

COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso _____

Reg. Exp. N. 098 1987

Compra ☐ Canje ☐ Donación ☐

Laborista _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

015

M
098
1987

1.0
0098

00115

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Bogotá, Colombia

FASE II O FASE HIGIENICA
DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

FERNANDO ZARATE CADENA

Código # 822076

Monografía presentada como
requisito parcial para optar
al título de Odontólogo.

Noviembre 27 de 1987

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

DIRECTIVA

Rector	:	JORGE ARANGO TAMAYO
Decana	:	MARISOL ARANGO MEJIA
Vicedecano	:	JAIRO FORERO MORALES
Secretario Académico	:	LUIS FELIPE FALLA
Coordinador X semestre	:	ROBERTO ARCINIEGAS
Director de Tesis	:	STELLA VARON CADENA

Aprobación

La monografía titulada FASE II O FASE
HIGIENICA DEL TRATAMIENTO PERIODON-
TAL, en cumplimiento parcial de los requi-
sitos para optar el título de Odontólogo, fue
corregida por la directora de tesis el 27 de
noviembre de 1987.

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

A todas aquellas personas que directa o indirectamente me han colaborado durante mi formación profesional, lo mismo que al Colegio Odontológico Colombiano.

AGRADECIMIENTOS

A STELLA VARON CADENA, docente del Colegio Odontológico Colombiano, quien colaboró en la realización de este trabajo.

Bogotá, noviembre 27 de 1987

Doctora
MARISOL ARANGO MEJIA
Decana
Colegio Odontológico Colombiano
Ciudad.

Este trabajo titulado FASEO II O FASE HIGIENICA DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL fue realizado por FERNANDO ZARATE como trabajo de grado.

Se trabajó durante meses donde se revisó bibliografía y se efectuaron varias figuras.

Atentamente,



STELLA VARON CADENA

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	21
 1. EXAMEN PERIODONTAL	 22
1.1. EXAMEN CLINICO	22
1.1.1. Síntomas del paciente	22
1.1.2. Examen oral y periodontal	22
1.1.3. Características clínicas normales de la encía	 23
1.1.3.1. Encía marginal o libre	23
1.1.3.2. Encía insertada	23
1.1.3.3. Encía inderdental	24
1.1.4. Pruebas de movilidad	24
1.2. EXAMEN DE BOLSAS PERIODONTALES..	25
1.2.1. Sondeo	25
1.3. EXAMEN OCLUSAL	29
1.4. EXAMEN RADIOGRAFICO	30

	Pág.
2. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	32
2.1. GINGIVITIS	32
2.1.1. Distribución de la gingivitis	34
2.2. PERIODONTITIS	35
2.2.1. Periodontitis localizada	35
2.2.2. Periodontitis generalizada.....	35
2.2.3. Periodontitis leve	35
2.2.4. Periodontitis moderada	36
2.2.5. Periodontitis severa	36
2.2.6. Periodontitis juvenil	36
3. PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	37
3.1. EL PACIENTE Y EL PRONOSTICO	37
3.2. PRONOSTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD GINGIVAL	37
3.3.1. Pronóstico total	38
3.3.1.1. Establecimiento de la respuesta ósea pasada	38
3.3.1.2. Aplicación del concepto "Factor Oseo" al pronóstico periodontal	39
3.3.1.3. Altura del hueso permanente	39

	Pág.
3.3.1.4. Edad del paciente	40
3.3.1.5. Morfología dental	40
3.3.1.6. Maloclusión	40
3.3.1.7. Número de dientes permanentes	40
3.3.1.8. Antecedentes sistémicos	40
3.3.1.9. Inflamación gingival	41
3.3.1.10. Bolsas periodontales	41
3.3.2. Pronóstico de dientes individuales	41
 4. PLAN DE TRATAMIENTO	 44
4.1. FASE SISTEMICA O FASE I	44
4.2. FASE HIGIENICA O FASE II	45
4.3. FASE QUIRURGICA O FASE III	45
4.4. FASE DE MANTENIMIENTO O FASE IV....	45
 5. FASE II O HIGIENICA DEL TRA- TAMIENTO PERIODONTAL	 46
5.1. EXPLICACION DE LA ENFERMEDAD PERIO- DONTAL AL PACIENTE	46
5.2. MOTIVACION DEL PACIENTE	46
5.3. PLACA BACTERIANA Y CONTROL DE PLACA	47
5.3.1. Inhibidores químicos de placa y cálculo.	49

	Pág.
5.4. CEPILLADO DENTAL	50
5.4.1. Cepillos dentales manuales y cerdas	50
5.4.2. Cepillos eléctricos	51
5.4.3. Técnicas del cepillado dental	51
5.4.3.1. Técnica de Bass	52
5.4.3.2. Técnica de Stillman modificada	52
5.5. HILO DENTAL	53
6. PRINCIPIOS DE LA INSTRUMENTA- CION PERIODONTAL	55
6.1. PRINCIPIOS GENERALES DE LA INSTRU- MENTACION	55
6.2. ESTADO DE LOS INSTRUMENTOS (Filo)...	55
7. RASPADO CORONAL Y RADICULAR	
7.1. RASPADO SUPRAGINGIVAL	57
7.2. RASPADO Y ALISADO RADICULAR	58
7.3. INSTRUMENTAL PARA RASPADO Y ALISA- DO RADICULAR	60
7.3.1. Curetas Universales	60
7.3.2. Curetas de Gracey	60
8. CLASIFICACION DEL INSTRUMEN-	

TAL PERIODONTAL	Pág. 62
8.1. SONDAS PERIODONTALES	62
8.2. EXPLORADORES	63
8.3. INSTRUMENTOS DE RASPEJE O CURE- TAJE	63
8.3.1. Los haces	63
8.3.2. Las curetas	63
8.3.3. Las Azadas, cinceles y limas	63
8.3.4. Los instrumentos ultrasónicos	63
8.3.5. Instrumentos de limpieza y pulido	64
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA	67
ANEXOS	68

INDICE DE FIGURAS

- FIGURA 1. Esquema de los puntos de referencia anatómicos de la encía normal.
- FIGURA 2. Papilas interdentes (P), Col (C), y relación con el área de contacto (A), en la superficie mesial.
- FIGURA 3.A. Diferentes tipos de bolsa periodontal. (A) Bolsa gingival, no hay destrucción de los tejidos periodontales de soporte. (B) Bolsa supraósea. La base de la bolsa es coronal al nivel del hueso adyacente, La pérdida ósea es de tipo horizontal. (C) Bolsa infraósea. La base de la bolsa es apical al nivel de hueso adyacente. La pérdida es de tipo vertical.
- FIGURA 3.B. Igual profundidad de bolsa y diferentes grados de recesión. (A).Profundidad de la bolsa. (P).Recesión (R). (B) Profundidad de la bolsa igual que en (A), mayor recesión (R). (C) Profundidad de la bolsa igual que en (A), pero mayor recesión. (R)
- FIGURA 3.C. Diferencia entre profundidad de bolsa y grado de recesión. (A), bolsa profunda (P), poca recesión (R). (B), bolsa profunda (P), recesión pronunciada (R). (C), bolsa somera (P), recesión pronunciada (R).
- FIGURA 4. Zonas de irritación y co-destrucción de la enfermedad periodontal. A, superficie vestibular o lingual. B, área interproximal.
- FIGURA 5.A. La inserción vertical de la sonda (izquierda) puede no detectar cráteres interdentes ; la colocación oblicua de la sonda (derecha) alcanza la profundidad del cráter.

- FIGURA 5.B. Indicación de la manera correcta de explotar una bolsa en toda su extensión.
- FIGURA 5.C. La exploración con sonda periodontal puede no detectar lesiones de furcación, instrumentos especialmente diseñados como una sonda de Nabers, pueden entrar en la zona de la furcación.
- FIGURA 6. Angulación entre la cara de un instrumento de hoja y la superficie dental. (A) 0° , angulación correcta para la introducción de la hoja. (B), $45-90^{\circ}$, angulación correcta para raspaje y alisamiento radicular. (C), menos de 45° , angulación incorrecta para raspaje y alisamiento radicular. (D), más de 90° , angulación incorrecta para raspado y alisamiento radicular, y correcta para curetaje gingival.
- FIGURA 7. Tres direcciones básicas del movimiento. (A), vertical, (B) oblicuo y (C) horizontal.
- FIGURA 8.A. Técnica de Bass. Posición intrasurcal del cepillo a 45° , con respecto al eje mayor del diente.
- FIGURA 8.B. Técnica de Bass. Posición en las superficies vestibulares y vestibuloproximal de molares superiores.
- FIGURA 8.C. Técnica de Bass. Posición interproximal del cepillo a 45° con respecto al eje del diente.
- FIGURA 8.D. Técnica de Bass. Posición del cepillo en superficies vestibulares y vestibuloproximales de incisivos superiores y mitad mesial del canino.
- FIGURA 8.E. Técnica de Bass. Posición correcta e incorrecta del cepillo por mala posición del codo.
- FIGURA 8.F. Técnica de Bass. Posición incorrecta del cepillo por enseñanza inadecuada. Posición correcta practicando con guía visual y cepillo seco.
- FIGURA 8.G. Técnica de Bass. Igual a la anterior.

- FIGURA 8.H. Técnica de Bass. La posición incorrecta del cepillo en la zona vestibular del canino produce trauma mecánico de la encía.
- FIGURA 8.I. Técnica de Bass. Posición palatina en molares y premolares.
- FIGURA 8.J. Técnica de Bass. Posición palatina en incisivos. Se usa el paladar duro como plano de guía del cepillo.
- FIGURA 8.K. Técnica de Bass. Variación de la posición palatina del cepillo si el espacio lo permite.
- FIGURA 8.L. Técnica de Bass. Posición lingual en incisivos inferiores. La superficie lingual del maxilar inferior se usa como plano de guía del cepillo.
- FIGURA 9. Posición del cepillo en las superficies oclusales en las técnicas de Bass, Stillman o Charters.
- FIGURA 10. Secuencia recomendada para las posiciones del cepillo en la técnica de Bass.
- FIGURA 11. Espejo, explorador y sonda periodontal.
- FIGURA 12. Curetas de Gracey.
- FIGURA 13. Curetas Mc. Call, Columbia y bisturí de Kircland.
- FIGURA 14. Raspadores CK6, 204S, y explorador 3 CH.



