2ej. 725

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

TECNICAS DE GINGIVECTOMIAS ASPECTOS (ETIOLOGICOS, MORFOLOGIA E HISTOLOGIA PARODONTAL Y RADIOLOGICOS)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

APOLINAR ORTIZ MENDEZ

MEXICO, D. F. 1980

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Introducción 5
Capítulo I Factores Etiológicos 6
Capítulo II Morfología e Histología del Parodonto . . 16
Capítulo III Cambios por la edad en el parodonto . . 22
Capítulo IV Clasificación de las parodontales 25
Capítulo V La radiografía en el diagnóstico de la enfemedad parodontal. 29
Capítulo VI Instrumental y cuidados de los instrumentos 37
Capítulo VII Cirugía gingival, Raspado gingival . . . 43
Capítulo VIII Técnicas de Gingivectomías 46
Capítulo IX Fracaso de la gingivectomía 59
Indicaciones 62
Conclusiones 63
Bibliografía 64

I N T R O D U C C I O N

La gingivectomía;es una técnica que aunada a los conocimientos de la parodoncia,nos permite cuantificar los daños a la estructura del parodonto,para que de esa manera proceder en la forma más conveniente,según sea el caso.

La eliminación de las bolsas parodontales,no debe de ser cuestión de tanteo.Asi como la eliminación de todas las bolsas parodontales por medio de la gingivectomía,es equivocado,Ya que, se puede dar un buen tratamiento por medio de otros métodos.

¿Que tan importante es el aspecto etiológico? es un factor primordial en la enfermedad parodontal.Como una fuente grave en el inicio de la enfermedad parodontal.

¿Cual es el objetivo de la gingivectomía? la restitución de la función,tanto morfológica y fisiológica del parodonto,que permitan medidas higienicas adecuadas,como resultado del tratamiento.Además es un procedimiento quirúrgico,como tal,se debe de practicar con los principios de la cirugía.

CAPITULO I

FACTORES ETIOLOGICOS

- FACTORES ETIOLOGICOS -

EN LA PATOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Placa bacteriana- toda superficie reacciona manera con el medio que la rodea;puede hacerlo de un modo protector o destructor.Los dientes se hallan expuestos a un ambiente complejo en la boca,y sobre la superficie dental se forman diversos compuestos orgánicos.Sobre un diente acabado de limpiar en pocos minutos de exposición a la saliva una pelicula adquirida.Es una capa delgada,clara,acelular,exenta de bacterias,casi invisible.A medida que la pelicula madura se hace más gruesa y puede pigmentarse.

El paso siguiente es la colonización bacteriana de la superficie de la pelicula adquirida. La placa bacteriana es una matris proteínica blanda en la cual se hallan en suspensión muchas bacterias de varios tipos.Se forma la pelicula adquirida en I2 a 24 horas.Este producto del crecimiento bacteriano está tenazmente adherido a la superficie del diente.Presenta una forma arquitectónica definida cuando se le estudia histológicamente.La composición de la dieta afecta la formación de la placa y a su relación con la caries dental y la enfermedad parodontal.

Cálculo dental- la placa bacteriana orgánica es un precursor y parte integral del cálculo pero la formación de la placa no produce necesariamente el desarrollo de un cálculo. La mineralización de la placa puede verse influida por factores salivales desconocidos y por la acción bacteriana.

La presencia de placa y cálculo no siempre causa una enfermedad parodontal progresiva. La calidad de la placa puede afectar al grado de irritación que provoca. En inventigaciones independientes Baer y Stewart han observado que el depósito de cálculo es acelerado por las dietas blandas y retardado por los alimentos fibrosos detergentes. Los caracteres pueden ser modificados por alteraciones de la dieta. Se depósitan cristales de fosfatos de calcio en áreas localizadas en la película y en la matriz de la placa simultaneamente. El tiempo requerido por la formación de cálculo se mide en días.

Las caras liguales de los incisivos inferiores y las vestibulares de los molares superiores son las primeras en resibir la saliva recién segregada debido a su posición cerca de los conductos de las glandulas salivales más importantes.

Por lo tanto,el cálculo se deposita sobre dicha superficies con mayor frecuencia que en las demás.El proceso de la formación del cálculo se inicia con un depósito de material orgánico blando sobrando sobre la superficie del diente. Esta película de mucina y de bacterias se impregna de sales de calcio y se trasforma en una acreción calcificada.

La enzima esterasa,hallada en diversos microorganismos y en células epiteliales descamadas,inicia la calcificación hidrolisando los ésteres grasos en ácidos grasos libres,según la — informan Baer y Bernstone.Mandel observó que los microorganismos inducen la mineralización y también afectan al PH de la placa y de la saliva.

El cálculo se deposita dentro de la placa bacteriana y se adhiere firmemente al diente coronal con respecto del borde gingival,o bien en el surco o bolsa gingival.Los depósitos supragingivales del cálculo pueden causar atrofia sin que lleguen a formarse las bolsas por destrucción de la pared gingival a medida que se forma el depósito.El cálculo subgingival se forma únicamente cuando hay inflamación gingival,y los depósitos constituyen un factor -

agravante,el cálculo es, a la vez,un irritante mecánico y bacteriano que tiene una posición fija sobre la superficie del diente.El cálculo subgingival se halla en contacto constante con el epitelio que reviste el sulcus.En la superficie y en el interior del cálculo pulula una masa microliana que elavora incesantemente productos tóxicos que infiltran el epitelio adyacente y causan una respuesta inflamatoria inespecifica.

La masa del cálculo aumenta de tamaño y cubre una área mayor,y a medida que la bolsa gana en profundidad en sentido apical,el cálculo continúa depositándose en su base.

Friedman designa al cálculo como a un agente destructivo dinámico,puesto que es un cuerpo extraño mantenido en constante contacto con la pared de la bolsa parodontal.La necrosis del epitelio que reviste el sulcus gingival expone el tejido conjuntivo al contenido séptico de la bolsa.La bolsa parodontal que contiene un cálculo que se parece a una herida infectada que contiene un cuerpo extraño,como una astilla.sin embargo la capa de leucocitos,células epiteliales descamadas y bacterias,que se observan siempre entre el tejido blando y el cálculo.

No siempre existen cálculos,aunque se trate de bolsas profundas.A menudo se observan bolsas infraóseas profundas en las cuales no hay cálculo en la raíz afectada.

