

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA - U. N. A. M.**



CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

TECNICAS QUIRURGICAS EN PARODONCIA

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

CRISTINA VAZQUEZ PORRAS

San Juan Iztacala Edo. de México 1980



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.

S U M A R I O

CAP.	PAGS.
PROLOGO	I
I .- GENERALIDADES DEL PARODONTO	3
A) ENCIA	
B) LIGAMENTO PARODONTAL	
C) CEMENTO	
D) HUESO ALVEOLAR	
II.- HISTORIA CLINICA, EXAMEN BUGAL, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	16
III.- CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS Y AFILADO	24
IV.- TECNICAS DE CIRUGIA PARODONTAL	46
A) RASPAJE RADICULAR	
B) CURETAJE GINGIVAL	
C) GINGIVECTOMIA	
D) GINGIVOPLASTIA	
E) COLGAJO PARODONTAL	
F) FRENILLECTOMIA	
G) INJERTOS Y TRASPLANTES OSEOS	
H) OSTEECTOMIA Y OSTEOPLASTIA	
V .- POSTOPERATORIO	88
VI.- CONCLUSIONES	91
BIBLIOGRAFIA	

PROLOGO

TECNICAS QUIRURGICAS EN PARODONCIA

Como consecuencia del rápido adelanto de las ciencias básicas aplicadas y de las técnicas actualizadas, el tema de la parodncia representa un gran papel en la odontología por el alto índice de enfermedad parodontal ya que repercute de una forma directa o indirecta con la salud en general.

La enfermedad parodontal se presenta coadyuvada por los factores extrínsecos tales como: Higiene bucal inadecuada, consistencia de la dieta, mal posición dentaria, impacción de alimentos etc. Y los factores intrínsecos tales como: disfunciones endócrinas, embarazo, deficiencia nutricional, efectos hematológicos etc.

Dicha enfermedad parodontal se inicia por una gingivitis que es evolutiva y al cabo del tiempo se transforma en una inflamación parodontal, la cual al llegar a esta fase el tratamiento se lleva a cabo quirúrgicamente de acuerdo a la extensión de la lesión a intervenir ya que se encamina principalmente a tratar los defectos de la enfermedad sobre el parodonto.

Para llevar a cabo una técnica quirúrgica nos auxiliamos de otros recursos tales como una historia clínica basada en los signos y síntomas así como un examen general de laboratorio y una serie radiográfica completa de la cavidad oral.

Por lo tanto para tener un éxito en el tratamiento de las enfermedades parodontales es muy importante que el cirujano -- dentista de práctica general esté bien familiarizado con la patología clínica macroscópica de las enfermedades parodontales que repercuten con la salud.

Con todo lo anterior se llega al diagnóstico correcto así-- como también al pronóstico y a un plan de tratamiento.

También es muy importante para obtener el éxito en el - tratamiento realizar una buena técnica quirúrgica según el caso a tratar ya que requiere una habilidad manual, buen juicio y un entrenamiento adecuado por parte del operador.

La esterilización adecuada de los instrumentos y el estado general del paciente contribuyen también a un restablecimiento-- sin ninguna complicación postoperatoria.

Tesis de investigación bibliográfica.

I .- GENERALIDADES DEL PARODONTO

PARODONCIA

Es la rama de la odontología que se encarga del estudio - microscópico y macroscópico de las estructuras normales que - soportan al diente, del estudio de las enfermedades, prevención y tratamiento.

PARODONTO

Es un conjunto de tejidos que dan protección y sostén al - diente, se divide en dos grupos:

Tejidos blandos.- Encía y ligamento parodontal.

Tejidos duros .- Cemento y hueso alveolar.

A) ENCIA

Se define como parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea a los cuellos de los dientes.

Características clínicas y microscópicas de la encía.

La encía está compuesta por dos tejidos que son:

Tejido epitelial.- Es poliestratificado. (estratos basal, espinoso, granuloso y córneo) que puede queratinizarse con el uso o masaje gingival.

Tejido conectivo.- Es muy vascularizado y tiene gran cantidad - de fibras de colágena que mantiene firme a - la encía en su lugar.

DIVISION ANATOMICA DE LA ENCIA

La encía se divide en: Marginal, Insertada, Interdentaria.

1.- Encía marginal o libre.

Es la encía que rodea a los dientes en forma de collar.

a) Características microscópicas normales.

Consta de un núcleo central de tejido conectivo cubierto de epitelio escamoso estratificado. El epitelio de la cresta y la superficie externa de la encía marginal es queratinizado, - paraqueratinizado o ambos, contiene prolongaciones epiteliales prominentes que se continúan con el epitelio de la encía insertada.

El epitelio de la superficie interna no tiene prolongaciones epiteliales ni es queratinizado ni paraqueratinizado y forma el tapiz del surco gingival.

Fibras gingivales

Es el tejido conectivo de la encía marginal, es densamente colágena y contiene un sistema importante de haces de colágeno.

Funciones de las fibras gingivales.

- 1.- Mantener la encía marginal firmemente adosada contra el diente para proporcionar la rigidez necesaria.
- 2.- Para soportar las fuerzas de la masticación sin ser separada de la superficie dentaria.

Las fibras gingivales se dividen en tres grupos.

a) Grupo gingivodental.

Son fibras de la superficie vestibular, lingual e interproximal se hallan incluidas en el cemento debajo del epitelio en la base del surco gingival, en la superficie vestibular y lingual se proyectan al cemento en forma de abanico, hacia la cresta de la superficie externa de la encía marginal y terminan cerca del epitelio, también se proyec-

tan en la cara externa del periostio del hueso alveolar vestibular y lingual y terminan en la encía insertada o se unen con el periostio, en la zona interproximal las fibras gingivales se extienden hacia la cresta interdientaria.

b) Grupo circular.

Son fibras que corren a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdientaria y rodea al diente en forma de anillo.

c) Grupo transeptal.

Situadas interproximalmente las fibras transeptales forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de los dientes vecinos, en los cuales se hallan incluidas.

Adherencia epitelial

La adherencia epitelial es una banda a modo de collar de epitelio escamoso estratificado, hay 3 o 4 capas de espesor al comienzo de la vida, pero su número aumenta a 10 e incluso 20 con la edad, su longitud varia entre 0.25 a 1.35 mm. la longitud y el nivel a que se encuentra adherido el epitelio dependen de la capa de la erupción dentaria y difieren en cada una de las caras dentarias.

La adherencia epitelial se uné al esmalte por una lámina basal comparable a la que une el epitelio a los tejidos en cualquier parte del organismo.

2.- Encía insertada.

Es la continuación de encía marginal, es firme resiliente estrechamente unida al cemento y hueso alveolar, por la parte vestibular se extiende hasta la mucosa alveolar de la que la separa la línea mucogingival; del lado lingual en unión con la

membrana mucosa que tapiza el surco sublingual con el piso de la boca , en la superficie palatina con el maxilar superior se une con la mucosa palatina igualmente firme y resiliente.

Surco gingival

El surco esta cubierto de epitelio escamoso estratificado muy delgado, no queratinizado, sin prolongaciones epiteliales.

Se extiende desde el limite coronario de la adherencia epitelial en la base del surco hasta la cresta del margen gingival , el epitelio del surco es extremadamente importante puesto que actúa como una membrana semipermeable a través de la cual pasan hacia la encía los productos bacterianos lesivos y los líquidos tisulares de la encía se filtran en el surco.

3.- Encía interdientaria.

Ocupa el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario consta de dos papilas una vestibular, una lingual y el col.

El col o collado es una depresión parecida a un valle que conecta las papilas y se adaptan a la forma del área de contacto interproximal.

Cada papila interdientaria consta de un núcleo central de tejido conectivo densamente colágeno cubierto de epitelio escamoso estratificado, hay fibras oxitalánicas en el tejido conectivo del col así como en otras zonas de la encía en el momento de la erupción y durante un período posterior, el col se encuentra cubierto de epitelio reducido del esmalte derivado de los dientes vecinos éste es destruido y reemplazado por epitelio escamoso estratificado de las papilas interdientarias adyacentes, se ha sugerido que durante el período en el cual el col está cubierto por epitelio reducido del esmalte es muy

susceptible a lesiones y enfermedades porque la protección que proporciona este tipo de epitelio es inadecuado.

Características clínicas normales de la encía.

1.- Color

La encía insertada y marginal presentan un color rosado - coral, y es producido por el aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen melanocitos.

2.- Tamaño

Corresponde a la suma de volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización, la alteración del tamaño es una característica patológica.

3.- Contorno

Depende de la forma de los dientes y su alineación en el arco, de su localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los surcos gingivales vestibular y lingual.

4.- Consistencia

Es firme y resiliente a excepción del margen libre movable está fuertemente unida al hueso subyacente, la naturaleza colágena de la lámina propia y la contigüidad del mucoperiostio al hueso alveolar, determinan la consistencia firme de la encía - insertada, las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del - margen gingival.

5.- Textura

Presenta una superficie lobulada, como una cáscara de - naranja o aterciopelada, la encía insertada es punteada y la - encía marginal no lo es, la forma y extensión del punteado varía de una persona a otra y en diferentes zonas de la misma boca la

parte central de las papilas interdentarias es por lo común punteada pero los bordes son lisos.

El punteado es una forma de adaptación por especialización para la función, es una característica de encía sana, la reducción o pérdida del punteado es un signo común de enfermedad gingival.

6.- Queratinización

La queratinización es una adaptación protectora de la función que aumenta cuando se estimula la encía mediante el cepillado.

La queratinización de la mucosa bucal varía según la zona:

La más queratinizada es el paladar y la menos queratinizada es la encía, mucosa de lengua y carrillos.

B) LIGAMENTO PARODONTAL

Es un tejido conectivo denso que une al diente con el hueso alveolar.

Su función principal es mantener al diente en el alvéolo y mantener la relación fisiológica entre cemento y hueso.

Fibras principales del ligamento parodontal.

El ligamento contiene fibras colágenas que se insertan de un lado en el cemento y del otro lado en el hueso alveolar.

Estas fibras se dividen en cinco grupos.

1.- Grupo de la cresta alveolar (grupo más coronal).

En este grupo los haces de fibras se abren en abanico desde la cresta del proceso alveolar y se inserta en la parte cervical del cemento.

2.- Grupo horizontal

Apical a los de la cresta, los haces forman un ángulo recto respecto al eje mayor del diente y van de cemento a hueso.

3.- Grupo oblícuo

Los haces corren oblicuamente y se insertan en el cemento - algo apicalmente a su inserción en el hueso, soportan al - diente contra las fuerzas masticatorias y es el grupo más - numeroso de fibras,.

4.- Grupo apical

Los haces se distribuyen irregularmente, se abren en abanico desde la región apical de la raíz hacia el hueso circundante. No existen en raíces incompletas formadas.

5.- Grupo interradicular

Corre sobre la cresta del tabique interradicular en las -- bifurcaciones o trifurcaciones uniendo las raíces.

El ligamento parodontal contiene fibras colágenas menos - regularmente dispuestas situadas entre las fibras principales.

1.- Fibras oxitalánicas

que corren perpendicularmente a las fibras principales, sin embargo anclan en el cemento y hueso.

2.- Fibras elásticas

Se denominan así porque a nivel ultraestructural se asemejan a la elástina.

3.- Fibras reticulares (reticulina)

La función de estas fibras es desconocida y su existencia - como entidad separada es discutida.

Demandas funcionales

En un diente en oclusión funcional el espacio del ligamento - parodontal tiene alrededor de 0.25 a 0.1 mm. de ancho, su ancho , mínimo está en el centro del alveólo y su máximo en el margen y en el ápice.

Elementos celulares del ligamento parodontal

Fibroblastos, cementoblastos, osteoblastos, osteoclastos, macrófagos, calcificaciones globulares, cementículos y células epiteliales denominadas restos epiteliales de Malassez.

Irrigación del ligamento parodontal

- 1.- Vasos ápicales
- 2.- Vasos del proceso alveolar
- 3.- Vasos gingivales anastomosados

Los linfáticos contribuyen al drenaje a través del hueso - alveolar para depositarse en los vasos linfáticos.

La inervación proviene del trigémino y es esencialmente - propioceptiva.

Funciones del ligamento parodontal

a) Función física

- 1.- Transmisión de fuerzas oclusales
- 2.- Inserción del diente al hueso
- 3.- Mantenimiento de los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes.
- 4.- Resistencia al impacto de las fuerzas oclusales
- 5.- Protección de tejido blando para evitar lesiones a - vasos y nervios por función mecánica.

b) Función formativa

Las células del ligamento parodontal participan en la formación y absorción del cemento y hueso, formación y absorción que se producen durante los movimientos fisiológicos del diente, así como en la reparación de las lesiones.

c) Función nutricional

El ligamento parodontal provee elementos nutritivos al -

cemento, encía y hueso mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático.

d) **Función sensorial**

Confiere sensibilidad propioceptiva y táctil que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes y - desempeñan un papel en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria.

c) **CEMENTO**

El cemento radicular es el tejido mesenquimatoso calcificado que cubre la raíz anatómica del diente recubriendo a la dentina radicular y está en contacto directo con el ligamento parodontal.

El contenido inorgánico del cemento es inferior al del esmalte y al de la dentina siendo aproximadamente de 55%.