INDICE DE FILMINAS

- | | | |
|---------|----|---|
| FILMINA | 1. | Esquema de los puntos de referencia anatómicos de la encía normal. |
| FILMINA | 2. | Papilas Interdentales (P), con (C) y relación con el área de contacto (A) en la superficie mesial. |
| FILMINA | 3. | Encía pigmentada, con melanocitos (M) en la capa epitelial basal y melanófonos (C) en el tejido conectivo. También hay un capilar (V) en el tejido conectivo papilar. |
| FILMINA | 4. | Representación estadística de las variaciones normales de la morfología dental en la unión amelo-cementaria. A, espacio entre el cemento y el esmalte con dentina expuesta (D). B, relación de borde con borde del esmalte y el cemento. C, el cemento cubre el esmalte. |
| FILMINA | 5. | A, atrición de los dientes y recesión gingival. Obsérvese el contorno elítico de la atrición dentaria correspondiente al uso de la pipa. B, vista lingual que muestra la recesión acentuada en el primer molar. |
| FILMINA | 6. | Esquema que ilustra la posición aparente de la encía (A), la posición real de la encía (A'), la recesión visible (V) y la recesión oculta (H). |
| FILMINA | 7. | A, gingivitis ulceronecrosante aguda : papila interdental socavada típica entre el canino inferior y el incisivo lateral.
B, Gingivitis, ulceronecrosante aguda : lesión típica con destrucción progresiva de tejido.
C, Gingivitis ulceronecrosante aguda : lesión típica con hemorragia gingival espontánea.
D, Gingivitis ulceronecrosante aguda : lesión tí- |

pica que provocó un contorno irregular de la encía.

E, gingivostomatitis herpética aguda : eritema difuso típico.

F, gingivostomatitis herpética aguda : lesiones vesiculosas gingivales.

FIGURA 8.

A, placa supragingival revelada, que cubre de la mitad a dos tercios de las coronas clínicas.
B, el mismo paciente de A, se reveló la placa con colorante de oxidación-reducción, que indica la reducción de zonas (anaerobias) de placa. Las zonas anaerobias supragingivales (color púrpura) están interproximalmente y a lo largo del margen gingival.

C, materia alba generalizada en toda la boca , con la acumulación más abundante de la encía. Obsérvese la gingivitis.

D, dientes manchados debido a varias semanas de enjuagatorios con alexidina. Estas manchas salen fácilmente.

E, Cálculos supragingivales en un paciente con inflamación gingival.

F, pigmentación verde en dientes anteriores. Obsérvese la papila interdental entre los incisivos centrales superiores, inflamada y agrandada.

FILMINA 9.

Diferentes tipos de bolsa periodontal. A bolsa gingival. No hay destrucción de los tejidos periodontales de soporte. B, bolsa supraósea. La base de la bolsa es coronaria al nivel del hueso subyacente. La pérdida ósea es horizontal. C, bolsa infraósea. La base de la bolsa es apical al nivel del hueso adyacente, la pérdida ósea es vertical.

FILMINA 10.

Clasificación de las bolsas según las superficies dentales afectadas. A, bolsa simple. B, bolsa compuesta. C, bolsa compleja.

FILMINA 11.

Representación esquemática de la formación de la bolsa, indicando la expansión en dos direcciones a partir del surco gingival normal AB hasta la bolsa periodontal A'B'. Obsérvese la comparación con el acordeón que se expande desde AA,BB hasta A'A' , B'B' .

- FILMINA 12. Representación de las relaciones entre la formación de hueso y la resorción en la salud y enfermedad periodontal.
- FILMINA 13. Zonas de irritación y codestrucción de la enfermedad periodontal A, Superficie vestibular. B, Area interproximal.
- FILMINA 14. Presencia de cálculos supra gingivales.
- FILMINA 15. Cálculos con estructura de puente en la superficie lingual.
- FILMINA 16. Cálculos subgingivales.
- FILMINA 17. Erosión que abarca esmalte, cemento y dentina.
- FILMINA 18. Abrasión por mal cepillado.
- FILMINA 19. Gingivitis marginal incipiente. Inflamación gingival de tipo edematoso. Inflamación gingival de tipo fibroso. Inflamación gingival generalizada grave, con migración dental. Inflamación gingival fibrosa, abundancia de cálculos y recesión gingival.
- FILMINA 20. Exploración con sonda periodontal y sonda de na ves.
- FILMINA 21. Inserción vertical y oblicua de la sonda periodontal para alcanzar la profundidad de los cráteres.
- FILMINA 22. Recorrido de una sonda para explorar la bolsa en toda su extensión.
- FILMINA 23. Pronóstico del diente A más favorable que el B ya que la distribución de las fuerzas oclusales es más favorable.
- FILMINA 24. Regeneración después de la eliminación de las bolsas. A. Bolsa antes del tratamiento. B Una posibilidad. El surco normal se restablece al nivel del fondo de la bolsa. C. Reinserción. El tejido se restaura sobre la superficie radicular denudada por la enfermedad.

- FILMINA 25. Adaptación epitelial después del tratamiento periodontal. A. Bolsa periodontal. B. Después del tratamiento la bolsa está estrechamente adaptada a la raíz pero no insertada.
- FILMINA 26. La eliminación de la adherencia epitelial crea potencial para la reinserción posterior al tratamiento.
- FILMINA 27. Instrumental periodontal. Partes de un instrumento periodontal típico, y tipos de sonda periodontal. A. Sonda de Glickman, B, sonda de Marquis y C, sonda "O" de la universidad de Michigan.
- FILMINA 28. Sonda de Navers para detectar zonas de furcación.
- FILMINA 29. Tipo de exploradores. A. #17 B. #23 C. Cola de cerdo D. # 3.
- FILMINA 30. Instrumentos de raspado básico : Cureta, Hoz, Lima, Cíncel y Azada.
- FILMINA 31. Instrumental básico, curetas universales y de Gracey. CK3, CK6, y explorador Cuerno de Vacca.
- FILMINA 32. Bisturí de Kirkland.
- FILMINA 33. Tres direcciones básicas del movimiento de raspaje. A. Vertical B. Oblicuo y C. Horizontal.
- FILMINA 34. Posición del cuello para raspaje de superficies proximales. A. Posición correcta paralela al eje mayor del diente. B. y C. Posiciones incorrectas.
- FILMINA 35. Adaptación correcta e incorrecta de una cureta de Gracey adaptada al diente.
- FILMINA 36. Cureta de Gracey 5/6 adaptada a un diente anterior.
- FILMINA 37. Adaptación correcta de las curetas de Gracey en la superficie vestibular, mesial y distal de un diente posterior.

- FILMINA 38. Arriba : efecto de la fase 1 del tratamiento sobre la encía. Encía dematosa antes y B. después del tratamiento. C. Encía fibrosa antes y D. después del tratamiento. Abajo : secuencia de procedimientos para la fase 1 del tratamiento. A. Tratamiento supragingival : instrucciones para el control de placa, eliminación de cálculos supragingivales, remodelado de restauraciones defectuosas y obturación de caries. B. Tratamiento subgingival : control de placa completo, eliminación del cálculo subgingival, cemento necrótico y alisado radicular. C. Revaloración de tejidos.
- FILMINA 39. Tipos de cepillos manuales.
- FILMINA 40. Tipos de cepillos eléctricos.
- FILMINA 41. Técnica de Bass para el cepillado dental.
- FILMINA 42. Aplicación correcta e incorrecta de la crema dental.
- FILMINA 43. Técnica de Bass.
- FILMINA 44. Técnica de Bass.
- FILMINA 45. Técnica de Bass.
- FILMINA 46. Técnica de Bass.
- FILMINA 47. Técnica de Bass.
- FILMINA 48. Técnica de Bass.
- FILMINA 49. Técnica de Bass.
- FILMINA 50. Posición del cepillo en las superficies oclusales en las técnicas de Bass, Stillman o Charters.
- FILMINA 51. Técnica de Bass. Secuencia recomendada para la posición del cepillo.
- FILMINA 52. Técnica de Stillman modificada.
- FILMINA 53. Técnica de Charters.

- FILMINA 54. Portahilo, Simplificada la manipulación del hilo dental.
- FILMINA 55. Limpieza de las superficies interproximales :
A; con hilo dental y B, con cepillo interdental.

INTRODUCCION

Es un grato placer presentar a ustedes este trabajo, esperando sea de gran ayuda para aquellas personas que deseen consultarlo.

Por su contenido científico y sus ayudas audiovisuales esta monografía es un medio de consulta fácil, completa y didáctica para estudiantes y odontólogos.

El objetivo ha sido recopilar de la manera más sencilla algunos conocimientos básicos sobre la enfermedad periodontal y su tratamiento.

Se ha tratado de presentar a ustedes los conocimientos más actualizados sobre la enfermedad periodontal y su tratamiento para incorporarlos a la práctica odontológica general.



1. EXAMEN PERIODONTAL

1.1. EXAMEN CLINICO.

1.1.1. Síntomas del paciente. Para poder realizar un buen examen clínico, el examinador debe conocer el aspecto de los tejidos normales.

El examen se inicia preguntando al paciente cuales son sus principales molestias, ya que es el interés primordial del paciente.

1.1.2. Examen oral y periodontal. Se inicia con la inspección de los labios, mucosa oral, lengua, piso de boca, paladar, carrillos, surco vestibular, región amigdalina y faríngea, encías y caries.

El examen periodontal incluye el color, la consistencia, textura, margen gingival, papilas, encía libre, encía adherida, presencia de fístulas o supuración, sangrado, edemas, úlceras y pigmentaciones. Además se toma el grado de higiene oral.

1.1.3. Características clínicas normales de la encía. La mucosa bucal está compuesta por tres zonas que son la encía y el revestimiento del paladar duro o mucosa masticatoria, el dorso de la lengua o mucosa especializada y la mucosa bucal que tapiza el resto de la cavidad oral.

La encía es la parte de la mucosa bucal que recubre las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes. La encía se divide en marginal, insertada e interdental. (Figura 1).

1.1.3.1. Encía marginal o libre. Es el borde de encía que rodea los dientes en forma de collar. Está demarcada por la encía insertada adyacente por una de presión poco profunda o surco marginal.

El surco gingival es una hendidura poco profunda alrededor del diente y está limitada por la superficie del diente y por el epitelio que tapiza el margen libre de la encía. Su forma es de V y su profundidad promedio es de 1.8 mm. $\pm$ 6 mm.

1.1.3.2. Encía insertada. Continúa la encía marginal. Es firme, resiliente y estrechamente unida al cemento y al hueso alveolar. Está separada de la mucosa alveolar por la unión mucogingival. Su ancho en la zona vestibular varía de 1 a 9 mm. En la super-

ficie lingual termina en la unión con la mucosa alveolar lingual, que se continúa con la mucosa que tapiza el piso de la boca.

En la superficie palatina se une imperceptiblemente con la mucosa palatina.

1.1.3.3. Encía interdental. Ocupa el nicho gingival o espacio interproximal que está situado apicalmente al área de contacto dental. Consta de dos papilas, una vestibular y una lingual o palatina y una de presión que conecta las dos papilas y que toma la forma del contacto interproximal llamado Col.