Cuando existe,el cálculo mantiene la enfermedad pero probablemente no inicia la formación de la bolsa.No obstante,el cálculo no es beneficioso para el paciente,independientemente de cualquier teoría que pueda exponerse sobre su origen,En la práctica se ha de eliminar escrupulosamente.

Materia alba- es una materia de residuos blanda,blanquecina ,que contiene elementos hísticos muertos,principalmente células epiteliales,leucocitos y bacteria,retenidos en los dientes y encías, y que pueden penetrar en el sulcus se trata,en efecto,de un medio de cultivo y contiene una elevada consentración de bacterias.La materia alba es un agente irritante químico y bacteriano grave que actúa sin cesar,a menos que sea eliminada mediante el cepillado de los dientes o por otros instrumentos usados en la practica de la higiene oral personal.La materia alba no tiene una forma arquitectónica especifica y no sigue a la base de la bolsa a medida que se hace más profunda.

Irritación mecánica- desde el punto de vista ideal la encía libre es fina, resistente, infinitamente adosada al cuello del diente, y esta protejida por delicados relieves de la corona durante la masticación de la masa alimenticia es dirijida por dichos relieves, de tal suerte que, no llega al borde gingival libre y rosa la encía adherida, fisicamente designada para la función masticatoria.

Las anomalias anatómicas dentarias o gingivales que interfieran en el mecanismo natural de la movilisación de la masa alimenticia constituyen un factor predisponente a la parodontitis. La inserción del fremillo en el borde gingival dificulta la circulación del alimento y la higiene oral en esta zona. El movimiento del labio causa la retracción del borde libre gingival y permite la acumulación de restos alimenticios y de materia alba entre el diente y la encía.

La perdida del contorno del borde gingival provocada por cualquier irritante permite la penetración de alimentos por debajo de dicho borde. En la gingivititis se pierde el estracto córneo protector y desaparece el granedo por la desorientación de la red fibrosa gingival y la distención del tejido por edema

no obstante,tal cambio puede ocurrir sin alteraciones evidentes de la coloración o de la forma un irritante local débil puede causar un engrosamiento del borde gingival,que impida la movilización correcta del alimento y que gradualmente origina irritación mecanica,química y bacteriana.El ligero aumento de volumen del margen hace que el tejido sobresalga de los relieves protectores de la corona,de tal modo que la masa alimenticia choca contra la encia libre y causa irritación mecánica asi como retencion de alimentos.Las porciones retenidas actuan como sustento de las bacterias.

Factores Iatrógenos-bordes de las restauraciones,la extención excesiva del borde gingival de una restauración dental causa lesiones de tipo mecanico en los tejidos,facilita la acumulación de restos alimenticios,especialmente si la superficie es áspera.Con todo no es un medio de cultivo para la bacterias y no aumenta de volúmen.Es más bien estático que dinamico y menos irritante que el cálculo.La extención excesiva de la amalgama de plata es corriente.La extensión insuficiente del borde gingival de una incrustación origina una hendidura donde se acumalan las bacterias y los residuos alimenticios.

Los residuos alimenticios pueden convertirse en una causa de irritación mas intensa que los bordes demasiados largos largos.

El cemento dental retenido en el surco gingival constituye un irritante mecanico mas potente que la restauración metálica demasiado grande. Es un agente irritante, mecanico, quimico simultaneamente, y debido a su porosidad proporciona un exelente refugio a los microorganismos, incluso los bordes exactamente adaptados de las cornas apoyos de puentes que se extienden dentro del surco gingival producen irritación que, a menudo, determina el engrosamiento de la encía marginal. El material protésico en posición apical con respecto al borde la encia libre hace dificil la consevación de la salud gingival en los pacientes predispuestos a la parodontitis.

En un estudio histológico de la reacción de la encía al cemento de cilicato y a la amalgama. Zander obsevó una reacción inflamatoria similar a la causada por el cálculo subgingival. Las restauraciones presentaban un borde por extención excesiva, o una hendidura por extención insuficiente, de unos 0.2 mm. no apresiables clínicamente. El reborde o la hendidura solían estar llenos de placa bacteriana y células redondas.

Wmerhaug y Zander han estudiado la reacción de los tejidos gingivales a las restauraciones acrílicas autopolimerizables y han llegado a la conclusión de que producen una reacción inflamatoria crónica en el cuello gingival adyacente. La reacción estaba provocada por el material de la placa contenido en la hendidura situada entre la restauración de resina y la cavidad del diente. La superficie del empaste de resina que estaba en contacto con el epitelio del surco también estaba cubierto de placa.

Contorno inadecuado de las restauraciones. La restauración inadecuada de la anatómia de la corona puede ser un factor etiológico en la enfermedad parodontal. Los contornos exagerados proporcionan un refugio a los restos alimenticios y la materia alba. Los contornos coronales vestibular y lingual solo tienen importancia si la encía marginal ocupa casi su posición normal en el cuello del diente. Si la encía ha retrocedido hasta una posición apical extrema a consecuencia de la enfermedad parodontal no será necesaria la restauración del contorno para su protección durante la masticación

Las áreas de contacto demasiado grandes y planas crean una papila gingival cóncava con un pico en las caras vestibular y lingual y una depresión de tejido blando entre ambos.

CAPITULO II

MORFOLOGIA E HISTOLOGIA DEL PARODONTO

MORFOLOGIA E HISTOLOGIA DEL PARODONTO

EL PARODONTO;tejido de protección y de sostén del diente se compone de:ligamento parodental,cemento,hueso alveolar.

La encía se encuentra dividida en;encía insertada,encía marginal,encía interdentaria.La encía marginal constituye un sistema importante de haces de fibras colágenas denominadas fibras gingivales que se disponen en tres grupos;gingivodental,circular y transeptal.

Encía marginal- es la encía libre que rodea los diente a manera de collar y se halla demarcado de la encia insertada por una depresión lineal poco profunda de un ancho de I mm.

Encía interdentaria- ocupa el nicho gingival y que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto,consta de dos partes una por vestibular y otra por lingual.

Encía insertada- se continúa en la encía marginal estrechamente unido al cemento y hueso alveolar se extiende hasta la mucosa alveolar.

Surco gingival- es la hendidura somera alrededor del diente limitada por la superficie del diente.

