

2e/64



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**CIRUGIA MUCOGINGIVAL, OSEA Y
RECONSTRUCTIVA EN PERIODONCIA**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

GEORGINA ARIAS SANCHEZ

México, D. F.

1962





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.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
CAP. I. INSTRUMENTAL PERIODONTAL.....	4
CAP. II. PREPARATIVOS PARA LA CIRUGIA PERIODONTAL.....	16
CAP. III. TECNICA DE RASPAJE Y CURETAJE....	22
CAP. IV. GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA...	33
CAP. V. RASPAJE Y CURETAJE QUIRURGICO POR COLGAJO.....	43
CAP. VI. TECNICAS PARA TRATAR BOLSAS INFRAOSEAS Y DEFECTOS OSEOS.....	47
CAP. VII. INJERTOS MUCOGINGIVALES.....	63
CAP. VIII. EXERESIS DEL FRENILLO LABIAL Y DEL FRENILLO LINGUAL.....	76
CAP. IX. VESTIBULOPLASTIA.....	86

CAP. X.	TRATAMIENTO DE LAS HIPERTROFIAS DEL SURCO VESTIBULAR.....	100
CAP. XI.	ELIMINACION DE TORUS Y REGULARI- ZACION DE ARCADA ALVEOLAR <u>POSTEX</u> TRACCION CON FINES PROTESICOS....	106
CONCLUSIONES.....		112
BIBLIOGRAFIA.....		114

INTRODUCCION

La periodoncia es una rama de la odontología que estudia las estructuras de soporte de los dientes. No solo incluye la fisiología normal de estas estructuras, sino también las desviaciones de la normalidad, es decir, su patología, así como su tratamiento.

El periodonto (del griego peri, que significa "alrededor" y odont, "diente") es el tejido de protección y sostén del diente, y se compone de ligamento periodontal, encía, cemento y hueso alveolar. El cemento se considera como parte del periodonto porque, junto con el hueso sirve de sostén de las fibras del ligamento periodontal.

Las enfermedades que afectan a los tejidos de sostén son tan antiguas como la historia del hombre. El examen de antiguos cráneos revela que el estado patológico del periodoncio fué una causa principal de la pérdida de los dientes.

Asimismo, la patología de la enfermedad periodontal solo ha sido investigada desde comienzo de la tercera década de este siglo, cuando Gottlieb publicó sus observaciones sobre material necrótico humano; los nombres de Kronfeld, Orban y otros están en estrecha conexión con esa labor.

Es difícil establecer con precisión quién fué el creador de una técnica o en qué fecha exacta se introdujo, pero es evidente que las técnicas quirúrgicas en periodoncia han seguido una tenden-

cia cíclica cuya meta se desarrolla desde la eliminación de la bolsa hasta la corrección de deformidades producidas por enfermedad y restauración de tejidos destruidos por enfermedad. Se comenzó con la gingivectomía en 1884, seguido del procedimiento por colgajo simple. Más tarde a principio de este siglo, se probaron implantes óseos para mejorar la reparación del hueso. La operación de extensión vestibular amplió el panorama de la cirugía periodontal para incluir la corrección de deformidades mucogingivales. El colgajo deslizante lateral, aspiraba a cubrir raíces expuestas aisladas, ésta era una de las metas seductoras de la periodoncia. A comienzos de la década de los sesentas de este siglo, la creación del injerto gingival libre permite a clínicos progresistas colocar de nuevo encía en zonas donde se precisaba con mayor urgencia. Al pasar del tiempo, hubo un creciente interés por obtener relleno óseo de los defectos óseos producidos por la enfermedad periodontal, y esto fué posible hasta el año de 1967.

Hoy en día se realizan más investigaciones para crear nuevas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las diferentes periodontopatías.

Dentro de la terapéutica periodontal total, la técnica quirúrgica se ha convertido en una parte importante en el manejo de los pacientes al pasar cada década. Es por eso que en esta revisión se presentan las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la enfermedad periodontal.

C A P I T U L O I

I N S T R U M E N T A L P E R I O D O N T A L

INSTRUMENTAL PERIODONTAL

Es preciso saber cual es la finalidad de cada instrumento, para realizar una buena técnica -- quirúrgica. Algunos se presentan para eliminar de pósitos calcificados voluminosos, pero no sirven -- para llegar al fondo de la bolsa. Otros están hechos de manera que sus filos puedan ser llevados -- por debajo del extremo apical del cálculo, al fondo de la bolsa sin que hagan daño a los tejidos de inserción.

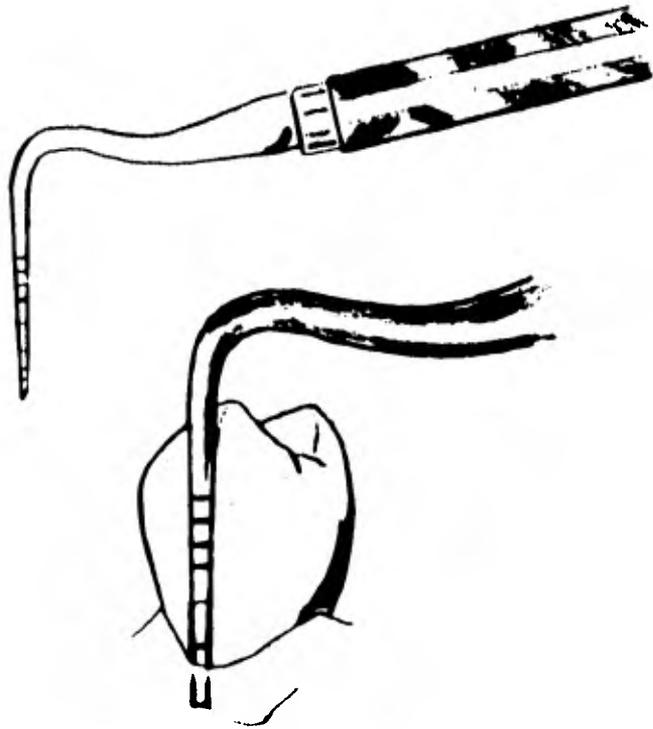
Los instrumentos periodontales están diseñados, según la finalidad que cumplan.

SONDAS PERIODONTALES.

Sirven para medir la profundidad de las bolsas y determinar la forma antes de comenzar cualquier técnica quirúrgica. La bolsa se mide introduciendo la sonda con presión firme y suave hasta el fondo de la bolsa.

PINZAS MARCADORAS DE BOLSAS.

Es un instrumento semejante en forma a las -- pinzas para algodón. Una punta es aguda y está doblada en ángulo recto; la otra es roma y algo ar-- queada para adaptarse al contorno dentario cuando se introduce en la bolsa. Sirve para marcar la -- profundidad de la bolsa en el exterior de la misma.



SONDAS PERIODONTALES



PINZAS MARCADORAS DE BOLSAS

EXPLORADORES.

Se usan para localizar depósitos subgingivales antes de raspar y para controlar la lisura de la raíz después del tratamiento.

RASPADORES SUPERFICIALES.

Sirven para eliminar cálculos supragingivales. Estos instrumentos de tracción se usan con una angulación levemente menor de 90 grados de la hoja respecto a la superficie del diente.

RASPADORES PROFUNDOS.

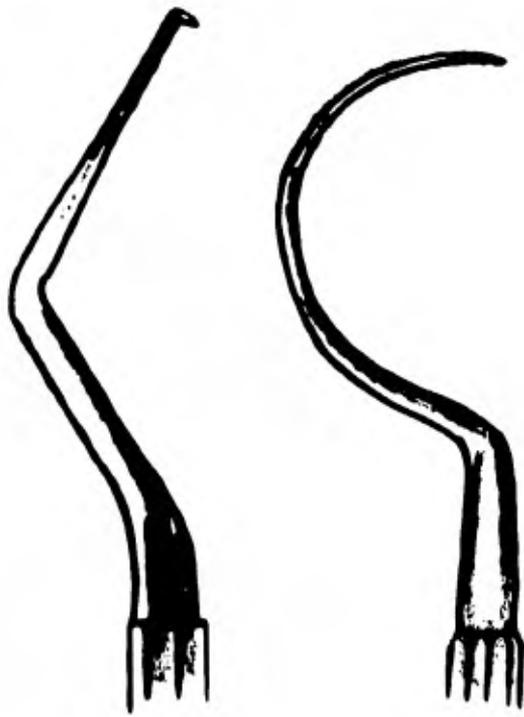
Se usan estos instrumentos de tracción para la remoción de depósitos profundos. Proporciona accesibilidad en bolsas profundas con un mínimo traumatismo, ya que son más finos que los raspadores superficiales.

AZADAS.

Estos instrumentos de tracción se usan para alisar y pulir superficies radiculares, lo cual, significa eliminar restos de cálculos y cemento ablandado.

CINCELES.

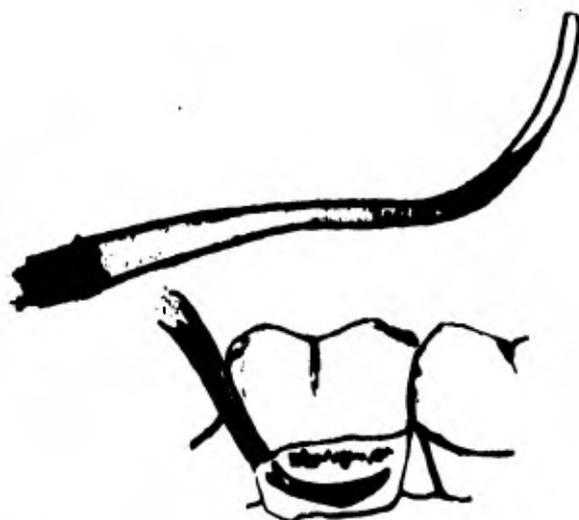
Sirven para la remoción de depósitos calcificados supragingivales, localizados en las superficies proximales de dientes demasiado juntos, para permitir el uso de otros raspadores.



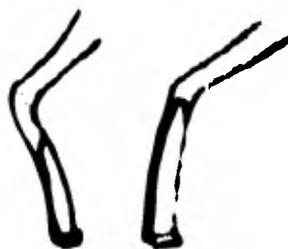
EXPLORADOR



RASPADOR SUPERFICIAL



RASPADOR PROFUNDO



AZADAS

CURETAS.

Tienen forma de cucharilla, similar a las cucharillas que se usan en operatoria dental. Se usan principalmente para las paredes blandas de las bolsas periodontales, para eliminar el tapiz interno y la adherencia epitelial. También, se usan para desprender fragmentos de cálculos y alisar superficies radiculares. Estos instrumentos se activan de la raíz hacia la corona.

LIMAS.

Están fuera de uso, porque al raspar y alisar raíces dejaban estrías y rugosidades sobre las superficies radiculares.

BISTURIES PERIODONTALES.

Se utilizan en la técnica de raspaje y curetaje por colgajo, en las gingivectomías y otras cirugías periodontales. Toda la periferia de la hoja es un borde cortante.

EL INTERDENT.

Este instrumento sirve para eliminar tejido interdentario durante la gingivectomía, también es útil en colgajos periodontales y para incidir la pared interna de bolsas infraóseas.

ELEVADOR DE PERIOSTIO.

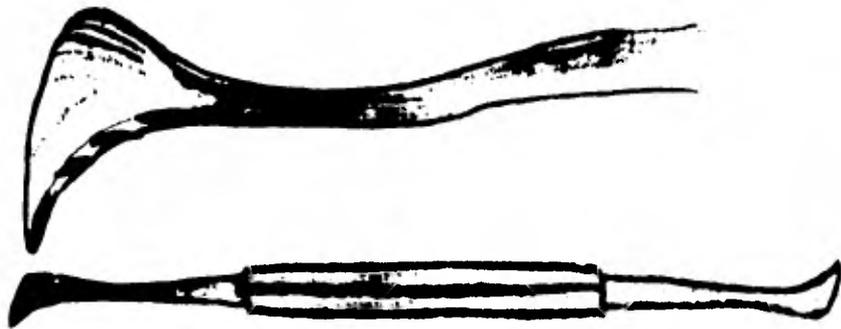
Los elevadores periósticos tienen varias fi-



CINCELES



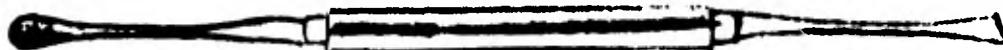
CURETAS



BISTURI PERIODONTAL



INTERDENT



ELEVADOR DE PERIOSTIO



TIJERAS CON MANGO CURVO Y HOJA CURVA BISELADA
CON ESTRIAS



TIJERAS RECTAS



TIJERAS CURVAS

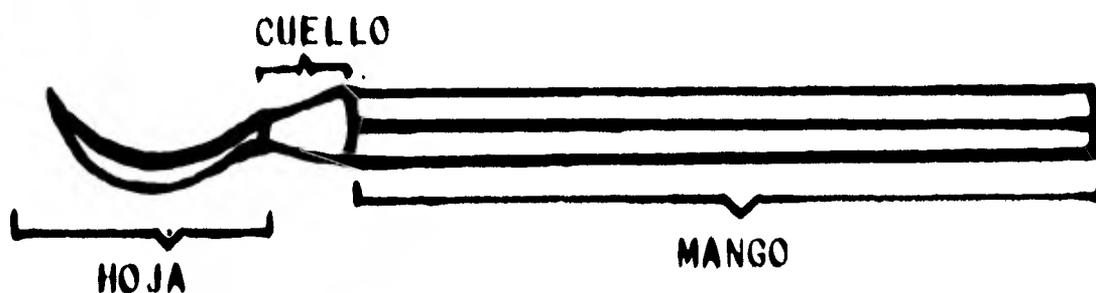
nalidades en cirugía periodontal. Son instrumentos con extremos redondeados y hojas rectas.

TIJERAS.

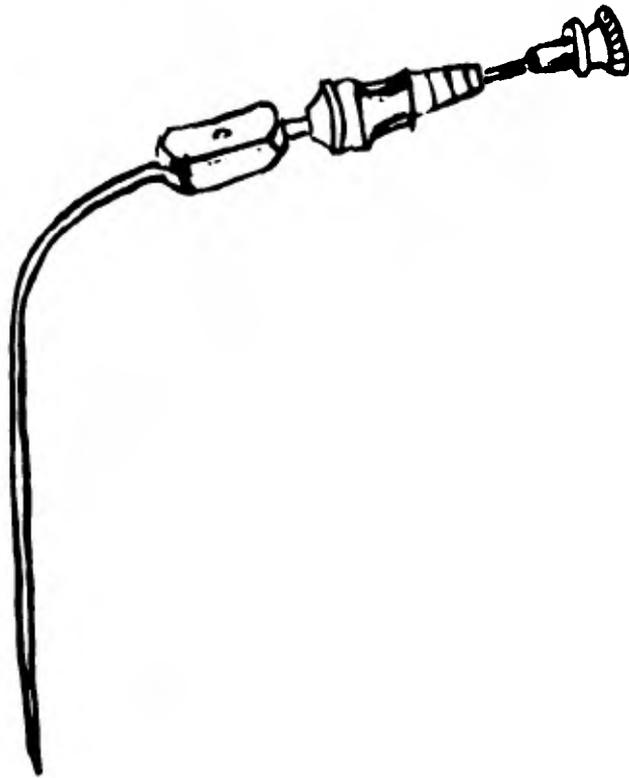
Tienen infinidad de usos. Sirven para eliminar lengüetas de tejido durante la gingivectomía, agrandar incisiones en abscesos periodontales, recortar márgenes de colgajos y eliminar inserciones musculares en cirugía mucogingival.

