

15j
28/



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

BOLSA PERIODONTAL Y TRATAMIENTOS

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

María Elsa Judith Enríquez Caro del Castillo

Alejandro Borys Gaxiola

México, D. F.

1979

14663



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Prologo

Capítulo I

Los tejidos del Periodonto

- 1.- Encía
- 2.- Ligamento Periodontal
- 3.- Cemento
- 4.- Hueso alveolar

Capítulo II

Examen del Periodonto

Capítulo III

La Bolsa Periodontal

- 1.- Signos y Síntomas
- 2.- Clasificación
- 3.- Patogenia

Capítulo IV

Eliminación de la Bolsa

- 1.- Técnica de Raspaje y Curetaje.
- 2.- Cirugía Periodontal: Gingivectomía -

CAPITULO I

LOS TEJIDOS DEL PERIODONTO.

LOS TEJIDOS DEL PERIODONTO

El periodonto es el tejido de protección y sostén del diente. Sus componentes son:

- 1 .- Ligamento periodontal.
- 2 .- Encía.
- 3 .- Cemento.
- 4 .- Hueso alveolar.

Encía .- Es la parte de la membrana -- mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los -- dientes.

La encía se divide en marginal, insertada e interdientaria.

Encía marginal (encía libre).- Es un -- listón angosto de 1 a 2 mm de anchura, que rodea a los dientes. Se halla demarcada de la encía insertada por una depresión lineal poco -- profunda, el surco marginal. Este surco es una depresión en forma de V y tiene como profundidad promedio 1.8 mm.

PROLOGO

La enfermedad periodontal es una de las causas principales de la pérdida de dientes en adultos.

Consideramos que la Periodoncia está enfocada actualmente a la prevención de la enfermedad periodontal. Todos los procedimientos dentales debieran realizarse teniendo en cuenta siempre sus repercusiones sobre el periodonto, y las medidas preventivas contra la enfermedad, ser parte del cuidado diario del paciente.

Así como es importante la prevención, debe tenerse especial cuidado en el tratamiento de la enfermedad ya instalada.

La enfermedad periodontal tiene como una de sus principales características la Bolsa Periodontal. Lo anterior es el motivo de este trabajo en el que se describirá la Bolsa Periodontal y su tratamiento, que variará se-

gún la lesión de que se trate.

Encía insertada.- Esta inmediatamente --
a continuación de la marginal. Es firme, resi-
lente y estrechamente unida al cemento y hueso
alveolar subyacentes. Tiene un aspecto granulo-
so como el de cáscara de naranja, debido a la
constitución fibrosa del corion que fija la --
mucosa en pequeñas zonas o puntos por medio de
haces de fibras y deja flojas otras porciones--
de tejido epitelial, lo que proporciona ese --
aspecto tan particular.

La mucosa alveolar es móvil y no está --
queratinizada se extiende hasta el fondo de --
saco del vestíbulo.

Encía interdientaria.- Ocupa el espacio--
interproximal situado debajo del área de con-
tacto dentario. Consta de dos papilas, una veg-
tibular y una lingual y el col.

Por lo general, el color de la encía --
insertada y marginal se describe como rosado --

y Gingivectomía Total.

3.- Gingivectomía por Quimiocirugía --
(Orban)

4.- Otras medicaciones.

5.- Gingivoplastia.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

coral y es producido por el aporte sanguíneo - el espesor y el grado de queratinización.

El tamaño de la encía varía según la suma de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización.

El contorno o forma de la encía depende de la forma de los dientes y su alineación en el arco. La encía es firme y resiliente y -- con excepción del margen gingival, movable.

Ligamento periodontal.- Es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y la une al hueso. Es una continuación del tejido conectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares a través de canales vasculares del hueso.

Los elementos más importantes del ligamento son las fibras, colágenas, dispuestas en haces y que siguen un recorrido ondulado. Los extremos de las fibras principales, que se in--

sertan en el cemento y hueso, se denominan fibras de Sharpey.

El ligamento provee de elementos nutritivos al cemento, hueso y encía mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático. La innervación del ligamento confiere sensibilidad propioceptiva y táctil que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes.

Cemento.- Es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica.

Hueso alveolar.- Forma y sostiene los alveolos dentarios. Está compuesto de la pared interna del alveolo, de hueso delgado, compacto, llamado hueso alveolar propiamente dicho (lámina cribiforme), el hueso de sostén que consiste en trabéculas reticulares (hueso esponjoso), y las tablas vestibular y Palatina

de hueso compacto. El tabique interdentario -- consta de hueso de sostén encerrado en un borde compacto.

Todas estas partes funcionan como unidad. Las fuerzas oclusales son transmitidas a través del ligamento periodontal hacia la parte interna del alveolo soportados por el trabeculado esponjoso, que, a su vez, es sostenido por las tablas corticales Vestibular y Lingual.