Grupo gingivodental- se hallan incluídas en el cemento de la superficie vestibular y lingual, se proyectan desde el cemento en forma de abanico hacia la cresta y la superficie externa de la en-

cía marginal también se extienden en la cara externa del periostio del hueso alveolar y terminan en la encía insertada.

El grupo circular- éstas fibras pasan atraves del tejido conectivo de la encía marginal e interdentaria y rodean al diente a manera de anillo.

Grupo transeptal- están situadas interproxi - malmente y éstas fibras forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de los dientes vecinos en los cuales se hallan incluídas.

El ligamento parodontal- es una estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz,une al hueso y a su vez es una continuación del tejido conectivo de la encía que se comunica con los espacios medulares atravez de canales vasculares.Los elementos más importantes del ligamento parodontal son las fibras colágenas dispuestas en haces que siguen un recorrido ondulado.Los extremos de las fibras principales se insertan en el cemento y hueso y se les denomina fibras de Sharpey.Las fibras principales lo constituyen los siguientes grupos.

Grupo transeptal-se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se insertan sobre el cemento del diente vecino,éstas fibras se contruyen una vez producida la destrucción del hueso alveolar en la enfermedad parodontal.

Grupo de la cresta alveolar- éstas fibras se extienden oblicuamente desde el cemento,debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar,su función es de equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales ayudando a mantener al diente en el alveolo y resistir el movimiento lateral.

Grupo horizontal- éstas fibras se extienden en angulo recto respecto al eje longitudinal del diente y van desde el cemento al hueso alveolar su función es igual al -

anterior.

Grupo oblicuo- es el grupo de fibras más grande del ligamento parodontal se extienden desde el cemento en dirección coronaria y en sentido oblícuo con respecto al hueso alveolar su función soportar las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

Grupo apical- éstas fibras se irradian desde el cemento al hueso,en el fondo del alveolo.

El cemento- es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz hay dos tipos de cemento;

cemento acelular (primario)

cemento celular (secundario)

ambos se componen de una materia interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas.

El tipo de cemento celular contiene cementocitos en espacios aislados y se comunican entre sí mediante un sistema de canalículos anastomosados.

Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte del cemento acelular que desempeñan un papel principal en el sostén del diente y estan completamente calcificadas el cemento celular está menos calcificado que el acelular y ocupa una porción menor,es más común en la mitad apical,la otra mitad esta ocupada por cemento acelular con la edad hay mayor acumulación.

Su contenido inorganico es hidroxiapatita. El proceso de resorción no es necesariamente contínuo y puede alternarse en periodos de reparación y aposición de cemento nuevo.

Proceso alveolar- es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios. Se componen de la pared interna del alveolo, de hueso delgado compacto denominado (hueso esponjoso) y las tablas vestibular y palatina de hueso compacto las fuerzas oclusales que se transmiten desde el ligamento parodontal hasta la parte interna del alveolo son soportadas por el trabéculado esponjoso y a su vez por las tablas corticales vestibular y lingual.

La pared que forma el alveolo está constituido por hueso laminado parte del cuál se organiza en sistemas Haversianos y hueso faciculado, por su contenido de fibras de Sharpey, está formada por diversos canales que contienen vasos sanguineos, linfaticos y nervios que establecen la unión entre el ligamento parodontal y dél hueso alveolar.

CAPITULO III

CAMBIOS POR LA EDAD EN EL PARODONTO

CAMBIOS POR LA EDAD EN EL PARODONTO

En la encía se identificarón los siguientes cambios a medida que avanza la edad:recesión,disminución de la queratinización tanto en hombres como en la mujer disminución del puenteado o no de la cantidad de células en el tejido conectivo,aumento de la sustancia intercelular y descenso en el consumo de oxígeno que constituye una medida de la actividad metabolica.

Hay en el ligamento parodontal un aumento de fibras elásticas,disminución de la vascularización,la actividad mitótica,fibroplasia,fibras colágenas y mucopolisacáridos hay aumento de cambios arterioscleróticos.La disminución del espesor puede ser consecuencia de la invasión del ligamento parodontal por el apósito continuo de cemento y hueso.

Hay un marcado descenso de la altura del hueso alveolar (atrofia senil) que son similares al resto del sistema óseo reducción de la vascularización y como resultado,de ello existe un marcado descenso en el proceso de cicatrización la resorción aumenta y disminuye la neoformación de hueso cuya consecuencia es la osteoporosis.

La capacidad del hueso alveolar para soportar las fuerzas de masticación disminuyen considerablemente despues de los 30 años.

Envejecimiento y efectos acumulativos en la enfermedad bucal: con el tiempo,la enfermedad crónica puede producir muchas alteraciones en la boca y es difícil determinar en que medida contribuye el envejecimiento fisiológico al cuadro total.Algunos sostienen que la recesión gingival.La atrición y el descenso de la altura ósea en los ancianos es más el resultado de la enfermedad y factores del medio bucal que el del envejecimiento fisiológico no se presenta en todos los paciente y varian considerablemente.

La perdida ósea acentuada; la migración patológica de los dientes y la pérdida de la dimensión vertical pueden ser consecuencias de la enfermedad parodontal y el no reemplazo de los dientes ausentes.

SIGNOS Y SINTOMAS

El único método de localizar las bolsas parodontales y determinar su extensión es por medio del sondeo cuidadoso del margen gingival de cada diente.

La encía marginal rojo-azulado,una zona vertical rojisa desde el margen gingival hasta la encía insertada,encía brillante hinchada,sangrado gingival,exudado purulento,movilidad y migración de los dientes,aparición de diastemas en donde no los había.

Los síntomas: dolor localizado,sensación de presión que va disminuyendo poco a poco despues de comer,sabor desagradable en áreas localizadas,sensibilidad al calor y al frío,dolor en ausencia de caries.

CAPITULO IV

CLASIFICACION DE LAS BOLSAS PARODONTALES

CLASIFICACION DE LAS BOLSAS PARODONTALES

Se clasifican según su morfología y su relación con las estructuras adyacentes,como sigue:

BOLSA GINGIVAL RELATIVA-está formada por el agrandamiento del volúmen de la encía.

