.

El huésped facilita el aumento de la cantidad de bacteria.

El huésped aumenta la proporción entre bacteria patogénicas y protectoras.

Cambios ambientales pueden aumentar la virulencia de los microorganismos.

MEDIOS CLÍNICOS PARA DETECTAR LA ACTIVIDAD Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

- Profundidad del sondaje

Una profundización o pérdida de 2 a 3 mm.refleja que ha habido actividad destructiva.

- Sangrado gingival.

Denota inflamación presente.

- Supuración gingival.

Inflamación severa y presencia de polimorfonucleares.

- Cambios radiográficos.

Identifica áreas de actividad destructiva pasada pero no presente ni futura.

- Movilidad dentinaria y pérdida de inserción.

Demuestra actividad pasada. Su incremento refleja actividad.

Muy importante proceder a diagnóstico diferencial para detectar su etiología.

- Presencia de placa supragingival.

Indica una mayor predisposición general, pero no una mayor actividad localizada.

- Control microbiológico.

Solo indicado por su elevado coste para áreas tratadas que no responden correctamente y para casos juveniles agresivos.

- Evaluación del surco crevicular.

Temperatura crevicular. Actividad enzimática. Niveles de inmunocomplejos (poco aplicados actualmente).

- Aspecto de la encía.

Demuestra una relación causa efecto con la presencia de placa dental ayuda a acertar el pronóstico.

TRATAMIENTO PERIODONTAL BASICO.

- Fase desinflamatoria.
- Raspado, Alisado Radicular, Curetaje y Pulido Dentario.

Es el tratamiento definitivo para la gingivitis y periodontitis ligera.

Es el tratamiento de preparación quirúrgico para periodontitis moderadas y avanzadas y esta indicado para:

- Valoración de la cooperación y respuesta gingival del paciente.
- Facilita la cirugía periodontal, la cual no se debe realizar sobre una encía edematosa con presencia de cálculos supragingivales.
- Valoración de la necesidad de cirugía periodontal en casos dudosos.

En ambos casos la forma de realizarlo es mediante repetidas secciones, una por semana, durante 3 a 5 semanas en general.

RESULTADO .

Conversión de la encía edematosa, rojiza en encía fibrosa y sonrosada.

Formación del epitelio largo de inserción adherido a la superficie radicular.

VENTAJAS.

- Tratamiento reversible y repetible.
- Poco cruento.
- Bien aceptado por el paciente.
- Muchos casos no precisa anestesia.
- Pocos cuidados post-terapéuticos.

INCONVENIENTES.

- Técnicamente difícil.
- Dependiente de la respuesta del paciente.
- Respuesta un tanto lenta.

LIMITACIONES.

- Bolsas mas profundas de 5mm. Sobre todo en furcaciones de molares.
- Tejido gingival fibroso hipertrofiado.

El raspado y alisado radicular son tratamientos indirectos de la encía que precisa de 3 a 5 semanas para volver a su estado de salud gingival.

DEFINICIONES .

– Raspado.– Eliminación de placa dental y cálculos adheridos a la pared radicular supra y subgingival.

- Alisado radicular.– Eliminación del cemento de la pared radicular que ha sido expuesto a una bolsa

periodontal.

- Curetaje.- Eliminación del epitelio ulcerado de la pared interna de la bolsa.
- Pulido.- Eliminación de la película adherida a la superficie dentaria.
- Instrumental.- Para el raspaje y alisado radicular: ultrasonidos, Cavitrón y curetas (columbia o gracey´s).

- Para el pulido : Tasa de goma con micromotor, tiras de pulir y chorro de agua y Bicarbonato.

- Para el curetaje: curetas (columbia o gracey´s).

USO DE LAS CURETAS GRACEY'S PARA QUE SEAN EFICACES.

- Afilado correcto (piedra de arkansas o piedra de indio).
- Angulación correcta (el borde cortante sólo tiene una angulación de trabajo eficaz, 30° respecto al eje dentario axial.)
- Apoyo correcto de los dedos.

CURETAS MAS USADAS.

- 5/6 y 7/8 para dientes anteriores, vestibular y palatal dientes anteriores.
- 13/14 Para distal de molares.
- 11/12 Para mesial de molares.

MOVIMIENTOS.

- Se toma la cureta como un lápiz.
- Se usan como apoyos el dedo meñique y anular (apoyo intraoral) o todo el dorso de la mano (apoyo extraoral).
- Los movimientos del raspado deben ser cortos y pueden ser verticales y en diagonal.
- Los movimientos del alisado son mas largos, en ambos casos debemos percibir al terminar una superficie lisa y dura.

Los movimientos pueden ser realizados con la muñeca y con los dedos.