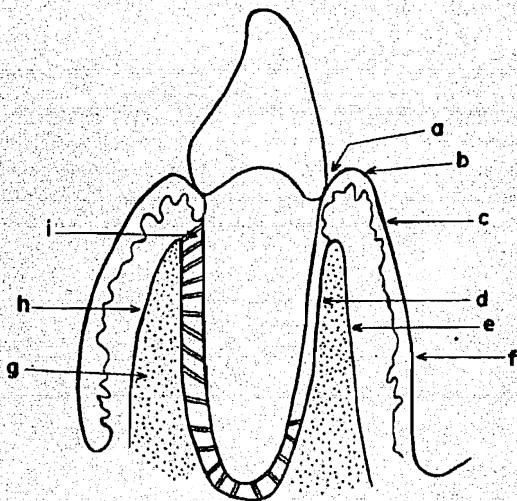


FIG. No. 1- TEJIDOS DEL PERIODONTO:

- a) Surco Marginal
- b) Encía Marginal
- c) Encía Insertada
- d) Lámina Cribiforme
- e) Tabla Cortical Vestibular
- f) Mucosa Alveolar
- g) Hueso Esponjoso
- h) Tabla Cortical Lingual
- i) Cemento

CAPITULO II

EXAMEN DEL PERIODONTO

EXAMEN DEL PERIODONTO

Es importante buscar los primeros signos de la enfermedad gingival y periodontal.

Control de Placa. Es la manera más eficaz de prevenir la gingivitis y, en consecuencia, una parte crítica de los muchos procedimientos que intervienen en la prevención de la enfermedad periodontal. El control de la placa, asimismo, es la manera de evitar la formación de cálculos. Para que haya una prevención total de la acumulación de placa, es preciso llegar a todas las superficies susceptibles mediante alguna forma de limpieza mecánica. Esto es la base para alcanzar la salud bucal.

Cálculos. Para la detección de cálculos subgingivales debe examinarse cada superficie del diente hasta la inserción gingival con un explorador para separar la encía y facilitar la visión de los cálculos, valiéndonos de aire tibio. La cantidad de cálculos supragin--

ginales se mide con una sonda periodontal calibrada.

Encía. Para observar la encía es preciso secarla. Además del examen visual y la exploración con instrumentos, debe hacerse la palpación delicada para descubrir alteraciones en la resistencia normal, así como para localizar zonas de formación de pus. Debe tomarse en cuenta color, tamaño, consistencia, textura superficial, posición, facilidad de sangrado y dolor.

Bolsas Periodontales. Se debe tener en cuenta su presencia y distribución en cada superficie del diente, el tipo de bolsa de que se trate, su profundidad y el nivel de inserción en la raíz.

El único método apropiado para detectar y valorar las bolsas periodontales es la

exploración cuidadosa con una sonda o explorador. Las bolsas no se detectan ni se miden por examen radiográfico.

Se examina con la sonda el surco gingival alrededor de cada diente. La sonda se inserta suavemente entre la encía y el diente hasta que se nota resistencia. Se aplica presión en sentido apical para determinar si se ha llegado al fondo de la bolsa.

Se explora el surco de las caras mesial, distal, vestibular y lingual de cada uno de los dientes con la sonda. Una bolsa puede afectar una o todas las caras de un diente. La sonda se ha de dirigir lo más paralelamente posible al eje del diente.

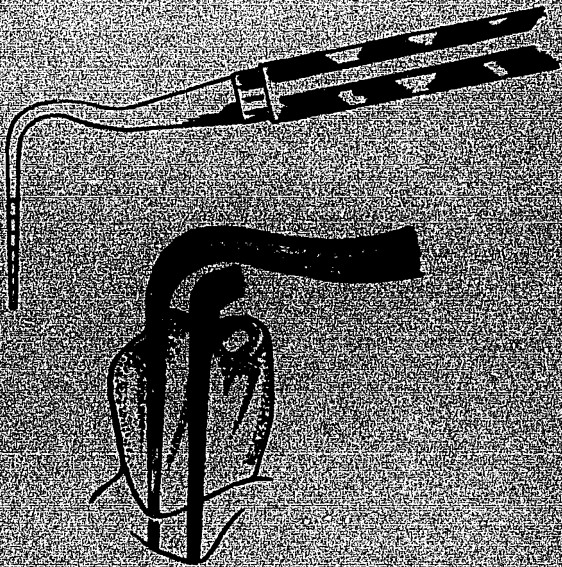


FIG No. 2- EXAMEN DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.

CAPITULO III

LA BOLSA PERIODONTAL

LA BOLSA PERIODONTAL

La bolsa periodontal es la profundización patológica del surco gingival y una de las características importantes de la enfermedad periodontal.