Clasificación del cemento

1.- **Acelular**

Es relativamente afibrilar, se forma en los dos tercios coronarios.

2.- **Celular**

Se forma principalmente en el tercio apical de la raíz, el espesor del cemento es mínimo en la zona cervical de 16 a 20 micrones y va aumentando a medida que desciende el ápice llegando a encontrar de 150 a 200 micrones de espesor en la zona apical y furcaciones.

Existen tres tipos de unión entre el esmalte y el cemento.

a) Unión punta con punta 30 %

b) Cuando el cemento cubre al esmalte 60 a 65 %

c) Cuando no hay unión dejando dentina al descubierto 5 a 10 %.

El cemento se deposita durante toda la vida del diente - esto se demuestra por la presencia constante de cementoblastos y cementoide que es una capa de cemento inmadura (no está calcificada) que se encuentra cubriendo la superficie del cemento.

La unión de cemento con hueso se llama anquilosis y ésta - puede presentarse a consecuencia de una inflamación periapical crónica en dientes con trauma oclusal continuo.

La nutrición del cemento tiene lugar principalmente a través de los cementocitos y sus prolongaciones anastomosadas y - provenientes de la superficie periapical, en menor proporción - puede hacerse por vía dentaria.

Deposición continua del cemento

La deposición de cemento continúa aún después de que el diente ha erupcionado y llegado a contacto con su antagonista y sigue durante toda la vida constituyendo una parte del proceso de - erupción continua del diente,.

El diente continúa su erupción para compensar la pérdida - de sustancia por atrición.

D) PROCESO ALVEOLAR

Se llama proceso alveolar a la porción de los huesos del - maxilar superior e inferior que forma los alvéolos de los dientes.

Está formado por tejido conjuntivo calcificado.

El proceso alveolar se divide en dos grupos.

- 1.- Hueso alveolar
- 2.- Hueso de soporte

El hueso alveolar es una lámina de hueso que rodea a las -
raíces, en ella se insertan las fibras del ligamento parodontal.

El hueso alveolar está perforado por orificios a través de
los cuales pasan los vasos sanguíneos y los nervios del ligamento
parodontal.

El hueso de soporte rodea la cortical ósea alveolar y actúa
como sostén en su función; éste a su vez se compone de:

- a) Placas corticales
- b) Hueso esponjoso

Función del hueso alveolar

Se adapta a las demandas funcionales de los dientes de manera -
dinámica sostiene los dientes durante la función masticatoria.

Después de la extracción de los dientes tiene tendencia a -
reducirse como también lo hace el hueso de soporte.

Las radiografías en corte transversal muestran las porcio-
nes esponjosa y cortical.

La placa cortical externa del hueso es más gruesa en el -
maxilar inferior que en el superior, también el hueso esponjoso
suele ser más grueso en las caras orales de los dos maxilares -
pero hay variaciones individuales.

Contorno del hueso

Puesto que los dientes son responsables del proceso alveolar su
forma general sigue la alineación de la dentadura y ejerce -
influencia directa sobre la forma externa, cuando el proceso --
alveolar es delgado, entonces hay prominencias sobre las raíces
, cuando los procesos son gruesos no hay prominencias ni depre-
siones.

Elementos celulares.

Osteoblastos, osteocitos.

Contenido inorgánico;

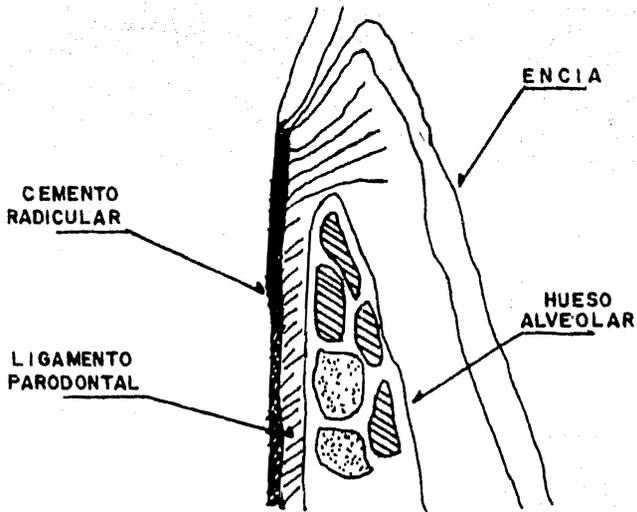
Calcio, fósforo, hidroxilos, carbonato, citrato y pequeñas cantidades de iones de sodio, magnesio y fluor.

Contenido orgánico:

Colágeno, más agua, sólidos no incluidos en la estructura cristalina, pequeñas cantidades de mucopolosacáridos principalmente condroitin sulfato.

ELEMENTOS DEL PARODONTO

DIENTE



II .- HISTORIA CLINICA, EXAMEN BUCAL, DIAGNOSTICO,
PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

Para determinar el estado médico de un paciente nuevo se -
debe obtener una historia clínica completa haciendo las siguien
tes preguntas.

- 1 .- ¿ Cómo está su salud?
- 2 .- ¿ Ha estado alguna vez seriamente enfermo?
- 3 .- ¿ Cuando fue su último examen médico?
- 4 .- ¿ Cual fue la razón de su última visita al médico?
- 5 .- ¿ Cuáles fueron los resultados?
- 6 .- ¿ Está recibiendo tratamiento actualmente?
- 7 .- ¿ Ha estado hospitalizado?
- 8 .- ¿ Fue operado alguna vez?
- 9 .- ¿ Es alérgico a alguna droga?
- 10.- ¿ Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?
 - a) Fiebre reumática
 - b) Infartos
 - c) Ataque al corazón
 - d) Hipertensión arterial
 - e) Diabetes
 - f) Anemia
 - g) Hepatitis
 - h) Sífilis
 - i) Discrasias sanguíneas
- 11.- Ha experimentado alguna reacción alérgica a los siguientes-
medicamentos.
 - a) Antibióticos
 - b) Aspirina
- 12.- ¿ Ha tenido alguna reacción a anestésicos locales?
- 13.- Vomita frecuentemente?

- 14.- ¿ Toma algun anticoagulante? ya que si se planea una inter vención quirúrgica se debe consultar a su médico, y está - contra indicada la aspirina o las drogas que contengan aspi rina.
- 15.- ¿ Respira con la boca y no con la nariz?
- 16.- ¿ Siente algun dolor cuando se esfuerza?
- 17.- ¿ Le falta respiración cuando hace algún ejercicio ligero?
- 18.- Preguntas formuladas para las mujeres, cuando son casadas.
- a) Número de partos
 - b) Menopausia
 - c) ¿ Tuvo algun problema en el momento del parto?
 - d) ¿ Tuvo problema con sus encías o dientes durante el - embarazo.?
 - e) ¿ Es normal su ciclo menstrual?
- 19.- Estado nervioso del paciente
- 20.- ¿ Duerme bien de noche?
- 21.- ¿ Su latido cardíaco es regular?

Durante el interrogatorio el examinador debe observar al - paciente, debe pensar en el cancer y estar atento a todo indi - cio como pérdida de peso hinchazón y úlceras.

Hábitos nerviosos y de toda anormalidad de la piel cabello y uñas así mismo hay que registrar los tics, expresiones raras o posturas poco comunes.

Adquiérase el hábito de observar el labio superior y las - cejas para detectar transpiración lo cual puede ser un signo de tensión nerviosa.

EXAMEN BUCAL

El examen bucal se inicia preguntando al paciente cuáles -

son sus molestias o trastornos principales, si una región determinada preocupa al paciente porque le duele, ya que los pacientes con enfermedad gingival o parodontal se quejan de encías sangrantes, dientes flojos, separación de dientes, mal gusto a la boca, dolor constante o sordo, irradiado o pulsátil, sensibilidad al frío, calor, aire inhalado, sensación de ardor en las encías. También se debe preguntar sobre las visitas al dentista, última fecha de profilaxis, frecuencia de cepillado, estado del cepillo, enjuagatorios, uso del hilo dental y hábitos de limpieza.

Hábitos perniciosos.

Rechinamiento de dientes, morder uñas, dolor de dientes en las mañanas por apretamiento de dientes. Síntoma desde cuando lo padece naturaleza de ello y duración.

Inspección oral.

Se puede comenzar con los labios observando su simetría, color, resequedad, forma, ulceraciones o la presencia de queratosis, irritación por hábitos de mordisqueo.

Piso de la boca.

Son frecuentes neoplasias, ránulas y aftas.

Mucosa.

Se observa el color, textura, eritema, deficiencia de vitamina B gingivoestomatitis y vesículas en el pénfigo, eritema multiforme, mordisqueo del carrillo, enjuagatorios irritantes, alimentos calientes, aplicación de drogas, retenedores, causas comunes de úlceras dolorosas, leucoplasias, liquen plano, manchas de Koplik, agrandamiento inflamatorio del conducto de Stensen.

Paladar

Se observa frecuentemente leucoplasia, paladar de fumador, neoplasma y exostosis.

Región bucofaríngea

Es el sitio donde se observa la pseudomembrana de la angina de Vincent y la difteria.

Examen de los dientes

El grado de movilidad se inicia sobre una escala arbitraria de 0 a 3 grados. El cero indica que no hay movimiento perceptible.

0.5 movimiento perceptible.

1.5 a 2.5 son grados crecientes.

3 grados de movimiento indica un pronóstico desfavorable.

También se anotan los dientes faltantes así como el tipo de sustitución si hay una prótesis.

Percusión.

Proporciona una información precisa sobre la salud del aparato de fijación parodontal, cuando al golpearse con el extremo de un instrumento metálico la cara oclusal, vestibular o lingual de un diente se produce un sonido claro el aparato de fijación-ésta íntegro; y si se produce un ruido apagado se halla lesionado.

Sondeo parodontal.

Se utiliza la sonda para examinar el surco gingival alrededor de cada diente, su objetivo es determinar la profundidad del surco gingival o la bolsa y el estado del epitelio que lo reviste o una bolsa hemorrágica o que supura, una papila gingival.

La sonda es el instrumento diagnóstico estandar en una exploración parodontal.

Palpación.

Consiste en la aplicación en el sentido del tacto al examen, con los dedos que ejerce la presión para determinar la consistencia y sensibilidad del tejido subyacente, también se determina el - grueso, fino, fibroso o edematoso del tejido.

Modelos de estudio.

Sirven para indicarnos la posición e inclinación de los dientes , registro de relaciones intercuspidas y podemos observar la - dentadura antes de efectuar el tratamiento y comparar con los - adelantos que hemos obtenido.

Examen radiográfico.

Para un buen diagnóstico también es indispensable una serie de 14 radiografías intraorales y una panorámica ya que ayudan al - diagnóstico permitiendo una vista general del estado de la boca , estructura ósea, dentaria y fracturas.

Auxiliares de laboratorio.

Biometría hemática, prueba de coagulación, analisis de orina, - química sanguínea, signos vitales y electrocardiograma.

DIAGNOSTICO

Para poder realizar un tratamiento exitoso se debe elaborar un diagnóstico correcto para ello debemos tener el conocimiento de las enfermedades y su etiología, manifestaciones clínicas y-

radiográficas. El diagnóstico debe incluir una valoración general del paciente, debe ser sistemático y organizado para ello - se debe tener en cuenta una serie de procedimientos para el diagnóstico.

PRONOSTICO

Es la predicción de la evolución, duración y conclusión de una enfermedad y la posible respuesta al tratamiento, debe ser determinado antes de planear el tratamiento, tomar en cuenta la actitud y deseo del paciente de conservar sus dientes naturales.

El pronóstico de la enfermedad gingival se basa sobre el papel de la inflamación en el proceso total de la enfermedad, si la inflamación es el único cambio patológico, el pronóstico será favorable, siempre que se elimine la totalidad de los irritantes locales, si la inflamación está sobre agregada a cambios tisulares de origen sistemático como en pacientes con trastornos nutricionales, hematológicos u hormonales, la salud gingival puede ser restaurada pero a largo plazo.

En el pronóstico de la enfermedad parodontal, intervienen el pronóstico total y el pronóstico de dientes individuales.

Al determinar el pronóstico total se toman en consideración los siguientes factores:

- 1.- Altura del hueso remanente
- 2.- Edad del paciente
- 3.- Número de dientes remanentes
- 4.- Antecedentes generales del paciente
- 5.- Inflamación gingival
- 6.- Bolsas parodontales
- 7.- Maloclusión

8.- Morfología dentaria

Para el pronóstico de dientes individuales se toman en consideración los siguientes factores:

- 1.- Movilidad
- 2.- Bolsas parodontales
- 3.- Dientes adyacentes en zonas desdentadas
- 4.- Localización del hueso remanente en relación con superficies dentarias individuales
- 5.- Relación con dientes adyacentes
- 6.- Bolsas infraóseas
- 7.- Lesiones de furcación

PLAN DE TRATAMIENTO

Es la guía para el manejo del caso, incluye todos los procedimientos que se requieren para el establecimiento y mantenimiento de la salud bucal, el tratamiento parodontal exige planificación a largo plazo, el bienestar de la dentadura no debe ser puesta en peligro por un intento de conservar dientes dudosos, el estado parodontal de los dientes que decidimos conservar es más importante que su número, la meta del plan de tratamiento es la coordinación de todos los procedimientos terapéuticos con la finalidad de crear una dentadura que funcione bien en un medio ambiente parodontal sano.