- En la técnica de curetaje el borde cortante se aplica contra la pared interna de la bolsa y se desprende un tejido blando y granulomatoso, cuya eliminación favorece la adherencia epitelial.
- Para la realización de raspado y alisado deben utilizarse guantes, mascarilla y gafas de protección.

TRATAMIENTO PERIODONTAL AVANZADO.

CIRUGÍA A COLGAJO.

Objetivos.

- Acceso a las raíces para lograr un correcto raspado y alisado.
- Eliminación del tejido inflamado subgingival.

- Eliminación de excesos de encía.
- Alargamiento clínico de las coronas dentarias (cirugía preprotésica).
- Corrección de la anatomía alterada del margen gingival.
- Recontorneo óseo.
- Facilitar la higiene oral del paciente.
- Formación de nueva inserción y de nuevo hueso.
- Tratamiento de las furcaciones, eliminándolas en ocasiones mediante una amputación radicular.
- Reducción / eliminación de las bolsas.

INDICACIONES.

- Bolsas más profundas de 5mm.que sangran al sondaje después de finalizada la fase desinflamatoria.
- Presencia de furcaciones tipo II o tipo III a nivel subgingival.
- Descubrimiento y alargamiento de coronas dentarias de insuficiente tamaño clínico para ser restauradas o construir un pilar de puente.
- Alteración del margen gingival.
- Presencia de hipertrofias gingivales.

Los factores determinantes de la realización de una cirugía periodontal a colgajo en un paciente diagnosticado de periodontitis son la profundidad de las bolsas (5mm) y la afectación de las furcaciones de molares. No son factores determinantes la severidad de la pérdida ósea, pues si viene acompañada de retracción gingival, no precisa cirugía periodontal a colgajo.

APLICACIONES DE LOS DISTINTOS TIPOS DE CIRUGÍA PERIODONTAL A COLGAJO.

- Curetaje abierto (colgajo modificado de widman.) bolsas de 5 a 7 mm.
- Colgajo de reposición apical, bolsas de 5 a 7 mm, bolsas de mas de 7 mm.
- Colgajo de reposición apical y recontorneo óseo, bolsas de 5 a 7 mm y defectos óseos moderados.
- Colgajo mas injerto óseo, defecto óseo aislado, moderado o severo

QUISTE PERIODONTAL.

La apariencia radiográfica de un quiste periodontal es una zona radiolúcida cual bien definida en las superficies laterales de la raíz. Tiene predilección por la región canina–premolar inferior, pero puede presentarse en cualquier otra región .

Si la periodontitis se extiende de manera apical al quiste periodontal preexistente, el quiste se infectara y no se podra distinguir de manera clínica de un absceso periodontal lateral. Los quistes identificables en la clínica son mas frecuentes en el maxilar inferior.

ABSCESO PERIODONTAL.

No siempre estan presentes ni son unicos de esta lesión ya que otras infecciones dentarias y condiciones comparten alguno o todos estos síntomas, es obligatorio hacer un diagnóstico para que se utilicen procedimientos correctos en el tratamiento.

La vitalidad implica la función metabólica, y las pruebas térmicas o electricas generalmente indican la respuesta del tejido nervioso.

Los nervios pueden persistir en una pulpa enferma. El diagnóstico del traumatismo periodontal se establece mediante pruebas clínicas de movilidad, percusión, observación del tipo de desgaste oclusal de los dientes.

- 1.- El dolor esta localizado.
- 2.- El dolor suele ser sordo, uniforme y continuo.
- 3.- El dolor no se modifica con el cambio de temperatura.
- 4.- El diente puede haberse elevado en su alveolo y parecer más largo.
- 5.- El diente no suele ser doloroso a la percusión a no ser que se hallen muy afectados la interfurca o la región apical.
- 6.- El diente afectado responde normalmente a las pruebas de vitalidad.
- 7.- Puede estar dentro de la evolución lenta.

CLASIFICACIÓN DE DEFECTOS ÓSEOS.

Anormalidad en el hueso causado por un problema periodontal, problemas de maloclusión, osteoporosis y descalcificación.

Local.- Por trauma de oclusión, atrofias, ausencia de prótesis, prótesis mal colocadas, en la zona inferior se da mas este caso por la fuerza de gravedad.

Los defectos óseos interdentarios se dividen en tres y se clasifican con base en número de paredes, profundidad y anchura. Constituyen el 35.2% de todos los defectos y el 62 % en defectos mandibulares, en el 85 % las crestas vestibulares y linguales son idénticas.

De 2 a 3 paredes.- Es un defecto vertical, también denominado intraóseo.

Con mayor frecuencia en caras mediales del segundo molar, terceros molares superiores e inferiores.

Combinado.- Es cuando afecta mas de tres paredes.