Signos y Síntomas. La encía marginal está agrandada, de color rojo azulada y separada de la superficie dentaria; presencia de una zona vertical azul rojiza desde el margen gingival hasta la encía insertada y a veces hasta la mucosa alveolar; encía brillante y con cambios de color asociados a superficies radiculares expuestas; sangrado gingival; exudado purulento en el margen gingival; movilidad, extrusión y migración de dientes; aparición de diastemas.

En algunas ocasiones se presentan los siguientes síntomas:

a) Dolor localizado y sensación de presión después de comer.

- b) Sabor desagradable.
- c) Sensación de picazón en las encías.
- d) Sensibilidad al frío y al calor.

CLASIFICACION

Las bolsas periodontales se clasifican de la siguiente forma:

Bolsa Gingival o Relativa.

Es el agrandamiento gingival sin destrucción de los tejidos periodontales adyacentes.

Bolsa Periodontal o Absoluta.

Se produce en la enfermedad periodontal. La encía y el surco se profundizan y hay destrucción de los tejidos periodontales de soporte. Las bolsas absolutas son de dos tipos:

- 1) Supraósea. En la que el fondo de la bolsa es coronal al hueso alveolar subyacente. Se presenta habitualmente en los dientes ante-

riores.

2) **Infraósea.** En la que el fondo de la bolsa es apical al hueso alveolar adyacente. -- Son más frecuentes en zonas interproximales de premolares y molares o en las superficies vestibulares y lingual de los molares.

Según el número de caras que abarque la bolsa se clasifican en:

Simple. - Abarca una cara del diente.

Compuesta. - Abarca dos caras o más. La base de la bolsa está en comunicación directa con el margen gingival.

Compleja. - La única comunicación con el margen gingival es en la cara donde nace la bolsa. Esta dá vueltas alrededor del diente.

PATOGENIA

Gottlieb fué el primero en señalar que la fijación de los tejidos del periodonto a los dientes es única en su género. Esta fijación --

es la zona vulnerable y punto de entrada de la enfermedad periodontal.

Las bolsas se originan por irritantes locales que afectan los tejidos y profundizan el surco gingival en dirección apical. Esta profundización ocurre por:

1) Movimiento del margen gingival en dirección coronal y aumento del volumen de la encía.

2) Migración apical de la adherencia epitelial.

3) La combinación de ambos procesos. Esto es lo que generalmente ocurre.

La formación de la bolsa comienza con un cambio inflamatorio en el surco gingival originado por irritantes locales tales como restauraciones defectuosas, contactos flojos, higiene precaria, cálculos y placa. Esta inflamación persiste mientras siga la causa y

se asocia con degeneración de tejido, ocasionada por enzimas proteolíticas de las bacterias y los leucocitos neutrófilos. Este cambio inflamatorio causa la degeneración del tejido conectivo y de las fibras gingivales. La adherencia epitelial prolifera a lo largo de la raíz y su porción coronal se desprende.

La encía se ve aumentada de tamaño y la cresta gingival se extiende hacia la corona. Aparecen diversos grados de degeneración y necrosis.

Paralelamente con el aumento de profundidad de la bolsa se acumulan más desechos, la inflamación continúa su avance hacia abajo, se destruyen más fibras gingivales y una zona apical de cemento queda al desnudo. Además en su progresión hacia el ápice, la inflamación llega a la cresta alveolar y la resorción del hueso

so comienza.

Bolsa Supraósea.- Las reacciones que se llevan a cabo son consecuencia de un equilibrio entre los cambios tisulares destructivos y constructivos. Los primeros consisten en exudado inflamatorio celular y líquidos y los cambios degenerativos concomitantes estimulados por irritación local. Los cambios constructivos consisten en la formación de células conectivas, fibras colágenas y vasos sanguíneos, en un esfuerzo por reparar los daños hechos a los tejidos por la inflamación.

El equilibrio entre los cambios destructivos y constructivos es el que determina los cambios de color, consistencia y textura superficial de la pared de la bolsa. Si predominan los cambios destructivos será rojo azulado, blanda con una superficie lisa y brillan

te (edematosa), y si predominan los cambios -- constructivos será firme y rosada (brillante).

El contenido de la bolsa son residuos, principalmente microorganismos y sus productos (enzimas, endotoxinas y productos metabóli--cos), placa bacteriana, líquido gingival, res--tos alimenticios, saliva, células epiteliales--descamadas y leucocitos. Los cálculos cubier--tos de placa se proyectan desde la superficie--dentaria. A veces hay formación de pus.

Al quedar la superficie radicular ex--puesta puede haber una descalcificación del -- cemento, la que va seguida de la penetración -- de bacterias en los túbulos dentinarios provo--cando caries radicular que conduce a la pulpiti--tis, sensibilidad a cambios térmicos o dolores intensos.

Bolsa Infraósea.-Los cambios inflama -- torios, proliferativos y degenerativos en las--

bolsas infraóseas y supraóseas son iguales, y todos provocan la destrucción de los tejidos periodontales de soporte.