BOLSA PARODONTAL ABSOLUTA- la encía enferma y el surco se profundiza,hay destrucción de los tejidos parodontales de soporte,son de dos clases:SUPRAOSEA E INFRAOSEA

SUPRAOSEA-en cual el fondo del hueso es coronal al hueso alveolar adyacente.El patrón de destrucción del hueso es horizontal.

En la zona interproximal,las fibras transeptales que son restauradas durante la enfermedad parodontal progresiva se disponen horizontalmente en el espacio entre la base de la bolsa y el hueso alveolar.

En la superficie vestibular y lingual,las fibras del ligamento parodontal debajo de las bolsas siguen un curso normal horizontal oblicuo entre el diente y el hueso.

INFRAOSEA- en el cual el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente,en éste tipo la pared lateral de la bolsa está entre la superficie dentaria del hueso alveolar.

El patrón de destrucción óseo es angulado verticalmente o crateriforme creando una deformidad invertida en el hueso.

En la zona interproximal,las fibras transeptales son oblicuas en vez de horizontales,se extienden desde el cemento que está debajo de la base de la bolsa,a lo largo-

del hueso sobre la cresta,hasta el cemento del diente vecino.

En la superficie vestibular y lingual,las fibras del ligamento paradontal siguen el patrón angular del hueso adyacente.Se extienden desde el cemento que se halla debajo de la base de la bolsa a lo largo del hueso,sobre la cresta,para unirse al perióstio interno.

RECESION GINGIVAL Y PROFUNDIDAD DE LA BOLSA

La bolsa produce la recesión de la encía y la denudación de la superficie radicular,no siempre se relaciona con la profundidad de la bolsa ésto es porque el grado de recesión depende de la localización de la base de la bolsa,sobre la superficie radicular,mientras mientras la profundidad es la distancia entre la base de la bolsa y la cresta de la encía.Bolsas de igual profundidad pueden tener diferentes grados de recesión la exposición de las raíces una vez eliminadas las bolsas depende de la cantidad de resección antes del tratamiento.Una apreciación cuidadosa de la recesión asociada con bolsas parodontales evitará la causa posible de error en el tratamiento.

CAPITULO V

LA RADIOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

La radiografía en el diagnóstico de la enfermedad parodontal

La radiografía es una valiosa ayuda en el diagnóstico de la enfermedad parodontal,la determinación del pronóstico y evaluación del resultado del tratamiento.Es un complemento del exámen clínico.

La imagen radiográfica es un producto de la superposición del diente,hueso y tejidos blandos en la trayectoria entre el cono del aparato y la pelicula,la radiografía revela alteraciones en los tejidos calcificados;no revelan el estado real de la actividad celular.

-Tabique interdentario normal-

como las tablas óseas vestibular y palatina están enmascaradas por la estructura radicular relativamente densa,la valoración radiografica de los cambios óseos en la enfermedad parodontal se basa en el aspecto del tabique interdentario normalmente,este presenta un límite radiopaco delgado,junto al ligamento parodontal,y en la cresta, que se le denomina cortical alveolar o lamina radiograficamente aparece como una linea blanca radiopaca,pero esta perforada por numerosos orificios pequeños que contienen vasos lifáticos,sanguineos y nervios que pasan entre el ligamento y el hueso.

Puesto que la lámina cortical o lámina dura representa la superficie ósea del hueso que reviste el alveolo dentario,la forma y la porción de las raíces y de los cambios de la angulación del haz de los rayos X producen considerables variaciones en su aspecto.

Normalmente el ancho del tabique interdentario y el ángulo de la cresta varían según la convexidad de la superficies dentarias proximales y el nivel de la unión amelocementaria de los dientes proximales.

Las variaciones de la técnica radiografica produce artificios que limitan el valor del diagnóstico de la radiografía.Al alterar el tiempo de exposición y de revelado,el tipo de película y la angulación del rayo,se modifica el nivel óseo,la forma de la destrucción ósea,el ancho del espacio del ligamento parodontal,y la radiolucidez,el patrón trabecular y el contorno marginal del tabique interdentario.Se requieren técnicas normalizadas reproducibles para obtener radiografías seguras para establecer comparaciones anteriores y posteriores al tratamiento superpuesto a la placa revelada.

La técnica paralela de cono largo proyecta una imagen más real del nivel ósea alveolar.

La técnica de la bisectriz del ángulo aumenta la proyección y hace que el margen óseo aparesca más cerca de la corona;el nivel del borde óseo vestibular se deforma más que el lingual puesto que las radiografías no revelan cambios óseos pequeños.La enfermedad paredontal que se produce incluso cambios radiografices muy leves ha avenzado más alla de la etapa inicial incipientes de la enfermedad,por ello han de ser detectados clínicamente.La imagen radiográfica tiende a ser menos severa que la pérdida ósea real.La diferencia entre la altura de la cresta alveolar y el aspecto radiográfico escila entre 0 y I.6 mm,en su mayor parte originada por la angulación de los rayos X.

La radiografía es un método indirecto para determinar la cantidad de pérdida ósea que,hay en la enfermedad parodontal.Indica la cantidad de hueso remanente y no la cantidad perdida.La cantidad de hueso perdido se estima como la diferencia entre el nivel fisiológico del hueso del paciente y la altura del hueso restante.Para determinar la cantidad de pérdida ósea en la enfermedad parodontal es preciso:I) determinar la edad del paciente;2) estimar el nivel fisiológico del hueso a esa edad,y 3) determinar la diferencia entre el nivel fisiológico del hueso y el nivel del hueso restante indicado en la radiografía.El mismo nivel de hueso restante indica un grado diferente de pérdida ósea en pacien-

tes de diferentes grupos de edades.

La distribución de la pérdida ósea es un signo de diagnóstico importante. señala la localización de los factores locales destructores en diferentes zonas de la boca y en relación con las diferentes caras de un mismo diente.

En la enfermedad parodental, el tabique interdentario sufre cambios que afectan a la cortical alveolar, la radiolucidez de la cresta, el tamaño y la forma de los espacios medulares. y a la altura del contorno y el contorno del hueso. Puede disminuir la altura del tabique interdentario, y la cresta quedar horizontal y perpendicular al eje mayor del diente vecino o puede presentar defectos en la forma de ángulo o arco. El primer caso se denomina pérdida ósea horizontal, y el segundo pérdida ósea vertical o defectos óseos.