Cada papila es piramidal y en vestibular y lingual se afinan hacia la zona de contacto interproximal y son ligeramente cóncavas.

La forma de las papilas varía según la dimensión del nicho gingival. (Figura 2).

1.1.4. Pruebas de movilidad. Normalmente los dientes tienen un grado de movilidad, que es mayor en dientes unirradiculares que en multirradiculares y aún mayor en los incisivos. La movilidad principalmente se da en sentido horizontal y en menor grado en sentido axial. El grado de movilidad fisiológica varía de una persona a otra y de hora en hora en un mismo diente.

Se debe examinar la movilidad de cada diente. En los dientes posteriores se realiza con un explorador colocado en la foseta central y se aplica presión lateral y luego en sentido buco lingual. Finalmente se hace fuerza en sentido mesodistal.

En dientes anteriores se realiza con el mango de instrumentos grandes como por ejemplo los espejos y se coloca un instrumento en la superficie vestibular y otro en palatino y se empuja alternativamente para observar si hay desplazamiento.

Se usa comunmente un registro de movilidad que va de uno a tres. La movilidad grado uno es ligera, la grado dos es moderada y la grado tres severa y hay movimientos amplios en sentido lateral o mesodistal y que pueden estar combinados con desplazamientos verticales en el alvéolo. (Filmina)

1.2. EXAMEN DE BOLSAS PERIODONTALES.

1.2.1. Sondeo.

El examen de bolsas periodontales debe incluir las siguientes consideraciones :

- Presencia y distribución en cada superficie del diente.
- Tipo de bolsa, si es supra o infra ósea, simple, compuesta o compleja.

- La profundidad de la bolsa y
- Nivel de inserción en la raíz.

La única manera de detectar y valorar las bolsas periodontales es por medio de la sonda periodontal.

La bolsa periodontal es una lesión de tejidos blandos y no se puede medir ni detectar por examen radiográfico.

Las sondas vienen calibradas en milímetros y deben ser delgadas y planas.

La sonda se introduce en sentido paralelo al eje vertical del diente hasta que el extremo romo haga contacto con el fondo de la bolsa. No se debe forzar la sonda dentro de los tejidos subyacentes ya que se puede penetrar más allá del surco y en el epitelio de unión.

Usos de la sonda :

- Medir bolsas
- Medir la profundidad del surco
- Ver el recorrido de fístulas
- Medir la cantidad de encía insertada
- Examen de lesiones en furca.

Esta última no siempre se logra con la sonda periodontal y para ello se usan exploradores, curetas o sondas especialmente diseñadas (Nabers).

Se deben registrar seis medidas alrededor de cada diente o sea tres puntos en vestibular y tres en palatino o lingual.

Se anotan las medidas de ambos lados del área de contacto mesial y distal. El sondeo se inicia en la cara distal del diente más posterior de un lado del arco y progresa alrededor de todas las superficies bucales dentales hasta la cara distal del último diente del lado opuesto. Luego se examinan las caras palatinas, vestíbulo mandibular y lingual de todos los dientes.

Algunas veces el sondeo requiere anestesia. Una bolsa puede afectar a una o todas las caras del diente.

El nivel de la inserción de la base de la bolsa es de mayor importancia diagnóstica que la profundidad de la bolsa.

El nivel de inserción de la base de una bolsa puede variar entre las diferentes superficies de un mismo diente e incluso entre diferentes áreas de una misma superficie. (Figura 3).

1.2.2. Sangrado. Cuando el epitelio que reviste el surco está ulcerado se puede producir hemorragia con un sondeo suave.

La hemorragia precede los signos clínicos de la inflamación y varía en intensidad, duración y la facilidad con que se provoca.

Hemorragia crónica y recurrente.

Es su causa más común. Se provoca por traumatismos mecánicos como el cepillo dental, palillos, retención de alimentos, morder alimentos sólidos, bruxismo.

Hemorragia aguda.

Tiene su origen en lesiones o se puede producir espontáneamente en la enfermedad gingival aguda. Laceraciones de la encía por un cepillado enérgico o trozos cortantes de alimentos duros producen hemorragia, incluso en ausencia de enfermedad gingival. Las quemaduras con alimentos calientes y el uso de fármacos aumentan la facilidad de hemorragia.

Hemorragia gingival asociada a factores sistémicos.

Se puede presentar hemorragia sin que la provoque la irritación mecánica, o sea es espontánea.

Puede tener su origen en la falta de uno o más de los mecanismos hemostáticos, como la deficiencia de vitamina C, alergias, púrpura, alteraciones de los plaquetas, déficit de vitamina K, hemofilia, leucemia, durante el período menstrual, con una nutrición inadecuada, por administrar cantidades excesivas de drogas como salicilatos y anticoagulantes.

1.2.3. Supuración. Para determinar la presencia de pus en una bolsa se aplica la yema del dedo índice sobre el sector lateral de la encía marginal y se ejerce presión hacia la corona.

El exudado purulento se forma en la pared interna de la bolsa y no en todas las bolsas hay presencia de pus, pero con frecuencia la presión digital la hace evidente en zonas donde no se le sospecha.

1.3. EXAMEN DE OCLUSION.

El trauma de la oclusión refiere la lesión de los tejidos producida por la fuerza oclusales. Se determina si las fuerzas oclusales son lesivas o sea causan daño en los tejidos periodontales.

El diagnóstico de trauma de oclusión se hace a partir del estado de los tejidos periodontales.

Quando hay trauma de la oclusión en los tejidos periodontales encontramos movilidad dental excesiva, particularmente en dientes que presentan ensanchado el espacio del ligamento periodontal , pérdida ósea vertical y angular, bolsas infraóseas y migraciones especialmente en dientes anteriores. También se encuentran funciones alteradas de los músculos masticatorios y alteraciones de la A.T.M.

Los conductos dentales prematuros en la región posterior desvían la mandíbula hacia adelante y van destruyendo el periodoncio de los dientes anteriores y ayudan a la migración patológica.

1.4. EXAMEN RADIOGRAFICO.

Es un complemento del examen clínico y no un sustituto de él. Se requiere de un juego perioapical que conste de 14 películas y placas posteriores con aleta de mordida.

En las radiografías podemos observar el ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, pérdidas óseas, angulares u horizontales, obturaciones desbordantes, el patrón de destrucción ósea.

Se debe tener especial cuidado en la colocación de la película y la orientación del as de radicación para evitar las distorsiones. También se puede utilizar otro tipo de radiografías como la panorámica, que son útiles para detectar anomalías de desarrollo y lesiones patológicas de dientes, maxilares y fracturas.



2. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

2.1. GINGIVITIS.

La gingivitis o inflamación de la encía es la forma más común de enfermedad periodontal.

La inflamación está presente en casi todas las formas de enfermedad gingival, ya que la placa bacteriana y los factores irritativos que favorecen la acumulación de ésta suelen estar en el fluído gingival. La inflamación causada por la placa bacteriana origina cambios degenerativos, necróticos y proloferativos en los tejidos gingivales. Se tiende a denominar todas las formas de inflamación gingival con el nombre de gingivitis, como si la inflamción fuera el único proceso patológico que interviene. Hay otro tipo de procesos que ocurren en la encía y que son causados por irritación local como atrofia, hiperplasia y neoplasia.

En la gingivitis crónica debida al estado inflamatorio la altera-

ción de la relación entre el epitelio y el tejido conectivo ayuda al cambio de color.

La destrucción y la reparación del tejido ocurren simultáneamente, los irritantes locales persistentes lesionan el tejido, prolongan la inflamación y provocan permeabilidad vascular y exudado. Al tiempo se van formando nuevas células conectivas, fibras colágenas, sustancia fundamental y vasos sanguíneos, en un esfuerzo continuo por reparar el daño de los tejidos.

Esta interacción entre destrucción y reparación afecta el color, tamaño, consistencia y textura superficial de la encía.

La gingivitis crónica es una enfermedad que se instala con lentitud, su duración es larga e indolora salvo cuando se complica con exacerbaciones agudas o subagudas. Es el tipo más común y los pacientes recuerdan muy pocas veces haber sentido síntomas agudos.

La gingivitis aguda es dolorosa, se instala repentinamente y es de corta duración.

Gingivitis subaguda es una fase menos grave que la afección aguda.

Gingivitis recurrente : Es una enfermedad que reaparece después de haber sido eliminada mediante tratamiento, o que desaparece espontáneamente y reaparece.

2.1.1. Distribución de la gingivitis :

- Localizada : se limita a la encía de un solo diente o a un grupo de dientes.
- Generalizada : Abarca toda la boca, tanto el maxilar superior como el inferior.
- Marginal : Afecta el margen gingival y puede incluir parte de la encía insertada continua.
- Papilar : Abarca las papilas interdentes y con frecuencia se extiende hacia la zona adyacente del margen gingival.
Es más común que afecte las papilas que al margen gingival.

Los primeros signos de gingivitis aparecen en las papilas.

- Difusa : Abarca la encía marginal, encía insertada y papilas interdentes.
- Gingivitis marginal localizada : Se limita a un área de la encía marginal, o más.
- Gingivitis difusa localizada : Se extiende desde el margen hasta el pliegue mucovestibular, pero en un área limitada.
- Gingivitis papilar : Abarca uno o más espacios interdentes en un área localizada o limitada.

- Gingivitis marginal generalizada : Abarca la encía marginal de todos los dientes y por lo general también afecta las papilas interdentes.
- Gingivitis difusa generalizada : Abarca toda la encía, generalmente también afecta la mucosa bucal anulando el límite entre ella y la encía insertada. Los estados sistémicos están comprendidos en la etiología de la gingivitis difusa generalizada, excepto cuando su origen es por infección aguda o irritación química generalizada. (Figura 4).

2.2. PERIODONTITIS.

Es el tipo más común de enfermedad periodontal producida por la extensión hacia los tejidos periodontales de soporte de la inflamación iniciada en la encía.

2.2.1. Periodontitis localizada. Se limita a la unidad periodontal de un solo diente o de un grupo de dientes.

2.2.2. Periodontitis generalizada. Abarca toda la cavidad oral.

2.2.3. Periodontitis Leve. Ocurre cuando al medir la profundidad de la bolsa, el nivel de inserción y el análisis radiográfico muestran una pérdida ósea horizontal que no sobrepasan un ter-

cio de la longitud de la raíz.

2.2.4. Periodontitis moderada. La profundidad de la bolsa, el nivel de inserción y el análisis radiográfico nos indican una pérdida de las estructuras de sostén que exceden o sobrepasan un tercio de la longitud de la raíz. Hay hemorragia al sondeo hasta el fondo de la bolsa.