Las bolsas infraóseas son causadas -- por los mismos irritantes locales que generan las bolsas supraóseas, mas el trauma de la -- oclusión. El trauma se suma al efecto de la -- inflamación de las siguientes maneras: 1) me-- diante la alteracion de la orientación de las fibras periodontales; 2) al lesionar las fi-- bras del ligamento; 3) al producir resorción-- ósea lateral, acentuando la pérdida osea y -- creando defectos óseos.

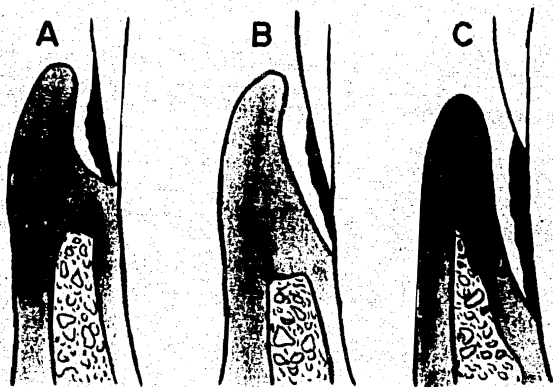


FIG. No. 3 - DIFERENTES TIPOS DE BOLSA PERIODONTAL

- A.- Bolsa Gingival**
- B.- Bolsa Supraósea**
- C.- Bolsa Infraósea**

CAPITULO IV

ELIMINACION DE LA BOLSA

ELIMINACION DE LA BOLSA

La eliminación de la bolsa periodontal tiene por objeto reducir su profundidad a la del surco fisiológico y restaurar la salud gingival.

Los métodos de eliminación se clasifican en dos grupos principales:

- 1) Técnica de raspaje y curetaje.
- 2) Gingivectomía y operaciones por colgajo.

RASPAJE Y CURETAJE

Consiste en el raspaje para eliminar cálculos, placa y otros depósitos, el alisado de la raíz y el curetaje de la superficie interna de la pared gingival de las bolsas periodontales.

Es la técnica de elección para:

- 1) Eliminación de bolsas supraóseas siempre y cuando la profundidad de la bolsa permita examinar los cálculos que están sobre

la raíz. Si la pared de la bolsa es firme y -- fibrosa precisa el tratamiento quirúrgico, por- que esta pared no se contrae lo suficiente des- pués del raspaje y curetaje.

2) Gingivitis, excepto agrandamiento- gingival.

3) Bolsas infraóseas.

El raspaje quita la placa dentaria y- cálculos eliminando así los factores que pro- vocan inflamación.

Antes de retirar los calculos, debe - apreciarse su extensión mediante el desliza -- miento de un instrumento a lo largo de ellos - hasta su terminación sobre la raíz. Además de- eliminar completamente los calculos debe ali-- sarse la raíz hasta que quede suave y firme, - eliminando así todo el tejido necrótico.

El plan de procedimiento para la elimi- nación de una bolsa requiere una guía para el-

tratamiento, que consiste en dividir las bolsas periodontales en tres zonas fundamentales:

Zona 1.- Pared blanda de la bolsa y adherencia epitelial.

Se determina la extensión de la bolsa, el número de superficies dentarias que abarca, la localización del fondo de la bolsa y su profundidad y la relación de la bolsa con el hueso alveolar.

Zona 2 .- Superficie dentaria.

Se determina la extensión y localización de los cálculos, estado de la superficie dentaria y la accesibilidad de esta superficie para la instrumentación.

Zona 3.- Tejido conectivo entre la pared de la bolsa y el hueso.

Se determina la consistencia del tejido conectivo.

La eliminación de la bolsa debe ser sis--



FIG. No. 4 - ZONAS FUNDAMENTALES EN LA ERRADICACION DE LA BOLSA. IZQUIERDA BOLSA SUPRAOSEA; DERECHA BOLSA INFRAOSEA.

- Zona 1 - Pared blanda y adherencia epitelial
- Zona 2 - Superficie dentaria
- Zona 3 - Tejido conectivo entre la pared de la bolsa y el hueso

témica y seguir un orden.

La zona debe aislarse con rollos de algodón o gasa y se usa un antiséptico suave. Se anestesia tópicamente, por infiltración o regional, según se necesite.

Se eliminan los cálculos supragingivales con un raspador superficial, y los subgingivales introduciendo un raspador hasta el fondo de la bolsa, desprendiendo completamente el cálculo. Se procede al alisado de la superficie dentaria mediante azadas y curetas.

Con curetas de bordes cortantes en los dos lados se curetea la pared blanda de la bolsa eliminando el revestimiento interno de la bolsa y la adherencia epitelial, alisando al mismo tiempo la raíz. Asimismo se elimina el tejido degenerado, brotes epiteliales en proliferación y tejido de granulación, creando una superficie de tejido conectivo cortado y sangrante.

