

EL PRACTICO GENERAL FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Dr. RICARDO J. PARODI *

La recuperación a la normalidad de los tejidos periodontales afectados por diferentes formas de enfermedad periodontal, es una preocupación constante de todos los expertos en Periodoncia (3).

Una prueba de lo expresado se refleja en la creciente variedad de técnicas propuestas las cuales, en definitiva tienen como objetivo de primera prioridad normalizar las relaciones diente-periodonto y como consecuencia recuperar las características clínicas de los tejidos periodontales (3, 4, 5).

Desde épocas pre-cristianas se realizó la eliminación de los irritantes instalados en el área del surco gingival como maniobra dirigida a obtener la curación de los tejidos alterados por las diferentes formas de enfermedad periodontal (4, 5).

El gran desarrollo técnico y científico de la Periodontología desde más de una década a nuestros días, además que permitió conocer mejor el mecanismo etiopatogénico de la E.P., consiguió mejorar y crear técnicas de tratamiento sobre bases más racionales (1, 2, 4, 5, 8).

Hoy se acepta, casi unánimemente que el proceso inflamatorio de la E.P. se inicia por la acción de irritantes locales instalados en el surco gingival y progresa en profundidad. El hueso por un mecanismo aún no muy bien dilucidado, responde con un incremento de la reabsorción a expensas de las zonas de reposo y formación, lo cual conduce a una pérdida de hueso que en definitiva es la responsable de la movilidad primero y de la pérdida del diente posteriormente (8, 10, 11).

Este mecanismo puede o no estar influenciado por factores sistémicos que operarían potenciando la severidad de la lesión al aumentar las propiedades agresivas de las bacterias y sus toxinas; disminu-

yendo los mecanismos defensivos de los tejidos o por asociación de ambos procesos (2, 8).

El odontólogo general debe conocer y comprender el mecanismo de las lesiones periodontales incipientes y enfrentar su terapéutica con la mentalidad que ella exige y, a su vez, conocer los propósitos y objetivos de los recursos terapéuticos básicos utilizados en Periodoncia.

RASPAJE Y CURETAJE

El raspaje y curetaje es una técnica de tratamiento per-se y es el común denominador de todas las técnicas de tratamiento periodontal (4, 5, 9).

El objetivo fundamental del raspaje es obtener la curación de la lesión periodontal por contracción de la encía que forma la pared blanda de la bolsa y/o eventualmente por re inserción de fibras conectivas sobre la superficie radicular tratada (4, 5).

Esta técnica está indicada en bolsas relativas y en bolsas absolutas de poca profundidad de tipo supra-alveolar cuando la encía muestra cambios predominantemente celulares. Además puede ser utilizada con éxito en bolsas intra-alveolares angostas y profundas de tres paredes óseas (4, 5).

Sobre la pared dura de la bolsa y con instrumental muy bien afilado se eliminan los depósitos duros y blandos (cálculos y placas bacterianas); el cemento necrosado y se pule y alisa con mucho cuidado la superficie radicular. Sobre la pared blanda (vertiente interna de la encía) se elimina el epitelio lateral de la bolsa, la adherencia epitelial y el tejido de granulacion inflamatorio (4, 5).

El post-operatorio de esta técnica no necesita de cuidados especiales y el pacien-

(*) Cátedra de Clínica Estomatológica y Parodontia. Facultad de Odontología de Córdoba.

te lo sobrelleva sin ninguna dificultad en la gran mayoría de los casos. Por supuesto se tendrán que tener en cuenta circunstancias especiales.

GINGIVECTOMIA

La gingivectomía es una de las técnicas más sencillas dentro de las conocidas para solucionar problemas poco avanzados de E. P. Sus objetivos están dirigidos a crear una nueva relación diente-periodonto por eliminación de la pared blanda de la bolsa (4, 5).

El procedimiento aludido se lleva a cabo realizando una incisión por debajo de la adherencia epitelial e inmediatamente por encima del contorno óseo marginal e interdental. Esta incisión a bisel externo, deja una superficie cruenta de tejido conectivo.

Con posterioridad a la eliminación del tejido incidido, se realiza el tratamiento de la superficie dentaria que es análogo al que se realiza en la técnica de raspaje y curetaje es decir, eliminación de los depósitos duros y blandos; del cemento necrosado y pulido y alisado de la superficie (4, 5, 9).

Al realizar la eliminación de los depósitos de la superficie dental se tendrá cuidado de eliminar todo resto de tejido de granulación inflamatoria.

La herida se cubre con cemento quirúrgico preparado con consistencia de masilla por un lapso nunca inferior a los siete días tiempo en que se calcula que toda la superficie de tejido conectivo expuesto ya se ha epitelizado (4, 5).

La gingivectomía es una técnica poco cruenta si se ha realizado la preparación previa del área. El postoperatorio transcurre sin molestias de importancia y no necesita de cuidados especiales a menos que el paciente tenga una historia sistémica que obligue a tomar recaudos (3).

El objetivo de la gingivectomía es crear una nueva relación diente-periodonto por formación de un nuevo surco gingival. Está indicada en: a) agrandamientos gingivales; b) en bolsas supra-alveolares de más de 5 mm. en donde los cambios inflamato-

rios tisulares son a predominio fibroso (3, 4, 5, 9).