De una sola pared.- También denominado hemiseptum; es cuando en la porción apical el número de paredes puede ser mayor que el de la porción oclusal.

Pueden ser:

- Superficiales y angostos.
- Superficiales y anchos.
- Angostos y profundos.
- Anchos.
- Se presenta en diferentes grados.
- Cuando la lesión este avanzada vamos a remodelar el hueso.

ARQUITECTURA INVERTIDA.

Invertida.- Cuando la resorción ósea se da mas en zona interdentaria como vestibular y lingual. Este se complica cuando aparecen bordes gruesos y el tratamiento es crear una forma festoneada, biselado plano y en forma recta.

Exostosis.- Proliferaciones de hueso, puede ser hereditario, lo encontramos en la zona del paladar o en zonas

laterales de la mandíbula, podemos sentir estos agrandamientos solo palpando y también nos damos cuenta cuando se coloca una prótesis.

Para eliminar esta exostosis, primero vamos a hacer un colgajo, después vamos desgastar el hueso con guvias, se pone el colgajo y listo. El hueso se rebaja con fresa de carburo y lavamos con agua bidestilada.

Material de auxilio.– Sonda curva de nasber, sonda periodontal y radiografías.

Grado I .– Pérdida de hueso amenocementaria, bolsas supraóseas, curetaje y raspado de la bolsa. La lesión es mínima.

Grado II.– destrucción de tejido óseo, abarca dos o tres caras.

Radiográficamente, se observa una zona radiolúcida en furca. Tratamiento.– Bajo anestesia, con una sonda se aborda donde esta la lesión y se hace un colgajo.

Grado III y IV.– Destrucción avanzada que se va hacia apical, no se observan los conductos en la Rx, en grado III clínicamente no se observa y en grado IV si se observa.

Tratamiento grado III y IV.– Colocar encía a nivel de hueso, raspar, alisar y utilizar un deposito para defecto óseo.

FÉRULAS.

Es un aparato que nos sirve para estabilizar o inmovilizar los dientes.

Indicaciones.

- Cuando hay movilidad grado dos o más.
- Después de tratamiento ortodóntico.
- Evitar la supraerupción y migración patológica.
- Facilitar el Tx durante el raspado y cureteado y la cirugía periodontal.
- Estabilizar los dientes de modo que las fuerzas oclusales se distribuyan sobre un conjunto de dientes mas que sobre dientes aislados.

Normas para su colocación.

- Extraer todos los dientes en posibilidad de ferulización, hay otros dientes que tienen posibilidad de caer, se dejan en tratamiento tres meses y si resulta se quedan si no se extraen.
- Se coloca en unión de tercio medio con el tercio cervical.
- Las fuerzas oclusales son mesiodistales, distovestibulares. (como un anclaje).

Desventajas.

- Método restaurador arduo.
- Limpieza; se empaca el alimento . (troneras)
- Económico.
- Tallado del diente.
- Se pueden provocar agrandamientos gingivales.

Ventajas.

- Las férulas retienen mas a los dientes.
- Relación maxilomandibular favorable.
- Estabilización.

CLASIFICACIÓN.– Permanentes, temporales y semipermanentes.

Férulas temporales.– Ayudan a la curación mediante la fijación de dientes móviles en el Tx, si existe trauma severo como etiología principal se deberá férulizar como fase inicial de Tx y si no es así, se ferulizará después de la fase inicial del Tx periodontal.

- Ferulización con alambre.
- Bloqueo de composite sin cavidades.
- Férula de plástico.
- Intracoronarias, extracoronarias e intraradiculares.
- De alambre, acrílico, oro, cromo cobalto, prótesis.

Férulas semipermanentes.

- Fijas y removibles.
- Ferulización con composite con preparación de cavidad.
- Sectores laterales.
- Preparación de ranuras.

Férulas permanentes.

- Removibles.
- Aparatos de ganchos contiguos.
- Sobredentadura fija.
- Coronas en incrustaciones de oro.
- Pernos en los conductos radiculares.
- Férulas horizontales.

INSTRUMENTAL PARA RASPADO Y ALISADO RADICULAR.

A nivel supragingival.– Hozes, cinceles y curetas.

A nivel infragingival.– Cureta, lima, cincel, azapa, hozes 15 y 130, para espacios interproximales.

Jaquett.– # 1,2,3,.

Curetas.– Para colgajos y tejidos.

Cincel.– Movimiento de impulsión para empujar sarro.

Raspadores.– Se usan en raíz, tejidos reblandecidos, jaquett, cureta, hoz, lima, cincel, raspadores de morse.

Sellador.– Colocar floruro de estaño para cerrar tubulos dentinarios y quitar sensibilidad .

Curetas.