Fases para el tratamiento

- 1.- Fase de tejidos blandos .- Esto incluye la eliminación de la inflamación gingival, bolsas parodontales y los factores que los originan, establecimiento del contorno gingival y las relaciones mucogingivales que conduzcan a la preserva--

ción de la salud parodontal, restauración de caries, corrección de márgenes de restauraciones existentes, remodelado de las superficies proximales, vestibulares y linguales y rebordes marginales de restauraciones para proporcionar el contacto proximal adecuado de vías de escape para los alimentos.

- 2.- Fase funcional.- Una relación oclusal óptima es aquella que proporciona la estimulación funcional necesaria para preservar la salud parodontal. Para conseguirla se requiere ajuste oclusal, procedimientos restauradores protésicos y ortodónticos, ferulización y corrección de hábitos de bruxismo, apretamiento y rechinamiento.
- 3.- Fase sistemática.- En los estados sistemáticos pueden demandar que se tomen precauciones específicas durante el tratamiento parodontal ya que afectan la respuesta a los procedimientos terapéuticos o amenazan la preservación de la salud parodontal una vez concluido el tratamiento.
- 4.- Fase de mantenimiento.- Incluye todos los procedimientos para mantener la salud parodontal.

El control de la placa en el tratamiento parodontal es indispensable. Ningún tratamiento por bueno que sea puede tener éxito sin él. El paciente debe tener higiene bucal para impedir la acumulación de la placa dentaria y residuos de alimentos durante el tratamiento para que se lleve a cabo una buena cicatrización.

III.- CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS PARODONTALES Y AFILADO.

Los instrumentos parodontales están diseñados para finalidades específicas como la eliminación de cálculos, alisado de las superficies radicales, curetaje de la encía o remoción de tejido enfermo.

CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS

- 1.- Sondas parodontales
- 2.- Pinzas marcadoras
- 3.- Raspadores profundos
- 4.- Raspadores superficiales
- 5.- Exploradores
- 6.- Azada
- 7.- Cincel
- 8.- Hoz
- 9.- Cureta
- 10.- Lima
 - A) Instrumentos quirúrgicos
 - 1.- Azada quirúrgica
 - 2.- Bisturíes parodontales
 - 3.- Interdent
 - B) Instrumentos quirúrgicos Kirkland
 - 1.- Elevador perióstico
 - 2.- Aspirador
 - C) Instrumentos para limpieza y pulido
 - 1.- Instrumentos ultrásónicos
 - 2.- Electrocirugía
 - 3.- Criocirugía

USO Y CUIDADO DE LOS INSTRUMENTOS.

Sondas parodontales y pinzas marcadoras.

Sirven para la localización y marcado de las bolsas y determinación de su curso sobre superficies dentarias individuales.

Exploradores de bolsas.

Se usan para determinar la profundidad de la bolsa y la cantidad de cálculo.

Raspadores profundos.

Se usan para la eliminación de cálculos subgingivales, alisamiento de las superficies radiculares, raspaje profundo de dientes posteriores y zonas de las furcaciones. Tiene accesibilidad con bolsas profundas con un mínimo de traumatismo en los tejidos blandos.

Raspadores superficiales.

Se usan para la remoción de cálculos supragingivales.

Raspador Jaquette.

El num. 1 se usa para la parte anterior de la boca y el num. 2 y 3 forman un par de cuellos angulados para facilitar accesibilidad a todas las superficies dentarias y parte posterior de la boca.

Azadas.

Se emplean para remover cálculos accesibles, cemento ablandado y alisamiento de las superficies radiculares, se usa en la zona subgingival únicamente cuando la encía se separa con facilidad.

Cinceles

Están diseñados para la remoción de depósitos calcificados -
suprãgingivales grandes, se utilizan para las superficies denta
rias profundas y en la parte anterior de la boca.

Hoces

Se usan en la superficie lingual de los incisivos inferiores,-
zona difícil de alcanzar con instrumento más corto son aptos --
para zonas interproximales de premolares y molares.

Curetas

Sirven para la eliminación de la pared blanda de la bolsa y -
como alisador de la superficie radicular, también se usan para
la eliminación deliberada de tejidos blandos, tienen forma de -
cucharillas y son instrumentos de tracción o impulsión.

Limas

Son instrumentos para bolsas profundas de entrada estrecha y de
trayecto tortuoso.

Azadas quirúrgicas

Las azadas numero 11G 12G 13G y 14G se usan para pulir y alisar
las superficies radiculares, lo cual significa eliminar restos
de cálculos y cemento ablandado.

Azadas Mc Call. del numero 3 al 8 están diseñadas para proporción
ar acceso a todas las superficies dentarias.

Bisturíes parodontales

Son instrumentos para gingivectomía y otros tipos de cirugía -
parodontal, consisten en un juego de pares de hojas en forma de

raspadores unidas a cuellos angulados, toda la periferia es un borde cortante formado por la unión de la superficie interna y externa; la punta del instrumento es alargado para que tenga -- acceso a las superficies proximales.

El interdient

Es un instrumento diseñado para eliminar tejido interdentario - durante la gingivectomía y colgajos parodontales e incidir la - pared interna de bolsas infraóseas. Consiste en un par de hojas semejantes alargadas levemente curvadas, los bordes cortantes - son afinados y forman la periferia de la hoja.

Instrumentos quirúrgicos de Kirkland

Sirven para la técnica de gingivectomía, los números 12K 13K y 14K están adaptados para remover tejido enfermo, después de la incisión de la gingivectomía y limpieza de las superficies - radiculares.

Los instrumentos numero 15 y 16 son pares y consisten en una - hoja delgada aplanada unida al mango por un cuello angulado, el borde externo es elíptico y el interno es recto.

Elevador perióstico

Cumple diversas funciones en la cirugía es un instrumento con es tremos redondeados y hojas rectas.

Tijeras

Sirven para eliminar lengüetas de tejido durante la gingivecto- mía, recortar los márgenes de colgajos, agrandar incisiones en abscesos parodontales y eliminación de inserciones musculares. Tipos de tijeras con mango curvo y hoja biselada curva con - estrías y tijeras curvas y rectas.

Aspiradores

Son indispensables para los procedimientos parodontales quirúrgicos.

Los instrumentos de limpieza y pulido

Taza de goma, portapulidor, cepillo de cerda y la tira de papel se emplean en el consultorio para limpiar y pulir las superficies dentarias.

Instrumentos ultrasónicos

Se pueden usar para hacer raspaje, curetaje y remoción de pigmentaciones, hay puntas ultrasónicas de diferentes formas para el raspaje, curetaje, alisado de raíces y cirugía parodontal.

Los instrumentos se usan con toques leves y cantidad limitada de toques por unidad de superficies. El uso inadecuado puede producir muescas y rugosidades sobre las superficies radiculares, se debe usar el instrumento lejos del hueso, para evitar la posibilidad de necrosis y formación de secuestros. No debe ser usado en tejidos jóvenes en crecimiento y no se recomienda en el tratamiento de niños.

Electrocirugía

La electrocirugía se refiere al uso de corrientes eléctricas de alta frecuencia para cortar tejido o destruirlo.

Usos de la electrocirugía, en odontología restauradora es uno de los métodos de retracción gingival para exponer los márgenes de los tallados, la eliminación de agrandamientos gingivales y la gingivoplastia en el tratamiento de abscesos parodontales agudos, para hacer hemostasia, para inserciones de frenillos y

músculos para casos de pericoronitis aguda.

La electrocirugía brinda un campo operatorio limpio sin hemorragia, sin embargo tiene un inconveniente que crea el riesgo de dañar el tejido y hacer perder soporte parodontal cuando se usa cerca del hueso, o sea no se debe usar para bolsas infraóseas, operación por colgajo o cirugía mucogingival y algunos casos de retracción gingival.

Criocirugía

Se han eliminado bolsas parodontales mediante dos aplicaciones congelantes a 35 grados centígrados y a 70 grados centígrados-- con un criostilete sin necesidad de anestesia, de 2 a 3 horas - después del tratamiento persiste una molestia de bajo grado.

En la resección gingival hay formación de lesiones con aspecto de globos, la cicatrización es completa después de 2 semanas.

AFILADO DE LOS INSTRUMENTOS

Todo instrumento que se usa en un procedimiento quirúrgico debe estar filoso y lesionará menos los tejidos duros y blandos que uno romo.

Objetivo

Para que sea eficaz el borde cortante, que es la parte activa - del instrumento, debe estar filoso.

Clasificación de afilado

El afilado se puede llevar a cabo con piedras de diverso grano o textura y están diseñadas para satisfacer diferentes necesidades.

Piedras montadas

Las piedras montadas de forma cilíndrica vienen en tamaños diversos, de grano, arkansas y ruby.

Piedras no montadas

Piedras manuales. Estas piedras se sostienen y activan manualmente durante el afilado, pueden ser cilíndricas o troncocónicas.

Piedras planas. Estas son piedras rectangulares de diferentes tamaños y granos que son completamente planas o tienen una superficie acanalada en el sentido del eje mayor con diferentes canales.

Requisitos para un afilado

- 1.- Establézcase el ángulo apropiado entre las piedras y la superficie por afilar.
- 2.- No se incline la piedra.
- 3.- Evítese la presión excesiva.
- 4.- Mientras se afila, lubríquese la piedra, para las piedras ruby es adecuado hacerlo con agua; para las piedras de arkansas hay que usar aceite.
- 5.- Afílese al primer signo de embotamiento.

Todas las hoces se afilan de la misma manera, se pueden emplear una de las dos técnicas siguientes.

Técnica I

- 1.- Colóquese una piedra de arkansas cilíndrica en la pieza de mano .
- 2.- Sosténgase la piedra perpendicular al eje del instrumento para que se afilen los bordes mientras rota la piedra.

Técnica II

Se usa en piedras de arkansas plana.

- 1.- Sosténgase el instrumento de modo que todo el costado de la hoja se apoye contra la piedra de arkansas.
- 2.- Affílese la hoja sobre la piedra hasta conseguir un borde.
- 3.- Repítase el proceso con el otro lado de la hoja, manteniendo la forma original del instrumento.

Afilado de curetas

Hay dos bordes por afilar cuando se usa una piedra montada.

- 1.- Sosténgase con firmeza el instrumento con la superficie con cava interna hacia arriba y la punta hacia usted.
- 2.- Sosténgase la pieza de mano con la otra mano, apoyándola - sobre la mano que sostiene el instrumento, obteniendo así - estabilidad.
- 3.- Hágase girar lentamente la piedra en la pieza de mano.
- 4.- Apóyese la piedra que gira con lentitud contra la superficie ie interna de la hoja y llévesela lentamente hacia la punta - hasta que sobrepase el instrumento.

Si la piedra es sostenida correctamente contra la superficie interna plana, los dos bordes laterales se afilan simultánea mente.

Uso de la piedra manual

Se consigue estabilizar el instrumento al sostenerlo en la - depresión del borde de un bloque de madera sujeto en una morsa. La superficie cóncava interna del instrumento debe estar hacia arriba y paralelo al piso.

- 1.- Colóquese la piedra sobre la superficie interna de la hoja en su unión con el cuello.

- 2.- Muévase la piedra hacia atrás y adelante con un movimiento de barrido hasta que llegue a la punta.

Uso de la piedra plana

- 1.- Sosténgase la piedra de arkansas en la palma de una mano y el instrumento en la otra.
- 2.- Colóquese el borde biselado del instrumento por afilar contra la piedra.
- 3.- Muévase la cureta con un movimiento de vaivén en el sentido del eje mayor de la piedra aceitada, haciendo apoyo sobre el borde de la piedra.
- 4.- Mientras se mueve el instrumento de esta manera, rótese levemente la piedra en el sentido de su eje mayor para seguir el contorno de la hoja.

Afilado de cinceles

Los cinceles se afilan mejor con piedras de arkansas planas.

- 1.- Colóquese la piedra sobre una superficie nivelada.
- 2.- Sosténgase el instrumento con la toma de lapicero.
- 3.- Colóquese el instrumento cerca del extremo de la piedra con la superficie biselada plana contra la piedra.
- 4.- Usese el dedo mayor como apoyo.
- 5.- Empújese lentamente el instrumento hacia adelante sin alterar el ángulo piedra-instrumento.

Afilado de limas y azadas

Se afilan con piedras finas y de arkansas.

Afilado de los bisturíes Kirkland.

En los bisturíes parodontales hay tres bordes por afilar; el -

extremo interno y posterior, estos instrumentos se afilan mejor con una piedra de arkansas plana.

Piedras de arkansas

- 1.- Sosténgase el instrumento firmemente.
- 2.- Colóquese sobre la piedra en un ángulo que se adapte al bisel de la hoja.
- 3.- Estabilícese el instrumento sobre la piedra usando los otros dedos de la otra mano.

RENOVACION DEL FILO CON RUEDA DE FIELTRO Y ABRASIVO

Se puede renovar el filo de los instrumentos con una rueda de fieltro duro y abrasivo de óxido de metálico. Esto es rápido y eficaz y prolonga la vida de los instrumentos, porque produce un desgaste mínimo. Los bordes cortantes que perdieron su bisel original o que se han desafilado demasiado se afilarán primero con piedras, con la finalidad de extraer beneficio de la rueda de fieltro.