La hemorragia origina la contracción de la encía y la reducción de la profundidad de la bolsa, facilitando la cicatrización.

Inmediatamente después del raspaje y curetaje, un coágulo llena el surco gingival. La restauración y epitelización del surco demanda de 2 a 7 días. La altura de la encía desciende por efecto de la contracción y está más enrojecida que lo normal. El paciente debe llevar su control de placa.

A las dos semanas la encía tiene el color, consistencia, textura y contorno normales y el margen gingival está bien adaptado al diente.

Esta técnica debe hacerse siguiendo un orden hasta tratar toda la boca.

Generalmente la cicatrización evoluciona sin novedad, pero pueden aparecer distintas complicaciones como sensibilidad a la percusión.

sión, hemorragia y sensibilidad a cambios --
términos y a la sensibilidad táctil.

La sensibilidad a la percusión suele--
corregirse administrando antibióticos, ali--
viando la oclusión e indicando al paciente -
que evite la función y se enjuague cada ho -
ra con una solución tibia de una cucharadita
de sal en un vaso de agua.

La hemorragia es consecuencia de la -
inflamación. Debe retirarse el coágulo y lo-
calizarse el punto sangrante. Se curetea sua-
vemente la superficie y se eliminan los irri-
tantes.

La sensibilidad se trata con pasta --
desensibilizante de fluoruro de sodio. La sen-
sibilidad postoperatoria tiende a disminuir--
espontáneamente a las dos o tres semanas.

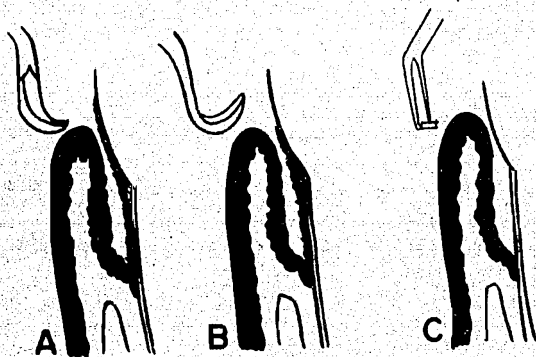


FIG. No. 5

- A.- Bolsa periodontal, cálculos supragingivales eliminados con raspadores superficiales.
- B.- Cálculos subgingivales eliminados con raspadores profundos
- C.- Alisado y pulido de la raíz.

CIRUGIA PERIODONTAL

GINGIVECTOMIA. Es una operación en dos tiempos que consiste en la eliminación de la -
encia enferma y el raspaje y alisado de la su-
perficie radicular.

La eficacia de la gingivectomía reside en que al eliminar la pared enferma de la bol-
sa se facilita la accesibilidad y visibilidad para la remoción completa de los depósitos su-
perficiales irritantes y el alisado a fondo de las áreas radiculares. Al eliminar los irritan-
tes locales y el tejido enfermo, se crea un --
ambiente favorable para la cicatrización gingi-
val y restauración del contorno gingival fisiq-
lógico.

Cuando la gingivectomía es usada para-
los fines a que se destina, es el tratamiento-
más eficaz que existe. Está indicada para la -
eliminación de bolsas supraóseas profundas, --
agrandamientos gingivales, lesiones de furca--

ción, abscesos periodontales, capuchones pericoronarios y determinadas bolsas infraóseas.

Debe prepararse al paciente previamente a la cirugía y esta preparación incluye el raspado y alisado de las raíces y la eliminación de los factores locales desfavorables. Esto mejora el estado de la encía y reduce la intensidad de la lesión. El paciente debe estar libre de molestias y síntomas un mes antes que se realice la intervención.

PROCEDIMIENTO:

Antes de iniciar la operación, debemos calmar al paciente y asegurarle que se trata de una intervención indolora. En pacientes muy nerviosos hacemos uso de los sedantes.

La anestesia debe ser muy bien colocada (regional o por infiltración). En caso de ser necesario se usa la inyección directa en la papila.

Si la enfermedad se encuentra generalizada, la boca se trata por cuadrantes a intervalos semanales. Es indispensable el uso del aspirador.

Se marca el fondo de la bolsa con una pinza marcadora produciendo un punto sangran- te en la superficie externa, comenzando por la superficie distal del último diente, siguiendo por vestibular hacia la línea media. Esto se repite por lingual. Cada bolsa es marcada en varias partes para dibujar su curso.

Se corta la encía con bisturíes perio- dontales o tijeras. Pueden usarse la incisión- continua o discontinua según se prefiera. La primera comienza en la superficie distal y ves- tibular del último diente y se lleva hasta la línea media, sin interrupción, siguiendo el curso de las bolsas. La incisión discontinua comienza en la superficie vestibular y distal-

del último diente y se avanza hacia la parte anterior, siguiendo el curso de las bolsas, hasta el angulo distovestibular del diente siguiente. Las incisiones individuales se repiten hasta alcanzar la línea media.