2.2.5. Periodontitis severa. Se presenta cuando hay un defecto óseo angular, cuando un diente presenta movilidad grado tres y cuando hay lesiones de furca grado dos o tres.

2.2.6. Periodontitis juvenil. Son lesiones destructivas avanzadas en niños y adolescentes. Puede ser generalizada que ataca la totalidad de los dientes o localizada que ataca los incisivos y primeros molares. (Figura 5).

3. PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

3.1. EL PACIENTE Y EL PRONOSTICO.

Pronóstico es predecir la duración, evolución y conclusión de una enfermedad y su posible respuesta al tratamiento.

El pronóstico se determina antes de planear el tratamiento.

Depende principalmente de la causa, o sea es favorable si se encuentra la causa local (Placa) o sino será regular o desfavorable.

Si el paciente tiene deseo de conservar sus dientes naturales, voluntad y capacidad de tener una buena higiene oral y es colaborador, el pronóstico será favorable y el tratamiento tendrá éxito, de no ser así el tratamiento fracasará.

3.2. PRONOSTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD GINGIVAL.

Se basa en el papel de la inflamación en el proceso total de la enfermedad.

Si la inflamación es el único cambio patológico el pronóstico es favorable siempre y cuando se eliminen los irritantes locales y el paciente colabore con una buena higiene.

Si además de la inflamación se observan cambios fisulares de origen sistémico como en el caso de pacientes tratados con fer-
toína, la salud gingival se puede restaurar temporalmente con el
tratamiento local pero un pronóstico a largo plazo se basa en el
control de los factores sistémicos.

3.3.1. Pronóstico total. Se refiere a la dentadura como un todo.

Responde a las preguntas : "Hay que comprender el tratamiento"

"Tendré éxito ?" se tienen en cuenta los siguientes factores :

3.3.1.1. Establecimiento de la respuesta ósea pasada. Es una
guía útil para predecir la respuesta del hueso al tratamiento y
la posibilidad de detener los procesos que destruyen el hueso.
Incluye la intensidad y distribución de la pérdida ósea periodontal.

Si la pérdida es atribuida a factores locales el tratamiento puede

detener la destrucción y el pronóstico será bueno.

Si es más intenso que lo que debiera haber a la edad del paciente, entonces el pronóstico es malo.

Se deben tener en cuenta la edad, distribución, magnitud y duración de irritantes locales como placa, colados, empaquetamiento de comida y oclusión.

3.3.1.2. Aplicación del concepto "Factor Oseo" al pronóstico periodontal. Se debe determinar la edad del paciente, valorar la distribución, intensidad y duración de la inflamación gingival y de sarmentos oclusales y determinar la distribución, intensidad y velocidad de pérdida ósea.

El diagnóstico es positivo cuando la velocidad e intensidad de pérdida ósea se explican por factores locales.

El diagnóstico es negativo cuando la cantidad y velocidad de la pérdida ósea exceden "lo normal" a la edad del paciente en presencia de factores locales. Esto significa que los factores sistémicos son los que acentúan la pérdida ósea.

3.3.1.3. Altura del hueso permanente. Son muy pocos los pa -

cientes que presentan pérdida ósea extrema o poca pérdida ósea y la altura del hueso remanente está en parte intermedia.

La altura del hueso únicamente puede ser insuficiente para determinar el pronóstico total.

3.3.1.4. Edad del paciente. Siempre se espera que la persona de menor edad tenga un mejor pronóstico, pero esto varía si la pérdida ósea es de gran magnitud en un período corto y en estos casos el pronóstico será más reservado en un joven que en una persona mayor.

3.3.1.5. Morfología dental. En dientes con relación Corona-Raíz desfavorable, el pronóstico es malo ya que hay poca superficie de soporte periodontal.

3.3.1.6. Maloclusión. El pronóstico es malo en pacientes con alteraciones oclusales que no se puedan corregir.

3.3.1.7. Número de dientes permanentes. Si el número y distribución de los dientes remanentes es inadecuado para sostener una restauración, el pronóstico es malo.

3.3.1.8. Antecedentes sistémicos. Cuando no se conoce la causa

de la enfermedad el pronóstico es malo. Si se conoce como en el caso de la Diabetes, o deficiencias nutricionales, el pronóstico se beneficia con la corrección de la alteración sistémica.

Quando se requiere tratamiento periodontal, pero no se puede realizar por la salud del paciente, el pronóstico es reservado.

3.3.1.9. Inflamación gingival. El pronóstico de la enfermedad periodontal está en relación directa con la gravedad de la inflamación. A mayor inflamación mejor pronóstico ya que se puede controlar el irritante local más fácilmente.

3.3.1.10. Bolsas periodontales. Bolsas profundas y poca pérdida ósea no dan mejor pronóstico que bolsas poco profundas y destrucción ósea grande.

3.3.2. Pronóstico de dientes individuales. Se determina luego del pronóstico total y se tienen en cuenta los siguientes factores:

- Movilidad.

Sus causas son : Pérdida de hueso alveolar, cambios inflamatorios del ligamento periodontal y trauma de oclusión.

Se puede corregir y la que es producida por pérdida ósea no se puede corregir.

- Bolsas periodontales .

Si la bolsa está en cercanías al ápice radicular se debe realizar el tratamiento endodóntico para un mejor pronóstico periodontal ya que las bacterias pueden alterar el tejido pulpar fácilmente.

- Dientes adyacentes a zonas desdentadas.

Si el diente va a ser pilar de prótesis está sometido a una demanda funcional mayor.

- Relación con dientes adyacentes.

El intento de conservar un diente afectado con pronóstico malo afecta los dientes vecinos.

- Lesiones de furcación.

Hay dos problemas. El acceso quirúrgico a la zona para realizar una cirugía ósea y la falta de acceso para la remoción de placa por parte del paciente. Si estos problemas se pueden resolver el pronóstico es semejante o mejor que en dientes unirradiculares con grado similar de pérdida ósea.

- Caries, Dientes no vitales y resorción dental.

En dientes con caries extensas hay que realizar las restauraciones y el tratamiento endodóntico antes de iniciar el

tratamiento periodontal. La re inserción no es posible en
dientes no vitales con dentina radicular expuesta.



4. PLAN DE TRATAMIENTO

Es la guía para el manejo del caso.

Deben estar previamente establecidos el diagnóstico y el pronóstico.

El tratamiento periodontal exige planificación a largo plazo, con un funcionamiento útil de toda la dentadura y no por el número de dientes conservados durante el tratamiento.

Excepto para urgencias ningún tratamiento se debe iniciar antes de establecer el plan de tratamiento.

El tratamiento periodontal se divide en cuatro fases principales : Fase sistémica, fase higiénica, fase quirúrgica o correctiva y fase de mantenimiento.

4.1. FASE SISTEMICA O FASE I.

Hay que evaluar la salud sistémica del paciente para saber la etiología y prevención de la enfermedad periodontal. Generalmente esta fase es tratada por el médico.

4.2. FASE HIGIENICA O FASE II

Siendo éste el objetivo del trabajo se tratará posteriormente.

4.3. FASE QUIRURGICA O FASE III

Quando no hay motivación suficiente del paciente en la fase higiénica, hay que recurrir a la fase quirúrgica para corregir las bolsas periodontales y deficiencias mucogingivales, lo mismo que los tratamientos de conductos indicados para la salud, función y la estética de la dentición.

4.4. FASE DE MANTENIMIENTO O FASE IV

Si no se realiza esta fase puede recidivar la enfermedad periodontal. Se debe hacer cada tres meses ya que en este tiempo el paciente puede presentar inflamación mas no perdida de inserción.

5. FASE II O HIGIENICA DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Consiste en eliminar la causa. Deben eliminarse todos los depósitos y obstáculos existentes que impidan una correcta higiene oral, luego se dan instrucciones y se motiva el paciente para que tenga un buen control de placa y una buena higiene oral.

5.1. EXPLICACION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL AL PACIENTE.

Debemos explicar al paciente qué es la enfermedad periodontal, su etiología, sus manifestaciones, la importancia del soporte óseo del diente, su tratamiento, cómo es, cómo se realiza, se le debe educar al paciente para que nos colabore y hacerle ver que de él depende el éxito del tratamiento.

5.2. MOTIVACION DEL PACIENTE.

Puesto que la placa bacteriana y las formaciones de cálculos

junto con una higiene oral deficiente son las causas más comunes de enfermedad periodontal, el tratamiento ha de comenzar por la eliminación de estos factores. Es recomendable iniciar con una sesión de educación del paciente y motivarlo ya que podemos demostrar al paciente la relación entre la placa dental y la enfermedad periodontal, ya que estos factores deben ser comprendidos por el paciente antes de iniciar la fase activa del tratamiento. El tratamiento periodontal sin comprensión y compromiso por parte del paciente es un esfuerzo inútil.

El paciente ha de recibir instrucciones sobre las maniobras efectivas de la higiene oral. Tan pronto como se eliminan los obstáculos gruesos para un seguro y confortable uso de los elementos para el control de placa.

5.3. PLACA BACTERIANA Y CONTROL DE PLACA.

Se informará al paciente qué es la placa. Esta es una estructura compuesta básicamente por bacterias que de forma organizada se depositan sobre la superficie dental. Es el factor etiológico principal de la enfermedad gingivoperiodontal y de las caries. La placa libera endotoxinas y enzimas que penetran y lesionan los tejidos periodontales y la enfermedad gingivoperiodontal comienza a nivel del surco gingival.

La placa subgingival se forma después de la supragingival y se ubica a nivel del surco gingival y es más nociva.

Los cálculos o tártaro son placa bacteriana calcificada ya que la saliva contiene iones como los del calcio y fosfato que se depositan sobre la placa y la van convirtiendo en una masa calcificada que facilita la adhesión de la placa bacteriana y puede producir irritación mecánica de los tejidos por su ubicación.

Hay también dos tipos de tártaro, el supragingival y el subgingival que es más duro, oscuro y de difícil remoción.

Control de placa es la eliminación de la placa microbiana y la prevención de su acumulo en los dientes y superficies gingivales adyacentes.

El control de la placa retrasa la formación de cálculos.

La eliminación de placa bacteriana produce resolución de la inflamación gingival en sus etapas iniciales. Es una forma efectiva de tratar y prevenir la gingivitis. Sin el control de placa no es posible conseguir ni preservar la salud oral.

El modo más seguro de controlar la placa es la limpieza mecáni-

ca con cepillo, auxiliares de higiene como seda dental y los inhibidores de placa que vienen en cremas dentales y enjuagatorios.