ASPIRADORES.

Son de mucha importancia ya que por su tamaño permiten el acceso a todas las zonas. Es importante en cirugía periodontal.



DIFERENTES PARTES DE UN INSTRUMENTO PERIODONTAL --
CARACTERÍSTICO



ASPIRADOR

C A P I T U L O II

PREPARATIVOS PARA LA CIRUGIA PERIODONTAL

PREPARATIVOS PARA LA CIRUGIA PERIODONTAL

VALORACION PREOPERATORIA

El dentista está obligado a volver a revisar las historias médica y dental del paciente días antes de comenzar la cirugía.

El examen prequirúrgico incluye el control del fichado para valorar modificaciones de la profundidad de la bolsa y observación de forma, contorno, color y textura de la encía.

Indicaciones generales para la cirugía. Son indicaciones generales para la cirugía la presencia de bolsas y la forma no fisiológica de la encía.

Las indicaciones específicas se aclaran en los próximos temas que se refieren a técnicas quirúrgicas.

Contraindicaciones generales. Se va a contraindicar la cirugía en pacientes con determinadas enfermedades orgánicas o metabólicas (enfermedad de Addison, diabetes no controlada, cardiopatías graves, trastornos hemorrágicos) o en pacientes que no han respondido bien en cirugía anterior. Se debe consultar al médico y realizar los análisis de laboratorio adecuados cuando hay trastornos sistemáticos o hemorrágicos o se está haciendo tratamiento con anticoagulantes.

FASE PREQUIRURGICA O AMBIENTAL

Es una preparación mecánica o técnica y biológica de los dientes y del parodonto; también es una preparación psicológica para lograr un ambiente emocional lo más adecuado posible con el objeto de lograr lo mejor en cirugía periodontal; también se requiere una preparación educacional (motivación para que el paciente siga las instrucciones que le da el dentista).

Pasos a seguir en la fase prequirúrgica:

- 1.- Alivio o erradicación del estado agudo (dolor, hemorragia, etc.).
- 2.- Historia clínica, ficha periodontal, estudio radiográfico, fotografías y en ocasiones modelos de estudio.
- 3.- Técnica de cepillado, control personal de placa, eliminación de sarro y retenedores de placa dentobacteriana.
- 4.- Análisis y presentación del problema. - Medición de bolsas y examen de la topografía de - -bolsas.
- 5.- Control de lesiones cariosas y retenedores de placa dentobacteriana.
- 6.- Extracciones estratégicas.
- 7.- Terapia endodóntica.
- 8.- Posición dentaria. No son buenos candi-

datos para cirugía, pacientes con apiñonamiento.

9.- Equilibrio oclusal; realizarlo antes del acto quirúrgico, aunque puede necesitarse antes y después.

10.- Revalorización del parodonto. Es importante darse cuenta si el paciente presenta mejoría y si coopera o no. Hasta aquí se elige la técnica adecuada a seguir.

PLANIFICACION

Si está indicada la cirugía se hará la valoración prequirúrgica. La zona a operar, el tipo y extensión de la cirugía y los pasos comunes, todo se planificará con cuidado. Esto se registrará en la ficha de tratamiento del paciente. Se comunicarán al paciente los planes respecto de las cirugías venideras para que las pueda acomodar a su horario social para que el dentista pueda trabajar sin urgencias.

La premedicación se hará cuando esté indicada. A pacientes con cardiopatía valvular u otras enfermedades que demanden antibióticos se les deberán administrar 24 horas antes de la cirugía para proporcionar los niveles adecuados. La medicación antibiótica se proseguirá días después de la cirugía.

Es un estado común en la mayoría de los pacientes la ansiedad, y en especial en aquellos que

se someten a una cirugía. A algunos pacientes se les puede tranquilizar verbalmente, a otros se les administrará tranquilizantes (Valium 2 o 10 mg.), - 30 a 45 minutos antes de las inyecciones de anestesia.

Se recomienda usar bandejas quirúrgicas que contengan los instrumentos necesarios para un determinado procedimiento. La bandeja se colocará en una posición de fácil acceso para el operador y la asistente, lejos de la vista del paciente, para que no vea los instrumentos.

El tipo de anestesia será la infiltración local y regional.

Durante la operación, las instrucciones verbales que se den al asistente han de ser breves, - para no crear ansiedad. Las órdenes descuidadas, - observaciones, miradas airadas, movimientos rápidos innecesarios alarman al paciente y pueden generar un clima tenso y desagradable.

ASISTENTE QUIRURGICO

El asistente quirúrgico es un participante - activo de todos los procedimientos quirúrgicos. - Su tarea es aspirar, separar, pasar y recobrar instrumentos, y limpiar la superficie quirúrgica con el chorro de agua.

Es función del asistente cuidar de la iluminación, para que el campo operatorio esté iluminado en todo momento.

También será tarea del asistente la separación de labios, carrillos y lengua, para permitir el fácil acceso al operador.

El asistente usará el aspirador para eliminar sangre, secreciones bucales y el agua o la solución salina con que se irriga.

Una vez tenido todo planeado y verificado, - se podrá realizar la cirugía.

C A P I T U L O I I I

TECNICA DE RASPAJE Y CURETAJE

TECNICA DE RASPaje Y CURETAJE

La técnica de raspaje y curetaje no es una técnica quirúrgica pero es conveniente incluirla ya que es base de la mayoría de las técnicas quirúrgicas en periodoncia.

Hoy en día no hay duda de que el sarro y otras acumulaciones se encuentran relacionada con la periodontitis y que la eliminación de estas sustancias de coronas y raíces de los dientes suele permitir una mejoría en la condición de la encía. La placa, desde luego, ha sido establecida como el factor irritante básico en la iniciación de las lesiones de la enfermedad periodontal inflamatoria. El sarro, con su superficie áspera e irritante, proporciona un excelente nido para la formación y retención de placa.

DEFINICION DE TERMINOS.

La técnica de raspaje y curetaje subgingival es el procedimiento básico más comúnmente empleado para la eliminación de bolsas periodontales y el tratamiento de la enfermedad gingival.

El raspaje radicular son los procedimientos que se realizan para eliminar cálculos, placa o sarro y otros depósitos además de cemento blando o rugoso por medio de instrumentos de acero filoso diseñados para este fin.

El curetaje son los procedimientos que se

realizan para eliminar el revestimiento interno en fermo de la pared gingival de las bolsas periodon-
tales.

Raspaje y curetaje se realizará en una zona-
limitada; debe ser suave y minucioso y producir el
mínimo de trauma a los tejidos infectados y la su-
perficie dentaria. Cada instrumento debe cumplir-
su finalidad la primera vez que se use, para evi-
tar repeticiones innecesarias. Esta técnica junto
con el control de placa se utiliza en el tratamiento
de casi todos los pacientes con enfermedad pe-
riodontal.

INDICACIONES.

Raspaje y curetaje será la técnica de ele-
cción para:

1.- Eliminación de bolsas supraóseas en las-
que la profundidad de las mismas sea tal que los -
cálculos que están sobre la raíz se pueden exami-
nar por completo mediante la separación de la pa-
red de la bolsa con un chorro de aire tibio o una-
sonda. Para que esta técnica tenga resultado, la-
pared de la bolsa debe ser edematosa para que se -
contraiga hasta la profundidad del surco normal. -
Si la pared de la bolsa es firme y fibrosa se re-
querirá tratamiento quirúrgico para eliminarla, ya
que la pared fibrosa no se contraerá lo suficiente
después del raspaje y curetaje.

2.- La mayoría de las gingivitis, excepto el
agrandamiento gingival.

3.- Como parte del tratamiento de bolsas in-

fraóseas.

INSTRUMENTOS.

El raspaje y curetaje adecuado demanda el uso diestro de instrumentos que se adapten a las exigencias del trabajo a que están destinadas. Los instrumentos periodontales que se utilizan en esta técnica son: sondas periodontales, exploradores de bolsa, raspadores superficiales, raspadores profundos, azadas, hoces, limas y curetas.

PRINCIPIOS DEL RASPAJE Y CURETAJE.

a) Limpieza del campo operatorio.- Es preciso limpiar lo mejor posible el campo operatorio. Si las superficies expuestas se hallan cubiertas de grandes cantidades de placa y materia alba, se debe comenzar por usar pómez fino con una taza de caucho montada en el torno, para quitar esos depósitos blandos. Esto dejará más limpio el campo operatorio y mejor visión.

b) Anestesia.- No es necesario usar anestesia salvo si hay sensibilidad dentaria o gingival. Cuando sólo hay sensibilidad gingival se utilizará anestesia tópica y se deberá aplicar con torundas de algodón o llevándola a la bolsa con instrumentos. Si hay considerable sensibilidad dentaria, se deberá usar anestesia local infiltrativa o regional. También ha dado resultado el uso de analgésicos. Los pacientes con antecedentes de fiebre reumática o cardiopatía vascular se deberán proteger adecuadamente mediante antibióticos antes del-

tratamiento, porque el raspaje produce bacteremia-transitoria.

c) Apoyos.- El primer requisito para una instrumentación minuciosa es el correcto apoyo de los dedos ya que es importante para impedir la lesión de los dientes y tejidos del paciente. Si el operador hace movimientos inseguros o aplica excesiva presión puede correr el riesgo que se le catalogue como de "mano pesada". El filo de los instrumentos es importante para que se realice una instrumentación adecuada ya que se ejerce menor presión cuando se usan instrumentos filosos.

Muchos operadores opinan que el apoyo con el dedo anular permite mayor destreza ya que el apoyo se encuentra más alejado del instrumento, lo cual mejora la percepción táctil de los dedos, además - de que el dedo mayor queda libre para asegurar una mejor prensión del instrumento. Otra forma de hacerlo es tomar el apoyo con el dedo pulgar cuando se retiran trozos muy adheridos de cálculos y hay que ejercer mucha presión, de tal forma que la fuerza que se imprime al instrumento va a estar regulada.

d) Raspaje y curetaje.- La remoción completa de cálculos gingivales requiere el desarrollo del tacto, es decir, de un tacto delicado ya que hay que apreciar la extensión de los cálculos gingivales antes de tratar de retirarlos y para ello hay que deslizar un instrumentos (explorador o raspador fino) a lo largo de los cálculos en dirección del ápice, hasta que se sienta la terminación de -

los cálculos sobre la raíz. El operador debe tratar de ver los cálculos insuflando aire tibio entre el diente y el margen gingival, estos cálculos son de color pardo o de color chocolate, o bien -- puede ser más claro y escapar de la detección. Durante la técnica de raspaje hay que estar rectificando la lisura de la raíz con un explorador agudo, ya que los cálculos retenidos impiden la completa curación.

Aparte de eliminar los cálculos se debe alisar la raíz hasta que quede lisa y suave. El cálculo no debe de irse reduciendo paulatinamente, si no que se debe desprender en su totalidad comenzando por debajo de su borde. La zona de instrumentación va a ser la localizada a los dos lados de la unión amelocementaria que es donde se localizan -- los cálculos y otros depósitos. No se debe pasar el instrumento sobre la corona donde no es necesario ya que esto implica pérdida de tiempo y desafía el instrumento.

La remoción de todo el tejido necrótico y de generado que se encuentra en la pared blanda de la bolsa, se hará por medio del curetaje. La técnica de curetaje acelera la cicatrización ya que reduce la tarea de los fagocitos y las enzimas tisulares. El raspaje y curetaje exagerado, causa dolor posoperatorio y retarda la cicatrización.

Por lo general el tratamiento comienza en la zona molar superior derecha, salvo que precise con urgencia en otro sector. La cantidad de dientes a tratar varía según la habilidad del operador y la clase de paciente y la intensidad de lesión periodontal.

SECUENCIA SISTEMÁTICA PARA LA ELIMINACIÓN DE - LA BOLSA

Como primer paso se aísla el campo con rollos de algodón o trozos de gasa y se pincela con un antiséptico como el Merthiolate o Metaphen. Se usará anestesia tópica, por infiltración o regional si es necesario.

En segundo lugar se van a eliminar los cálculos y residuos visibles con raspadores superficiales. Esto tiene como objeto que se retraiga la encía a consecuencia de la hemorragia desencadenada.

Seguido de esto se eliminarán los cálculos subgingivales introduciendo un raspador profundo hasta el fondo de la bolsa, inmediatamente debajo del borde inferior del cálculo y se desprende el cálculo. Se utilizará el cincel en superficies proximales que estén muy juntas y que no permitan la entrada de otra clase de raspadores.

Es importante que al estar practicando el raspaje y curetaje se esté limpiando la zona intermitentemente con torundas de algodón saturadas con una mezcla de partes iguales de agua tibia y agua oxigenada al 3%. No usar antisépticos fuertes ya que puede retardar la cicatrización y lesionar los tejidos.

Como cuarto paso se alisará la superficie dentaria usando azadas para estar seguros de haber eliminado depósitos profundos de cemento necrótico, y dejar casi lisa la superficie dentaria. El alisado final se hará con curetas que dejan superfi-

cies más suaves y lisas que las azadas.

Una vez realizado el raspaje y alisado radicular se procederá a hacer el curetaje de la pared blanda de la bolsa incluso la adherencia epitelial. Si no se curetea la adherencia epitelial, el epitelio de la cresta gingival va a proliferar a lo largo de la pared cureteada para unírsele, e impedirá toda posibilidad de reinserción del tejido conectivo a la superficie radicular. El curetaje se hará de la siguiente forma: Introducir la cureta de -- tal forma que tome el tapiz interno de la pared de la bolsa y se la desliza por el tejido blando hacia la cresta gingival, sostener la pared blanda de la bolsa con suave presión digital sobre la pared externa. Se coloca la cureta por debajo del borde cortado de la adherencia epitelial como para socavarla, se separará la adherencia epitelial con un movimiento de pala o cuchara hacia la superficie del diente. El curetaje elimina todo el tejido degenerado.

El último paso será pulir las superficies radiculares y coronarias adyacentes con tazas pulidoras de goma con Zircate mejorado o una pasta hecha a base de piedra pómez fina con agua. Terminado el pulido se limpia el campo operatorio con agua tibia y se ejerce presión sobre la encía para adaptarla al diente. Se puede usar barniz para tejidos, para cubrir la zona, esto es opcional.

Se le deberá recomendar al paciente que lleve su alimentación normal y que ponga especial atención a la limpieza dental siendo al principio-

un cepillado suave, aumentando gradualmente el vigor de cepillado, uso de hilo e irrigación con agua. Se le citará una semana después para valorarlo, y observaremos que la encía está un poco más enrojecida que la normal ya que hay mayor vascularización asociada a la cicatrización; la altura de la encía desciende por efecto de la cicatrización y desplazamiento de la posición del margen gingival. Dos semanas después si el paciente hace la fisioterapia adecuada, se conseguirá color, consistencia, textura superficial y contorno gingival normal, y el margen gingival estará bien adaptado al diente.

POSIBLES COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Por lo general no hay problemas, pero a veces aparecen diversos tipos de complicaciones.

1.- SENSIBILIDAD A LA PERCUSION. Debida a que puede inflamarse el ligamento periodontal, uno o dos días después del tratamiento. En estos casos, se desgasta levemente el diente afectado o su antagonista para aliviar la oclusión. Se sondeará suavemente el margen gingival para estimular la hemorragia y examinar si quedaron fragmentos de cálculos, esto lo realizaremos con anestesia tópica.- El paciente debe evitar la función y enjuagarse con una solución tibia de una cucharadita de sal en un vaso de agua. Al día siguiente, por lo general, ya no existe la sensibilidad.