Una vez hechas las incisiones en vestibular, el proceso se repite en lingual. Después de incidir estas dos caras se unen las incisiones mediante una practicada en la superficie distal del último diente y biselando de modo que coincida con las superficies vestibular y lingual.

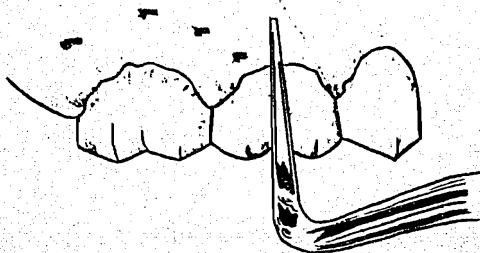
La incisión deberá estar lo más cercana posible del hueso sin exponerlo y se biselará aproximadamente en 45 grados con la superficie dentaria.

Se procede a la eliminación de la encía marginal e interdientaria comenzando en la superficie distal del último diente erupciona-

do, desprendiendo el margen gingival por la línea de incisión, con una azada quirúrgica y raspadores superficiales. El instrumento se coloca profundamente en la incisión, haciendo contacto con la superficie del diente y se le mueve en dirección coronaria. Vamos a encontrarnos con tejido de granulación de aspecto globular, cálculos pardo oscuro y de consistencia sólida y una zona clara semejante a una banda sobre la raíz, donde se insertaba la bolsa.

Eliminamos con curetas el tejido de granulación. Después con raspadores superficiales y profundos, retiramos el cálculo y la substancia radicular necrótica. Inmediatamente deberá alisarse la raíz para que la encía cicatrice adecuadamente. El hueso no debe tocarse.

Observamos cuidadosamente cada superficie de cada diente para detectar restos de cálculos o tejido blando, lavamos varias veces --



**FIG. No. 6 - PROFUNDIDAD DE LA BOLSA
MARCADA EN SU TRAYECTORIA**

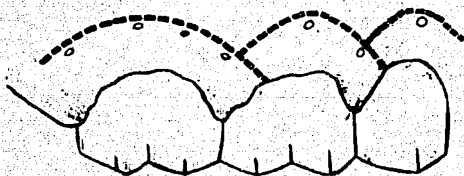


FIG. No. 7 - INCISION DISCONTINUA

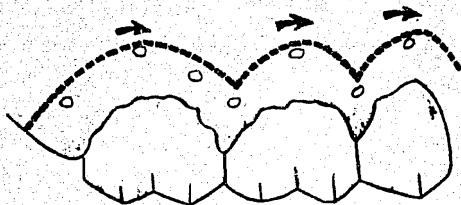


FIG. No. 8 - INCISION CONTINUA

con agua tibia y cubrimos con un trozo de gasa, la que dejamos hasta que cese la hemorragia.

Antes de colocar el apósito, la superficie cortada debe cubrirse con el coágulo, pues protege la herida y proporciona un andamio para los nuevos vasos sanguíneos y células del tejido conectivo que se forman durante la cicatrización.

Al apósito debe ser de fácil manipulación y aplicación, firme para soportar la masticación, bien tolerado por los tejidos y retirarse con facilidad. Consiste en un polvo y un líquido que se mezclan y modela en dos cilindros de la longitud del cuadrante tratado. Deberá cubrir completamente la superficie cortada pero sin sobreextenderse. El apósito se recorta pasados 15 minutos de su colocación.

Funciones del apósito periodontal: Pro

teger al tejido, controlar la hemorragia, evitar la posibilidad de infección, dar cierta -- ferulización a dientes móviles y facilitar la cicatrización.

Si la gingivectomía se ha realizado -- correctamente, no presenta problemas posoperatorios serios. En la primera semana puede ocurrir:

- 1 .- Hemorragia persistente. Se retira el apósito y se detiene la hemorragia por presión, electrocirugía o electrocauterio. Se coloca nuevamente un apósito.

- 2 .- Sensibilidad a la percusión. Es -- provocada por la extensión de la inflamación -- hacia el ligamento periodontal. Hay que retirar el apósito y examinar la encía para determinar si hay zonas localizadas de infección o irritación, que deberán limpiarse o incidirse -- para proporcionar drenaje. Por lo general es --

útil aliviar la oclusión.

3 .- Hinchazón. Es consecuencia de --
la reacción inflamatoria localizada a los pro-
cedimientos operatorios. Es común que remita, --
sin que precise retirar el apósito.

4 .- Sensación de debilidad. Esto re-
presenta una reacción orgánica a la bacteremia
pasajera inducida por el procedimiento quirúr-
gico. Se previene con medicamentos.