Procedimiento

Se aplica un compuesto de óxido metálico, sobre la piedra de fieltro duro rotatorio, montada en un torno de laboratorio. el instrumento se sostiene entre el pulgar y el índice de las dos manos y se apoya con presión suave mientras la rueda gira a velocidad moderada, hacia fuera del borde cortante. Las manos se estabilizan sobre la mesa de trabajo y el instrumento se ubica de modo que preserve el bisel original del borde cortante

Cuidado de las piedras

Con el uso las superficies de las piedras de afilar se ennegrecen y se empastan con residuos metálicos. Las piedras ruby y

otras que se lubriquen con agua, se lavan con agua y jabón y - -
cepillo grueso, las piedras que se lubrican con aceite como - -
las piedras de arkansas se deben limpiar con gasolina.

No hay que dejar que las piedras de arkansas se sequen, su
superficie debe hallarse siempre cubierta por una película del--
gada de aceite de poca densidad cuando la piedra se guarda.

Las piedras ruby se esterilizan con agua, las piedras de --
arkansas se esterilizan mejor con autoclave o por hervido en -
aceite poco denso.

Para evitar que se formen surcos en la superficie de las pie
dras hay que tratar de utilizar toda la superficie por igual, -
los surcos de la superficie de las piedras de afilar estropean-
la eficacia del procedimiento de afilado. Las piedras con surcos
o con desgastes disparejos se remodelan con un disco Joe-Dandy.

Cuidado de los instrumentos

Se ha de disponer de una área de esterilización que se usará ex-
clusivamente para la limpieza, esterilización y conservación de-
los instrumentos y materiales quirúrgicos.

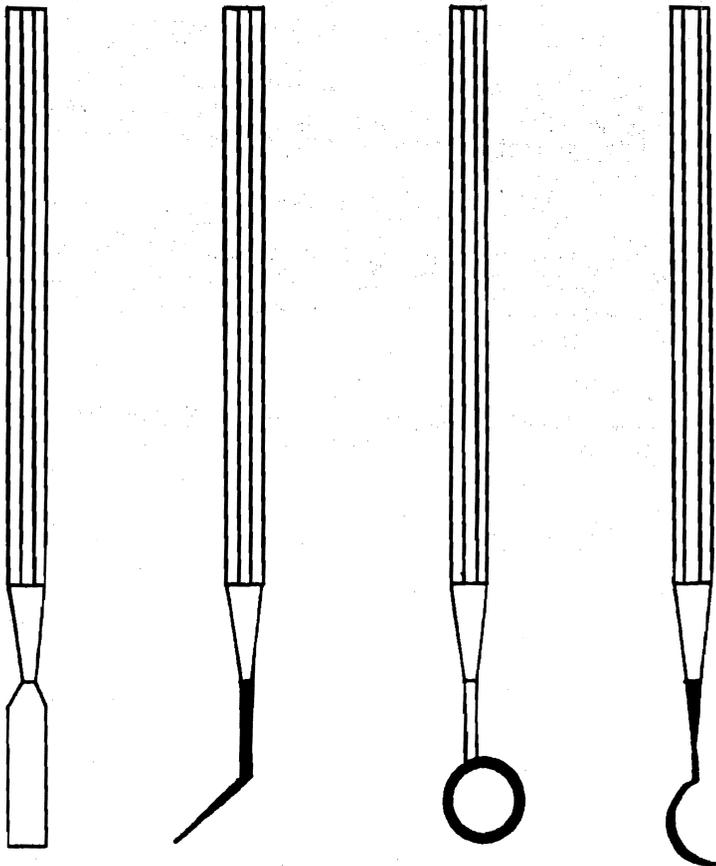
Todos los instrumentos utilizados se sumergen en solución -
detergente, se frotan con un cepillo duro se enjuagan y se seca-
rán antes de ponerlos en el autoclave, después de retirarlos del
autoclave los paquetes se depositan en orden en el cajón del ins-
trumental.

Se debe preparar un número suficiente de juegos de instrumen-
tos para la tarea del día, los conjuntos se usan siguiendo un -
orden para que se mantenga uniforme el uso y el afilado, para -
conservar la esterilización del paquete no se abre hasta el mo--
mento de iniciar la intervención quirúrgica.

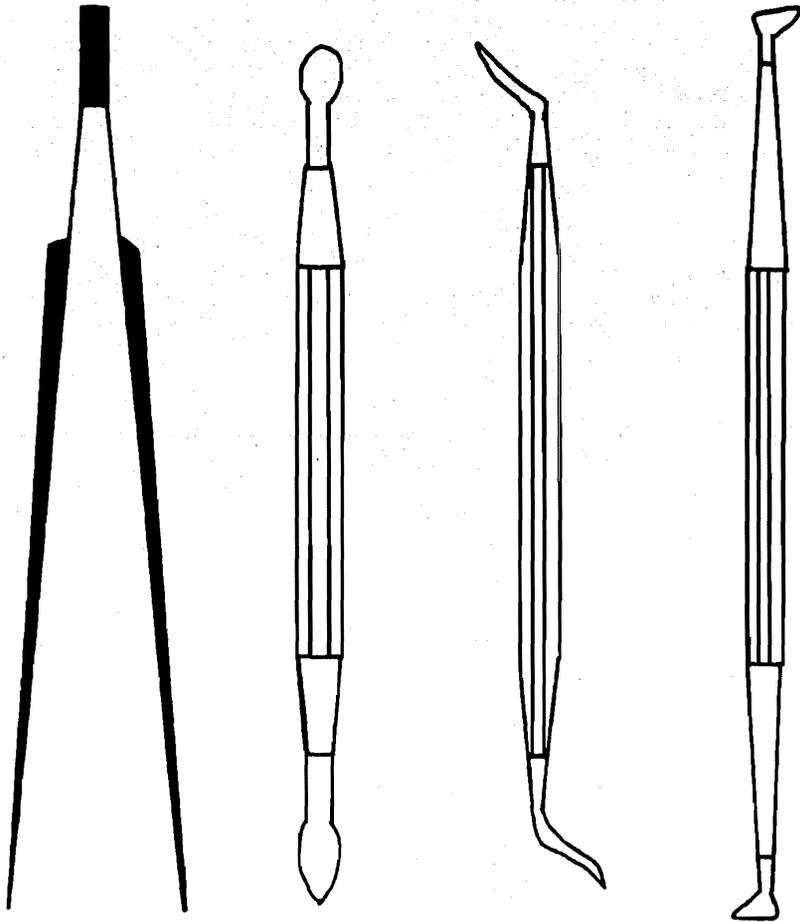
Los únicos métodos aceptables de esterilización del instrumento

tal son la exposición al vapor de agua a presión en el autoclave o al calor seco.

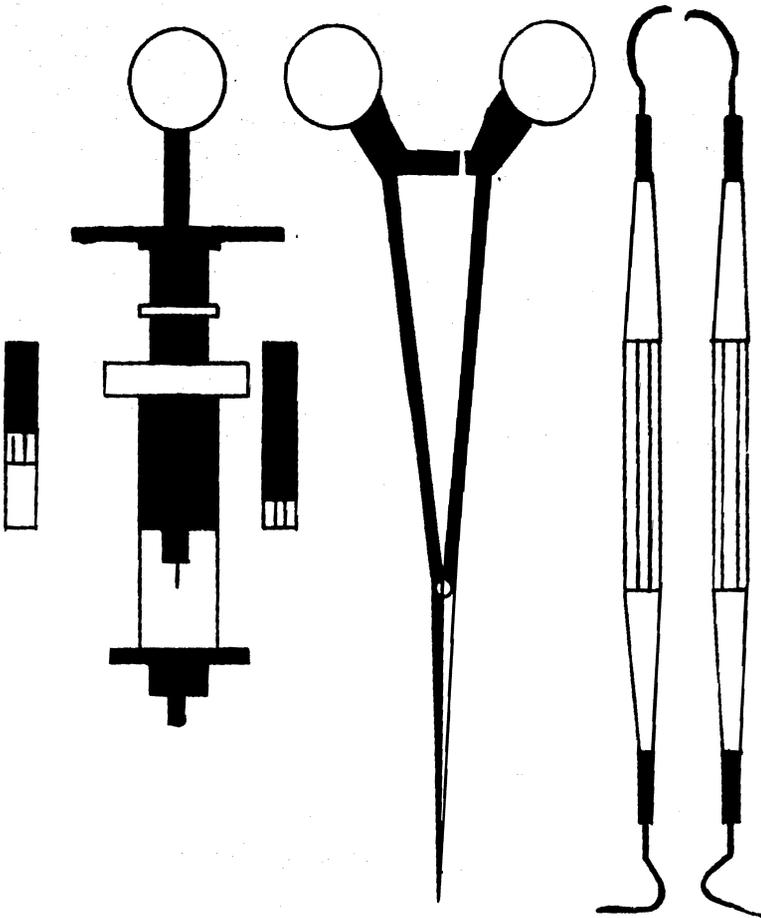
INSTRUMENTAL PARODONTAL



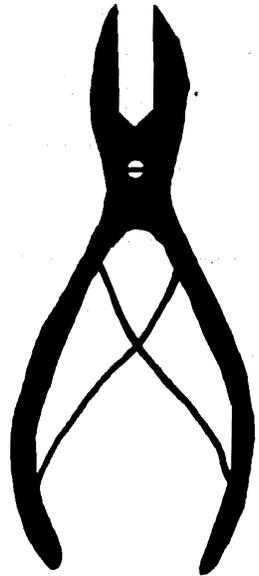
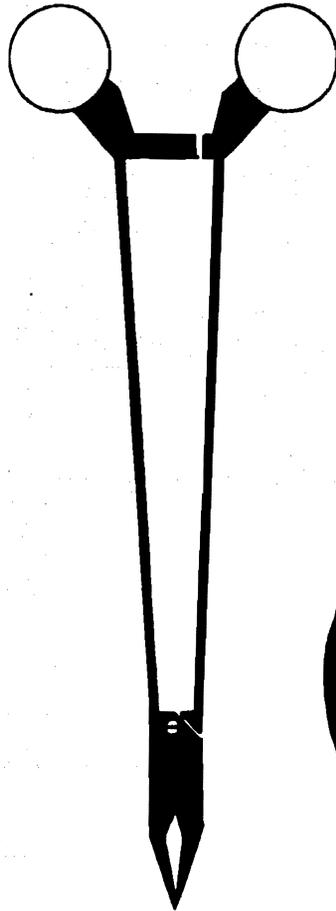
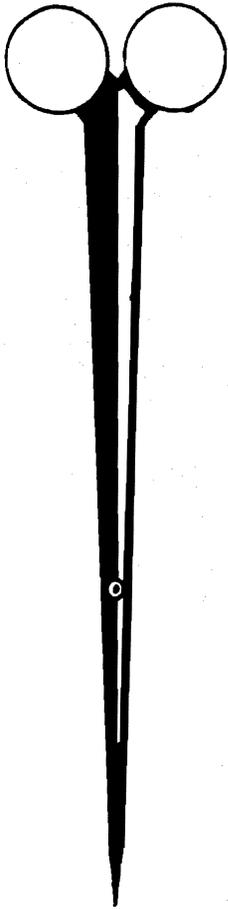
INSTRUMENTAL PARODONTAL



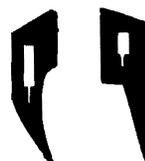
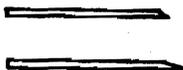
INSTRUMENTAL PARODONTAL



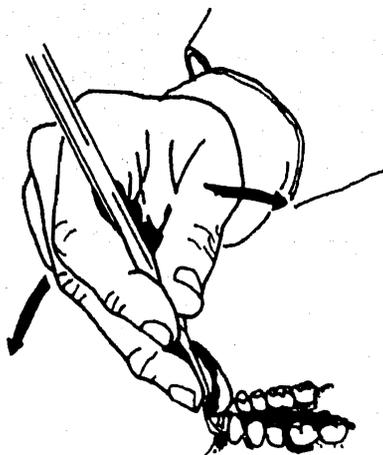
INSTRUMENTAL PARODONTAL



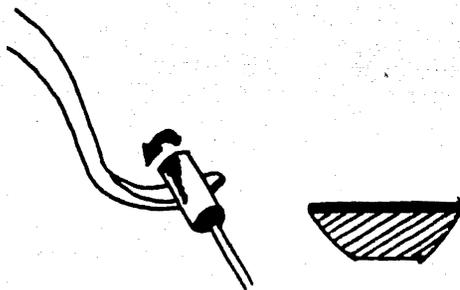
INSTRUMENTAL PARODONTAL



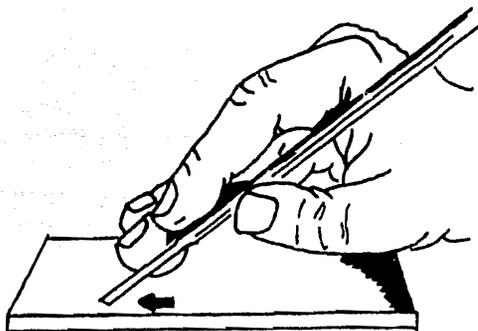
TOMA DEL INSTRUMENTO



AFILADO DE LOS INSTRUMENTOS

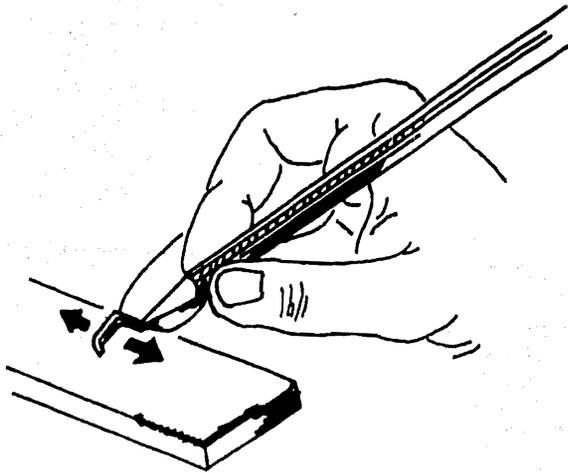
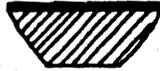