2.- SENSIBILIDAD A CAMBIOS TERMICOS Y A LA ESTIMULACION TACTIL. Se debe a la eliminación de cemento y exposición de dentina radicular durante el raspaje. Esta sensibilidad radicular se elimina por medio de la aplicación de una pasta desensibilizante a base de fluoruro de sodio y caolin con glicerina. También ayuda el bruñir la superficie radicular limpia con un bruñidor esférico levemente tibio.

OTRAS TECNICAS PARA LA ELIMINACION DE BOLSAS SUPRAOSEAS

"TECNICA DE APOSITO DE BOX"

Es una variante de la técnica de raspaje y curetaje que incluye el uso de apósitos. Los apósitos están hechos a base de ácido bórico, aceite de menta, oxígeno y otros productos medicinales incorporados en una base de parafina, a la cual se le da forma de barra. Por medio de presión digital o con una jeringa diseñada a propósito se introduce la parafina caliente en las bolsas durante 24 o 38 horas. Cuando se la retira, los cálculos por la retracción de la encía se eliminan por raspaje.

Se pone por segunda vez una aplicación, y se repite hasta eliminar la enfermedad gingival. Los apósitos individuales pueden ser dejados más tiempo. El periodo de tratamiento es de dos a tres meses. Se obtienen buenos resultados.

"TECNICA QUIRURGICA CONSERVADORA DE BARKANN"

Es otra modificación de la técnica de raspaje y curetaje que incluye la excisión de la pared interna de la bolsa y una mezcla coagulante de fenol-alcanfor.

Se usa anestesia tópica. Se va a pincelar con un antiséptico la bolsa y se la empaqueta con un hilo de algodón impregnado con una mezcla de -- 25% de fenol y 75% de alcanfor. Se deja el hilo en la bolsa un instante, y una vez retirado, se comienza el curetaje. Este proceso de empaquetado y curetaje se repite, agrandando la bolsa. Se eliminará la mayor cantidad posible de tejido contenido en la bolsa.

Con un bisturí curvo se corta la papila con una incisión semilunar y un bisel interno. Con la hoja afilada se raspa la pared blanda de la bolsa para crear superficies sangrantes avivadas.

Una vez eliminadas todas las sustancias extrañas, se empaqueta la bolsa con un apósito de gasa de 0.5 cm por 4 o 5 cm de largo, humedecido con agua esterilizada a la cual se incorporó la mezcla coagulante de fenol-alcanfor.

Al día siguiente, se retira la gasa y se irriga la zona con una solución salina normal, y se pincela con un antiséptico como Metaphen o Merthiolate.

C A P I T U L O I V

GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA

GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA

GINGIVECTOMIA A BISEL EXTERNO

DEFINICION.

Gingivectomía literalmente significa excisión de la encía, pero en realidad, es una operación en dos tiempos que consiste en la eliminación de la encía enferma y el raspaje y alisado de la superficie radicular.

INDICACIONES.

Se va a usar este procedimiento para eliminar bolsas supraóseas profundas, bolsas supraóseas con paredes fibrosas, cualquiera que sea su profundidad, agrandamientos gingivales, lesiones de furcación, abscesos periodontales, y capuchones pericoronarios.

CONTRAINDICACIONES.

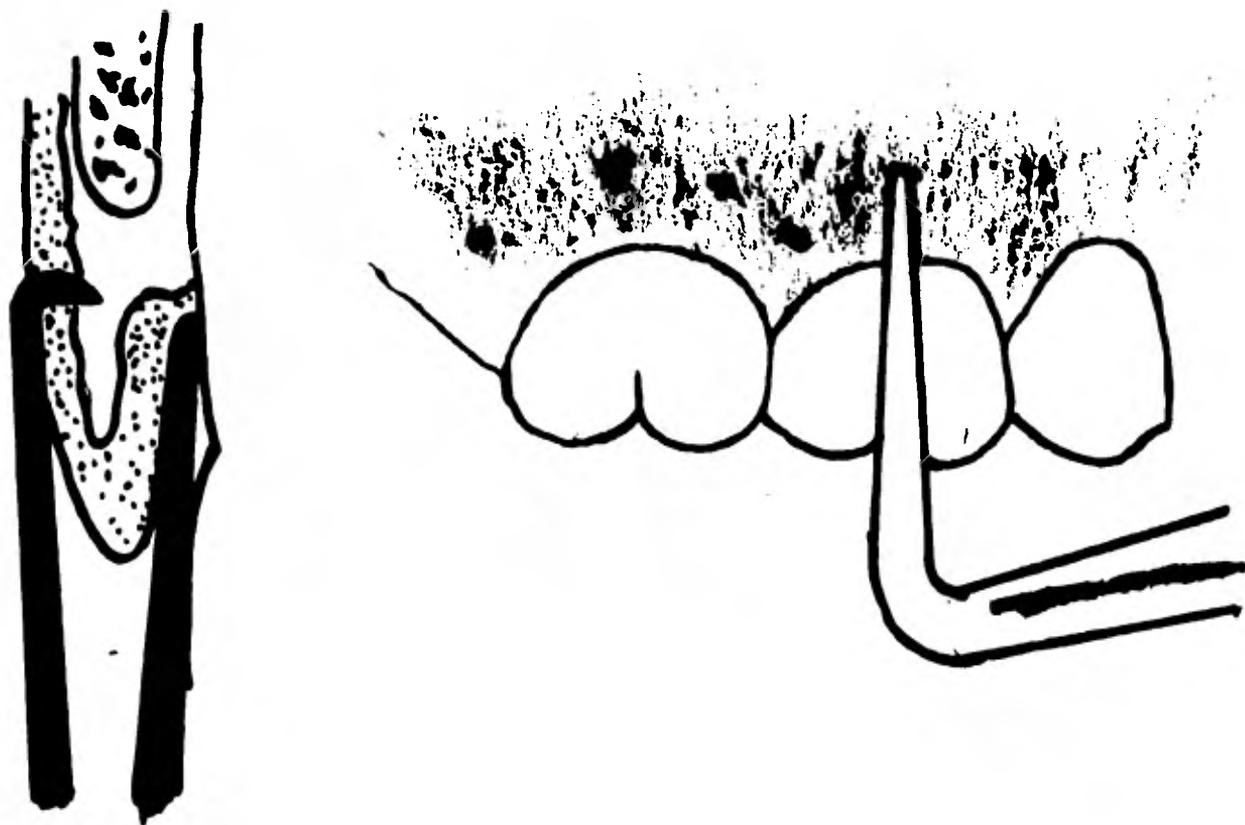
En presencia de bolsas infraóseas, y cuando persiste la mala higiene bucal.

TECNICA QUIRURGICA.

Se anestesia por infiltración local o regionalmente.

Una boca con bolsas generalizadas se trata - por cuadrantes, a intervalos semanales. Glickman recomienda comenzar por el cuadrante inferior derecho, para simplificar la primera sesión quirúrgica del paciente. A continuación se trata la zona superior derecha, dejando el lado izquierdo libre para que el paciente mastique. En las semanas sucesivas se tratarán el cuadrante mandibular izquierdo y el superior izquierdo.

Una vez anestesiada la zona operatoria, se procede a explorar las bolsas con una sonda periodontal y se marcan con una pinza marcadora de bolsas. El instrumento se sostiene con el extremo -- marcador alineado con el eje mayor del diente. El extremo recto se introduce hasta la base de la bolsa y el nivel se marca al unir los extremos de la pinza, produciendo un punto sangrante en la superficie externa. Las bolsas se marcan sistemáticamente comenzando por la superficie distal del último diente, siguiendo por la superficie vestibular, yendo hacia la línea media. Este procedimiento se repite en la superficie lingual. Cada bolsa se -- marca en varias partes, para dibujar su curso sobre cada superficie.



Con un bisturí Bard-Parker núm. 11 o núm. 12 se incide la encía por apical a los puntos que marcan el curso de las bolsas entre la base de la bolsa y la cresta del hueso. Se pueden usar incisio-

nes continua o discontinua según lo prefiera el --
operador.

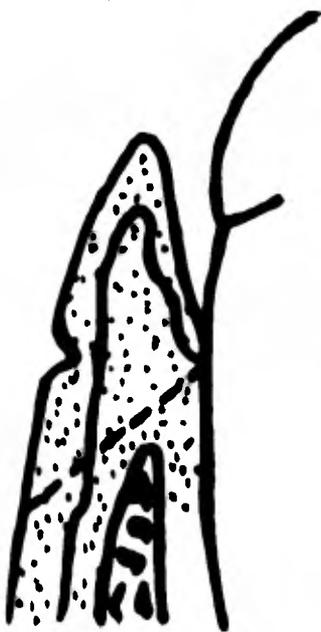


incisión discontinua

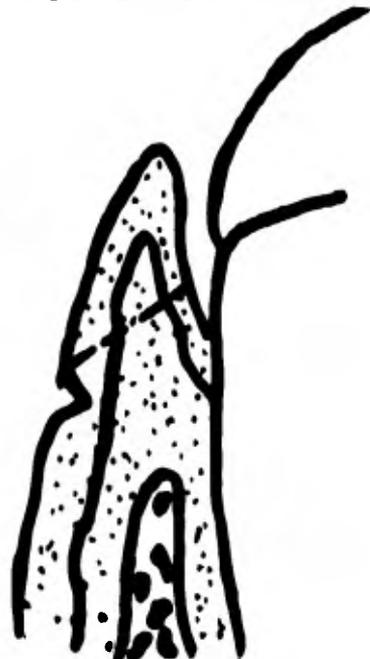


incisión continua

El corte de la encía deberá ser firme y de una sola intensión, de tal forma que no sea necesario repetirla nuevamente. La incisión se biselará aproximadamente en 45 grados con la superficie dentaria. En la medida de lo posible, la incisión debe de recrear la forma festoneada normal de la encía, pero ello no significa dejar intacta la pared de la bolsa en parte. La bolsa se eliminará por completo. La incisión debe traspasar completamente los tejidos blandos, en dirección al diente.



Correcto



Incorrecto



Correcto



Incorrecto

Con un bisturí periodontal interdental se complementan las incisiones interdenciales donde se precise.

Comenzando en la superficie distal del último diente erupcionado, se desprende el margen gingival por la línea de incisión, con una azada quirúrgica.



Si las incisiones se planifican y se realizan bien 1) se eliminan las bolsas, 2) la incisión dejará una superficie convertiente hacia la corona (denominada bisel), 3) el bisel terminará en un margen en filo de cuchillo, y 4) el tejido restante quedará festoneado alrededor de cada diente.

Con las curetas se elimina el tejido granulomatoso antes de comenzar el raspaje minucioso.

Se eliminan el cálculo y el cemento necrótico y se alisa la superficie radicular con raspadores superficiales y profundos y curetas.

La zona intervenida se lava varias veces con agua tibia, para poder colocar el apósito periodontal, tanto en bucal como en lingual, el cual no deberá estar sobreextendido hacia la mucosa no afectada.



Una semana después se retira el apósito, se lava la zona y se valora, y se trata el siguiente cuadrante si es que lo hay. Por lo general, no es preciso reponer el apósito. Sin embargo, es aconsejable repetir el apósito una semana más en algunos pacientes. El criterio clínico ayudará a decidir si volver a colocar el apósito sobre la zona o si dejar el primer apósito más de una semana.

Se le aconseja al paciente mantener la zona-intervenida lo más limpia posible, mediante el uso suave de limpiadores interdentarios, hilo dental e irrigación suave con agua.

Al hacer el retiro definitivo del apósito se aconseja al paciente que no reduzca la higiene bucal por ningún motivo.

GINGIVOPLASTIA

Se denomina gingivoplastia a la remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos.

La enfermedad gingival y periodontal con frecuencia produce deformaciones en la encía que entorpece la excursión normal de los alimentos, colecciona placa irritante y residuos de alimentos y prolonga y agrava el proceso patológico. Grietas-gingivales y cráteres, papilas interdentarias en forma de meseta causados por la gingivitis ulceronecrotizante aguda y agrandamiento gingival son -- ejemplos de tales deformaciones.

La mayoría de las deformaciones de la encía-- se pueden corregir mediante la técnica de gingivec_otomía ya descrita sin que precise una gingivoplastia ulterior, siempre que la gingivectomía esté -- bien hecha.

La gingivoplastia se puede hacer con bisturí periodontal, escalpelo, piedras rotatorias de dia-

mante, de grano grueso. Se compone de procedimientos que se asemejan a los realizados en dentaduras artificiales (afinamiento del margen gingival, - - creación de un contorno marginal festoneado, adelgazamiento de la encía insertada y creación de surcos interdientales verticales, y remodelado de la papila interdientaria para proporcionar vías de escape a los alimentos.

Al igual que la gingivectomía se coloca apósito periodontal. También la higiene bucal eficaz es esencial para la consecución y mantenimiento de contornos gingivales fisiológicos.

C A P I T U L O V

RASPAJE Y CURETAJE QUIRURGICO POR COLGAJO

RASPAJE Y CURETAJE QUIRURGICO POR COLGAJO

Es la técnica más importante en periodoncia-ya que las demás técnicas quirúrgicas se apoyan en ella.

OBJETIVOS.

- 1.- Resolución de la inflamación.
- 2.- Eliminación de las bolsas.
- 3.- Lograr una readherencia epitelial lo más coronal posible.
- 4.- Lograr una nueva formación de fibras parodontales.
- 5.- Detener la pérdida ósea.

INDICACIONES.

Está indicado en el tratamiento de periodontitis, abscesos parodontales, bolsas profundas con pérdida ósea extensa cuando el raspaje y curetaje-gingival no son suficientes y otros procedimientos (gingivectomía, cirugía ósea, etc.) no están indicados.

TECNICA QUIRURGICA.

Se anestesia por infiltración local o regionalmente.

Con un bisturí hoja 15 u 11 se inciden las papilas y el margen gingival. Con un elevador de periostio se rechaza el colgajo de espesor total (con el elevador de periostio) mediante disección roma.

El excelente acceso y la visibilidad obtenidos permitirán la remoción de tejido inflamatorio adherido a la superficie de diente y hueso, y el alisamiento de la superficie radicular expuesta. Se hará el raspaje comenzando con los instrumentos más gruesos y terminando con los más finos, con un mínimo de 20 movimientos por cada cara de la raíz dejándola perfectamente limpia y lisa. No dejar escalones.

Durante el acto quirúrgico se deberá estar lavando y secando la zona quirúrgica.

Realizado lo anterior se procederá a alisar la pared blanda de la bolsa, retirando todo el tejido granulomatoso con tijeras parodontales, curetas o bisturí de Kirkland.

Se deberá asegurar de no dejar tejido enfermo, de alisar correctamente las raíces del diente y no dejar coágulos grandes que comprometan la cicatrización, y por ende, el tratamiento.

A continuación, se afronta el colgajo y se fija con suturas interdientarias.

Se coloca apósito quirúrgico, el cual no de-

be llegar a la zona de oclusión y tampoco al vestí
bulo.

Se cita al paciente 8 días después para reti
rar apósito, sutura y lavar la zona intervenida, y
el operador evalúe el parodonto.

C A P I T U L O VI

TECNICAS PARA TRATAR BOLSAS
INFRAOSEAS Y DEFECTOS OSEOS

TECNICAS PARA TRATAR BOLSAS INFRAOSEAS Y DEFECTOS OSEOS

La bolsa infraósea difiere de la bolsa supraósea en que está situada en un defecto óseo cuya base es apical al margen del hueso alveolar, y no coronario a él.

OBJETIVOS.