Las radiografías no indican la morfología interna o la profundidad de los defectos interdentarios crateriformes que aparecen como defectos angulares o verticales, ni tampoco revelan la amplitud de la lesión en la superficie vestibular y lingual. Hay varias razones para ello. la destrucción ósea vestibular y lingual está

enmascarada por la estructura densa de la raíz y la destrucción ósea en las superficies radiculares mesial y distal puede encontrarse parcialmente oculta por una linea milohioidea densa.

Las tablas corticales densas en la superficies vestibular y lingual enmascaran la destrucción que se produce en el hueso esponjoso intermedio. Ello significa que es posible que haya un cráter profundo entre la tabla vestibular y lingual sin manifestaciones radiograficas de su presencia. Para que la destrucción del hueso esponjoso proximal sea registrada en las radiografías, debe de estar afectada la cortical ósea. La reducción de solo 0.5 a 1.0 mm en el espesor de las tablas es suficiente para permitir la visión radiografica de la destrucción de las trabeculas esponjosas internas.

Cambios radiograficos en la parodontitis, tienen una serie de cambios radiograficos y los cambios tisulares que los producen: Porrosidad y pérdida de la continuidad de la cortical en los sectores mesial y distal de la cresta del tabique interdentario son los primeros cambios radiográficos de la parodontitis.

Esto tiene su origen en la extensión de la inflamación desde la encía hacia el hueso y el ensanchamiento concomitante de los conductos vasculares,y una disminución del tejido calcificado en el margen del tabique.

En la zona mesial y distal de la cresta del hueso del tabique se forma una zona radiolúcida en forma de cuña.El ápice de esa cuña apunta hacia la raíz.

El proceso destructor se extiende por la cresta del tabique se extienden proyecciones en forma de dedos.

Las proyecciones radiolúcidas hacia el tabique interdentario son resultado de la profundización de la inflamación dentro del hueso.Las células y el líquido inflamatorios,la proliferación de tejido conectivo y el aumento de la osteoclasia originan una mayor pérdida ósea en los márgenes endostales de los espacios medulares.Las proyecciones radiolúcidas,son imagenes compuestas de las trabéculas óseas parcialmente erosionadas.

Progresivamente,la extensión de la inflamación y la resorción ósea reducen la altura del tabique interdentario.

Cuando la inflamación es el único factor destructor en la enfermedad parodontal, la cresta del tabique es horizontal; cuando la inflamación se combina con el trauma de la oclusión, la destrucción es angular.

-Cambios radiográficos en la parodontosis-

La parodontosis se caracteriza por una combinación de las siguientes características radiográficas:

En el comienzo, la pérdida de hueso alveolar se localiza en un solo diente o en un grupo de dientes, y tiende a generalizarse a medida que la enfermedad avanza. Al principio, la pérdida ósea se produce en los incisivos superiores e inferiores y zonas de primeros molares, por lo general en forma bilateral. El tabique interdentario presenta patrones destructivos verticales angulares o arciformes. Cuando se generaliza la pérdida ósea, es menos pronunciada en zona de premolares inferiores.

La alteración generalizada del patrón trabecular del hueso alveolar consiste en trabéculas menos definidas y aumento de los espacios medulares.

CAPITULO VI

INSTRUMENTAL Y CUIDADOS DE LOS INSTRUMENTOS

INSTRUMENTAL

Hay una amplia variedad de instruemtos para la cirugía parodontal. Se debe de disponer de un juego de instrumentos que sea práctico y cómodo para el uso a que se le destina. Este conjunto puede completarse con otros instrumentos auxiliares que se han de tener a la mano que se usarán en determinadas ocasiones. Estos son los que utiliza el Dr. John F. Prichard.

Espejos bucales planos No. 4

Sonda periodontal fina (Fox)

Bisturí Goldman-Fox No. 7

Instrumento No. 10 de Goldman-Fox

Elevador y separador perióstico de Prichard

Cinceles para esmalte No. 20 y 80-84

Fresas redondas

Piedra de diamante para gingivoplastía

Pinza para sutura periodontal

Cucharillas McCall 4L y 4R, 2L y 2R, 29-30 (Ivory)

Pinzas para torundas, pinzas desdentadas para algodón. Dixon No. 14BB

Bisturí de Bard-Parker 23K

Portagujas N 0DA-130 Mayo

Separador de tejido Kirkland 23K

Cucharillas quirúrgicas de Prichard I y 2

Boquillas cavitrón N PIO-PIIR -PIIL-EW PIOL-EW PIOR.

Guantes de vinilo desechables

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

Jeringas de cartucho tipo aspirador

agujas,calibre 30 cortas,y 27 largas(Nissy)

Lidocaína (xilocaína, con epinefrina al 1:50,000

Soluciones anestésicas tópicas

Supercaína

ClH Dyclone

Drape estéril

Tintura de metaphen

Pinza de mano de aspirador(Hu-Friedy)

Boquillas intercambiables Couplan No.1-4(Hu-Friedy)

Boquillas para evacuación de saliva

INSTRUMENTAL QUE UTILIZA EL DR.BALINT ORBAN

Bisturíes para gingivectomía

Bisturíes para superficies distales

Explorador de bolsas

Parodontómetro

Hoces,azadones y curetas

Gasas esterilizadas

Eyector quirúrgico

Solución anestésica

Jeringa para anestesia metálica

Cemento quirúrgico

Lima interproximal

Cucharillas

Pinzas hemostáticas

Pinzas para encía.

Instrumentos Auxiliares

Hay una amplia variedad de instrumentos para la cirugía parodental. Se debe de disponer de un juego de instrumentos que sea cómodo y práctico para el uso a que se le destine. Este conjunto puede completarse con otros instrumentos auxiliares que se han de tener a la mano que se usarán en determinadas ocasiones.

El Dr. John F. Prichard utiliza el siguiente juego.

Espejos bucales No. 4

Senda periodental fina (Fox)

Bisturí Goldman-Fox

Elevador y separador perióstico de Prichard

Cinceles para esmalte No. 20, 80, 84

Fresas redondas

Piedras de diamante para gingivectomía

Pinzas para sutura periodontal.