AFILADO DE CURETAS

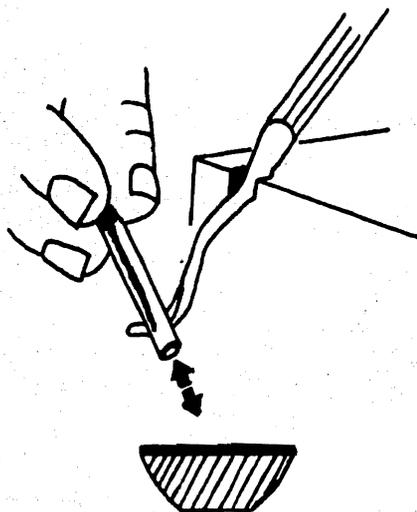


AFILADO DE CINCELES

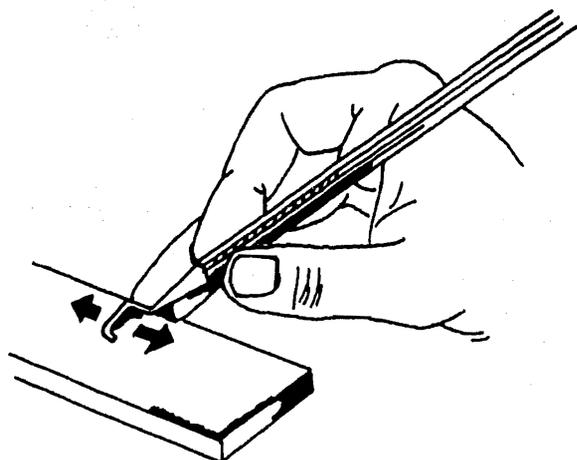
AFILADO DE LA HOZ



AFILADO DE LOS INSTRUMENTOS

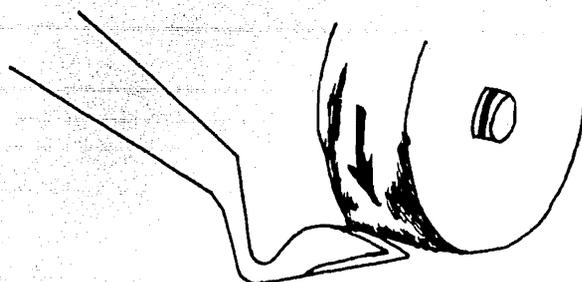
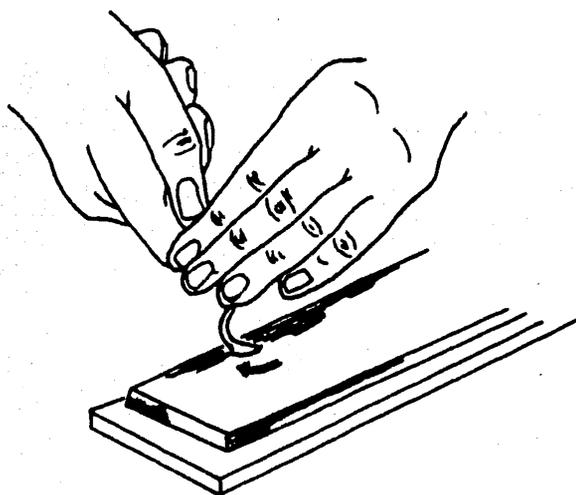


USO DE LA PIEDRA MANUAL



USO DE LA PIEDRA PLANA

AFILADO DE BISTURIES DE KIRKLAND



IV .- TECNICAS DE CIRUGIA PARODONTAL

A) RASPADO RADICULAR

Es la técnica básica empleada en el tratamiento parodontal para eliminar bolsas, además de ser la más común.

Su finalidad consiste en raspar la superficie radicular - con el fin de eliminar cálculos, placa y otros depósitos existentes. Es empleado además para alisar las rugosidades del cemento en la raíz.

El raspado radicular es el tratamiento imprescindible para la remisión de la inflamación, pues al eliminar los factores - desencadenantes ésta cede.

El raspado radicular se considera un requisito previo para prevenir y curar la enfermedad parodontal. Deberá ser una técnica que preceda a otros procedimientos quirúrgicos, pues crea un medio más limpio, reduce la hiperemia y el edema y mejora las - tendencias de cicatrización de los tejidos.

Indicaciones

- 1.- Cuando las bolsas son profundas y las encías están edematosas.
- 2.- Si las encías son fibrosas
- 3.- En la mayoría de las gingivitis, excepto en el agrandamiento gingival.
- 4.- En el tratamiento de bolsas infraóseas.

Instrumentos

- a) Explorador de bolsas
- b) Cíncel
- c) Hoz

- d) Azada
- e) Limas
- f) Curetas

Técnica

La técnica del raspado radicular es sencilla, y aunque requiere de habilidad para llevarla a cabo, es la práctica la que - determinará al buen operador. Para lograr esto, emplearemos un orden de trabajo con respecto a cuadrantes, es decir, empezaremos con la arcada superior partiendo de la línea media, de un - incisivo central hacia uno de los cuadrantes, ya sea el derecho o el izquierdo.

Posteriormente se procede a ir hacia la arcada de uno de - los cuadrantes, ya sea el derecho o el izquierdo.

El apoyo que se requiere de los dedos será primordial. Para ejecutar la técnica, se debe sostener el instrumento con los dedos índice, medio y pulgar, como si se tomase un lápiz, con - esto lograremos sensibilidad digital y un apoyo correcto listo para ejercer movimientos firmes pero suaves, evitando laceraciones y desgarres al paciente.

Es necesario buscar un apoyo adicional, el cual se consigue apoyando con firmeza los dedos meñique y anular (que son los - que nos quedan libres) sobre las coronas de los dientes vecinos.

Se coloca después el borde activo del instrumento sobre el diente, se remueve el sarro con movimientos cortos y rígidos y se procura dejar una superficie lo suficientemente lisa.

Básicamente el raspado de la superficie radicular comprende el movimiento traccionario; exceptuando las caras proximales de dientes anteriores que estén colocados muy juntos entre sí, - haciendo movimientos de empuje.

Cuando se realiza el movimiento de tracción, la parte activa del instrumento toma el borde del cálculo en apical, desprendiéndolo en dirección incisal.

El movimiento de empuje se ejerce gracias a que los dedos activan el instrumento, éste se posa en los bordes laterales - del cálculo, y los mismos dedos hacen el empuje necesario - fracturando el tártaro.

La extensión del raspado dependerá del estado en que se encuentren los tejidos, al igual que la cantidad de sarro existente .

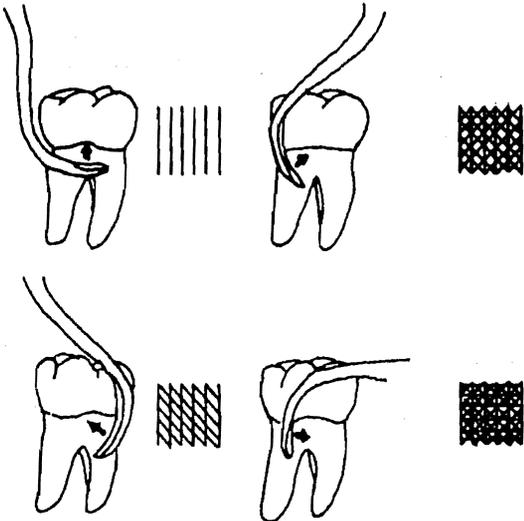
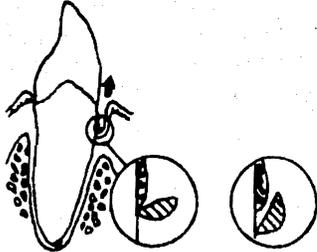
En el raspado subgingival se llega a eliminar a veces parte del cemento, por lo cual será necesario evitar el raspado excesivo para control de la sensibilidad.

Evitaremos empujar el instrumento en sentido apical, pues esto ocasiona la introducción del tártaro hacia los tejidos de sostén y cada vez que se desprendan cálculos, podemos pasar una gasa en la zona con el fin de eliminar residuos, así como saliva y sangre, a fin de lograr una visión.

Otro factor importante lo es la elección del tamaño de cada instrumento tomando en cuenta la magnitud del tamaño del tártaro. La adaptación más exacta del instrumento a la superficie por tratar, y el buen afilado del instrumento son factores básicos para lesionar menos los tejidos y realizar una técnica -- mucho más efectiva.

Será necesario ejercer un buen lavado de la zona, así como la aplicación de un apósito quirúrgico y la administración de - fármacos analgésicos que sean capaces de controlar las molestias al paciente.

RASPADO RADICULAR



B) CURETAJE GINGIVAL

El curetaje consiste en la remoción del tejido degenerado y necrótico que tapiza la pared gingival de la bolsa parodontal.

Objetivos.

Son los de todo tratamiento parodontal.

- 1.- Elimina la inflamación
- 2.- Erradica la bolsa y restaura la salud gingival
- 3.- Sirve para reducir el edema clínico la hiperemia o la cianosis.
- 4.- Para retraer la encía libre.

Indicaciones

- 1.- En pacientes con inflamaciones edematosas y granulomatosas.
- 2.- En pacientes donde están contraindicadas las intervenciones quirúrgicas de mayor extensión a causa de resistencia emocional o afección sistemática.
- 3.- Cuando la finalidad es la retracción de la encía marginal.

Contraindicaciones

- 1.- Presencia de fibrosis muy antigua.
- 2.- Bolsas intraalveolares anchas y tortuosas.

Instrumentos

Muchos parodontistas tienen juegos de curetas para usar únicamente sobre tejido blando, deben estar muy bien afilados. Son de estructura muy delicada para que sus delgadas hojas entren en bolsas estrechas y profundas.

El curetaje es efectuado con los instrumentos llamados -

cucharrillas o curetas y aunque es aplicable en el raspaje radicular el termino de curetaje actualmente involucra solamente - el raspado y limpia de los tejidos blandos.

El curetaje acelera la cicatrización y hace que desaparezca la inflamación y la ulceración de la bolsa, cuando se efectúa curetaje hay inflamación y traumatismo en la encía sólo que los efectos son en proporciones microscópicas y no afectan a la - cicatrización.

La existencia de la bolsa parodontal incrementa la separación entre la inserción epitelial y el diente por eso se elimina el tejido granulomatoso que interfiere al proceso de cicatrización de los tejidos.

La acción conjunta del tejido conectivo y el diente se - normaliza con aspectos además estéticos y el nivel de la encía se regulariza y conserva, por este hecho es que al curetaje se le considera un tratamiento conservador.

No hay que olvidar que el curetaje excesivo causa dolor - y retarda la cicatrización, la pared de la bolsa se encuentra - inflamada y contiene diversos grados de degeneración; ya que se trabaja sobre tejido blando es necesario emplear un anestésico-local, un campo aislado ya sea con rollos de algodón o con gasa durante el procedimiento, irrigación intermitente con agua tibia.

Técnica

Primero verificaremos la limpieza de la raíz y el alisado de su superficie.

Se emplea una cureta de tamaño requerido y con bordes cortantes en ambos lados de la hoja para que al mismo tiempo alise la raíz.

Es importante que la cureta esté previamente bien afilada,

así bastarán menos pasadas para eliminar tejido afectado.

El operador planifica y trabaja en un sólo diente o un segmento del arco en una sesión, la posibilidad de hacer esto dependerá de la accesibilidad y la topografía de las bolsas y las características del tejido, no se debe curetear la encía delgada y friable, porque hay peligro de desgarrar o perforar el tejido.

Se deberá cortar la pared de la bolsa, de ninguna manera desgarrarla.

Las curetas se llevan hasta el fondo de la bolsa por medio de movimientos cortos y siempre firmes con dirección de apical a cervical, se retiran restos de tejido enfermo y cálculos de tártaro que pudieran existir, la cureta se deberá limpiar con gasa al igual que la zona donde se hace la intervención previa irrigación.

Nuevamente volvemos a introducir la cureta y desplazamos de una cara proximal a otra ayudandonos con el apoyo necesario que encontraremos en el dedo pulgar e índice contra la superficie vestibular y lingual ayudando al sostén del tejido y a mejorar el curetaje.

Las indicaciones antes descritas se repetirán cuantas veces sean necesarias, con esto se logrará eliminar la pared de la bolsa, la remoción del tártaro y el alisado de la superficie radicular.

Una vez realizado el curetaje, el surco gingival es llenado por sangre formando así el coágulo.

Por debajo de éste, se inicia la readherencia epitelial la cual culmina a los cinco días mientras que la cicatrización final lo hará de los doce a los quince días.