Eliminación de la bolsa infraósea.

Reinserción del ligamento periodontal.

Relleno del defecto óseo.

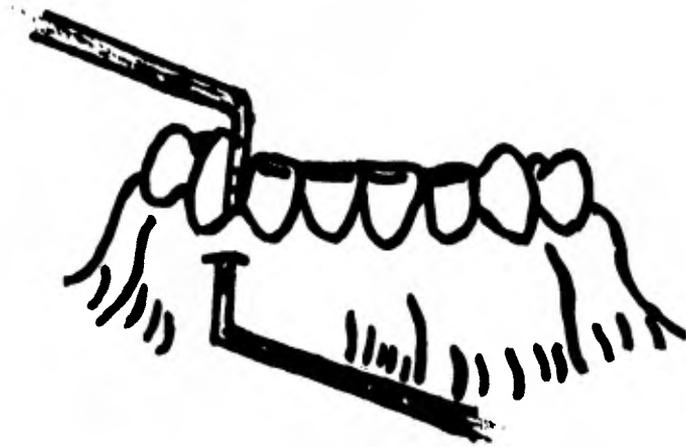
Existen varias técnicas para tratar bolsas - infraóseas y defectos óseos siendo el tratamiento de elección la operación por colgajo, pero también se usan las técnicas de raspaje y curetaje, y gingivectomía.

OPERACION POR COLGAJO

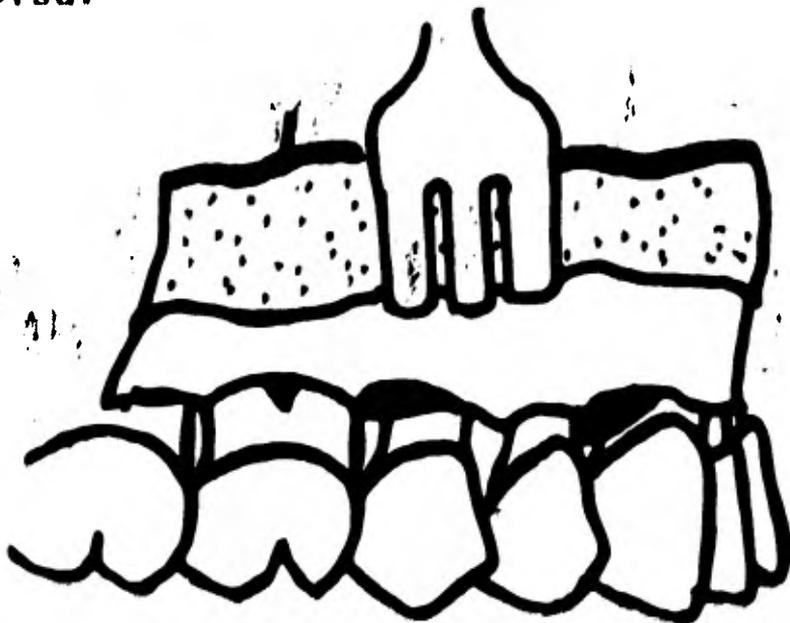
Se anestesia la zona por infiltración local o regionalmente.

Aislar la zona con trozos de gasa, secar y pintar con una solución antiséptica.

Explorar la bolsa con una sonda para determinar donde comenzar las incisiones. Las dimensiones aproximadas del defecto se pueden estimar pasando un instrumento a través de la encía hacia la superficie ósea subyacente.



Se rechaza un colgajo mucoperióstico haciendo incisiones verticales a ambos lados de la zona afectada en la superficie vestibular o en la lingual, o ambas, según sea la necesidad de obtener acceso. Las incisiones deben extenderse desde el margen gingival hacia la mucosa alveolar y deben encontrarse suficientemente alejadas para exponer la totalidad del defecto óseo sin estirar los tejidos, y deben ser suficientemente profundas para permitir el rechazo de un colgajo mucoperióstico.- Se hace una incisión interna a lo largo del margen gingival para separar del colgajo la pared blanda de la bolsa.



Una vez rechazado el colgajo mucoperióstico, se curetea la pared adherida de la bolsa y quítese de la superficie dentaria. El defecto óseo estará parcialmente relleno de tejido de granulación, el cual se elimina con una cureta.

Esto expondrá los depósitos de la raíz y facilitará la exploración a fondo de las dimensiones y morfología del defecto.



Elimínese todos los depósitos, alíese la superficie radicular y lengüetas adheridas de tejido, y alíese la superficie radicular. Asegúrese de - llegar a la raíz en la base del defecto.

Hay que eliminar por cureteado las fibras - que cubren el hueso para permitir la hemorragia -- irrestricta dentro del defecto. Si fuere preciso, perfórese la superficie ósea con una fresa redonda pequeña para facilitar la hemorragia.

Una vez formado el coágulo vuélvase el colgajo a su posición, suturese firmemente sobre el hueso y raíces y cúbrase con apósito periodontal.

Retírense el apósito y las suturas después - de una semana. Por lo general, no se precisa volver a colocar apósito.



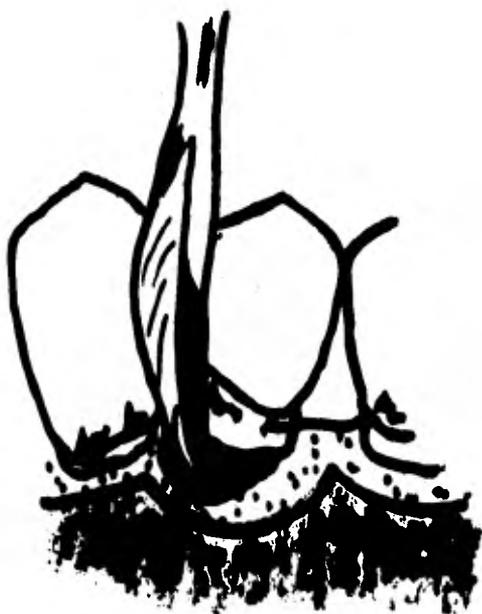
GINGIVECTOMIA

Se anestesia la zona por infiltración local o regionalmente.

Coronariamente al hueso se corta la pared de la bolsa con bisturíes periodontales o con bisturí Bard-Parker núm. 11 ó núm. 12, y se elimina, exponiendo el orificio del defecto óseo.



Con el bisturí periodontal interdental se hace la resección de la pared interna de la bolsa.

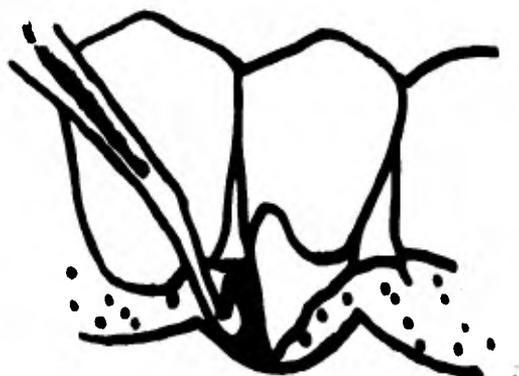


Se introduce un cureta por la superficie radicular hasta el fondo de la bolsa, muévase hacia el costado para socavar el tejido de granulación y elimínese éste. Esto expone los depósitos sobre la raíz y da la oportunidad de valorar las dimensiones y la arquitectura del defecto óseo.

Raspar y alisar la raíz para eliminar todos los depósitos y sustancia dentaria necrótica y pulase la raíz.



Eliminar la capa fibrosa de la superficie - del hueso con el borde cortante de la cureta. Esto expondrá una superficie ósea sangrante.



Limpiar perfectamente la zona con agua tibia para arrastrar todos los restos de tejido blando y cálculo. Una vez que cese la hemorragia, se colocará apósito periodontal sin desplazar el coágulo.

Después de una semana, se retira el apósito y se lava la zona que se intervino. Se le recomienda al paciente una excelente higiene bucal.

TECNICA DE RASPAJE Y CURETAJE

En casos seleccionados, es posible hacer el tratamiento de bolsas infraóseas mediante la técnica de raspaje y curetaje.

Se anestesia la zona y las bolsas se sondan y marcan en la superficie vestibular y superficie lingual. Partiendo de la base de defecto y desplazándose coronariamente a lo largo de la pared ósea, se curetean el revestimiento epitelial y el tejido conectivo de la bolsa y se eliminan con la cureta. Se raspa y se alisa la raíz, haciendo un esfuerzo especial por eliminar todos los restos de tejido blando en la zona de la adherencia epitelial. Se curetean las paredes óseas del defecto para eliminar la capa fibrosa, con el fin de facilitar la hemorragia desde el hueso hacia el defecto.

TRANSPLANTES OSEOS PARA EL TRATAMIENTO DE DEFECTOS OSEOS

Se denominan transplantes a los tejidos tomados de un lugar del cuerpo para injertar en otro sector del mismo individuo o de uno diferente. -- Los implantes son materiales de cualquier origen que se injertan en el cuerpo.

El injerto óseo sirve como fuente de osteoblastos y como introductor de células de tejido conectivo que evolucionan hacia osteoblastos. El injerto óseo es resorbido y reemplazado por hueso nuevo; el hueso esponjoso se resorbe más rápidamente que el hueso cortical y es más apto para proporcionar células osteógenas. Los pocos estudios de cicatrización hechos hasta ahora señalan que el implante es parcialmente resorbido y modelado. Hay cierta formación ósea alrededor de él y la parte que queda no es vital.

La médula ósea roja, transplantada de su sitio original a los maxilares, tiene capacidad de diferenciarse en osteoblastos. Su combinación con hueso autógeno parece enriquecer el potencial osteógeno del implante de médula.

TRANSPLANTES DE HUESO AUTOGENO

Se raspa y curetea la zona a intervenir. -- Ajuste la oclusión. Se le enseña al paciente el --

control de placa.

ZONA RECEPTORA.- Se levanta un colgajo mucoparióístico. Se elimina el tejido enfermo del defecto y se curetean las paredes óseas para eliminar la capa de fibras periodontales. Si las paredes óseas son densas, se hacen perforaciones múltiples con una fresa redonda pequeña para facilitar la vascularización del injerto. Se raspan y se alisan minuciosamente las superficies radiculares.

ZONA DONANTE.- Para el transplante se usa hueso esponjoso del maxilar del paciente. Las fuentes del hueso son heridas de extracciones en cicatrización, rebordes desdentados, hueso eliminado durante la osteoplastia y ostectomía, hueso trepanado desde dentro del maxilar sin lesionar las raíces y hueso neoformado en heridas creadas con esa finalidad.

El hueso puede ser transferido directamente al defecto o colocado en un vaso Dappen en solución salina isotónica.

Una vez limpiado el defecto con torundas de algodón, se atacan flojamente las partículas de hueso hasta que se llene el defecto, dándole forma de contorno redondeado.

Se devuelven los colgajos a su lugar y se suturan, asegurándose de cubrir por completo el hueso y se cubre la zona con apósito periodontal.

Las suturas y el apósito se retiran a la semana y se vuelve a colocar apósito durante dos o tres semanas más. Se recetan antibióticos que se tomaran la noche anterior y durante 48 horas después de la intervención.

TRANSPLANTES DE MEDULA OSEA AUTOGENA DE CADERA

Se raspa y se curetea la zona a intervenir.- Se ajusta la oclusión. Se le enseña al paciente el control de placa.

ZONA RECEPTORA.- Se levanta un colgajo mucoperióstico. Se elimina el tejido enfermo del defecto y se raspan y alisan las raíces. La pared cortical de las paredes óseas del defecto se perfora con una fresa redonda pequeña en varios sectores, para permitir la vascularización del trasplante.

ZONA DONADORA.- Se toman trozos de médula y hueso esponjoso de la cresta y espina iliacas posteriores y se colocan en diversas soluciones, según el método de almacenamiento. La zona de la biopsia se cubre con un vendaje.

Si la biopsia se va a utilizar inmediatamente, se lleva al consultorio dental en un medio nutritivo (medio esencial mínimo), donde puede quedar hasta tres horas. Los implantes que se van a usar después de tres horas y hasta una semana des-

pués de su retiro, se conservan en frascos que contienen glicerol de 5 a 15 % en un refrigerador a -4 grados centigrados. Los frascos se colocan a -37 grados centigrados antes de usar el implante. Para períodos más largos, las biopsias se conservan en glicerol al 25% con un medio esencial mínimo en un refrigerador de baja temperatura (37°C).

Los trozos de médula y hueso esponjoso se acomodan dentro del defecto, el cual debe ser llenado en exceso, si es posible se llevan los colgajos a su lugar, se suturan y se cubren con láminas de estaño y apósito periodontal. Durante dos a cinco semanas el apósito se cambia semanalmente.

Como medida profiláctica se usan antibióticos, comenzando la noche anterior a la cirugía y durante 48 horas después de la intervención.

ESTAMPADO DE HUESO ADYACENTE

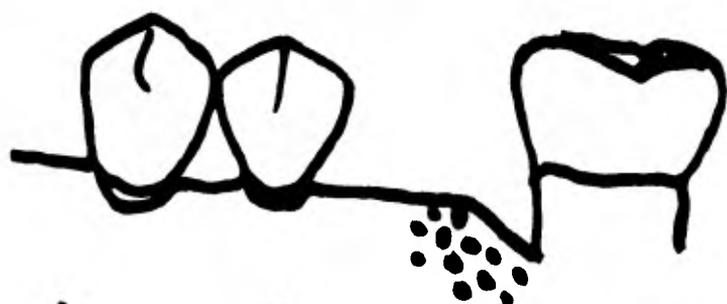
Este tratamiento consiste en la separación de un trozo de hueso y su impulsión forzada hacia el espacio del defecto para rellenarlo.

En defectos adyacentes a espacios desdentados, se usa el siguiente procedimiento:

Se levantan colgajos mucoperiosticos, se elimina tejido de granulación y se raspan y se alisan las raíces.

Se determina el tamaño del hueso por transferir y se separa del hueso que bordea el defecto -

con un corte lineal con fresa. Se introduce un -
cincel quirúrgico como dentro del corte y con un -
movimiento se empuja hacia el defecto.

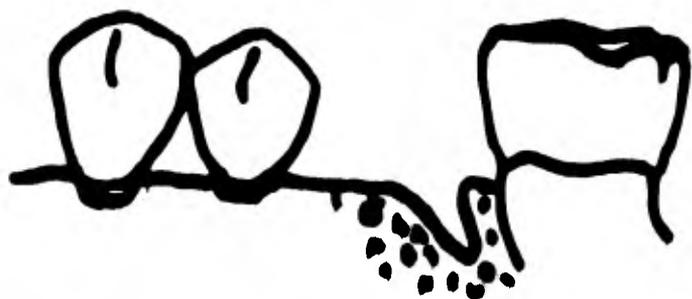


Defecto infraóseo
en mesial del mo-
lar inferior.



El cincel separa
el trozo.

Hueso estampado -
en el defecto in-
fraóseo.



Defecto infraóseo
relleno con hueso

Los colgajos se colocan de nuevo en su posición, se suturan y se cubren con apósito periodontal. Después de una semana se retira el apósito y la sutura, y si es necesario se coloca por una semana más.

Los cráteres interdentarios se rellenan presionando con fuerza las paredes vestibular y lingual hacia adentro.

TRANSPLANTES DE COAGULOS OSEOS

ZONA RECEPTORA.- Una vez realizado el raspaje prequirúrgico, se levanta un colgajo mucoperiostico. Se eliminan depósitos de la raíz y tejido de granulación. Se alisa la raíz y se perfora la pared ósea del defecto con una fresa redonda pequeña o con un explorador curvo.