Se ha pasado revista a dos técnicas de tratamiento de la E. P. que deben ser conocidas y realizadas por el práctico general como parte de su tarea diaria, sin embargo cedimientos técnicos es comprender sus objetivos pues en definitiva ello resulta decisivo para el éxito final del tratamiento (3, 4, 5).

El dentista que trata pacientes periodontales vive un constante desafío cada vez que se enfrenta con una lesión. El paciente presenta dos problemas: a) el primero es el paciente como enfermo y b) el segundo problema está representado por la variabilidad de la respuesta de los tejidos al tratamiento.

Se ha enfatizado que el tratamiento periodontal debe ser realizado al paciente que se lo merece (6). Este postulado tiene que ser cuidadosamente respetado por el odontólogo si no quiere conducirse por el camino más corto hacia el fracaso.

La subestimación del paciente como factor de éxito en el tratamiento periodontal le causó mucho daño a la Periodoncia. Por culpa de ello los fracasos a mediana o larga distancia superaron a los resultados satisfactorios y el paciente, así como el odontólogo se veían invadidos por una desilusión que era fácil de comprender.

El dentista que trata pacientes periodontales tendrá que estar convencido que la dinámica de los tejidos periodontales es totalmente diferente a la dinámica de los tejidos dentarios.

Los tejidos periodontales responden a las técnicas de tratamiento si se le crean las condiciones para su reparación y mantenimiento. Esto exige un paciente motivado y entrenado hacia hábitos correctos de higiene oral que se encargue de mantener el estado de salud y además sea capaz de detectar cambios incipientes hacia la enfermedad.

El profesional que gasta tiempo y esfuerzo y, por consiguiente expone su experiencia y su práctica para solucionar un problema periodontal no puede entregar el tratamiento terminado a un paciente que no conoce los signos más elementales de una encía normal ni sabe cómo mante-

ner el estado de salud alcanzado con el tratamiento (3, 4, 5).

La falta de responsabilidad del odontólogo y del paciente hacia la permanente atención que se debe prestar después que el tratamiento se ha terminado se acompaña de consecuencias desesperantes (3, 5).

Si bien todos los procedimientos terapéuticos están destinados a lograr en definitiva una misma finalidad, es decir, eliminar la bolsa y restaurar la arquitectura gingival y periodontal es importante enfatizar que cada técnica tiene sus indicaciones y objetivos precisos.

No es sensato reemplazar una técnica por otra a menos que existan razones de mucho peso que obliguen al clínico a respaldar con su criterio y experiencia la preferencia de una situación de compromiso.

Por último es necesario que el dentista que trata pacientes pericardiales frente a cada caso, se imponga una cuota de equilibrio clínico que le permita re-evaluar el progreso del tratamiento (3).

Es de esperar que de esa forma la Periodoncia se convierta en una ciencia de amplia divulgación y llegue a los pacientes como un servicio dental de acuerdo a las necesidades de la población lo cual es, en definitiva el deseo de todos los expertos.

RESUMEN

El tratamiento de las manifestaciones tempranas de la E. P. debería estar a cargo del práctico general. Por ello es de utilidad conocer los signos y síntomas de la lesión en sus primeros estadios así como también las técnicas de tratamiento y además evaluar la preocupación y grado de interés del paciente por conservar sus dientes.

Se consideran dos procedimientos terapéuticos que pueden estar al alcance del odontólogo general y se enfatiza la importancia de la motivación y entrenamiento del paciente hacia hábitos correctos de higiene oral.

BIBLIOGRAFIA

1. CARRANZA, F. A.: Un enfoque racional del problema etiológico de la parodontosis. *Rev. Asoc. Odont. Arg.* 45: 5, 1957.
2. CARRANZA, F. A.: Factores Sistemáticos en la Enfermedad Periodontal. *Rev. Asoc. Odont. Arg.* 52: 8, 1964.
3. COHEN, W. y CHACKER, F.: Criterio para la preferencia de un plan de tratamiento sobre otro. *Odont. Clin. N. Amer. Serie VIII*, 22, 15, 1968.
4. GLICKMAN, I.: *Clinical Periodontology*. Saunder Ed. 5ta. 1966.
5. GOLDMAN, H. M. y COHEN, W.: *Periodontal Therapy*. Mosby, Ed. 4ta. 1968.
6. LÖE, H.: *Curso de Periodoncia*, S.A.P. 1968.
7. PARODI, R. J.: Los cuadros Prodrómicos de la Enfermedad Periodontal. En Prensa.
8. SCHULT-HAUDT, S. D.: *Biochemical Aspects of Periodontal Disease*. WHO/DH/32, 1960.
9. SCHIRESON, S.: *Periodontal Therapy in General Practice*, J.A.D.A. 65, 39-44, 1962.
10. WAERGHAUS, J.: *The Anatomy, Histology, Biology and Histopatology of the Periodontium and associated structures*. WHO/DH/41, Aug. 1960.
11. WEINMAN, J.: Progress of gingival niflamation into de supporting structures of the teeth. *J. Periodont.* 12: 71, 1961.

Ricardo J. Parodi
Ituzaingó 219 - 2º P. "23"
Córdoba.