Como medida preventiva será necesaria la aplicación de un

apósito quirúrgico, para evitar una posible infección ya que a su vez actúa como protector del tejido regenerativo, las visitas postoperatorias del paciente serán aproximadamente a los 7 u 8 días o antes si hubiera molestia exagerada o algo que se considere anormal, a las dos semanas será posible valorar los resultados y determinar la necesidad de proseguir el tratamiento.

Actualmente existen aparatos capaces de eliminar sarro y de hacer el curetaje adecuado, con equipos llamados ultrasónicos que tienen puntas intercambiables para adaptar la que más nos convenga a las necesidades del momento, que llegan a producir de 30,000 a 40,000 vibraciones por segundo lo cual hace que el sarro se fracture fácilmente.

C) GINGIVECTOMIA

La gingivectomía significa excisión de la encía, y consiste en la eliminación de la encía enferma y el raspaje y el alisado de la superficie radicular.

Indicaciones

- 1.- Eliminación de bolsas supraalveolares y bolsas falsas.
- 2.- Eliminación de agrandamientos fibrosos o edematosos de la encía.
- 3.- Corrección de cráteres gingivales.
- 4.- Lesiones de furcaciones.
- 5.- Agrandamientos gingivales.
- 6.- Transformación de márgenes redondeados o engrosados en la forma ideal.
- 7.- Festones gingivales.
- 8.- Hendiduras gingivales.
- 9.- Creación de una forma más estética en casos en que no se ha producido la exposición completa de la corona anatómica.
- 10.- Creación de simetría bilateral allí donde el margen gingival de un incisivo se ha retraído algo más que el del incisivo vecino.
- 11.- Exposición mayor de la corona clínica para ganar retención con finalidad protética para permitir el acceso a caries subgingivales.

Contraindicaciones

- 1.- En presencia de rebordes alveolares vestibulares y orales gruesos, cráteres interdentarios o cresta ósea en forma caprichosa.
- 2.- Presencia de bolsas intraalveolares.

- 3.- Si la excisión de la encía dejara una zona inadecuada de encía insertada.
- 4.- Cuando la higiene bucal es mala.
- 5.- Si la relación del profesional y el paciente es difícil o el manejo del paciente es un problema.
- 6.- Cuando existen determinadas enfermedades y afecciones. (enfermedad de Addison, diabetes no controlada en pacientes con tratamientos con anticoagulantes.)
- 7.- Cuando el paciente se queja de sensibilidad dentaria antes de la cirugía.

Instrumental

El instrumental que se necesita para realizar una gingivectomía varía indudablemente de acuerdo a los gustos de cada operador, pero en términos generales se establecen los instrumentos básicos que corresponden:

- 1.- Explorador
- 2.- Bisturries parodontales
- 3.- Curetas finas y grandes
- 4.- Tijeras
- 5.- Pinzas marcadoras de bolsa
- 6.- Parodontómetro
- 7.- Espejos

Técnica

Se premedica al paciente aprensivo con Nembutal 100mg. o con otros sedantes.

Anestesia

Se utiliza anestesia regional o infiltrativa.

Se comienza por el cuadrante inferior derecho puesto que - la anestesia se consigue con menor cantidad de inyecciones y la zona se opera con mayor facilidad. Se tratan todas las lesiones parodontales del cuadrante frecuentemente mediante la combinación de la gingivectomía con otros procedimientos quirúrgicos.

A continuación, se trata la zona superior derecha dejando el lado izquierdo libre para que el paciente mastique; en las - semanas sucesivas se trata el cuadrante mandibular izquierdo y el superior izquierdo.

Para realizar una gingivectomía es indispensable un aspira- dor, ello proporciona la incisión clara de cada superficie den- taria, lo cual es necesario para la remoción minuciosa de los - depósitos y el alisado.

Marcado de las bolsas

Las bolsas de cada superficie se exploran con una sonda parodon- tal y se marcan con una pinza marcadora de bolsa núm. 27G.

El instrumento se sostiene con el extremo marcador alinea- do 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 mar- can sistemáticamente comenzando por la superficie distal del - último diente, siguiendo por la superficie vestibular 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.

Corte de encía

La encía se puede cortar con bisturíes parodontales, escalpelo o tijeras. La remoción de la encía enferma es una parte importante de la gingivectomía, pero el instrumento que para ello se emplea no afecta el resultado del tratamiento.

La elección se basa casi siempre en la experiencia individual, se pueden utilizar bisturíes parodontales núm. 20G y 21G para las incisiones de las superficies vestibular y lingual, y distal al último diente del arco.

Los bisturíes interdentes núm. 22G y 23G se usan para complementar las incisiones interdentes donde se precise, y los bisturíes Bard - Parker núm. 11 y 12, y las tijeras se usan como instrumentos auxiliares.

Incisiones continúa y discontinúa

Incisión discontinúa.- Se comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector anterior siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose a través de la encía interdentera hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. Las incisiones individuales se repiten hasta alcanzar la línea media.

Incisión continúa.- Se comienza en la superficie vestibular del último diente y se lleva hacia el sector anterior sin interrupción siguiendo el curso de las bolsas, hasta la línea media. Las inserciones de los frenillos que estén en la trayectoria de las incisiones se recolocarán para evitar tensiones sobre la encía durante la cicatrización.

Una vez hechas las incisiones en la superficie vestibular, el proceso se repite en la superficie lingual. Para evitar los vasos y nervios del conducto incisivo y asimismo para estable-

cer un mejor contorno gingival postoperatorio, las incisiones - se harán a los lados de la papila incisiva, no en sentido horizontal a través de ella.

Cómo hacer la incisión

La incisión se hace por apical a los puntos que marcan el curso de las bolsas entre la base y la cresta del hueso.

debe de estar lo más cerca posible del hueso sin exponerlo , para eliminar el tejido blando coronario al hueso.

Eliminación de encía

La encía marginal e interdientaria se elimina comenzando en la - superficie distal del último diente erupcionado, se desprende - del gingival por la línea de incisión con una azada quirúrgica y raspadores superficiales núm. 3G y 4G.

El instrumento se coloca profundamente en la incisión en - contacto con la superficie del diente y se le mueve en dirección coronaria con un movimiento lento y firme.

Eliminación de tejido de granulación

El tejido de granulación se elimina antes de comenzar el raspaje minucioso, para que la hemorragia que proviene del tejido de granulación no entorpezca la operación de raspado.

Se introduce una cureta por la superficie dentaria y por - debajo del tejido de granulación, para separarlo del hueso subyacente. La eliminación de cálculos y sustancia radicular necrótica se realiza con raspadores superficiales, profundos y curetas.

El éxito de la gingivectomía depende en gran medida de la minuciosidad con que se raspe y alise la raíz, lo cual deberá - hacerse inmediatamente después de la eliminación del tejido de

granulación.

Se debe verificar nuevamente:

- a) Que la bolsa haya sido eliminada en su totalidad.
- b) Que la morfología del tejido remanente sea adecuado.
- c) Si queda alguna bolsa se elimina con el bisturí.

Si la morfología gingival no es correcta, se le corrige - con tijeras o con raspado con un bisturí

Colocación del apósito de cemento quirúrgico

El cemento quirúrgico se coloca en forma de dos cilindros, uno por vestibular y el otro por lingual, deben penetrar por los - espacios interdentarios quedando en esta forma fijo.

Se eliminan los excesos de modo que su extremo cervical - quede ondulado, siguiendo los cuellos de los dientes para tener una mejor estética, que no interfiera en la oclusión y que su - extremo apical no llegue a la línea mucogingival.

Postoperatorio

A partir del día siguiente puede enjuagarse cada dos horas con una sol. media cucharada de sal o bicarbonato en un vaso de - agua tibia y si prefiere un colutorio diluya el que quiera en - agua tibia con el fin de mantener la higiene oral mediante una enérgica acción de arrastre, no debe utilizar el cepillo de - dientes en el lado operado, pero puede hacerlo con cuidado en - el lado opuesto para evitar la acumulación de restos alimenticios.

D) GINGIVOPLASTIA

Según Goldman es el remodelado plástico de la encía para establecer una forma anatómica adecuada que pueda funcionar adecuadamente.

Por lo general se realiza como segunda operación sobre la encía cicatrizada en la que se efectuaron anomalías después de la gingivectomía.

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.

Indicaciones

- 1.- La erupción pasiva alterada, en la que la encía cubre una porción relativamente grande de la corona anatómica.
- 2.- En gingivitis ulcerosa necrótica recidivante que ha alterado la arquitectura gingival.
- 3.- Existencia de bolsas parodontales poco profundas que requieren su eliminación, cuando no es necesario corregir la arquitectura ósea.
- 4.- La encía hiperplástica que requiere su extirpación

Técnica

Se traza una incisión oblicua en la cara vestibular de la encía fija.

Suele iniciarse cerca de la unión mucogingival y terminar junto a los dientes, lo más cerca posible del extremo apical del ligamento epitelial.

Para la incisión inicial se usa el bisturí Goldman Fox núm. 7 y a continuación el bisturí Towner núm. 19 o 20 para socavar-

la encía interproximal.

En el lado lingual se usan los mismos instrumentos pero - suele ser posible trazar una incisión menos inclinada el tejido escindido se separa con el instrumento Goldman Fox. núm. 10 el ayudante hace presa en el extremo libre del tejido con un hemostático y ejerce una ligera tracción sobre el mismo mientras se va eliminando la tira. Después se utiliza el bisturí núm. 7 -- como raspador para reducir la superficie del tejido y crear 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, - muescas interdentes y papilas interdentes en forma de cono.

Sólo es posible conservar una buena arquitectura gingival cuando la fundación ósea subyacente tiene una topografía similar.

Se ha utilizado el escalpelo electroquirúrgico para modelar los contornos gingivales, pero se ha demostrado que es inferior a los instrumentos convencionales. Este método de eliminación eléctrica retrasa la curación y no permite regular - exactamente la profundidad de la necrosis al terapeuta.

Las heridas cauterizadas o incididas curan con diferente-- velocidad, mayor en las últimas. Las heridas cauterizadas son - mucho más profundas que las producidas por incisión, no puede - controlarse exactamente su penetración y algunas veces, producen destrucción ósea y secuestros.

Fox diseñó piedras de diamante ásperas para eliminar cantidades pequeñas de tejido después de las incisiones iniciales de la gingivoplastia, se emplean acompañadas de una pulverización acuosa o salina para el modelado preciso de los contornos del - tejido. Pueden acentuarse las muescas interdentes cortando el-

tejido blando en cantidad suficiente para crear una fosa poco - profunda en el proceso alveolar en los puntos en que sea necesario.

En vez de la gingivoplastia superficial, con frecuencia se usa la incisión de bisel interno de la cirugía ósea. Este método deja una superficie de tejido maduro en vez de tejido conjuntivo seccionado. Hay menos molestias postoperatorias y la curación es más rápida, pero la mayor ventaja es que el tejido parece - mantenerse en posición estable sin demasiada neoformación. Esto resulta especialmente ventajoso para mantener la relación de la encia con el borde de las incrustaciones en odontología restauradora. El biselado interno se emplea también para suprimir el - exceso de tejido en las regiones retromolar y de la tuberosidad

La gingivoplastia con biselado interno con tejido superficial maduro puede retrasar el crecimiento del tejido nuevo.

E) COLGAJO PARODONTAL

Definición.- El colgajo es una unidad de encía y la mucosa alveolar adyacente que se separa parcialmente por medios quirúrgicos.

Las operaciones a colgajo son de suma importancia, pues resultan extremadamente necesarias para eliminar ciertas afecciones en parodencia, que sin ellas sería prácticamente imposible lograrlas.

Antes de iniciar las operaciones a colgajo, es conveniente llenar los requisitos básicos de preparación para asegurar el éxito operatorio y anticipar así a un mejor postoperatorio, lo cual lograremos de la siguiente manera:

Debemos hacer hincapié al paciente para que mejore su técnica de higiene bucal y logre la desinflamación gingival, la reducción del sangrado, y la disminución por consiguiente de las molestias al momento de hacer su aseo diario que logre estimular la circulación capilar de las mucosas y haga posible su endurecimiento y tonificación, puesto que la normalización tisular, así como la normalización de la circulación de la zona, crean estados más favorables para una mejor anestesia e intervención quirúrgica.

Antes de emprender la operación a colgajo, debemos tener en cuenta que cualquier manipulación de la mucosa deberá ser efectuada cuidadosamente, a fin de evitarnos desgarres y posibles perforaciones .

Además de tratar de reducir lo menos posible el traumatismo de los tejidos, y de no hacer incisiones de tipo transversal para no interferir las vías de aporte vascular, puesto que debemos recordar que la base de todo colgajo está insertada proporcionando el soporte vascular necesario.

En cualquier tipo de incisión, es preciso estudiar previamente la anatomía bucal de la zona para poder verificar posiciones de frenillos y posibles interferencias en esas inserciones - que llegaran a entorpecer con los labios de la herida, o de ejercicios musculares capaces de llegar a retardar el proceso de cicatrización o malograr un estado de infección.