ZONA DONANTE.- El injerto se puede obtener del reborde lingual del maxilar inferior, exostosis, rebordes desdentados, el hueso distal a últimos dientes, hueso eliminado por osteoplastia u ogtectomia, y la superficie lingual del maxilar inferior o superior por lo menos a 5 mm de las raíces.

El hueso se quita con una fresa de carburo - número 6 o número 8, con una velocidad entre 5000- y 30000 r.p.m.

Posteriormente con una cucharilla quirúrgica estéril se recogerá el hueso que ha sido desprendi

do y se colocará en un vaso Dappen esterilizado. - Después con la punta de una gasa se absorberá el exceso de sangre que contenga. El contenido del vaso debe tener una consistencia de masa. Dicho contenido se pasará al defecto óseo que previamente ha sido preparado. Se coloca el colgajo sobre el coágulo, se sutura, se comprime con gasa húmeda durante tres minutos y se cubre con una lámina de estaño adaptada a los dientes, seguido del apósito periodontal, y se cubre otra vez con estaño.

Se receta eritromicina, 250 mg cuatro veces diarias durante tres días, comenzando la noche anterior a la intervención.

Las suturas y el apósito se retiran, después de una semana, seguido por el control de placa.

C A P I T U L O V I I

I N J E R T O S M U C O G I N G I V A L E S

INJERTOS MUCOGINGIVALES

Injertos son tejidos trasladados de un sitio para reemplazar estructuras destruidas en otro. - En este caso se utilizarán como injertos la enclav y la mucosa bucal. La zona donde se obtiene el injerto se llama zona donadora.

Los injertos que permanecen unidos a la zona donadora por una base o "pedículo" son conocidos - como injertos pediculados. Un injerto libre se refiere a tejidos completamente eliminados de un lugar y transferidos a otro sin conservar conexión - con la zona donadora.

Los injertos se clasifican según el origen, - como sigue: injertos autógenos (autoinjertos) son tejidos obtenidos del mismo individuo; injertos homólogos (homoinjertos) se obtienen de diferentes - individuos de la misma especie; y heterólogos (heteroinjertos) se obtienen de otras especies.

Los injertos se clasifican según su estructura, como sigue: un injerto mucoperióstico (de espesor total) consta de epitelio superficial y tejido conectivo más el periostio del hueso subyacente; - un injerto mucoso (de espesor parcial) consta de - epitelio y una capa fina de tejido conectivo subyacente.

Los injertos mucogingivales más importantes - son los siguientes:

Injerto lateral deslizante,
 Injerto pediculado de doble papila y
 Injerto gingival autógeno libre.

INJERTO LATERAL DESLIZANTE

El injerto lateral deslizante no es ni más - ni menos que un injerto pediculado con una base amplia. Requiere de una placa labial de hueso sana y adecuada sobre los dientes que serán involucrados en el colgajo. El diseño del colgajo es tal - que queda expuesta una placa de hueso sobre la - - raíz debido al desplazamiento lateral del colgajo.

OBJETIVOS.

Cubrir superficies radiculares desnudas por un defecto gingival o enfermedad periodontal y ensanchar la zona de encla insertada.

TECNICA QUIRURGICA.

Con previa anestesia, se hace un corte de - 1 ó 2 mm de encla marginal adyacente a la recesión. La incisión se extiende en dirección apical desde el punto más apical de la encla marginal hacia el - vestibulo, hasta el punto en que proporcione el - margen proximal del colgajo por movilizar.

Elimínese el tejido incidido sin perturbar - la zona angosta del periostio alrededor de la raíz,

y ráspe y alísese la superficie radicular.



Es preciso que la zona donadora sea periodontalmente sana, con una encla insertada de ancho - satisfactorio y mínima pérdida ósea, y sin dehiscencias o fenestraciones. Hay que evitar dientes en mal posición o giroversión. Se puede hacer un colgajo de espesor total, o de espesor parcial, - pero se prefiere el último porque ofrece la ventaja de una cicatrización más rápida en la zona donadora y reduce el riesgo de pérdida de altura ósea-vestibular, particularmente si el hueso es delgado o se sospecha la presencia de una dehiscencia o - una fenestración. Luego, si la encla es delgada, - el espesor parcial puede no ser suficiente para la supervivencia del colgajo.

La incisión marginal del colgajo se hace ahora lo más distante en dirección de la cresta de la encla marginal que sea posible y sobre el aspecto distal, extendiéndose sobre el margen del tejido que deberá ser movilizado. La incisión vertical liberadora puede hacerse en este momento o posponerse hasta que el colgajo haya sido liberado: - El colgajo de grosor parcial mediante una incisión desde la lámina propia y el colgajo de grosor parcial por disección roma desde la placa labial del hueso.

Cuando se haga, el colgajo deslizante lateral se levantará y se moverá lo equivalente a la dimensión de un diente hacia el defecto, de tal manera que la línea proximal de la incisión pueda aproximarse al margen remanente que limita la recesión. La línea de unión se fijará con varias suturas, de tal forma que todo el colgajo se desplace lateralmente hasta cubrir toda la extensión de la raíz denudada.

El ejercer una presión suave pero continua sobre el injerto con una torunda húmeda durante 5-6 minutos asegurará que la sangre extravasada no se acumule bajo el injerto.



Cúbrase la zona operada con apósito periodontal blando. Antes de despedir al paciente se le dan las instrucciones acostumbradas sobre el cuidado postoperatorio. El apósito y las suturas no deben retirarse hasta después de 7 ó 10 días de la operación.

INJERTO PEDICULADO DE DOBLE PAPILA

OBJETIVOS.

Restaurar la zona de encla insertada y tratar de cubrir ralcos denudadas por defectos gingivales aislados con un colgajo formado por la unión de dos papilas interdentarias.

Está indicado cuando las zonas que bordean el defecto gingival no son satisfactorias para hacer un injerto lateral deslizante, porque la encla insertada es insuficiente o hay bolsas periodonta-

les profundas. Este problema se resuelve mediante la utilización de las mitades continuas de papilas interdientarias adyacentes.

TECNICA QUIRURGICA.

Con previa anestesia se hace una incisión en la zona donadora con un bisturí Bard-Parker hoja - núm. 15, en forma de V, y reséquese la encla enferma alrededor de la encla afectada. Raspar y alisar las superficies radiculares.

Con una hoja Bard-Parker núm. 15, comiéndose en el margen gingival lateral a las papilas interdientarias mesial y distal, y hágase una incisión - algo oblicua en el vestíbulo bucal hasta el nivel de la incisión en forma de V, sobre la raíz afectada. Esto diseñará los colgajos, cada uno de los cuales cuenta con parte de las papilas interdientarias, a los dos lados de la raíz. Cada colgajo es más ancho en su base que en el borde gingival. Hágase una incisión horizontal a través de la punta de cada papila interdientaria. Sepárese un colgajo de espesor parcial a cada lado de la raíz, introduciendo una hoja Bard-Parker núm. 15 en la incisión oblicua, debajo de la mucosa alveolar, y moviéndola hacia la punta de la papila interdientaria. - - Adelgácese el borde del colgajo para evitar que haya un margen gingival abultado después de la cicatrización.

Acérquense los colgajos hasta que se encuentren sobre la superficie radicular. El epitelio -

externo de un sector se elimina a veces, para que los colgajos puedan superponerse con las dos superficies conectivas en contacto.

Sutúrense los colgajos juntos, sobre el hueso, con suturas independientes, aseguradas al periostio, para impedir que el colgajo se deslice apicalmente. Con esta finalidad también se utiliza una sutura suspensora, a través de borde de los colgajos unidos y alrededor del cuello del diente.

Cúbrase el campo operado con apósito periodontal blando, por espacio de una semana. Después de una semana retirese el apósito y las suturas y colóquese apósito nuevo una semana más.

INJERTO GINGIVAL AUTOGENO LIBRE

El injerto gingival autógeno libre se ha convertido en el procedimiento más empleado para la inducción de encía nueva. La facilidad de su realización y su gran aplicación han hecho que se haya desarrollado y convertido en un procedimiento estándar.

Se utilizan para crear una zona ensanchada de encía insertada y para profundizar el fórnix vestibular, con la finalidad de crear espacio para él. También se ha probado para cubrir raíces denudadas.

TECNICA QUIRURGICA

Con previa anestesia, se hace una incisión - de gingivectomía, elimínese las bolsas periodontales y ráspense y alísense las superficies radicales.

ZONA RECEPTORA.- Con un bisturí Bard-Parker hoja núm. 15 se delimita la zona receptora con dos incisiones verticales desde el margen gingival cortado hacia la mucosa alveolar. Esto se hace con el objeto de preparar un lecho de tejido conectivo firme para que reciba el injerto. Extiéndase la incisión aproximadamente al doble del ancho deseado de encla insertada, previendo una retracción de 50 por 100 del injerto al completarse la cicatrización. El grado de contracción depende de la extensión de penetración de la zona receptora en las inserciones musculares. Cuanto más profunda es la zona donadora, tanto mayor es la tendencia de los músculos a levantar el colgajo y a reducir el ancho final de la encla insertada. A veces, se perfora el periostio a lo largo del borde apical del injerto, para impedir el angostamiento postoperatorio de la encla insertada.

Introdúzcase un bisturí Bard-Parker hoja - - núm. 15 a lo largo del margen gingival cortado y - rechácese un colgajo que esté formado por epitelio y tejido conectivo subyacente, sin tocar el periostio. Extendiéndose el colgajo hasta la profundi--

dad de las incisiones verticales. Hágase una incisión horizontal para cortar y retirar el colgajo.- Si queda una banda angosta de encía insertada una vez eliminadas las bolsas, se le dejará intacta y se comenzará la zona receptora introduciendo la hoja en la unión mucogingival, en vez de hacerlo en el margen gingival cortado.

Prepárese el lecho receptor para el injerto mediante la remoción de tejido blando inútil, contijeras curvas, dejando una superficie firme de tejido conectivo. Contrólense la hemorragia con trozos de gasa de 5 cm por 5 cm y presiónese; protéjase la zona con una gasa mojada en solución salina.

Hágase una matriz con papel de estaño, de la zona receptora, para ser usada como patrón del injerto.

ZONA DONADORA.- Se usa un injerto de espesor parcial; las zonas de donde se los obtiene son, por orden de preferencia, encía insertada, mucosa masticatoria de un reborde desdentado, y mucosa palatina. El injerto habrá de consistir en epitelio y una capa delgada, aproximadamente de 3mm, de tejido conectivo subyacente. El espesor adecuado es importante para la supervivencia del tejido conectivo del injerto. Debe ser suficientemente delgado para permitir la difusión rápida de líquidos nutritivos de la zona receptora, lo cual es fundamental en el período inmediato al trasplante. El injerto demasiado delgado puede encogerse-

y exponer la zona receptora. Si es demasiado grueso, su capa periférica corre peligro por la cantidad excesiva de tejido que lo separa de la circulación y las sustancias nutritivas.

Colóquese la matriz sobre la zona donadora - y márquese una incisión poco profunda alrededor de ella, con una hoja Bard-Parker núm. 15. Colóquese la hoja, hasta el espesor deseado, en el borde del injerto. Levántese el borde y sosténgaselo con - unas pinzas para tejido. Continúese la separación con la hoja rechazándolo con delicadeza, a medida - que avanza la separación, para proporcionar visibilidad.

La colocación de suturas en los bordes del - injerto ayuda a controlarlo durante la separación - y el traslado, y simplifica la colocación y sutura a la zona receptora.

Una vez separado el injerto, elimínense las - lengüetas sueltas de tejido de la superficie inferior. Adelgácese el borde para evitar contornos - marginales e interdentarios abultados. Hay que tomar precauciones especiales con los injertos de pa - ladar. La submucosa de la región posterior es --- gruesa y adiposa, y hay que recortarla para que no entorpezca la circulación. Los injertos tienden a restablecer su estructura epitelial original, y - así, pueden aparecer glándulas en injertos tomados de paladar.

Quítese la gasa de la zona receptora, vuélvase a colocarla a presión, si fuera preciso, hasta - que cese la hemorragia. Límpiense el exceso de coá

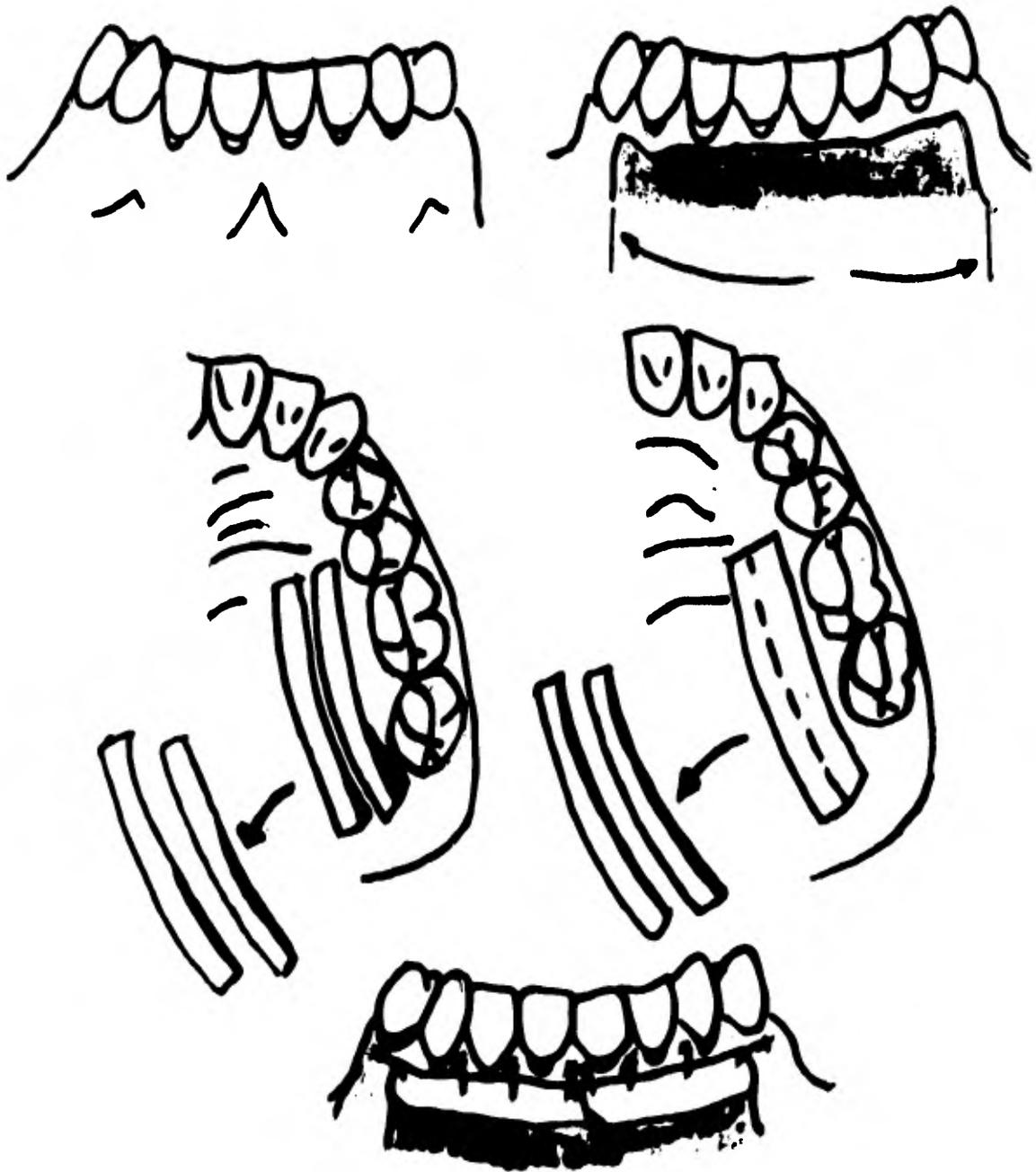
gulo. Un coágulo grueso entorpece la vascularización del injerto; asimismo, es un excelente medio para bacterias y aumenta el riesgo de infección.