Pasada una semana, se retira el apó-
sito. Se lava la zona con agua tibia para eli-
minar residuos superficiales y se observa que-
la superficie gingival cortada está cubierta -
por una trama friable de nuevo epitelio que --
no hay que perturbar.

Una vez retirado el apósito, se trata
el cuadrante que sigue.

Si la lesión es muy extensa, hay do-
lor, cicatrización lenta o incomodidad, se pug

de colocar nuevamente el apósito.

Una semana después de retirar el apósito se controlan todas las superficies radiculares para ver si están lisas y firmes.

No es factible hacer un cepillado vigoroso en la primera semana después de la eliminación del apósito. Sin embargo, el paciente debe saber que la placa y la acumulación de alimentos retardan la cicatrización y se le aconseja mantener la zona lo más limpia posible.

Después de la gingivectomía, la primera reacción es la formación de un coágulo superficial de protección. El tejido presenta inflamación y cierta necrosis. El coágulo es reemplazado por tejido de granulación. Hay migración de células epiteliales sobre el tejido de granulación iniciándose la epitelización superficial que termina entre 5 y 15 días. A los 16 días el epitelio se presenta maduro con prolon-

gaciones y tejido conectivo muy colágeno. Una semana después hay mayor colagenización del tejido conectivo. Encía clínicamente normal.

GINGIVECTOMIA TOTAL

Consiste en hacer la intervención quirúrgica en una sola sesión. Requiere hospitalización y anestesia local o general.

Está indicada en pacientes con estados sistémicos no graves que no causan la contraindicación de la operación, pero si demandan medidas especiales de precaución que se brindan en el hospital, por ejemplo: Paciente con enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertiridismo, tendencia a la hemorragia, antecedentes de fiebre reumática y pacientes que están bajo tratamiento de esteroides.

La gingivectomía total se realiza bajo sedación amplia.

Después de la operación, el paciente es enviado de vuelta a su cuarto en el hospital, para que se controle su estado físico y para que haya reposo posoperatorio.

El tiempo de permanencia en el hospital es de 48 horas.

El paciente ingresa temprano en la tarde que precede al día de la operación para que haya tiempo para hacer el examen físico, hemograma y otras pruebas de laboratorio y consultas médicas.

En pacientes con antecedentes de fiebre reumática, enfermedad cardiovascular, diabetes o tratamiento prolongado de corticosteroides, la premedicación consiste en antibióticos.

La anestesia de elección es la local, excepto para pacientes especialmente aprensivos.

Generalmente se trata primero la mandíbula. La técnica es la misma que la empleada -- cuando la gingivectomía se hace por cuadrantes.

El paciente es visto una semana después de la operación. Se retira el apósito y se enseña al paciente el control de placa.

GINGIVECTOMIA POR QUIMIOCIRUGIA (ORBAN)

La encía es eliminada mediante productos químicos. Se usa una pasta de paraformaldehído (trioximetileno) al 5% compuesta por:

Polvo:

Oxido de Zinc	70.0 g
Acetato de Zinc	1.0 g
Estearato de Zinc	1.0 g
Resina	28.0 g
Paraformaldehído	5.0 g

Líquido:

Eugenol	85 ml
---------	-------

Aceite de semilla
de algodón 15 ml.

Los efectos inconvenientes son: forma-
ción de abscesos periodontales y necrosis de -
tejido.

PROCEDIMIENTO:

Se mezclan polvo y líquido hasta una -
consistencia cremosa agregandole algunas fi---
bras de algodón. Esta mezcla se lleva dentro -
de la bolsa. El resto de la mezcla se agrega -
a la que fué colocada dentro de la bolsa.

Una vez endurecida la mezcla, se cubre
con barniz para cavidades.

A los dos días se retira la mezcla jun-
to con el tejido en exceso.

Se cauteriza la zona con nitrato de --
plata, cloruro de zinc o ácido tricloracético, -
para prevenir la granulación excesiva.

El margen gingival se trata con Supero-

xol al 30%. Esto se repite dos veces por semana durante cinco semanas.

Se eliminan los cálculos y se pulen -- las superficies dentarias.

Se ajusta la oclusión y se controla al paciente cada tres o seis meses.

OTRAS MEDICACIONES

BARKMANN.- Se vale de una solución de partes iguales de alcanfor y fenol para anestesiar y esterilizar el fondo e interior de la bolsa y curetear las paredes del mismo sin dolor, facilitando además la eliminación del epitelio.

TERAPIA CONSERVADORA.- Carranza practica una técnica simplificada de raspaje. Usa una punta número cero, que debido a su pequeño tamaño, es fácil insinuarla entre encía y diente, practicando un suave y paciente movimiento de -

tracción, con el menor traumatismo posible. --
Los dos filos de la punta actúan con igual efi-
cacia y a un tiempo: uno, sobre la capa afecta
da y necrótica de cemento, hasta palpar cemen-
to sano y otro corta el resto de epitelio in--
terno, favoreciendo la readherencia posterior-
a mayor altura.