Indicaciones

- 1.- Cuando existe absceso parodontal
- 2.- Si existen bolsas parodontales
- 3.- Cuando se presentan lesiones en la bi o trifurcaciones.
- 4.- Cuando existe absceso parodontal crónico con una bolsa profunda.
- 5.- En osteotomías y osteoplastías.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones para levantar colgajos parodontales, se dan siempre y cuando haya manifestaciones de enfermedades sistemáticas o cuando se puede efectuar para corregir el estado de la mucosa la gingivectomía, que le da un aspecto más anatómico y funcional.

La operación a colgajo debe incluir desde el levantamiento del colgajo mismo, la inclusión del periostio óseo, la eliminación del tártaro subgingival y el alisado de las superficies radiculares, la eliminación del tejido de granulación, el recorte del margen gingival y la sutura del propio colgajo.

Tipos de incisiones

Los tipos de incisiones practicados en la cirugía parodontal, se reducen en una forma básica a las practicadas por dos autores: Incisión de Newman , e incisión lateral oblicua de Widman.

El Dr. Widman es precursor de las operaciones a colgajo, y efectúa las incisiones laterales oblicuas haciendo llegar las incisiones al extremo marginal de la cresta alveolar, sin afectar papilas. Después complementa con otra que vaya siguiendo el límite alveolar marginal.

La técnica de Newman se lleva a cabo mediante dos cortes que van en forma recta desde el surco vestibular, hasta el cuello de los dientes, efectuando la incisión a la altura de los ápices de todos los dientes para luego dirigir el corte hacia la zona distal de la papila interdientaria.

Se desprende posteriormente el espesor del colgajo fibromucoso que irá siguiendo el festón de la gingiva al nivel del cuello de todos los dientes y sigue el desprendimiento hasta llegar a la unión de las dos incisiones practicadas inicialmente.

Técnica

Ante todo se escogerá el bisturí Bard Parker con hoja número 15 por ser amplia y adecuada para la técnica.

Se colocan los puntos de anestesia por infiltración y luego de haber esperado a que empiece su efecto, se hacen dos incisiones que sean verticales o laterales oblicuas en la misma forma como se describió anteriormente, con el mismo bisturí, o con un bisturí especial para papilas, se incide hasta llegar al hueso.

Posteriormente una vez hechas las incisiones primarias, se unen mediante otra que irá a lo más profundo del vestíbulo en forma horizontal. Se procede entonces a levantar el colgajo por medio de un perióstomo, y aunque también se puede hacer el corte de la inserción del mismo con el bisturí, se podría desgarrar en demasía produciendo dificultades al momento de volver a colocar el colgajo en su lugar.

Una vez levantado bien el colgajo, se puede sostener mediante el uso de separadores para que nos proporcione comodidad, accesibilidad y mejor visión.

El colgajo, cuando ya se a retraído, nos deja el libre -- acceso para la eliminación del tejido granulomatoso interdentario, al hacerlo nos reduce la hemorragia y proporciona una -- mejor visión.

Por medio de curetas, todos los elementos irritantes que se localicen serán eliminados para tratar de lograr una mejor reinserción postoperatoria.

Asimismo, se elimina el tejido enfermo de la pared interna del colgajo sin perforarlo; los defectos del tipo óseo, son -- tratados mediante cinceles o fresas quirúrgicas.

La cresta ósea se redondea y alisa, evitando deformaciones al momento de colocar el colgajo; una vez hecho todo lo anterior, se logra el estímulo de la inserción epitelial mediante el legrado de la pared blanda interior, se lava y se seca la zona.

Si es necesario se recorta por medio de tijeras el perímetro del colgajo y se logra el contorno correcto, listo para -- unirse a sus extremos antagonistas y cubrir sus espacios expuestos previamente.

Una vez adosado el colgajo en su lugar, se hace la sutura mediante agujas de calibre corto y sutura de seda fina.

Se colocará un apósito quirúrgico, se mandará dieta blanda al paciente, y se le dará cita hasta dentro de 12 días para seguir la evolución de la herida. Si se considerara necesario, se volverá a proteger la zona con otro apósito, y se citará nuevamente al paciente para retirar tanto el apósito como los puntos de sutura.

Newman indica los siguientes requisitos para lograr mejores resultados y éxito completo en las operaciones a colgajo:

- a) lograr la visión que sea completa y clara del cuadro patológico.
- b) Exclusión cuidadosa de todos los depósitos irritantes de las raíces.
- c) Remoción completa del hueso, que sea incapaz de regenerarse.
- d) Remoción completa de protuberancias y defectos de la arquitectura ósea así como de las concavidades ocultas por epitelio, y de las masas que contengan tejido granulomatoso.
- e) El allanamiento de los surcos gingivales por reducción del mucoperiostio hasta la superficie del hueso sano.
- f) Recubrir el hueso sano con encías sanas para asegurar el estado ideal de los tejidos.

Clasificación

Los colgajos se clasifican fundamentalmente en:

- 1.- Colgajo de espesor total .- Es aquel que incluye toda la encía y mucosa alveolar que cubre el diente y el hueso.
- 2.- Colgajo de espesor parcial .- Es el colgajo que sólo afecta la parte epitelizada superficial del tejido blando, y que deja hueso cubierto por fibras del tejido conectivo y perióstico.

Ventajas y Desventajas

El colgajo de espesor parcial proporciona una mejor retención por el periostio dejado. Brinda así mismo protección al hueso, y es posible regresar el colgajo a una posición mucho más exacta de su lugar original mediante la sutura del periostio.

Sin embargo, el colgajo de espesor total, puede ser efectua

do mucho más rápido, y es el ideal cuando se busca una mejor - visibilidad hacia los tejidos subyacentes, sobre todo, cuando - se quiere corregir la estructura ósea.

Los autores partidarios de este tipo de colgajo, sostienen que la nueva adaptación se hace sin ningún problema si la técnica, ha sido llevada correctamente, y la cicatrización es más - rápida que el la técnica del colgajo de espesor parcial.

El colgajo de espesor total se puede usar en la mayoría de los casos, pero cuando hay hueso delgado el colgajo de espesor parcial es el indicado.

Ya que las dos técnicas son importantes, debemos emplear - cada una según el caso, esto es, si hay necesidad de exponer - tejido óseo, emplearemos la técnica del colgajo de espesor total , de lo contrario, sólo recurriremos al colgajo de espesor parcial.

El diseño del colgajo se divide en dos categorías:

Completo.- Son aquéllos que comprenden dos incisiones verticales, una a cada lado de los extremos de la zona por tratar, y otra en forma horizontal sobre el margen gingival uniéndose - con las primeras.

Modificado.- Difiere del colgajo completo en que tiene sólo una incisión vertical u oblicua o no tiene incisiones liberatrices. Se utiliza cuando las bolsas no son muy profundas.

Los colgajos se rechazan mediante disección roma o aguda.

La disección roma se usa cuando se piensa hacer el remodelado quirúrgico de las superficies alveolares laterales o cuando se hacen reinserciones, injertos óseos o procedimientos de - trasplantes óseos.

La disección aguda aporta el tejido blando del hueso y - expone la superficie alveolar para su inspección o cirugías am--

plias.

Dissección roma

Colgajos de espesor total.- El rechazo roma del colgajo se hace introduciendo un elevador perióstico entre la encía y el diente o el hueso.

El instrumento se mueve hacia mesial, distal y ápical para separar la encía, mucosa alveolar y el periostio, la primera - incisión previa a la introducción del elevador, se hace con un - escalpelo o un bisturí parodontal. De esta manera se rechaza un colgajo de espesor total.

Dissección aguda

El colgajo de espesor dividido. La dissección aguda se hace con hojas quirúrgicas reemplazables o con un bisturí en forma - arriñonada.

Está indicada cuando el cirujano desea evitar la exposición del hueso.

Esto es conveniente en presencia de tablas óseas finas o - cuando la corrección quirúrgica del hueso abarca únicamente el - margen alveolar.

Características de las incisiones

Las incisiones deberán tener las siguientes características:

- a) Buena visibilidad
- b) Irrigación adecuada
- c) Deberán tener soporte óseo
- d) Se efectuarán mediante trazos firmes
- e) Deberán ser amplias
- f) Nunca se llevarán a cabo sobre las superficies radiculares o

lado palatino de los terceros molares.

El lugar ideal para hacer las incisiones en la cirugía a - colgajo es en la unión de la base de la papila con el borde - libre gingival, así quedan estéticas y funcionalmente normales.

Reparaciones mucogingivales por colgajo

Las múltiples reparaciones que la mucosa necesita para la con - servación del parodonto, se ven auxiliadas en gran parte por - los procedimientos llamados colgajos, los cuales contribuyen a reconstruir las zonas mucogingivales dañadas por la tracción - muscular, una profundidad vestibular inadecuada, o una retra -- cción de la encía, etc.

Colgajos desplazados apicalmente

La finalidad principal que se busca al hacer este tipo de colga - jos es la corrección de la zona de la encía insertada para - aumentarla, aunque también se consigue profundizar el vestibulo bucal, eliminar bolsas parodontales, y desplazar apicalmente - frenillos.

Colgajo de espesor parcial desplazado apicalmente

Se emplea este colgajo cuando se requiere el aumento de la encía insertada, mediante la exposición de una área de periostio a - nivel de la cresta marginal.

Técnica

Se hace una incisión de bisel interno al nivel del borde gingi - val que divida la encía marginal en dos capas.

Se hacen otras dos incisiones a los extremos del campo por operar en forma vertical, partiendo del margen gingival y extenu

diéndolas hasta la mucosa alveolar.

Dichas incisiones deberán estar en espacios interproximales y nunca sobre superficies radiculares, para evitar encogimiento durante el proceso de cicatrización.

Después de insertada la misma hoja del bisturí con la que se hicieron las incisiones, en una de ellas, y luego se irá separando y desplazando el propio colgajo, que tendrá tejido epitelial, y tejido conectivo.

Esto nos permitirá separar rápido el colgajo de espesor parcial sin lesionar el periostio. Posteriormente, con un elevador perióstico, se extiende la disección hasta el vestíbulo, a modo de que proporcione el espacio necesario para el desplazamiento apical del colgajo.

Si se requiere, puede eliminarse la encía coronal, mediante un procedimiento tipo gingivectomía; se elimina la pared interna de las bolsas, y se raspan y se alisan las superficies radiculares.

Se recorta el borde del colgajo para nivelarlo con el contorno del margen óseo, y se hace la colocación del mismo mediante suturas periósticas de puntos separados.

Se aplica el apósito quirúrgico, y se retira al cabo de unos 10 días.

Colgajo de espesor total desplazado apicalmente

Resulta ser la misma operación que la pasada, con excepción de que aquí se hace el colgajo que involucra hasta periostio desnudando tejido óseo.

Es empleado cuando se requiere del modelado del hueso alveolar.

Colgajos desplazados lateralmente

Es una técnica que sirve para recubrir las zonas de superficies radicales expuestas por retracción gingival, o enfermedad parodontal, modifica poco la profundidad del vestíbulo y aumenta la zona de la encía insertada.

Técnica

Una vez que se ha anestesiado la zona con puntos locales; se hace previamente el diseño de las incisiones, para que la base del colgajo sea colocada por debajo del área receptora, evitando así tensiones excesivas al momento de colocarlo.

En la zona dañada, se hacen dos incisiones oblicuas a todo lo largo de la raíz expuesta, para eliminar una cuña de tejido en forma de " V " extendiéndolas hasta el periostio, pero sin atravesarlo ya que formará parte del lecho receptor.

Se hace también una incisión en forma vertical que parta del margen gingival para que delimite un colgajo adjunto de la parte receptora.

Se deberá extender la incisión hasta el nivel de la base receptora incluyéndose la papila distal a modo de asegurar el colgajo entre la parte donadora y la parte receptora, a continuación se utilizará un perióstomo para desalojar epitelio y tejido conectivo con movimientos hacia apical, hasta lograr la profundidad requerida; se recorta para adelgazar la parte interna del colgajo e igualmente se recorta su borde logrando su adaptación a la zona receptora.

El colgajo entonces estará listo para ser desplazado lateralmente hacia la superficie radicular previamente expuesta.

Nos cuidamos de que no exista ninguna tensión en demasía en la base del colgajo, y procedemos a efectuar la sutura, la cual se aconseja sea alrededor del diente afectado, logrando

sujetar bien el colgajo y no permitiendo que llegue a deslizarse.

Si el caso lo requiere, se puede decidir colocar un apósito quirúrgico o no hacerlo. Se vigila la evolución y como a los 10 días, se retiran los puntos de sutura..

F) FRENILLECTOMIA

El frenillo es un pliegue de tejido mucoso que une el labio y las mejillas, a la mucosa alveolar o a la encía y el periestio subyacente.

Cuando el frenillo superior esta próximo al margen gingival se le llama frenillo bajo, y al frenillo inferior que se encuentra próximo a la encía marginal lo llamaremos frenillo - alto.

La posición del frenillo incorrecto permite la instalación y desarrollo de la enfermedad parodontal.

El frenillo que requiere una intervención es el que está - insertado muy cerca del margen gingival habiendo tracción del - margen gingival sano y ayuda a la acumulación de irritantes, pue de agravar el estado de la bolsa parodontal, entorpecer la cica trización y dificultar el cepillado adecuado.

Para valorar el frenillo a simple vista se jala el labio - ligeramente, si se encuentra isquemia nos sugiere eliminar el - tejido.

La frenillectomía es la eliminación del frenillo y tratar de obtener mayor cantidad de encía insertada para corregir un - diastema anormal entre incisivos.