Ubíquese el injerto y adáptese a la zona receptora. La existencia de un espacio entre el in jerto y el tejido subyacente (espacio muerto) retardará la vascularización y pondrá en peligro el injerto. Sutúrese el injerto por los bordes laterales y el periostio para asegurarlo en su lugar. Antes de completar la sutura, levántese la parte no suturada y límpiense el lecho receptor por debajo de ella con un aspirador, y elimínese el coágulo o fragmentos sueltos de tejido. Presiónese de nuevo el injerto en su posición y conclúyanse las suturas. Asegúrese de que el injerto quede inmovilizado porque el movimiento perturba la cicatrización. Evítense la tensión excesiva que torcerá el injerto y puede despegarlo de la superficie subyacente. Nota: Se deben de tomar todas las precauciones para evitar lesionar el injerto; empléense las pinzas con delicadeza, efectúe un mínimo de suturas para no perforar inútilmente el tejido.

Cúbrase con apósito periodontal la zona receptora por espacio de una semana, luego de la cual se quitan las suturas. Colóquese apósito por una semana más.

Cúbrase con apósito periodontal la zona donadora durante una semana.

Antes de despedir al paciente se le dan las instrucciones acostumbradas sobre el cuidado postoperatorio.



C A P I T U L O V I I I

EXERESIS DEL FRENILLO LABIAL

Y DEL FRENILLO LINGUAL

EXERESIS DEL FRENILLO LABIAL Y DEL FRENILLO LINGUAL

Un frenillo es un repliegue de membrana mucosa que está constituido histológicamente por tres capas: 1) epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal; 2) la túnica propia consistente en tejido conjuntivo y tejido fibroso blando; 3) la submucosa que contiene glándulas mucosas y linfáticas.

FRENILLO LABIAL

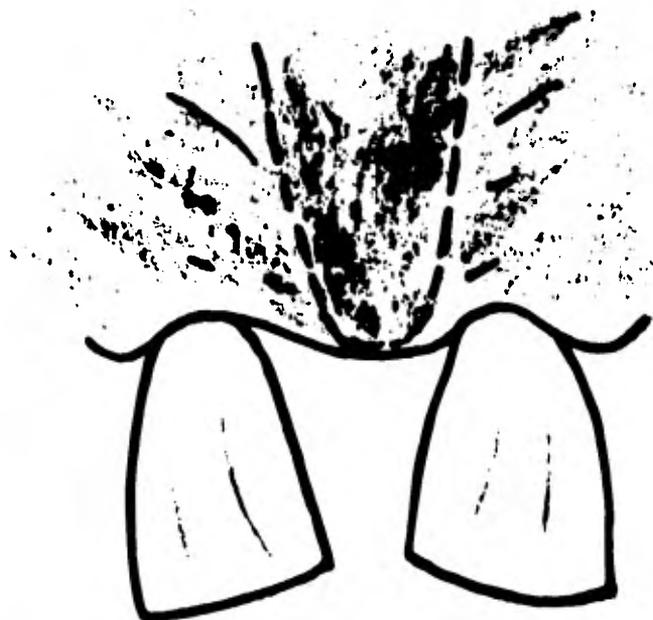
Monti (1942) reconoce tres tipos de frenillos:

a) El frenillo de tipo alargado, pero que presenta sus bordes derechos e izquierdos paralelos. Esta clase de frenillos ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente paralelos.

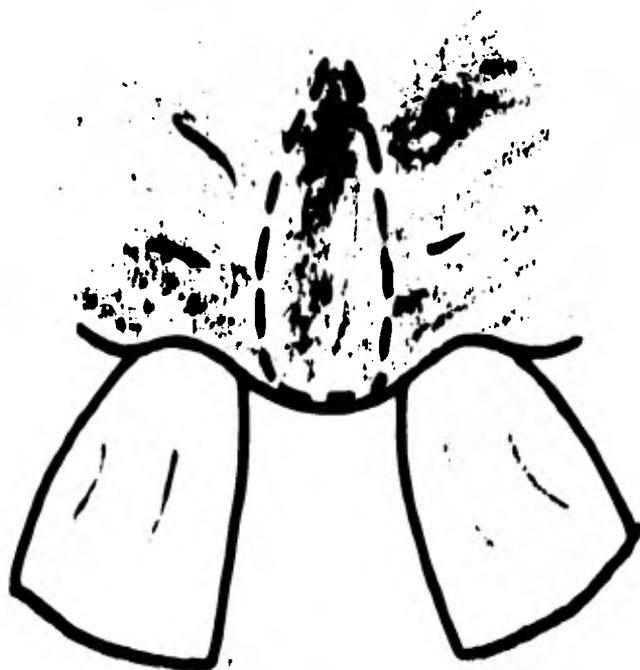


b) El frenillo de forma triangular, cuya base coincide con el surco gingival. Este tipo de frenillo origina un diastema cuya característica reside en que los ejes de los incisivos son conver

gentes, estando sus coronas más próximas que sus -
ápices.



c) El frenillo triangular, a base inferior.-
El cual origina un diastema, pero en este caso los
incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas
y sus ápices se aproximan.



La exéresis del frenillo labial se realiza - por los siguientes motivos:

PROTESICOS.- Cuando el frenillo labial des-- plaza las prótesis.

ORTODONTICOS.- Cuando el frenillo labial pro-- duce diastemas entre los incisivos centrales. Es-- conveniente hacer la frenilectomía una vez que han erupcionado los caninos permanentes.

PARODONTALES.- Cuando el frenillo labial for-- ma bolsas parodontales.

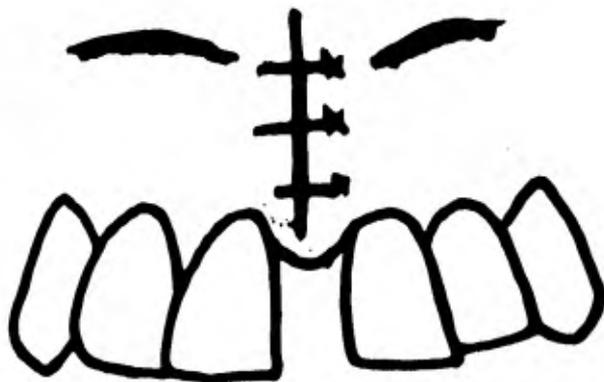
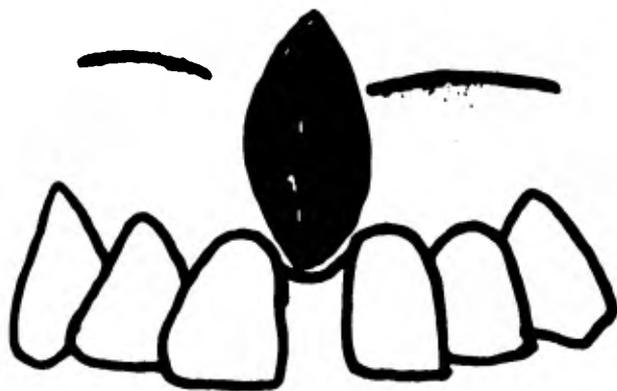
TECNICA QUIRURGICA DE FEDERSPIEL

Con previa anestesia local infiltrativa, se-- levanta el labio superior de modo que quede tenso-- el frenillo.

Con bisturí Bard-Parker hoja núm. 15, se cir-- cunscribe a manera de óvalo la base en abanico, a-- derecha e izquierda del frenillo, llegando así en-- profundidad hasta el hueso.



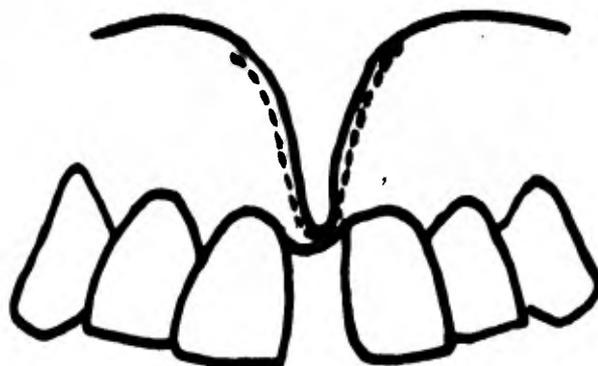
La porción del frenillo circunscrito por la incisión se toma con una pinza de disección; se despega el tejido a resecarse por medio de una legra o espátula roma. Los bordes de la herida se reúnen con dos o tres puntos de sutura. Se coloca apósito blando.



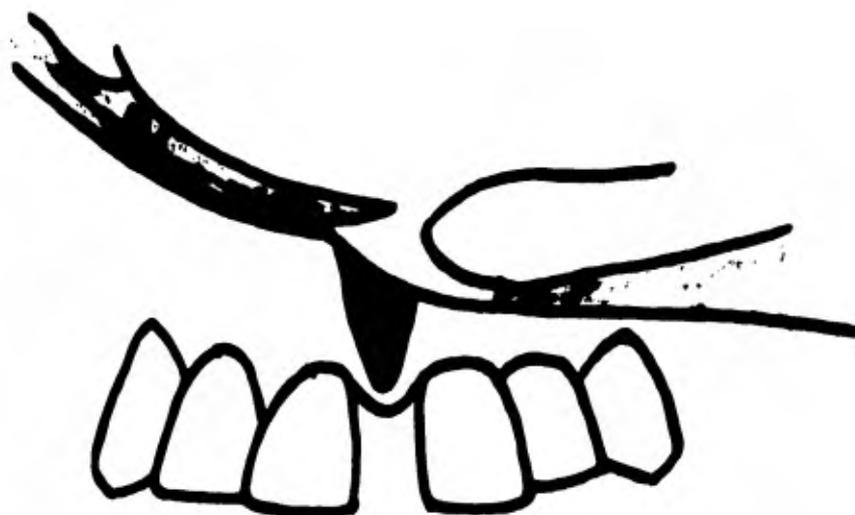
TECNICA QUIRURGICA DE MEAD

Con previa anestesia local infiltrativa, se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo.

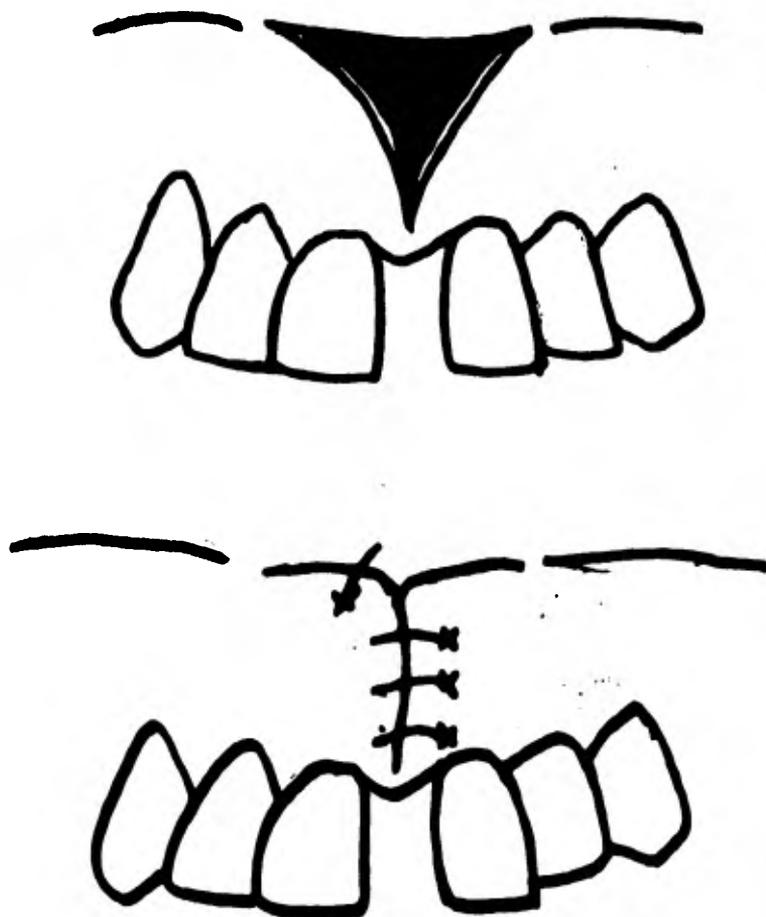
Con un bisturí Bard-Parker hoja núm. 15 se traza una incisión bordeando el frenillo en toda su longitud y llegando en profundidad hasta el hueso.



Se separa el frenillo de su inserción ósea con una legra periodontal. Una vez disecado el frenillo, se secciona en su límite superior.



Los labios de la herida son reunidos con sutura. Se coloca apósito blando.



Existe otra técnica mencionada por Glickman, que también es muy usual:

TECNICA QUIRURGICA:

Anestésiese la zona.

Tómese el frenillo con una pinza hemostática introducida hasta la profundidad del vestíbulo.

Incídase a lo largo de la superficie superior del hemostato, extendiéndose más allá del extremo.

Hágase una incisión similar a lo largo de la superficie inferior del hemostato.

Elimínese la porción triangular incidida del frenillo con el hemostato. Esto expone la inserción al hueso subyacente, inserción que tiene forma de pincel.

Hágase una incisión horizontal, separando las fibras, y diséquese en forma roma hacia el hueso.

Si el vestíbulo es somero, profundícelo hacia los costados a una distancia de tres dientes en cada dirección.

Límpiese el campo de operación y tapónese con trozos de gasa hasta que cese la hemorragia.