- Universales.– acceso a casi toda la boca 90° , tienen dos extremos cortantes.
- Grace.– Es para cierta área de la boca y tienen un lado cortante.

- De 1 a 4.– Anteriores.
- De 5 a 6.– Premolares y anteriores.
 - de 7 a 10.– Posteriores por cara vestibular.
 - 9 y 10 .– Para cara lingual.
 - 11 y 12 .– Para cara mesial.en posteriores.
 - 13 y 14.– Para cara distal.

Azadas. Alisar, aplana, o quitar cálculo.

Zincel. Usado para superficies interproximales.

Curetas de Mc call's .– Para alisar y aplanar raíces, # de 3 a 8 .

Bisturí.– No. 10 ,11, 15, con mango, desechables para hacer cortes.

Tijeras.– Punta redonda o agudas. Recorte de margenes de una herida.Deben de poseer filo, para cortar suturas.

Bisturís periodontales.– Quirkland.

- Corte a 45 ° para que se haga el corte a ese angulo.

Fresas quirúrgicas.– Para retirar hueso o seccionar dientes principales: son largas de fisura estriada 703 de fisura redonda No. De 6 a 8.

Legras y cureta lucas.– Para quitar tejido de granulación, cuando la sangre se vea mas clara y no haya tejido de granulación , después se quita la hemorragia con hemostasia.

Pinzas hemostáticas o de mosco.– Cuando cortamos un vaso y sale mucha sangre se ponen las pinzas y creas hemostasia. Con pinzas estriadas de la punta se puede tomar mejor el tejido.

INTERPRETACIÓN DE LOS ANLISIS CLÍNICOS.

Cifras normales.

- Eritrocitos. De 4 a6 mm.
- Leucocitos. Normal de 6 a 9000 por mm3.
- Neutrofilos. De 50 a 70 % en infecciones agudas, intoxicaciones y envenamiento.
- Eosinofilos. De 1 a 3 % aumenta en trastornos alérgicos.
- Basofilos. De 0 a 1 % aumenta en infecciones como viruela.
- Linfocitos. De 20 a 40 % aumenta en infecciones agudas.
- Monocitos . De 2 a 8 % aumenta en infecciones bacterianas.
- Hemoglobina. Normal de 12.5 a 17 grs por 100cc.
- Hematócrito. Hombre de 40 a 54 % , mujeres de 37 a 47 %.
- Hemoglobina globular media.Es el peso de hemoglobina en el eritrocito medio normal de 27 a 32 microgramos.
- Volumen globular medio. Es el volumen del eritrocito medio.
- Tiempo de coagulación . De 5 a 10 minutos disminuido por medicación.
- Tiempo de sangrado. 1 a 5 minutos en purpura, leucemia, anemia.
- Prueba de fragilidad capilar. 10 a 20 petegias en un área de 5 cm. De diámetro.

- Tiempo de protrombina. De 11 a 15 segundos.
- Plaquetas. De 250 mil a 400 mil aumenta el purpura. Trombocitopenia, leucemias, anemias, aumenta en polisitema , hemorragia, anemia.
- Azucar en sangre. Normal de 80 a 120 mgs por 100 cc. Aumenta en diabetes.

GINGIVECTOMIA.

Se puede definir como la escisión de la pared de la bolsa. Su calidad es la eliminación de bolsas.

Indicaciones.

Presencia de bolsas supraalveolares profundas.

Presencia de bolsas falsas.

Eliminación de agrandamientos fibrosos o edematosos de la encía.

Contraindicaciones

- En presencia de rebordes alveolares vestibulares y orales gruesos, crateres interdentarios, cresta ósea de forma caprichosa.
- En presencia de bolsas intraalveolares, infraoseas.
- Si la excisión de la encía dejara una zona inadecuada de encía insertada
- Cuando la higiene bucal es mala.
- Si la relación del profesional y el paciente es difícil o si el manejo del paciente es problema.
- En la presencia de determinadas enfermedades e infecciones. Enfermedad de addison, diabetes no controlada , Tx anticoagulante, debiles, debilitados.
- Cuando el paciente se queje de sensibilidad dentaria ante de la cirugía.

GINGIVOPLASTIA.

Es la remodelación de la encía que ha perdido su forma externa fisiológica y no la eliminación de las bolsas. Con gran frecuencia la gingivectomía y la gingivoplastia se realizan juntas.

Gingivectomía y gingivoplastia constituyen una sola técnica con dos componentes: 1.- gingivectomía 2.- gingivoplastia. Que son dos finalidades del mismo procedimiento.

Indicaciones.

- Transformación de margenes redondeados o engrosados en la forma ideal(en filo de cuchillo) .
- Creación de una forma mas estética en casos en que no se ha producido la exposición completa de la corona anatómica.