5.3.1. Inhibidores químicos de placa y cálculo. Se han ensayado muchos agentes por vía sistémica o tópica por su capacidad para inhibir la formación cualitativa o cuantitativa de depósitos microbianos, cálculos e inflamación periodontal.

Se usaron fluoruros, clorhexidina, alexidina, antibióticos como la eritromicina, konomicina, penicilina, metronidazol, vitamina C, cloruros, enzimas y su modo más común de aplicación es por vía tópica en forma de enjuagues, dentífricos, geles, pastillas y goma de mascar.

El que más llamó la atención es la clorhexidina ya que dos buches diarios con 10 ml. de solución acuosa al 0.2% inhiben casi por completo la formación de placa, cálculos y gingivitis.

Presenta efectos colaterales como pigmentación parda en los dientes, lengua y restauraciones de resina, pérdida pasajera del gusto y moderada descamación de la mucosa.

Parece posible que algunos agentes antimicrobianos pueden pre-

venir la gingivitis y periodontitis crónicas.

5.3.2. Sustancias reveladoras. Son soluciones o comprimidos capaces de colorear depósitos bacterianos localizados en las superficies de los dientes, la lengua y encía.

Son elementos auxiliares de higiene oral porque ayudan a educar y motivar al paciente y se puede demostrar al paciente la presencia de depósitos bacterianos.

Las soluciones se aplican sobre los dientes con torundos de algodón o como diluciones en enjuagatorios. Los comprimidos son triturados entre los dientes y mantenidos en boca por unos 30 segundos sin tragarlos. (Figura 6).

5.4. CEPILLADO DENTAL.

5.4.1. Cepillos dentales manuales y cerdas. Hay cepillos en diferentes formas, tamaños, longitudes y disposición de las cerdas.

El cepillo debe alcanzar y limpiar la mayoría de las áreas de la boca. El fácil manejo del cepillo por parte del paciente es un factor importante en la elección del cepillo.

Las cerdas pueden ser naturales o de nylon. Su efecto parece es igualmente satisfactorio, pero las naturales varían en tamaño y se ablandan fácilmente.

El mango debe ser lo suficientemente largo para que calce bien en la palma de la mano. Para pacientes comunes se aconseja un cepillo de cabeza corta y cerdas de nylon, dureza media, extremos redondeados y corte recto. (Figura 7).

5.4.2. Cepillos eléctricos. Los resultados se obtienen instruyendo al paciente en su uso, ya que el paciente que aprende a manejar el cepillo lo hace igual con un cepillo manual o eléctrico. Se aconsejan para pacientes que no tienen destreza manual, niños pequeños o pacientes impedidos y para aquellos que tienen aparatos de ortodoncia. (Figura 8).

5.4.3. Técnicas del cepillado dental. Con excepción de los métodos traumáticos es la minuciosidad y no la técnica la que determina la eficiencia del cepillado dental, por eso si el paciente presenta una buena técnica atraumática y buena higiene oral no debemos cambiarle su técnica ya que podríamos lograr una mala higiene y así enfermedad periodontal.

5.4.3.1. Técnica de Bass. Se basa en colocar el cepillo con una angulación de 45 grados y que las cerdas penetren el surco gingival, realizando cortos movimientos en sentido transversal de los dientes. Esto se realiza por vestibular y palatino en molares, premolares y caninos superiores e inferiores. Luego se coloca por mesial del canino y los incisivos para lograr la limpieza de la mitad mesial del canino y los incisivos. En la región palatina de los incisivos superiores el cepillo va a 45 grados con respecto al eje mayor del diente. Los dientes inferiores se limpian igual que los superiores.

Se debe tener especial cuidado para no dejar ningún diente sin cepillar y para no producir laceraciones en los tejidos.

En las superficies oclusales las cerdas deben introducirse en surcos y fisuras, se realizan movimientos cortos y no largos de adelante hacia atrás. (Figura 9).

5.4.3.2. Técnica de Stillman modificada. Se recomienda para limpiar zonas con resección gingival progresiva y exposición radicular para prevenir la destrucción por abrasión de los tejidos.

El cepillo se coloca apoyando las cerdas parcialmente en la zona cervical de los dientes y parcialmente sobre la encía, con ángulo

agudo con respecto al eje mayor del diente, se ejerce presión lateral y desplazamientos cortos en sentido anteroposterior.

En las superficies oclusales se colocan las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y penetrando en los surcos y espacios interproximales.

5.4.3.3. Técnica de Charters. Es adecuada para masaje gingival. También se aconseja para limpieza temporal en zonas de heridas gingivales en cicatrización.

El cepillo va en ángulo de 45 grados con respecto al eje mayor del diente. En oclusal las cerdas van sobre surcos y fisuras y se realizan movimientos cortos en sentido anteroposterior. (Figura 10).

5.5. HILO DENTAL.

Es lo más aconsejado para la limpieza interdental. Se debe cortar un trozo de 30 cms. y se ata por los extremos. Se estira entre el dedo pulgar y el índice y se pasa suavemente por cada espacio interdental y que penetre en el surco, realizar movimientos ascendentes y retirarlo. Se puede usar un portahilo que facilite su uso.

Su fin es eliminar la placa y no restos alimenticios. Se puede usar con cera o sin cera. (Figura 11).

6. PRINCIPIOS DE LA INSTRUMENTACION PERIODONTAL

6.1. PRINCIPIOS GENERALES DE LA INSTRUMENTACION.

Se debe tener una posición apropiada del paciente y operador, buena iluminación, visibilidad y afilado de los instrumentos.

También se debe conocer la morfología dental y radicular y el estado de los tejidos periodontales. Tener un conocimiento del diseño de los instrumentos permite al operador escoger eficazmente el instrumento adecuado para su trabajo y para la zona donde se ha de realizar.

6.2. ESTADO DE LOS INSTRUMENTOS (Filo).

El objetivo del afilado es restablecer el borde cortante del instrumento.

Para esto se usan las piedras de afilar que pueden ser extraídas de depósitos minerales naturales o producidas artificialmente.

La más usadas son la piedra de Arkansas y la de la India.

Si el instrumento ha perdido el filo, corta menos y requiere mayor presión para efectuar su trabajo.

Para afilar se debe usar una piedra esteril, adecuada para el instrumento, se debe establecer el ángulo correcto entre el instrumento y la piedra, no se debe realizar una presión excesiva, se debe lubricar la piedra durante el afilado y mantener firmemente el instrumento. (Figura 12).



7. RASPADO CORONAL Y RADICULAR

Raspado es la eliminación de placa y cálculos supragingivales y subgingivales de la superficie dental.

Alisado radicular es remover cálculos residuales y porciones de cemento de la raíces para dejar una superficie lisa, dura y limpia.

El objetivo principal del raspado y alisado radicular es restaurar la salud gingival y se deben realizar los dos ya que el solo alisado no elimina completamente de la superficie radicular todos los factores que causan inflamación.

Es necesario evaluar la extensión y la naturaleza de los depósitos e irregularidades radiculares antes de iniciar el raspado y alisado radicular. (Figura 13).

7.1. RASPADO SUPRAGINGIVAL.

Se emplean haces o curetas e instrumentos ultrasónicos. Se toma la cureta en forma de lapicero modificado y se establece un firme apoyo digital sobre los dientes adyacentes. La hoja del instrumento se adapta con angulación ligeramente menor a 90 grados con la superficie a raspar. El borde cortante debe abrazar o enganchar el cálculo por su parte apical y se efectuarán movimientos cortos, enérgicos, superpuestos y envolventes coronariamente en sentido vertical y oblicuo.

Los instrumentos ultrasónicos con un complemento útil de la instrumentación manual.

Su uso es limitado por esto no se considera un sustituto de los instrumentos manuales. Estos instrumentos producen energía vibratoria útil para eliminar depósitos abundantes y adheridos de cálculos y pigmentaciones. Si se manejan adecuadamente, se traumatizan menos los tejidos y disminuyen las molestias post-operatorias. Es útil en pacientes con afecciones agudas y dolorosas como la Guna. (Figura 14).

7.2. RASPADO Y ALISADO RADICULAR.

Es más difícil y complejo que el raspado supragingival. El cálculo subgingival suele ser más duro y a menudo se aloja en irregu-

laridades de la raíz. El tejido suprayacente y la hemorragia crean problemas de instrumentación y visión.

La dirección y longitud de los movimientos está limitada por las paredes de la bolsa. El operador debe ajustar la adaptación y angulación del extremo activo del instrumento al diente. La instrumentación subgingival es una de las técnicas odontológicas más difíciles. Se prefiere el uso de curetas para el raspaje y alisado radicular debido a su diseño ya que permiten su introducción hasta el fondo de la bolsa y adaptación a las variaciones del contorno dental con mínimo de desplazamiento y trauma a los tejidos. Se efectúa con curetas universales o con curetas específicas para cada zona. (Gracey).

Se toma en forma de lapicero modificado y se hace un apoyo estable con los dedos. Se adapta la superficie cortante al diente con la parte inferior del cuello paralelo a la superficie dental, se desplaza la parte inferior del cuello hacia el diente de modo que el frente de la hoja quede casi contra la superficie del diente. Luego se introduce la hoja debajo de la encía y se lleva al fondo de la bolsa con un movimiento exploratorio suave, se establece una angulación de trabajo entre 45 y 90 grados y se ejerce presión lateral contra la superficie dental. El cálculo es eliminado con una serie de movimientos controlados, superpuestos, envolventes,

cortos y enérgicos utilizando principalmente el movimiento muñeca-brazos.

Los movimientos de raspado y alisado radicular están limitados a la porción de diente donde hay cálculo o cemento alterado. Esta zona se conoce con el nombre de zona de instrumentación. Es común que en la zona interdental no se llegue ni siquiera a la mitad apical del punto de contacto porque es una zona relativamente inaccesible y exige una mayor destreza.

7.3. INSTRUMENTAL PARA RASPADO Y ALISADO RADICULAR.

7.3.1. Curetas Universales. Sus extremos activos van diseñados en pares para que todas las superficies de los dientes puedan ser tratados con un instrumento de doble extremo o un par de instrumentos de extremo único.

Están diseñados para ser utilizados en todas las superficies dentales y en todas las zonas de la boca. Sin embargo las curetas universales poseen limitada adaptabilidad al tratamiento de pacientes periodontales con bolsas profundas. (Figura 15).

7.3.2. Curetas de Gracey. Están diseñadas para raspaje subgingival y alisado radicular. Son un juego de instrumentos específi-

cos para cada zona de la boca.

Características de las curetas Gracey.

- Son específicas para cada zona
- Se usa tan solo un borde cortante de cada hoja
- La hoja está curvada en dos planos
- La hoja es "inclinada"

Hay siete pares de curetas en el juego.

Las curetas 1 - 2 y 3 - 4 son para dientes anteriores.