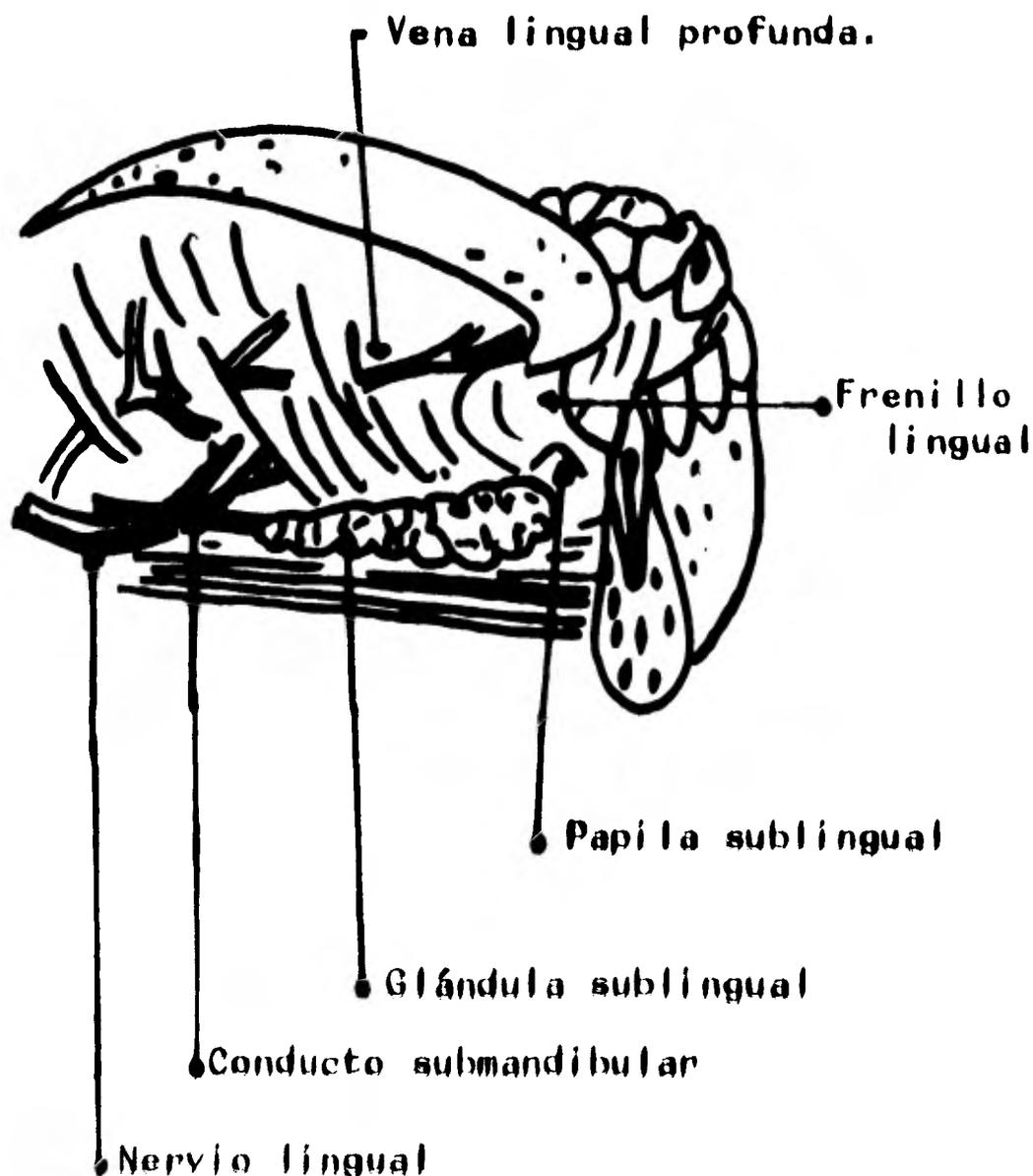
Colóquese el apósito periodontal, y antes de despedir al paciente se le dan sus recomendaciones postoperatorias.

Quítese el apósito después de dos semanas y vuélvase a colocar dos veces, a intervalos semanales. Es habitual que se requiere un mes a partir del momento de la operación para que se forme una mucosa sana, con el frenillo insertado en nueva posición.

FRENILLO LINGUAL

Al igual que el frenillo labial, frecuentemente es necesaria la exéresis del frenillo lingual, por motivos PROTESICOS, PARODONTALES y FONIATRICOS.

La corrección del frenillo lingual es una intervención de cirugía menor, pero, la vena lingual profunda y el conducto de Wharton se encuentra muy cerca de él, de manera que una maniobra intempestiva puede lesionar estas estructuras.



TECNICA QUIRURGICA:

Con previa anestesia regional bilateral, se tira de la lengua hacia arriba y atrás, y con unas tijeras se secciona el frenillo en la base de la lengua.



El defecto resultante, que tiene forma romboidal, se cierra con puntos sueltos, empezando en la base de la lengua. Como la mucosa es muy fina a este nivel, es bueno utilizar sutura atraumática.



C A P I T U L O I X

VESTIBULOPLASTIA

VESTIBULOPLASTIA

Es un procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es aumentar la profundidad del vestíbulo para proporcionar espacio para una zona aumentada de enclá insertada. La mayor profundidad también favorece una mejor higiene y salud gingival. La vestibuloplastia se realiza tanto en maxilares dentados como en maxilares desdentados.

VESTIBULOPLASTIAS EN MAXILARES DENTADOS

EXTENSION VESTIBULAR MEDIANTE UN COLGAJO DE - ESPESOR PARCIAL

Con la finalidad de aumentar el ancho de la enclá insertada y recolocación de las inserciones del frenillo, se realiza esta operación:

TECNICA QUIRURGICA:

Hágase una incisión de gingivectomía algo -- apicalmente a la base de las bolsas. Quitense tan to las bolsas como los cálculos y alísense las superficies radiculares.

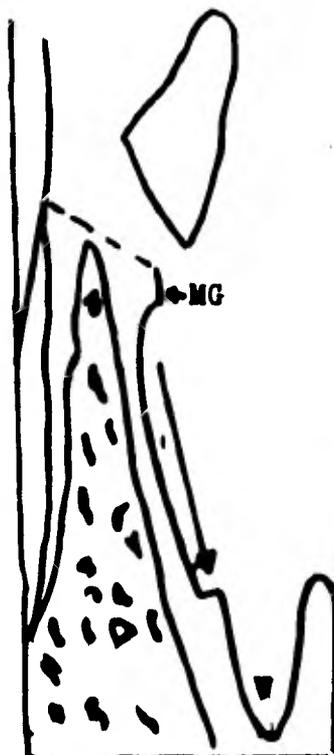


Desde el margen gingival hacia el fórnix del vestíbulo, háganse incisiones verticales, determinando la zona donde se desea aumentar la profundidad.

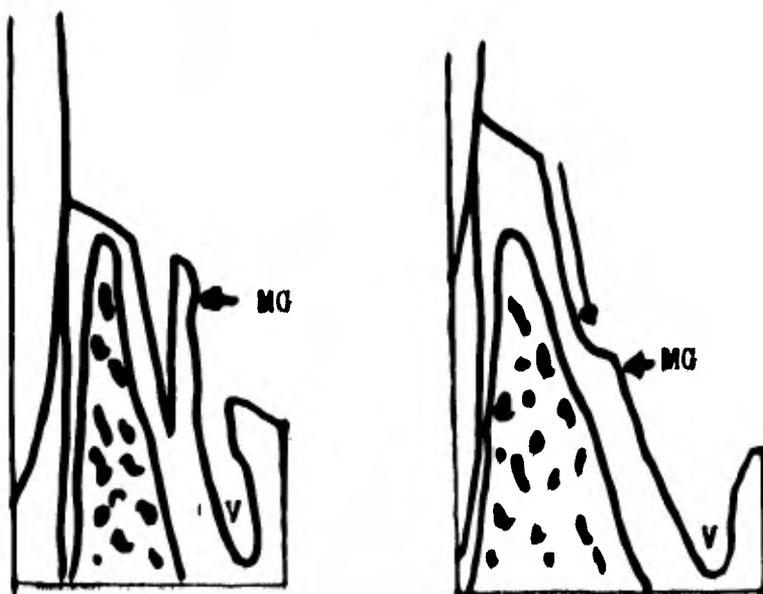
Colóquese un bisturí Bard-Parker núm. 15 de plano contra la encía con la punta dirigida hacia-apical e introdúzcase en la unión mucogingival - (MG), en un extremo del campo operatorio. Muévase lo a lo largo de la unión mucogingival, separando un colgajo que conste de epitelio y una fina capa de tejido conectivo subyacente. Sosténgase el borde del colgajo con una pinza delicada y diséquese, separando el tejido subyacente y profundizando el vestíbulo bucal (V).



Una vez alcanzada la profundidad deseada - - (aproximadamente el doble de la zona de encaje insertada adecuada), aplíquese presión lateral suave contra carrillos y labios, llevando el colgajo hacia apical, hasta que su borde esté a la nueva profundidad establecida.



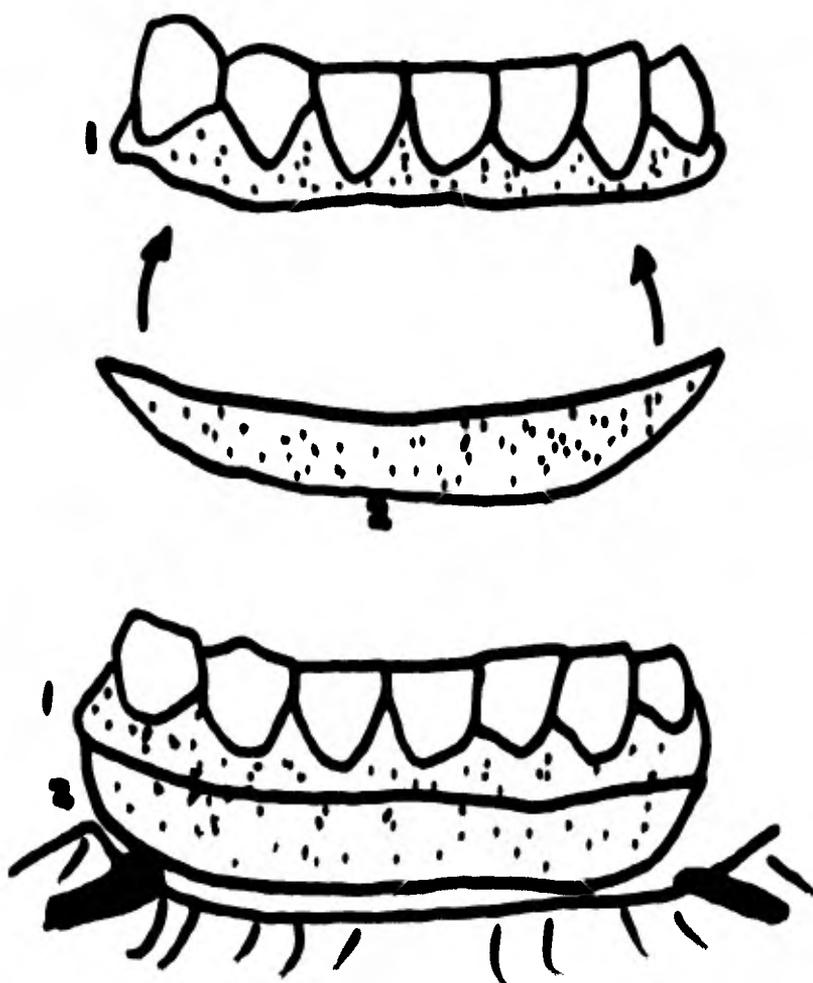
Como procedimiento alternativo, la separación de la mucosa se puede comenzar desde la línea de incisión de gingivectomía o directamente desde el margen gingival.



Realizado lo anterior, límpiese el periostio y elimínense las inserciones musculares, frenillos y tejidos blandos del periostio para proporcionar una base lisa y firme para el tejido de granulación que cubrirá la herida, y por último, formará una banda ensanchada de enca insertada.

Puede ser suturado o no el borde del colgajo al periostio. Se controlará la hemorragia con trozos de gasa de 5 cm por 5 cm, bajo presión. Al formarse el coágulo, el colgajo se adherirá al tejido subyacente en la base del fórnix.

Colóquese el apósito periodontal en dos etapas con previa eliminación de exceso de coágulo.



Antes de retirarse el paciente se le deben recomendar los debidos cuidados posoperatorios.

Quítese el apósito después de dos semanas, y vuélvase a colocar dos veces más, a intervalos semanales, luego de lo cual la zona se encuentra suficientemente cicatrizada para poder suspender el apósito.

Como resultado se obtiene que, la probabilidad a largo plazo es la conservación de algo menos que la mitad de la extensión inicial en casi todas las regiones. La retracción de la profundidad veg tibular puede detenerse o invertirse pero no en forma fundamental o en grado significativo.

PROFUNDIZACION VESTIBULAR DE EDLAN-MEJCHAR

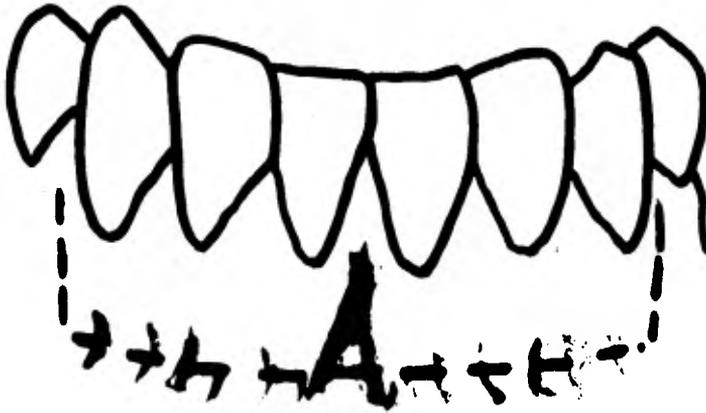
Esta técnica se recomienda para crear un medio ambiente para la obtención y mantenimiento de la salud gingival en pacientes sin bolsas periodontales, pero que tienen muy poca encla o ninguna al rededor de los dientes anteriores inferiores. Dicho procedimiento produce profundización estadísticamente significativas del vestibulo (4.72mm) en la zona del maxilar inferior, que persisten en pacientes observados durante periodos hasta de 5 años.

TECNICA QUIRURGICA.

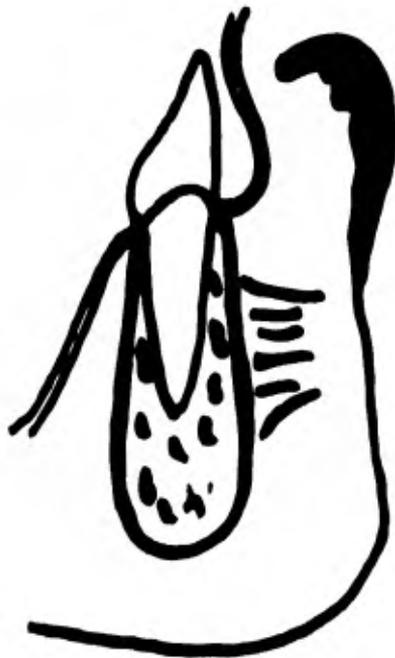
Con previa anestesia, hágase una incisión vertical en cada extremo del campo operatorio, comenzando desde la unión del margen gingival y la

enclá insertada, extendiéndola alrededor de 12 mm- desde el margen alveolar hacia el vestibulo.

Unanse las incisiones verticales con una incisión- horizontal.



Rechácese un colgajo mucoso y sítgaselo hasta exponer el periostio del hueso.



Sepárense del hueso el periostio y las fibras musculares insertadas, comenzando desde la cresta del hueso vestibular, inmediatamente debajo del colgajo rechazado, y traspóngaselos al labio.



Vuélvase a colocar el colgajo mucoso sobre el hueso, y suturese a la superficie interna del periostio. El fórnix del vestíbulo ahora está formado por la unión del colgajo mucoso y el periostio traspuesto.



Sutúrese el periostio a la mucosa del labio-
o vestibulo donde se hizo la primera incisión hori-
zontal. Según Edlan y Mejchar, el periostio se cu-
bre de epitelio entre los 7 y los 10 días y la mem-
brana mucosa se una al hueso a las dos o tres sema-
nas.



VESTIBULOPLASTIAS EN MAXILARES DESDENTADOS

La colocación de aparatos de prótesis movi-
bles se ve en muchas ocasiones perturbada, porque-
el vestibulo bucal a donde deben llegar las alas -
del aparato, no existe. Esta ausencia del surco -
vestibular puede deberse a exodoncia y alveolecto-
mia excesiva, o resorción exagerada de los maxila-
res desdentados. No existiendo el surco vestibu-
lar, se debe rehacer para que sea permitido colo-
car prótesis.

TECNICA QUIRURGICA DE KAZANJIAN

Con previa anestesia se traza una incisión horizontal en la superficie bucal del labio o carrillo, y en la línea que corre paralela a la arca alveolar y un centímetro y medio hacia afuera de la misma. Esta incisión debe realizarse en toda la extensión que va a recibir la prótesis.



Con un bisturí, la fibromucosa más cercana al borde alveolar es gradualmente disecada en dirección a la arcada.