Cuidado de los instrumentos

En el consultorio se ha de disponer de una área de esterilizacion que se usará exclusivamente para la limpieza, esterilización y conservacion de todos los instrumentos y materiales quirurgicos, todos los instrumentos y materiales utilizados se sumergirán en solucion que sea detergente se fretaran con un cepillo duro, se enjuagaran, se secaran antes de colocarlos en el autoclave. Si no se cepillan a fondo se va acumulando una pelicula que impide la esterilización completa.

Los instrumentos quirúrgicos corrientes despues de ser bién lavados y secados se envuelven en tela de algodón y se esterilizan en el autoclave.

Para conservar la esterilidad, del paquete no se abre hasta el momento de iniciar la intervención quirúrgica.

Los únicos métodos aceptables de esterilización del instrumental sensla exposición de agua a presión en el autoclave, calor seco, la autoclave de Harvey es perfecto para la consulta odontológica debido a su tamaño conveniente ya que el vapor no oxida ni hace perder el filo de los instrumentos. Cualquier duda que pudiera

surgir a cerca de la capacidad esterilizadora de la autoclave cuando se usa adecuadamente es comprobandola en un laboratorio comercial o clínico.

CAPITULO VII

CIRUGIA GINGIVAL, RASPADO GINGIVAL

CIRUGIA GINGIVAL

La cirugía gingival,tiene por finalidad la corrección de los trastornos menores del parodonto en que la enfermedad ha causado defectos óseos y no hay aberraciones anatómicas del proceso alveolar.

En algunos casos la cirugía gingival puede eliminar bolsas parodontales profundas si el contorno óseo no requiere de corrección.En algunas ocasiones la absorción ósea se produce de modo uniforme en dirección horizontal sin crear bordes incongruentes cráteres u otros defectos y en tales casos,la cirugía gingival elimina las bolsas parodontales.Las parodontales aisladas de las caras vestibulares de los dientes en las que la pérdida de hueso forma un defecto ancho en una pendiente gradual en la cual puede adaptarse el tejido blando,también pueden ser eliminadas pues es posible una recesión selectiva con una sola intervención gingival.

RASPADO SUBGINGIVAL

Es el raspado que se realiza en la superficie de la raíz y la eliminación del epitelio que tapiza la por reinserción o por encogimiento de la pared gingival de la misma,la retracción solamente se puede producir cuando la encía está edematosa.

A manera que vuelva a insertase en el cemento tras el raspado subgingival.

elavora una forma gingival ideal con bordes afilados mucosas interdentales y papilas interdentales en forma de cono.

El empleo de piedras de diamante ásperas para eliminar cantidades pequeñas de tejido despues de las incisiones iniciales de la gingivoplastía.

También se ha utilizado el método electroquirurgico para modelar los contornos gingivales,pero se ha demostrado que es inferior a los instrumentos convencionales.Este método de eliminación hística retrasa la curación y no permite regular la profundidad de la necrósis al terapeuta.

CAPITULO VIII

TECNICAS DE CINCIVECTOMIAS

LA GINGIVECTOMIA-es una incisión de la encía,es una operación en dos tiempos.Eliminación de la encía enferma,el raspaje y alisado de la superficie radicular,es un procedimiento definitivo para eliminar las bolsas:supraóseas profundas,las bolsas supraóseas con paredes fibrosas,agrandamientos gingivales,las lesiones de furcación,abscesos parodontales,determinados orificios gingivales interdentarios y determinadas bolsas infraóseas.

La gingivectomía se usa para la eliminación de todas las bolsas supraóseas haciendo caso omiso de su profundidad,si la pared es fibrosa y firme puesto que el tejido fibroso no se contrae.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA DEL DR.OLIN KIRKLAND MODIFICADA POR EL DR.IRVING GLICKMAN

I- Anestesia regional o local

2- Una boca con bolsas generalizadas se trata por cuadrantes siguiendo un orden y modificandolo si hay priodidades urgentes en una zona determinada

3- Exploramos las bolsas con una sonda parodontal posteriomente marcamos las bolsas con una pinza marcadora 27G comenzando por la superficie distal del diente siguiendo por la superficie vestibular y hacia la linea media y se repite del lado lingual cada bolsa se marca en varias par-

-tes para dibujar su curso sobre cada superficie

4- La encía se corta con bisturíes parodontales, escarpelo o tijeras, Glickman usa bisturíes 20-21 22-23G y los Bard-Parker No.11 y 12 y las tijeras como instrumentos auxiliares.

5- Las incisiones pueden ser, continua o discontinua previamente ya marcamos el curso de las bolsas con las pinzas marcadoras entre la base de la bolsa y la cresta del hueso la, incisión continua se comienza en la superficie vestibular del último diente y se lleva hacia el sector anterior sin interrupción siguiendo el curso de las bolsas hasta la línea media.

La incisión discontinua, se comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector anterior extendiendose atraves de la encía interdentaria hacia el ángulo distovestibular del siguiente diente y de la siguiente incisión comienza donde termina ésta se hace por apical a los puntos que marcan los cursos de las bolsas, entre la base de las bolsas y de la cresta alveolar del hueso.

6- La incisión se biselará aproximadamente a 45° respecto a la superficie dentaria en los casos

en donde las paredes de las bolsas están agrandadas y son fibrosas.

7- Para las bolsas de diente adyacentes a una zona desdentada se hacen las incisiones corrientes sobre la superficie vestibular y lingual y además una incisión individual a través del borde desdentado. La eliminación de la encía marginal y de la interdentaria se realiza comenzando por la superficie distal del último diente erupcionado se desprende el márgen gingival por la línea de incisión, con una azada quirúrgica y raspadores superficiales 3-4C.

8- Eliminamos el cálculo y el cemento necrotico y se alisa la superficie radicular con raspadores superficiales y profundos, también curetas.

Cuando son bolsas supraóseas no hay que tocar el hueso.

9- Apósito parodontal hay una gran variedad de - ellos y de materiales nuevos. El Dr. Irving utiliza cemento Kirkland-Kaiser para gingivectomías es de fácil manipulación y aplicación.

10- La aplicación del apósito se realiza de la manera siguiente:

Se modelan dos cilindros de una longitud - aproximadamente al cuadrante tratado.

Se dobla el extremo de un cilindro en forma

de gancho y se adapta a la superficie distal del último diente desde la superficie vestibular el resto se lleva hacia adelante presionando levemente a lo largo del márgen incidido y el segundo cilindro del lado lingual, uniéndose al apósito de la superficie distal del último diente y se lleva hacia adelante y se retira una semana después.