La cureta 5 - 6 puede usarse para dientes anteriores y premolares.

Las superficies vestibulares y linguales de los dientes posteriores se trabajan con las curetas 7 - 8 y 9 - 10.

La 11 - 12 es para superficies mesiales de dientes posteriores y la 13 - 14 se adapta a superficies distales posteriores. (Figura 16).

8. CLASIFICACION DEL INSTRUMENTAL PERIODONTAL

El instrumental periodontal según su finalidad está diseñado como sigue :

- Sondas
- Exploradores
- Raspadores
- Haces
- Cíncel
- Azadas
- Limas
- Curetas
- Universales
- Específicas

8.1. SONDAS PERIODONTALES.

Se usan para localizar, medir y marcar bolsas periodontales.

8.2. EXPLORADORES.

Se usan para localizar caries, depósitos y lesiones de furca.

8.3. INSTRUMENTOS DE RASPAJE O CURETAJE.

Se utilizan para remover depósitos de cálculos de la corona y la raíz de un diente, remoción de cemento alterado en la superficie radicular y para retirar el tejido blando que tapizó la bolsa.

Se clasifican en :

8.3.1. Los haces. Son utilizados para eliminar cálculos supragingivales. Son instrumentos pesados.

8.3.2. Las curetas. Son instrumentos finos usados para raspaje subgingival, alisado radicular y para remover el tejido blando que tapiza la bolsa.

8.3.3. Las Azadas, cinceles y limas. Son utilizadas para la eliminación de cálculos subgingivales y cemento necrótico sumamente adherido.

8.3.4. Los instrumentos ultrasónicos. Usados para raspaje y

limpieza de superficies dentales y curetaje de la pared gingival de las bolsas periodontales.

8.3.5. Instrumentos de limpieza y pulido. Se utilizan copas de caucho, el portapulidor, cepillos de cerdas de papel, pastas limpiadoras y pulidoras que son utilizadas para realizar la profilaxis en el consultorio odontológico. (Figura 17).

CONCLUSIONES

Para poder realizar correctamente cualquier tratamiento, tenemos que conocer como primera medida la etiología de la enfermedad para así llegar a un correcto diagnóstico de la enfermedad.

Una vez diagnosticada la enfermedad debemos hacer el pronóstico de su tratamiento para así lograr el éxito.

Es muy importante la colaboración del paciente en el tratamiento periodontal y su deseo por preservar los dientes en la cavidad oral, lo mismo que mantener una correcta higiene oral.

Una fase común al tratamiento periodontal y que nos ayuda al diagnóstico de la enfermedad es la fase sistémica y debe aplicarse sea cual fuere el tratamiento a seguir.

La realización de la fase higiénica del tratamiento periodontal nos determina si el tratamiento continúa a sus otras etapas o término, esto depende de la respuesta de los tejidos periodontales, por lo

tanto la fase higiénica se debe realizar lo más cuidadosa y completamente posible y con el convencimiento de que será un beneficio para el paciente o sea debe ser realizado con ética profesional.

A N E X O S

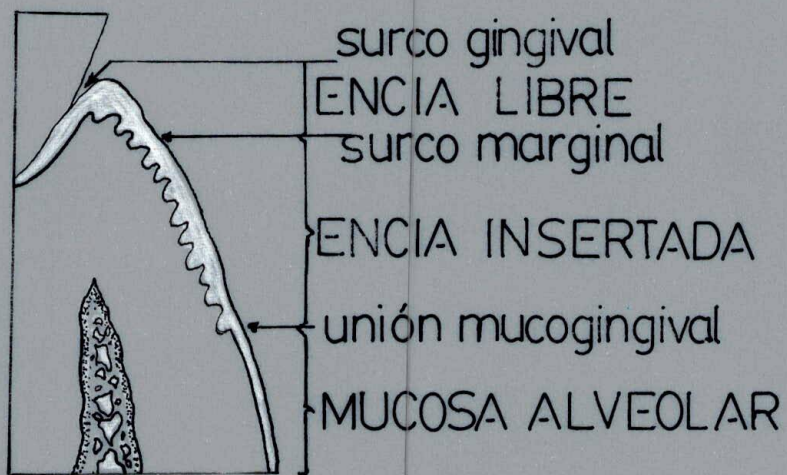


Figura 1.

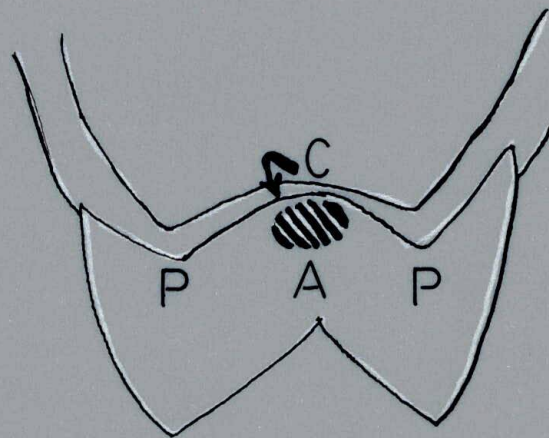


Figura 2.

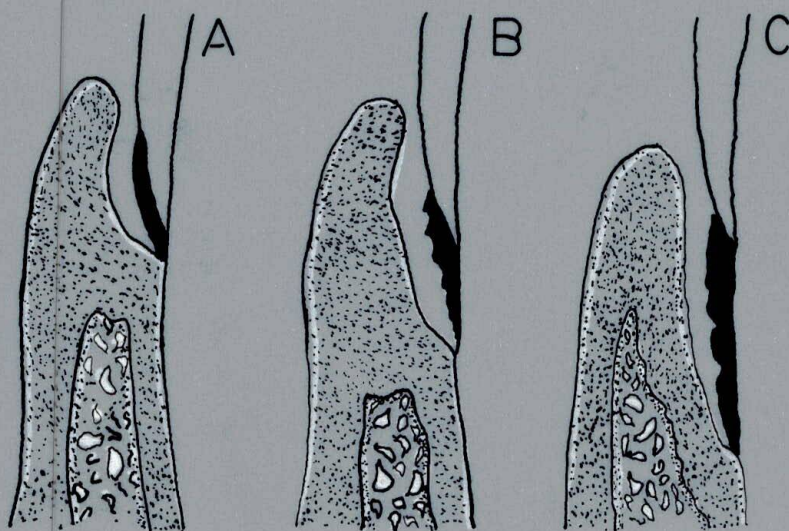


Figura 3.A

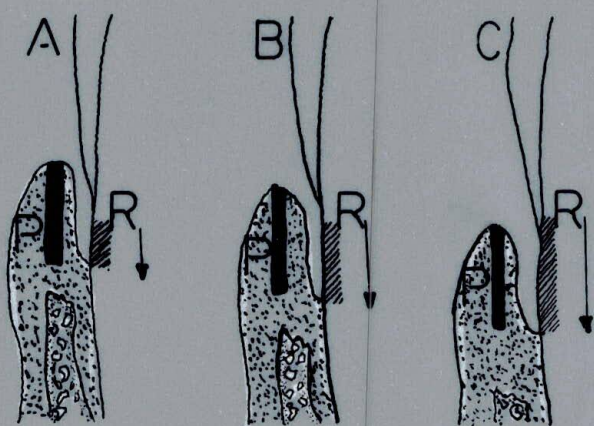


Figura 3 B.

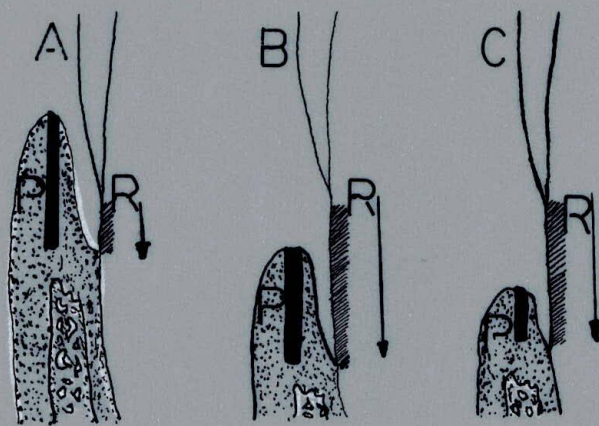


Figura 3C.

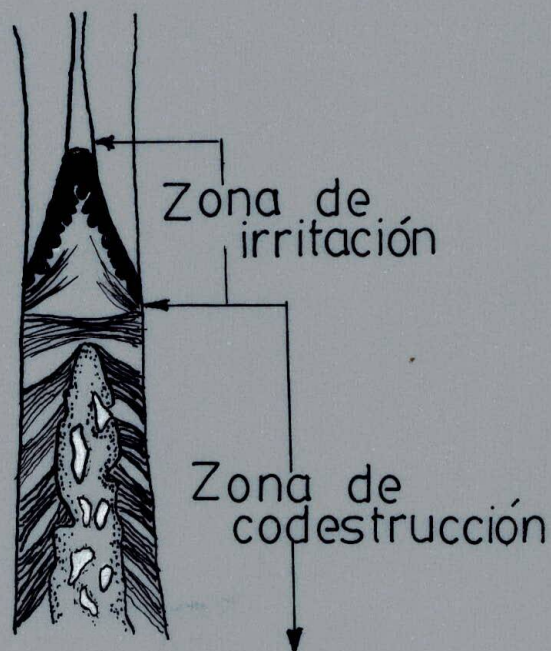


Figura 4.

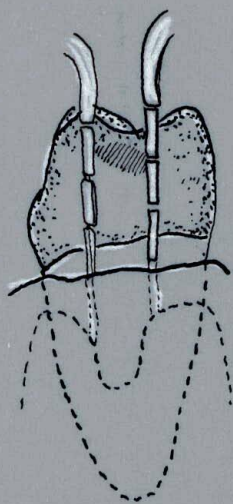


Figura 5A.

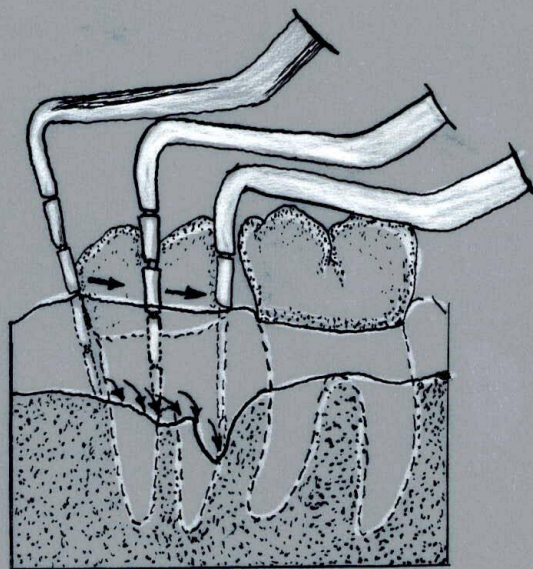
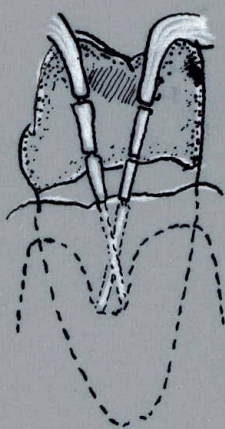


Figura 5B.