Se disecciona todo tejido y fibras musculares sobrealientes en la superficie bucal del maxilar; hay que tener especial cuidado de no lesionar el periostio.



El colgajo con base en el reborde alveolar - se extiende sobre el periostio expuesto y se sutura a este nivel.

Se coloca una sonda de caucho o polietileno en el fondo del nuevo surco, y se mantiene en su sitio por medio de suturas circulares anudadas alrededor de rollos de algodón o gasa, colocados sobre la superficie de la piel



Antes de que se retire el paciente se le dan

sus recomendaciones posoperatorias. A las dos semanas se retira el tubo de caucho y se valora al paciente.

TECNICA QUIRURGICA DE CLARK

Con previa anestesia se hace una incisión ligeramente labial a la cresta del reborde. Se obtiene profundidad del surco por medio de una disección supraparióstica. La mucosa labial se socaba desde el borde de la incisión hasta el borde del bermellón.



El colgajo mucósico ya colocado en posición se sutura con puntos aislados.

Se coloca al fondo gasa yodoformada o un tubo de caucho el cual se conservará en su sitio por medio de suturas circulares anudadas alrededor de gasa o rollos de algodón sobre la piel.



Antes de que se retire el paciente se le dan las recomendaciones posoperatorias.

A las dos semanas se retira el tubo de caucho y se valora al paciente.

C A P I T U L O X

TRATAMIENTO DE LAS HIPERTROFIAS

DEL SURCO VESTIBULAR

TRATAMIENTO DE LAS HIPERTROFIAS DEL SURCO
VESTIBULAR

(FIBROMAS DEL SURCO VESTIBULAR)

En el vestibulo oral inferior y sobre todo - en el superior, se desarrollan, bajo el influjo - traumático-irritativo, como consecuencia del uso - de prótesis mal adaptadas, lesiones caracterizadas por la hipertrofia, en grado variable, del tejido- gingival de esta región, creando una verdadera "pa- tología del surco vestibular". Estos procesos - - tienden hacia la forma tumoral; persisten, crecen- y permanecen, mientras exista y perdure el factor- irritativo. Son en realidad fibromas del surco - vestibular (para algunos autores: fibromatosis del surco, sin categoría de tumor). Puede tratarse de una sola formación a manera de cordillera que se - desplazara en todo el fondo del surco, o consistir en varias cordilleras paralelas, con pequeños fi- bromas satélites en su vecindad, sobre todo en la- cara interna del labio.



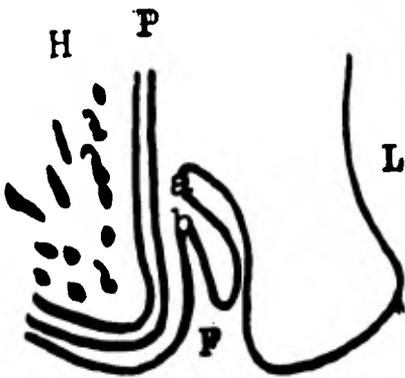
FIBROMA UNICO



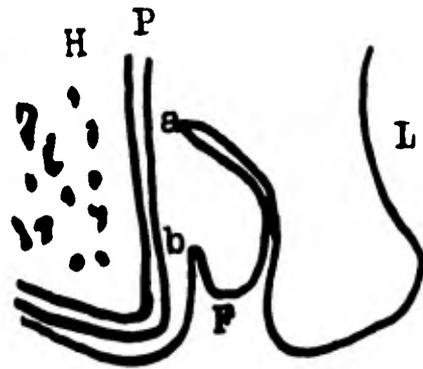
FIBROMA DOBLE

H= HUESO
P= PERIOSTIO
F= FIBROMA
L= LABIO

a-b = base de implantación.



FIBROMA DE BASE PEQUEÑA
DE IMPLANTACION



FIBROMA DE AMPLIA BASE
DE IMPLANTACION

Estos procesos deben ser extirpados quirúrgicamente y eliminado el factor traumático-irritativo, para evitar su recidiva.

TECNICA QUIRURGICA.

Con previa anestesia local infiltrativa, se levanta el labio en extensión forzada, con el objeto de permitir amplia visión del proceso a intervenirse. Con esta maniobra, se permite que el fibroma prolapse ligeramente, lo cual ayuda las técnicas para su extirpación.

Se toma el fibroma con una o dos pinzas de mosquito, según su extensión y volumen y se tracciona el tumor para descubrir ampliamente su base de implantación.

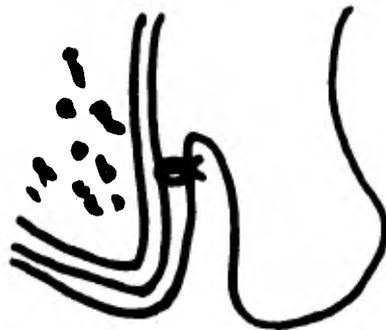
Antes de seccionar el fibroma y con el objeto de evitar o por lo menos cohibir prontamente la copiosa hemorragia, producto del corte de los vasos que corren a nivel de esa región, se recurre a una maniobra que consiste en el pasaje previo de los hilos de sutura, para no perder tiempo, después de la enucleación del fibroma.

Estos hilos de seda se pasan con una aguja curva, un poco más arriba de la base de implantación del fibroma.

Cada hilo se encuentra separado de su vecino por una distancia de un centímetro.

Las pinzas de mosquito traccionan el fibroma hacia abajo, para descubrir ampliamente su base. Con un bisturí se secciona el proceso de derecha a izquierda, en toda su extensión y límites, procurando no cortar los hilos en esta maniobra. (Puede realizarse primero un lado y a continuación el otro). En este primer tiempo solamente se secciona la mitad anterior o bucal del proceso, y se dirige el bisturí en tal sentido para poder incidir el fibroma en cuña. Se invierte la colocación del proceso, ubicando el fibroma sobre el labio, traccionando hacia arriba las pinzas de mosquito y se secciona la hipertrofia por su cara lingual. Si se ha optado por la hemirresección, concluida ésta, se anudan fuertemente los puntos de sutura. Se termina la operación del lado opuesto con la misma técnica, y se anudan los puntos. La operación es-

tá terminada.



Alguna pequeña hipertrofia satélite puede ser eliminada con un corte de tijera, siendo previamente traccionada con una pinza de mosquito. Se coloca un trozo de gasa simple en el surco vestibular operado y se mantiene comprimido el labio superior con una venda que se anuda detrás de la nuca, o con una tira emplástica que se coloca sobre el labio; este procedimiento previene los hematomas, siempre frecuentes en esta clase de operaciones.

El método de la sutura, labio con labio, del fibroma extirpado, tiene el inconveniente serio, desde el punto de vista protético, que se disminuye la profundidad o altura del surco vestibular. Esta contingencia puede presentarse en los fibromas que tienen una amplia base de sustentación o en caso de fibromas paralelos, cuyas bases sumadas, significan una extensión importante. La operación en estos casos, debe ser terminada de tal modo, que no sea necesaria la sutura mencionada; esto se logra dejando cruentas la base o las bases de implantación, es decir, no se empleó la sutura para acercar los bordes incididos.

En algunas ocasiones se sutura el labio bucal del fibroma, al fondo del surco vestibular, en el periostio, con lo cual se fija este labio; las bases de los fibromas, quedan naturalmente al descubierto; las superficies cruentas se pueden proteger con la prótesis del paciente la cual lleva aña dida pasta zinquenólica. Además la prótesis mantiene la profundidad del fondo del surco.



C A P I T U L O X I

ELIMINACION DE TORUS Y REGULARIZACION DE ARCADA
ALVEOLAR POSTEXTRACCION CON FINES PROTESICOS

ELIMINACION DE TORUS Y REGULARIZACION DE ARCADA
ALVEOLAR POSTESTRACCION CON FINES PROTESICOS

TORUS PALATINUS

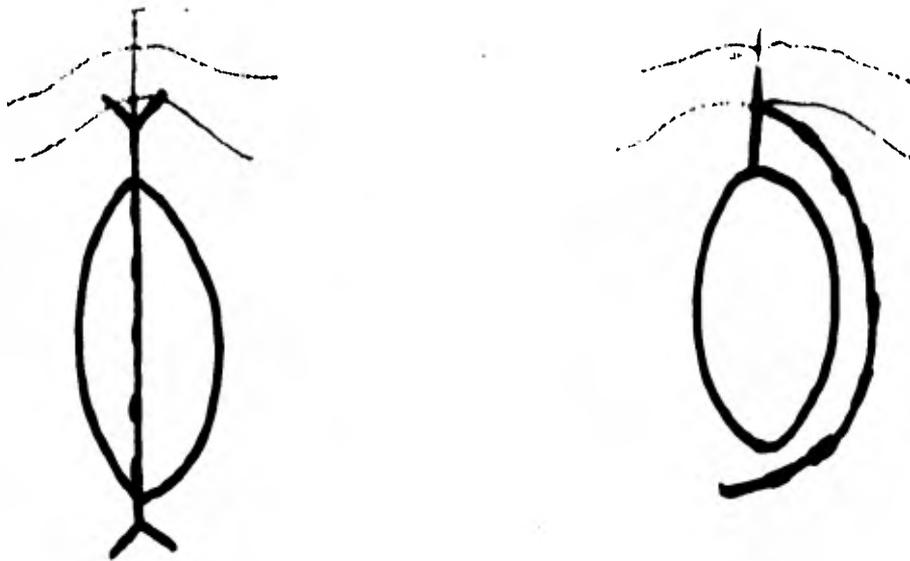
Malformación que asienta en la bóveda palatina. Es una exostosis de la bóveda palatina, situada en el rafe medio. Adquiere distintas formas, - según Thoma: forma plana, nodular, fusiforme y lobular.

Estadísticas realizadas demuestran que es -- más común entre las mujeres y en individuos con -- grandes músculos masticadores y dientes muy ab-- rasionados mecánicamente. También en los individuos que muerden borde incisal sobre borde incisal, el torus es más frecuente.

El torus no produce en general ningún tras-- torno. La opinión de los protesistas es que si no se opone al normal sostenimiento de las placas de-- prótesis, no necesitan ser extraídos.

TECNICA QUIRURGICA.

Con previa anestesia, se practica una inci-- sión cuyas extremidades se abren en V o en arco.



Esta incisión recorre el centro del torus en sentido ánteroposterior y en toda la extensión del proceso. Debe llegar profundamente hasta el hueso, seccionando fibromucosa y periostio.

Con una espátula se levantan los colgajos, - dejando al descubierto la exostosis, se hace hemostasis por compresión y se pasa a la ostectomía, -- tiempo difícil, que requiere habilidad quirúrgica. El torus es generalmente ebúrneo y necesita ser - eliminado a escoplo y martillo, procurando no perforar o reseca quirúrgicamente el piso de las fosas nasales.

Ya extirpado el torus, se vuelven los colgajos a su sitio y se mantienen con varios puntos de sutura.

TORUS MANDIBULARE

La exostosis puede asentar en la cara interna del maxilar inferior, ocasionando entonces los denominados torus mandibulare. Consiste tal exostosis, en un aumento de volumen uni o bilateral a nivel de los premolares inferiores, que simula la corona de un diente retenido y muchas veces ha sido tomado por tal. El examen radiográfico elimina la duda. En general, la exostosis no se traduce por ninguna señal radiográfica; en algunos casos, se observa en la radiografía una ligera línea cortical que corresponde a la proyección de la periferia del torus.

Esta exostosis es indolora; el color de la encía que la cubre es normal o "tiene una coloración amarilla producida por el hueso subyacente".

TRATAMIENTO. Si razones protéticas o fonéticas lo indican, deben ser extirpados quirúrgicamente. Su eliminación se ajusta a los principios señalados para la operación del torus palatinus.

REGULARIZACION DE LA ARCADA ALVEOLAR

Cuando se han realizado las extracciones dentarias sin criterio protético, o cuando quedan a pesar nuestro sobre las arcadas dentarias, bordes agudos y crestas sumamente dolorosas a la presión, éstos deben ser eliminados mediante una intervención por colgajo.

TECNICA QUIRURGICA.

Con previa anestesia, se traza una incisión mayor en el borde de la arcada dentaria que llegue profundamente hasta el hueso. En los extremos de la incisión se trazan otras incisiones perpendiculares a la primera, de manera de formar una gran H. Puede también prolongarse la incisión sobre la arcada hacia distal, para permitir levantar un colgajo en vestibular y palatino. Se desprenden los colgajos hacia bucal y hacia palatino, dejando perfectamente al descubierto las crestas a resecar. El colgajo debe mantenerse alejado con separadores para que no sea traumatizado.

Con pinzas gubias se resecan las puntas, - - crestas o bordes. Una lima pule el hueso, de manera que quede absolutamente liso.

Se vuelve el colgajo a su sitio, el cual se mantiene fijo con los puntos necesarios de sutura.

Antes de que se retire el paciente se le dan

sus debidas recomendaciones posoperatorias.

A la siguiente semana se retiran los puntos-de sutura.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Los efectos finales de una enfermedad periodontal o afecciones adyacentes tienen comienzo temprano en la vida, por lo tanto hay que seleccionar de manera práctica estos problemas pero poniendo - nuestro mayor esfuerzo en lograrlo; así pues, en este trabajo pretendo poner a su consideración las diversas técnicas quirúrgicas para llegar a la conformación ideal de la encía y sus tejidos adyacentes después de que ésta ha sido afectada por una - afección periodontal o en su defecto por alteraciones anatomopatológicas.

Las técnicas que se han usado y que actualmente se efectúan las he expuesto en este resumen, para que el cirujano dentista se encuentre en disponibilidad de distintos mecanismos con los cuales puede lograr su propósito escogiendo el que mejor se adapte a su particular criterio.

El fin que persigo es poner en claro un trabajo quirúrgico que reúna las ventajas necesarias de funcionamiento e higiene, ya que es de primordial importancia el cuidado en este aspecto, sobre todo en el post-operatorio de parte del paciente; y la responsabilidad con estricto sentido del deber profesional del Cirujano Dentista para llegar a un mejor tratamiento y por lo tanto una buena salud para su enfermo; así mismo espero que el lector de este trabajo encuentre algún concepto que - le sea útil y que le puede servir en el ejercicio de nuestra querida profesión.

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

BIBLIOGRAFIA

- 1). PERIODONTOLOGIA CLINICA
Irving Glickman
Cuarta edición en español, 1980
Editorial Interamericana, México

- 2). ENFERMEDAD PERIODONTAL
Saul Schluger, Ralph A. Yuodelis y Roy C. Page
Primera edición en español, 1981
Compañía Editorial Continental, S.A., México.

- 3). PERIODONCIA DE ORBAN
Daniel A. Grant, Irving B. Stern y Frank G. --
Everett
Cuarta edición en español, 1975
Editorial Interamericana, México

- 4). ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA
John F. Prichard
Cuarta edición en español, 1971
Editorial Labor S.A., México

- 5). COLOR ATLAS OF PERIODONTOLOGY
J. Dermot Strahn y Ian M. Waite
Primera edición en inglés, 1978
Year Book Medical Publishers, Inc., Chicago, -
E.E.U.U.

- 6). CIRUGIA BUCAL
Guillermo A. Ries Centeno
Séptima edición en español, 1973
Editorial El Ateneo, México

- 7). TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Gustav O. Kruger
Cuarta edición en español, 1980
Editorial Interamericana, México

- 8). ATLAS DE CIRUGIA ORAL
Herluf Birn y Jens Erik Winther
Primera edición en español, 1979
Editorial Salvat, México