TECNICA PARA TRATAR LAS BOLSAS INFRAOSEAS Y DEFECTOS OSEOS DEL DR. JOHN F. PRICHARD

Una vez anestesiada la zona se realiza la gingivectomía de la manera siguiente que con anterioridad marcamos dicha zona.

a) Ia. Incisión.- Coronariamente al hueso se corta la pared de la bolsa con bisturíes parodontales o con un bisturí Bard-Paker No. II-I2, y se elimina exponiendo el orificio del defecto óseo.

b) 2a. Incisión.- Con el bisturí parodontal interdent No. 22 y 23G se hace una resección de la pared interna de la bolsa parodontal.

c) Se elimina el tejido de granulación, se introduce una cureta por la superficie radicular hasta el fondo de la bolsa, se mueve hacia el costado para socavar el tejido de granulación y se elimina quedando expuesto los depósitos sobre la raíz, cuando la oportunidad de evalorar la estructura del defecto óseo es preciso.

d) Raspado y alisado de la raíz para quitar todos los depósitos y sustancia dentaria necrótica prestando particular atención en la base de la bolsa para asegurar la eliminación de todo el tejido blando en la zona de adherencia epitelial.

e) Se elimina la capa fibrosa del hueso, con el borde cortante de la cureta, ésto, expondrá una superficie ósea sangrante.

f) colocación del apósito parodontal, se limpia la zona con agua tibia para arrastrar los fragmentos de cálculos y tejido blando una vez que cesa la hemorragia se cubre la zona con apósito parodontal.

GINGIVECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA LESION DE GRADO II (CON BOLSAS SUPRAOSEAS) DEL DR. IRVING GLICKMAN.

La lesión grado II- se define cuando el hueso está destruido en un sector o más de la fircación una porción del hueso alveolar y del ligamento parodontal quedan intactos y que solo permite la penetración de una sonda roma en la furcación.

TECNICA- bajo anestesia local se sondea cada cara del diente para cuantificar la destrucción parodontal, una parte de la furcación está intacta,el tratamiento va desde la zona más afectada de la encía y se realizan marcas puntiformes sobre ella,y en la base de las bolsas parodontales en todas las caras.

Se hace la incisión en la cara vestibular sobre las marcas ya determinadas,con bisturíes parodontales o con un bisturí Bard-Parker No.12 y se bisela con una angulación aproximada de 45° con respecto al diente.Incidimos por la cara lingual y de la misma manera por la cara vestibular para poder hacer el bisel quedando expuesto el tejido de granulación de tipo globular lo eliminamos con una cureta,se raspa y se alisa la raíz.

Lavamos la zona con agua tibia.Colocamos el apósito parodontal del lado ligual y vestibular realizamos presión sobre el apósito parodontal para que penetren en los espacios interdentales y tenga una buena retención.Este apósito se retira una semana despues.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA DEL DR. BALINT ORBAN

1) como medida preliminar, eliminación de todo apósito irritante esto es cálculos, materia alta para facilitar por lo menos la disminución de la inflamación. Esto reduce la hemorragia durante el procedimiento quirúrgico y mejora la reacción tisular despues de la operación. Lo citamos posteriormente.

2) anestesia (infiltrativa o trocular) ya que la operación puede hacerse por cuadrantes.

3) medición de las bolsas con un paradentómetro plano calibrado en milimitros, se utiliza el explorador para examinar la superficie diente subgingivalmente.

4) Incisión, la línea del corte en la gingivectomía sigue el fondo de la bolsa se crea un bisel para dejar un márgen gingival agudo para asegurar un contorno posteperatorio fisiológico. El bisturí debe de estar sumamente afilado, ser delgado para poder entrar con facilidad en los tejidos y sobre todo en los espacios interproximales.

La angulación de la incisión debe ser correcta porque es muy difícil hacer una segunda incisión aún con bisturí muy afilado.

5) Se retira el tejido cortado.

Sobre las regiones interproximales se aplican con fuerza gasas triangulares o torundas de

algodón empapadas con solución de epinefrina al I/1000 que suele detener la hemorragia cualquier proporción de cálculo que no se haya quitado antes se elimina en este momento.

6) El cemento a base de óxido de zinc y eugenol se debe de tratar de mezclarse hasta obtener una consistencia similar al mastique. Se coloca en largas tiras en las zonas incididas uniéndose interproximalmente con ayuda de instrumentos y por presión digital.

El objetivo del cemento es evitar al paciente inconformidad postoperatoria. Evita la formación rápida de tejido de granulación. Debe de cubrir la superficie y márgenes de la herida y como protección tanto de los alimentos como de cualquier sustancia irritante.

Este cemento no debe de interferir en la oclusión, no debe de estar en contacto con las inserciones musculares móviles, lo quitamos 5 días después de la operación.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO A 45° DEL DR. TIMOTEO BARRERA

Esta técnica es recomendable cuando el agrandamiento de la encía es uniforme, en encías fibrosas cuando el agrandamiento es irregular no se realiza esta técnica.

PASOS PREOPERATORIOS

A) Realizamos una exploración clínica de las bolsas parodontales ayudándonos con una sonda parodontal la intervención quirúrgica se realiza por cuadrantes siguiendo un orden.

B) Empleamos pastillas o solución reveladora para poder pigmentar y localizar mejor los cálculos dentarios, materia alba para realizar una eficiente eliminación de estos elementos, en este procedimiento empleamos el SK6 que es una cucharilla pesada en la eliminación de cálculos, para el alisado final se emplean un tipo de cucharillas más delgadas.

C) Se le dan indicaciónes al paciente con la finalidad de que haya un control de placa bacteriana (técnica adecuada de cepillado y enjuagues bucales)

D) Citamos al paciente una semana después.

PASOS DE LA GINGIVECTOMIA

I) Anestesiamos local o trocular según sea el caso.

II) Con la pinza marcadora realizamos la marcación hasta el fondo de las bolsas a manera de tener

una guía durante la incisión.

III) Con una hoja de bisturí realizamos el corte siguiendo la línea de marcación con una inclinación del bisturí de 45° a bisel interno con respecto al diente dando como resultado una terminación aguda de la encía. Si estamos operando en un cuadrante superior realizamos este mismo tipo de incisión tanto del lado vestibular como del palatino.