Se sella la entrada de la bolsa con ce-
mento quirúrgico pudiendo utilizar barniz de -
copal para proteger el coágulo y la adheren --
cia.

Después de realizado el curetaje sub--
gingival se proyecta aire seco sobre el área -
y se aplica barniz con algodón, esperando un -
minuto, antes de retirar el aislamiento. Se --
deja 24 horas para la organización del coágulo,
pudiendo repetirse su aplicación.

GINGIVOPLASTIA

Es la remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos. Por lo general se realiza como segunda operación sobre la encía que entorpece la excursión normal de los alimentos, colecciona placa irritante y prolonga y agrava el proceso patológico.

La gingivoplastia se hace como procedimiento complementario cuando el remodelado no se incluye en el tratamiento inicial o cuando la cicatrización inesperadamente produce anomalías gingivales.

Consiste en el afinamiento del margen gingival, creación de un contorno marginal festoneado, adelgazamiento de la encía insertada y creación de surcos interdentes verticales y remodelado de la papila interdental.

TECNICA: Se traza una incisión oblicua en la cara vestibular de la encía fija lo

más cerca posible del extremo apical del ligamento epitelial. En el lado lingual se usan las mismas incisiones, pero suele ser posible trazar una incisión inclinada. El tejido escindido se separa. Después se reduce la superficie del tejido con un raspador, creando un borde delgado. Con curetas bien afiladas se alisa el tejido interproximal. Se elabora una forma arquitectónica gingival ideal desarrollando bordes gingivales afilados como la hoja de un cuchillo y papilas interdenciales en forma de cono. Solo es posible conservar una buena arquitectura gingival cuando la fundación ósea subyacente tiene una topografía similar.

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

1 .- El paciente debe estar enterado de que la prevención de la enfermedad periodontal se lleva a cabo mediante la correcta práctica de la higiene bucal. El cirujano dentista es el encargado de transmitir estos conocimientos a cada uno de sus pacientes. También hay que tomar en cuenta las repercusiones de los procedimientos dentales sobre el periodonto.

2 .- Hay que hacer un cuidadoso examen clínico general y de la cavidad oral para valorar el estado de salud y enfermedad de nuestro paciente. Debemos buscar los primeros signos de la enfermedad periodontal y hacer un buen diagnóstico entre los estudios de avance de la enfermedad para un buen tratamiento.

3 .- La bolsa periodontal es una de las principales características de la enfermedad periodontal y consiste en la profundización patológica del surco gingival.

4 .- Para la eliminación de la bolsa periodontal contamos con la técnica de raspaje y curetaje y la gingivectomía. El operador debe establecer antes de comenzar el tratamiento, cuál es la técnica que va a usar.

5 .- La gingivectomía se efectúa en -- bolsas periodontales muy profundas y en las -- que tienen la pared fibrosa y firme, mientras que el raspaje y curetaje se utiliza en bolsas menos profundas.

6 .- Es de primordial importancia para el buen éxito del tratamiento de bolsas periodontales, la eliminación completa de los cálculos existentes, del tejido de granulación, -- de la adherencia epitelial así como el alisado de la raíz.

7 .- Al eliminarse los irritantes locales y el tejido enfermo, existe un ambiente favorable para la restauración del contorno gin-

gival fisiológico.

8 .- En caso de ser necesaria una remodelación artificial de la encía, nos valemos de la gingivoplastia, con el fin de crear contornos gingivales fisiológicos.

9 .- El cuidado del paciente y principalmente del cirujano dentista para el control post-operatorio del tratamiento, debe estar enfocado a que el estado de salud de los tejidos esté en óptimo funcionamiento y sin patología alguna.

BIBLIOGRAFIA

Bhaskar S.N.

"Patología Bucal"

Buenos Aires, Editorial "El Ateneo". 1974

Esponda Vila Rafael

"Anatomía Dental"

México, 3a Edición. Manuales Universitarios --

U.N.A.M. 1975

Glickman Irving

"Periodontología Clínica"

México, 4a. Edición. Ed. Interamericana. 1974

Goldam Henry Maurice

"Periodoncia"

Mexico, Ed. Interamericana. 1960

Orban Balint Joseph

"Periodoncia Teoría y Práctica"

México, 4a Edición. Ed. interamericana. 1975

Petit Henri

"Parodontología; nociones fundamentales y problemas prácticos".

Barcelona, Toray-Masson. 1971

Prichard John F.

"Enfermedad Periodontal Avanzada"

Tratamiento Quirúrgico y Protésico"

España, Ed. Labor S.A., 1971

Pucci Francisco M.

"Paradencio Patología y Tratamiento"

Montevideo-Uruguay, Suplemento de la 2a. ---

Edición. 3a. Parte. Barreiro y Ramos Impresores S.A.