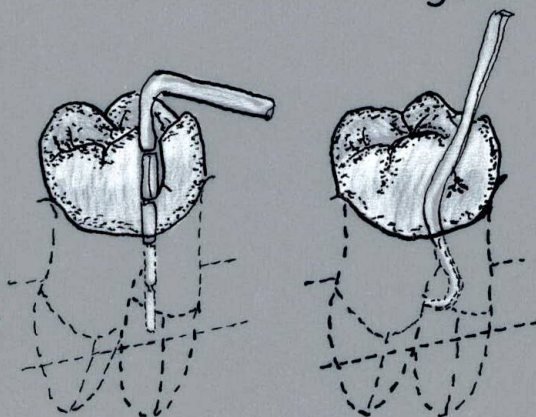


Figura 5C.

Figura 6.



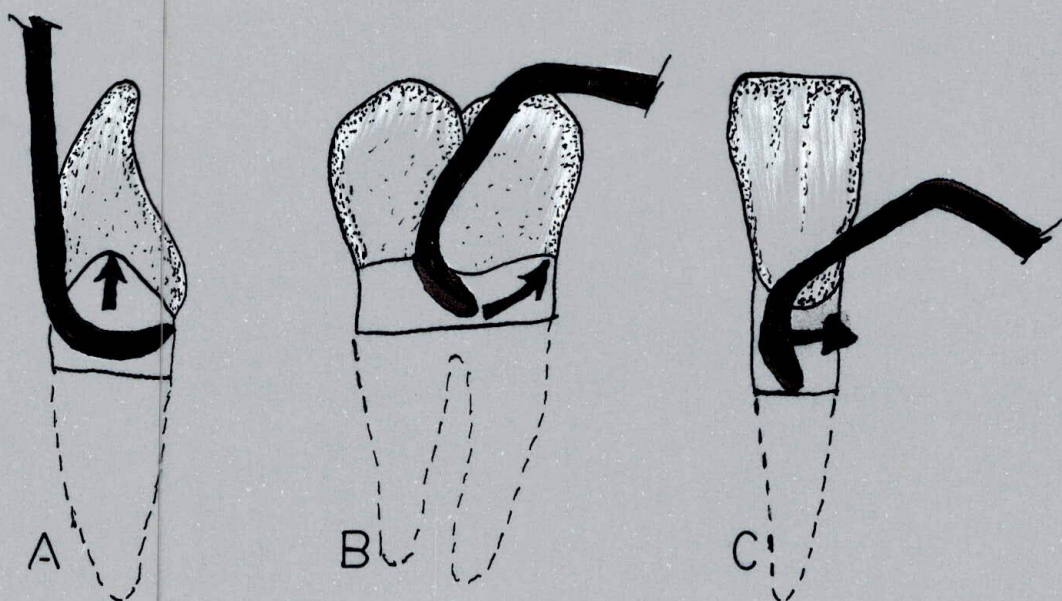


Figura 7.

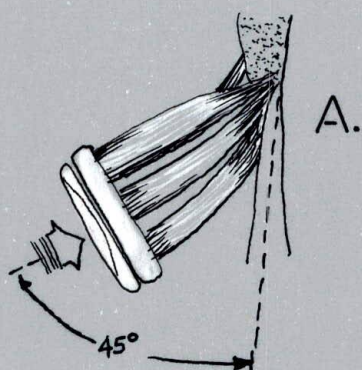
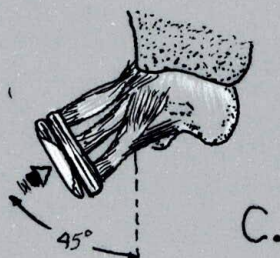
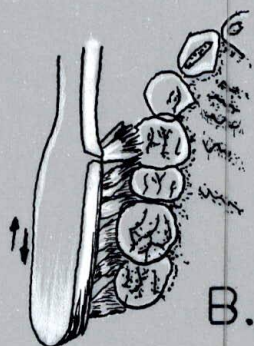
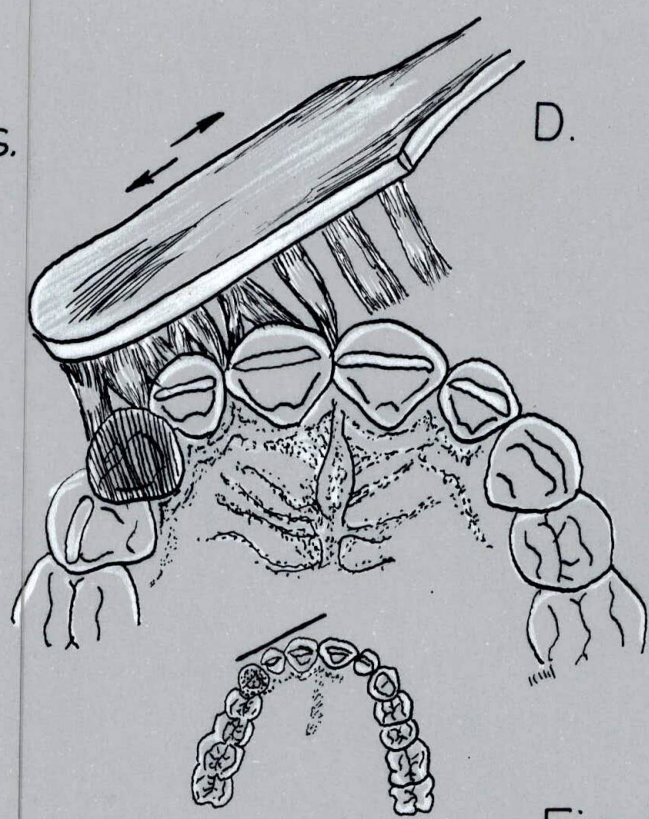


Figura 8.
Tecnica de Bass.

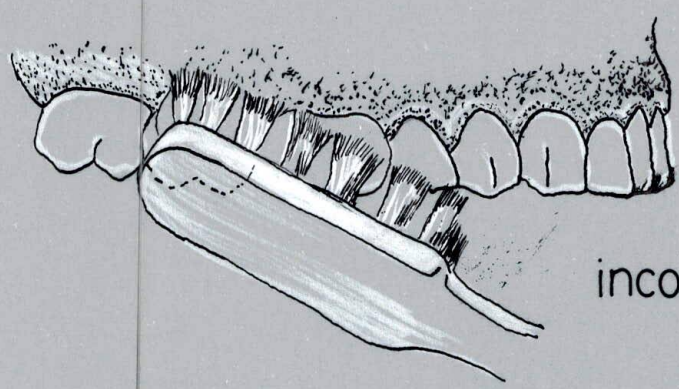


Tecnica de Bass.

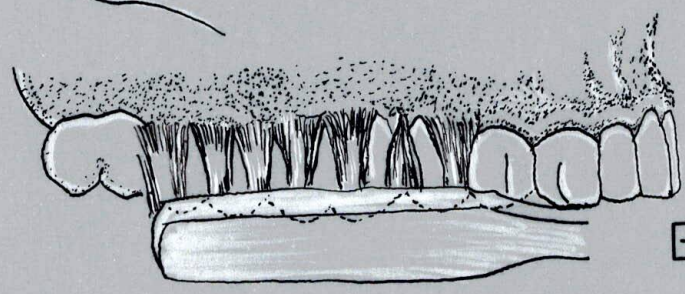


D.

Figura 8.



incorrecto.

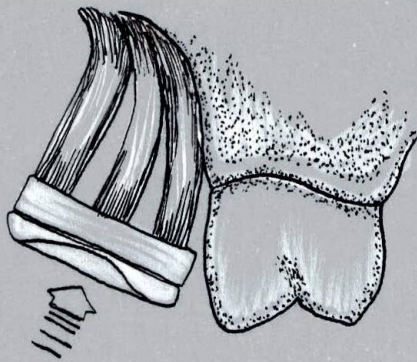


correcto

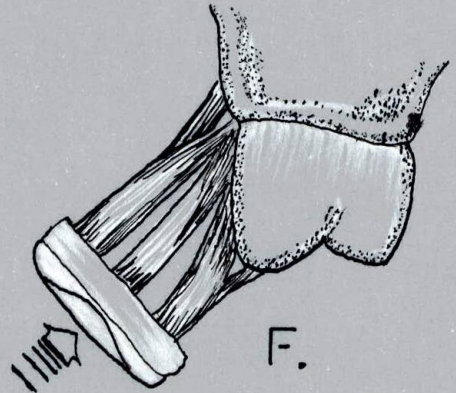
E.

Tecnica de Bass.

incorrecto



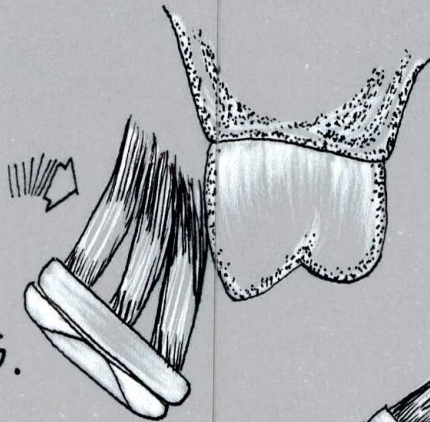
correcto



F.

G.

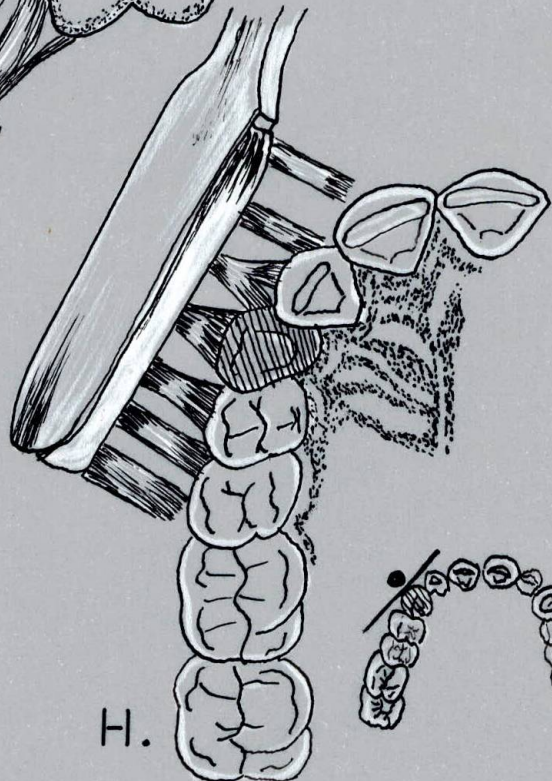
incorrecto.



correcto



incorrecto



H.