IV) Lavamos la zona con agua bidestilada.

V) Como ha quedado la papila interdentaria móvil debido a la remoción del material irritante entonces procedemos a colocar los puntos de sutura en forma de puntos aislados en el espacio interdentario utilizando para ello hilo seda 3-0.

VI) Una vez seca la zona incidida realizamos nuestra mezcla de apósito parodontal con una consistencia un poco dura a manera de que pueda ser manuable y no se nos pegue en los dedos lo hacemos en forma de cilindro del tamaño de la zona incidida, colocamos dicho apósito ayudándonos con instrumentos para que tengan buena retención.

VII) Retiramos el apósito parodontal una semana después junto con los puntos de sutura. Le indicamos al paciente el tipo de enjuague y técnica de cepillado a seguir para tener un buen con---

trol de placa bacteriana.

En caso de que la encía quede un poco larga o bien abultada y no cumpla con su finalidad. Entonces recurrimos a la gingivoplastia para establecer una forma anatómica adecuada.

TECNICA CLASICA DE GINGIVECTOMIA A 45° A BISEL EXTERNO

Esta técnica se utiliza cuando el agrandamiento de la encía no es uniforme. Esto es, que hay fisuras y una serie de irregularidades. Esta técnica es igual a la técnica de 45° a bisel interno.

Con la diferencia de que en la incisión la hoja del bisturí le damos una inclinación de 45° a bisel externo con respecto al diente.

CAPITULO IX

FRACASO DE LA GINGIVECTOMIA

FRACASO DE LA GINGIVECTOMIA

Después de una gingivectomía la nueva formación de tejido gingival restablece muy pronto la profundidad de la bolsa casi en las mismas medidas que anteriormente, incluso en los casos en que la gingivectomía se atuvo al principio gingiveplástico del contorno gingival anatómico. Puesto que la gingivectomía no corrige los defectos y las aberraciones anatómicas del hueso en la patología paradontal. Prácticamente no se modifican ni la morfología gingival ni la profundidad de la bolsa tras la curación completa cuando la enfermedad parodontal ha avanzado hasta el punto de que no puede ser corregida por la gingivoplastia debido a las deformidades del hueso subyacente, es preciso recurrir a la cirugía ósea para corregir los defectos y hacer posible la eliminación de las bolsas parodontales. El fracaso de la gingivectomía puede ser demostrado por sondeo postoperatorio verificado con la misma exactitud que el sondeo preoperatorio.

Si en la parodontitis la absorción ósea se efectuó de manera uniforme conservándose una forma arquitectónica aceptable y simplemente desviándose en sentido apical, sería un problema el tejido blando y la cirugía gingival eliminará las bolsas, sin embargo la patosis parodontal clínica revela una destrucción de la topo--

grafía ósea normal, que origina con frecuencia — formas arquitectónicas raras en vez de papila interdental ósea, esto es una forma convexa, a menudo se halla en el espacio interproximal una deformidad cóncava en forma de cráter y otras deformidades óseas, como bordes marginales gruesos niveles óseos incongruentes, defectos intraóseos y semitabiques que impiden el logro de un surco periodontal poco profundo por medio de la cirugía puramente gingival.

Si está destruído el hueso interproximal y se han formado cráteres, la técnica no puede ser seguida correctamente porque la profundidad de la bolsa señalada sobre la encía con respecto al tejido óseo marginal sobre el proceso alveolar.

El no seguir la técnica de gingivectomía correctamente trae consecuencias desagradables, como quedar hueso expuesto cuando realmente no pudo haber quedado. También cuando no se realiza una remoción completa del cálculo dentario y del tejido granular de la bolsa. Cuando la bolsa no se eliminó completamente cae en el fracaso todo el procedimiento de la técnica de gingivectomía.

El hacer un mal diagnóstico clínico preoperatorio que se pasaron por alto una serie de detalles importantes para el buen resultado de la técnica, Así también el manejo postoperatorio.

INDICACIONES: Esta técnica ha funcionado de una forma satisfactoria en la eliminación de:

Bolsas supraóseas uniformes o irregulares o bien fibrosas.

Bolsas infraóseas y defectos óseos, esto es cuando hay una buena y aceptable forma arquitectónica del hueso alveolar a manera de que no nos pueda involucrar en un fracaso.

En tratamiento de la lesión grado II

En el tratamiento de furcación complicada en absceso paredontal, así también como auxiliar en la técnica de colgajo mucoperióstico con la finalidad de que en éste procedimiento eliminar las bolsas y a la vez crear una zona más amplia de encía.

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

Un tratamiento adecuado y oportuno, y junto a una evaluación en cuanto al diagnóstico preoperatorio, con una exploración completa de las bolsas parodontales.

Tener la seguridad de que se realizó una remoción completa del cálculo dentario y materiales irritantes, nos ayudarán en buen grado, para llevar a cabo un buen término de la técnica de gingivectomía.

El conocimiento completo de las zonas anatómicas donde se van a incidir, son de vital importancia.

La habilidad en el manejo y el empleo adecuado de los instrumentos coadyuvan en el éxito de una técnica de gingivectomía.

Es responsabilidad del odontólogo tener un buen conocimiento y bases firmes, con un criterio bien formado sobre cómo resolver los casos en que amerite una intervención quirúrgica en la boca. En su caso llevar a cabo una técnica de gingivectomía.

Una información detallada al paciente, sobre el tratamiento a que se le tiene que someter, cuando realmente ya no hay otra alternativa a seguir.

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

ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL

Autor: Tomas Velásquez

Editorial: LA PRENSA MEDICA MEXICANA 1966

APUNTES DE TECNICAS DE GINGIVECTOMIAS

Autor: Dr. Timoteo Barrera

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA

(tratado quirúrgico y protésico)

Autor: John F. Prichard I/a Edición

Editorial: INTERAMERICANA 1977

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION

Autor: Simon Katz

Editorial: MEDICA PANAMERICANA

Buenos Aires, Argentina 1967

PERIODONTOLOGIA

Autor: Balint Orban 5/a Edición

Editorial: INTERAMERICANA 1979

PERIODONTOLOGIA CLINICA

Autor: Irving Glickman 4/a Edición

Editorial: INTERAMERICANA 1974