Figura 8.

Tecnica de Bass.

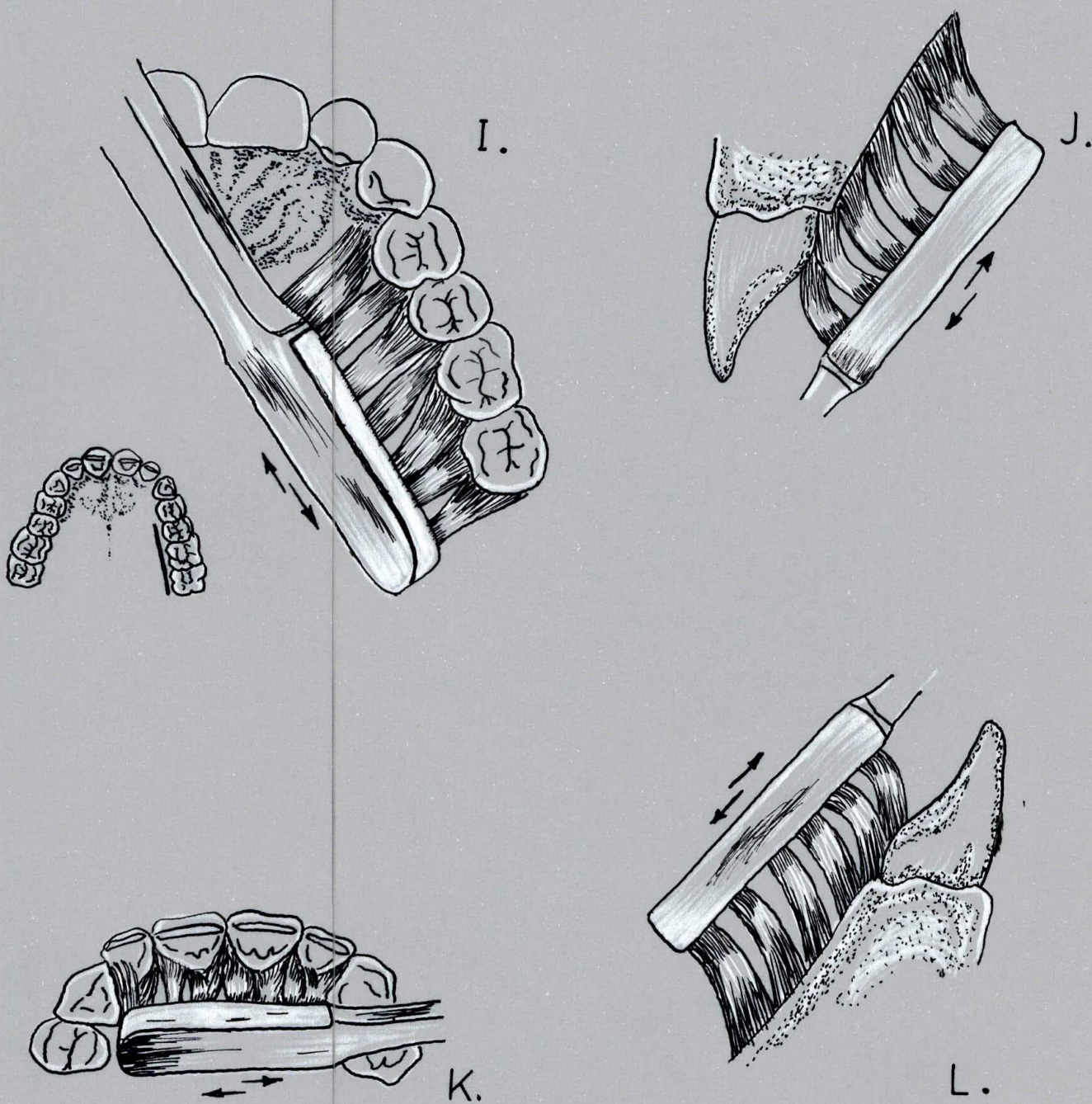


Figura 8.

Tecnicas de Bass, Stillman o Charters.

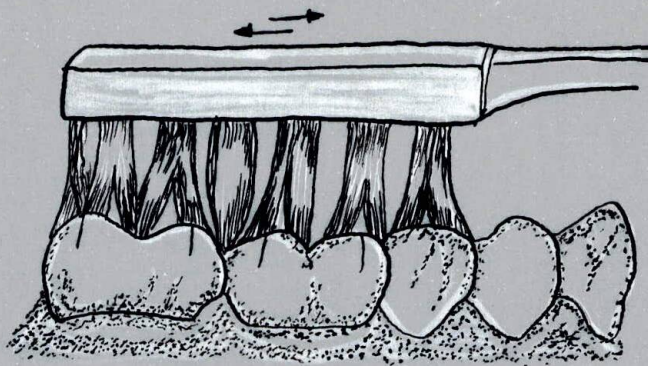


Figura 9.

Tecnica de Bass

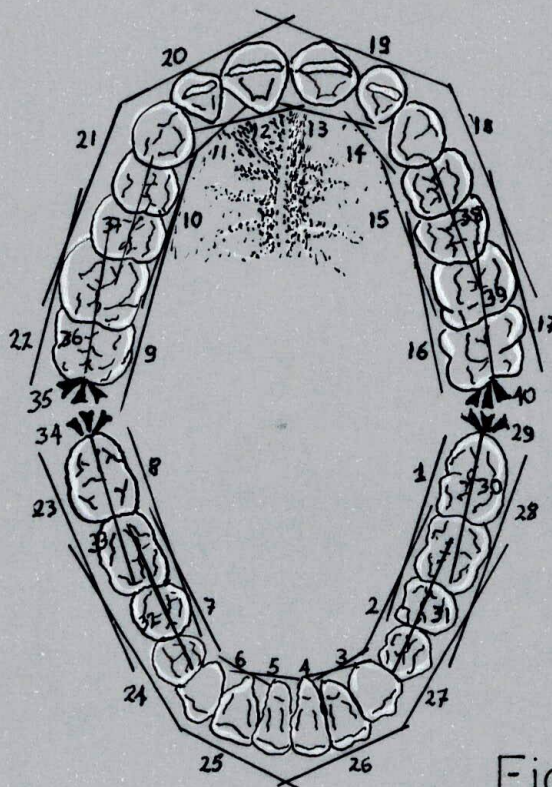


Figura 10.

FIGURA 11



ESPEJO

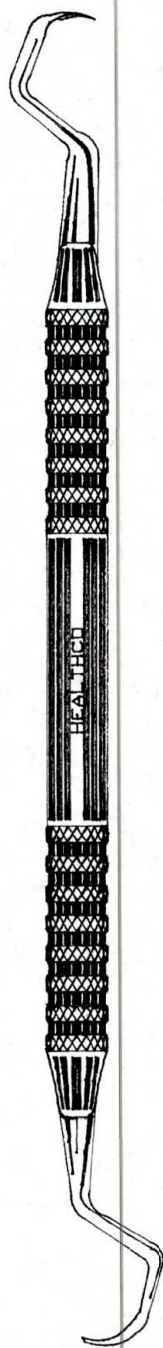


EXPLORADOR # 5

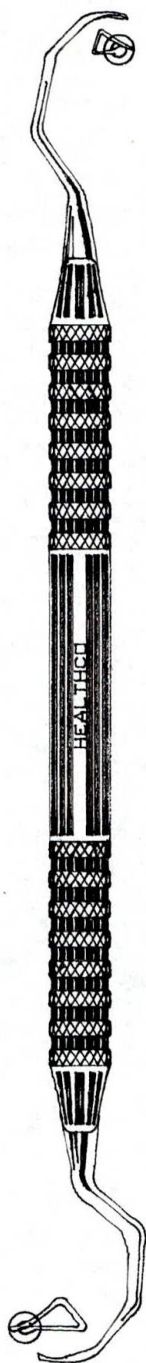


SONDA PERIODONTAL
WILLIAMS
GOLDMAN-FOX

FIGURA 12



CURETA
GRACEY
3 - 4



CURETA
GRACEY
7 - 8.



CURETA
GRACEY
11 - 12



CURETA
GRACEY
13 - 14

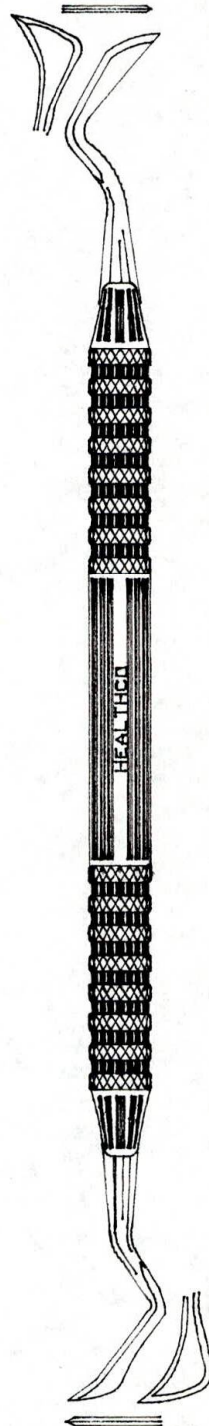
FIGURA 13



CURETA
McCALL
17 - 18

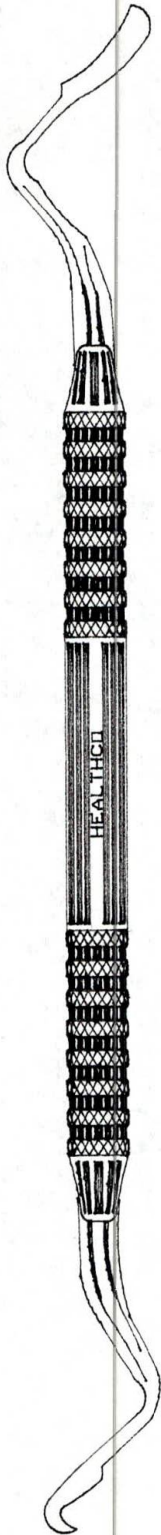


CURETA
COLUMBIA
13 - 14



KNIVES
KIRLAND
15 - 16

FIGURA 14



RASPADORES
CK-6



RASPADORES
204S



EXPLORADOR 3 CH