Los problemas de frenillos son más frecuentes entre los - incisivos centrales superiores e inferiores y con menos frecuen - cia en el frenillo lingual.

Si el vestíbulo es de suficiente profundidad, la operación se limita al frenillo, sino será necesario profundizar el vesti - bulo.

Técnica de Robinson con frenestración perióstica
Se usa anestesia local en poca cantidad para evitar perder el -

plano anatómico, se hace una incisión en la base del frenillo - hasta hueso en la parte donde queremos que sea la nueva inserción del frenillo ganando encía insertada.

Una vez efectuada la primera incisión vemos que quede en forma de media luna, como es una zona muy vascularizada sangra mucho y tenemos que cohibir la hemorragia a base de presionar - con gasa estéril.

Con un instrumento pesado como el CK 6 se hace un canal - horizontal apical a la incisión. Para valorar si está correcto el canal, pasamos un instrumento verticalmente y si se atora el instrumento quiere decir que el canal está bien hecho. En este canal va a ser donde se alojan las fibras y ahí se quedará el - frenillo, el paciente escupe no se enjuaga y colocamos el apósito quirúrgico.

Se recomienda al paciente tener una buena higiene no tomar alimentos durante las dos primeras horas después podrá comer lo que quiera, en caso de dolor se administrará un analgésico.

Técnica por pinzamiento

- 1.- Anestésiese la zona
- 2.- Tómese el frenillo con una pinza hemostática introducida - hasta la profundidad del vestíbulo.
- 3.- Incídase a lo largo de la superficie superior del hemostato, extendiéndose mas allá del extremo.
- 4.- Hágase una incisión similar a lo largo de la superficie inferior del hemostato.
- 5.- Elimínese la porción triangular incidida del frenillo con - el hemostato. Esto expone la incisión al hueso subyacente, - inserción que tiene forma de pincel.

- 6.- Hágase una incisión horizontal separando las fibras, y diríjase en forma roma hacia hueso.
- 7.- Si el vestíbulo es somero, profundíceselo mediante la extensión de la incisión hacia el costado a una distancia de tres dientes en cada dirección.
- 8.- Límpiase el campo de operación y tapónese con trozos de gasa hasta que cese la hemorragia.
- 9.- Colóquese el apósito parodontal.
- 10.- Quítase el apósito después de dos semanas y vuélvase a colocar dos veces a intervalos semanales.

En pacientes con vestíbulo bucal profundo puede no ser necesario extender la profundidad con la finalidad de recolocar el frenillo.

Las incisiones altas de frenillo en la superficie lingual son raras, para corregir esto sin afectar a la estructura del piso de la boca se separara aproximadamente la inserción dos milímetros desde la mucosa con bisturíes parodontales a intervalos semanales, hasta alcanzar el nivel adecuado, la zona se cubre con apósito parodontal en los intervalos entre los tratamientos.

G) INJERTOS

Los injertos son tejidos trasladados de un sitio para reemplazar estructuras destruidas en otro sitio. La zona de donde se obtiene el injerto se denomina zona donadora, y la que lo recibe receptora. Los injertos que permanecen unidos a la zona donadora por un pedículo son conocidos como injertos pediculados. El injerto libre es el que es eliminado completamente de un sitio y trasladado a la zona receptora.

En el caso de injertos óseos en el parodonto, el hueso vital se incorpora al proceso de cicatrización y sobrevive después como una parte funcionante del parodonto.

Los injertos se clasifican según su origen en:

Autogénos o autoinjertos.- Cuando el tejido se obtiene del mismo individuo.

Homólogos u homoinjertos.- Cuando el tejido se obtiene de diferentes individuos pero de la misma especie.

Heterólogos o heteroinjertos.- Cuando el tejido es obtenido de otras especies.

Isógenos.- Cuando el tejido se obtiene de un gemelo.

Según su estructura se clasifican en:

Injertos mucoperiódísticos, de espesor total, consta de epitelio superficial, tejido conectivo y periostio del hueso subyacente.

Injerto mucoso, de espesor parcial.- consta de epitelio y una capa fina de tejido conectivo subyacente.

Colgajo desplazado lateralmente.

Injerto pediculado.

Finalidad.- Es de cubrir superficies radiculares desnudas por un defecto gingival o enfermedad parodontal y ensanchar la-

zona de la encía.

Método

1.- Preparación de la zona donadora.- Se hace una incisión rectangular, eliminando las bolsas parodontales o márgenes gingivales alrededor de la raíz expuesta. La incisión debe extenderse hasta periostio e incluirá el borde de 2 a 3 mm. de hueso mesial y distal a la raíz para proporcionar una base de tejido-conectivo al que se adhiere el colgajo, apicalmente se extenderá suficientemente dentro de la mucosa alveolar, se raspa y alisa la superficie radicular.

2.- Preparación del colgajo.- La zona donadora debe ser parodontalmente sana, con encía insertada de ancho satisfactorio y mínima pérdida ósea. Evitaremos dientes en mal posición o giroversión. Antes de empezar la operación eliminaremos la inflamación, es mejor el colgajo de espesor parcial porque tiene una cicatrización más rápida.

Con una hoja Bard-Parker num. 15 se hace una incisión vertical, a partir del margen gingival para delimitar un colgajo adyacente a la zona receptora, se incide hasta periostio y se extiende hasta mucosa bucal hasta el nivel de la base de la zona receptora. El colgajo debe ser suficientemente más ancho que la zona receptora para cubrir la raíz y proporcionar un margen amplio para la inserción del tejido.

Se hace una incisión vertical a lo largo del margen gingival y la papila interdientaria y separa el colgajo tomando tejido conectivo y epitelio dejando al periostio.

Con una pinza se toma el borde y se continúa la disección hasta la profundidad deseada. A veces se necesita hacer una incisión liberadora para evitar tensiones en la base del colgajo-

Esta es una incisión oblicua, en la parte distal del colgajo - apuntando a la zona donadora.

3.- **Tranferencia del colgajo.**- El colgajo se desplaza lateralmente sobre la raíz adyacente debiendo quedar aplanado y firme sin tensión sobre la base. El colgajo se fija con suturas a la encía adyacente y la mucosa alveolar.

4.- **Protección del colgajo y la zona donadora.**- Se coloca un apósito quirúrgico se quitan las suturas y el apósito en una semana y después se colocan otros dos apósitos a intervalos de una semana. Muchas veces se usan incisiones oblicuas y una oblicua también en la zona distal de la zona donadora.

Colgajos desplazados de doble papila

Cuando están expuestas raíces vecinas se usan colgajos gemelos, el procedimiento es el mismo que el colgajo lateral simple. La finalidad de esta operación es restaurar la zona de la encía - insertada y recubrir raíces denudadas por defectos gingivales.

Este procedimiento se recomienda cuando las zonas que bordean el defecto gingival no son satisfactorias por haber bolsas profundas o la encía insertada no es suficiente.

Preparación del colgajo. Con una hoja Bard-Parker num. 15. Se comienza en el margen gingival lateral y las papilas interdientarias mesial y distal se hace una incisión oblicua en vestibulo hasta el nivel de la incisión en forma V invertida. Cada colgajo es más ancho en su base, se hace una incisión horizontal, a través de la punta de cada papila interdientaria. Se separan los colgajos, se adelgaza el borde del colgajo

Injerto pediculado

La finalidad de este método es restaurar la encía insertada en

dientes vecinos a espacios desdentados con raíces denudadas. Se usa un colgajo de espesor parcial.

1.- Preparación de la zona receptora.- Se hace una incisión en forma de V y desde el margen gingival mesial y distal al diente afectado de la mucosa alveolar apical al ápice o ápices-radiculares.

Se levanta la punta de la cuña de tejido delineada por la incisión con pinzas y deséquese la cuña con la misma hoja.

2.- Ráspese y alísese las superficies radiculares.

3.- Preparación del colgajo.- Incisión a lo largo del reborde desdentado, desde la cara proximal del diente hasta una distancia igual al ancho de la zona receptora. A partir del extremo de la incisión se hace una incisión vertical desde la cresta del reborde en la mucosa alveolar hasta el nivel de la base de la zona receptora en forma de cuña, se separa el colgajo.

4.- Transferencia del colgajo.- Se hace una incisión liberadora oblicua corta en la base de la dirección que se va a mover el colgajo para evitar que se estire o pierda la circulación. La zona receptora debe estar sin hemorragia y debe de eliminarse el coágulo excedente.

El coágulo se desplaza lateralmente y se coloca con firmeza sobre la superficie receptora dejando el extremo libre del colgajo en el margen óseo. El colgajo se sutura y la superficie del tejido adyacente cortado de un lado y del otro al periostio. Se puede hacer una sutura suspensora a través del borde libre del colgajo alrededor del diente para impedir el deslizamiento-apical del colgajo.

Se cubre con un apósito que se retira con las suturas una semana después y se coloca nuevamente por dos semanas más.

Autoinjertos gingivales libres

Se utilizan para crear una zona ancha de encía insertada y profundizar el vestíbulo. También son para cubrir raíces desnudas.

1.- Eliminación de la bolsa con una incisión de gingivectomía se elimina la bolsa y se raspa y alisan las superficies radiculares.

2.- Preparación de la zona receptora .Se prepara un lecho de tejido conectivo firme para que reciba el injerto. Se limita la zona receptora con dos incisiones verticales desde el margen gingival cortando hacia la mucosa alveolar. La incisión debe ser el doble del ancho deseado de encía insertada para prevenir la retracción del injerto al completarse la cicatrización. Se separa el colgajo de tejido epitelial y conectivo sin tomar el periostio. Se hace una incisión horizontal para recortar y retirar el colgajo.

Se prepara el lecho receptor para el injerto mediante la remoción de tejido blando con tijeras curvas del num. 25 g dejando una superficie firme del tejido conectivo, Controlando la hemorragia con gasa a presión, se hace una matriz de papel estaño de la zona receptora para patrón del injerto.

3.- Obtención del injerto de la zona donadora. Se usa un injerto de espesor parcial las zonas de donde se obtiene son: encía insertada, mucosa masticatoria de un reborde desdentado y mucosa palatina. El injerto debe de ser de tejido epitelial conjuntivo.

Se coloca la matriz sobre la zona dadora y se marca una incisión poco profunda al rededor de ella con una hoja de Bard-Parker num. 15. Se coloca la hoja hasta el espesor deseado en el borde del injerto.

Se levanta el borde y se sostiene con unas pinzas. La colo

cación de sutura en los bordes del injerto ayuda a controlarlo durante la separación y el traslado y simplificar la colocación y sutura de la zona receptora. Ya separado el injerto se eliminan las lengüetas sueltas de tejido de la superficie inferior.

4.- Transferencia y estabilización del injerto. Se quita la gasa de la zona receptora hasta que ya no haya hemorragia, se limpia el coágulo excedente.

Se ubica el injerto y se adapta a la zona receptora. Se sutura el injerto por los bordes laterales y el periostio para asegurarlo en su lugar. Asegúrese de que el injerto quede inmóvil porque el movimiento retarda la cicatrización. Se coloca un apósito por una semana se quitan las suturas y se coloca un nuevo apósito por una semana más.

5.- Protección de la zona donadora. Se coloca un apósito quirúrgico durante una semana y se repite si es necesario.

Injertos óseos.

Reglas para el injerto óseo. Existen ciertas normas que deben observarse rigurosamente.

1.- El paciente debe encontrarse en el mejor estado posible de salud. Toda carencia nutritiva deberá corregirse por la administración de vitaminas C y B, alimentación rica en proteínas, y si está indicado por la anemia, transfusiones de sangre.

2.- La operación será efectuada con estricta asepsia.

3.- El injerto debe manipularse con delicadeza, no solamente para evitar la contaminación, sino también las lesiones mecánicas. Si no hay que cortarlo ni darle forma, se mantendrá en una compresa de gasa empapada de solución salina. El injerto debe implantarse sin demora.

4.- El lecho debe estar constituido por tejido sano libre de infección, y bien vascularizados los tejidos blandos que le rodeen.

5.- Debe descorticarse el injerto en la superficie que ha de colocarse sobre el maxilar descorticado, las superficies del lecho y del injerto se pondrán en íntimo contacto y se deberá impedir todo movimiento entre ellos.

6.- La herida debe cerrarse por planos, de modo que el injerto quede en estrecho contacto con los tejidos blandos que le rodean. La incisión se sutura sin drenaje. Se colocara un apósito a presión para evitar la acumulación de secreciones en la herida.

7.- Se administran antibióticos antes y después de la operación.

CIRUGIA OSEA

H) OSTECTOMIA Y OSTEOPLASTIA

Ostectomía.- Es la eliminación de hueso que proporciona inserción a las fibras del ligamento parodontal.

Osteoplastia.- Es la remodelación de hueso que no proporciona inserción a las fibras del ligamento parodontal.

Indicaciones

- 1.- Cuando es preciso cambiar el perfil óseo alveolar para facilitar la eliminación de las bolsas y hacer posible los contornos gingivales fisiológicos.
- 2.- Cuando hay encía delgada de textura fina.

Contraindicaciones

Las características anatómicas locales que a veces dificultan la cirugía ósea son las siguientes:

- 1.- Seno maxilar.
- 2.- Apófisis cigomática.
- 3.- Triángulo retromolar y línea oblicua interna y externa.
- 4.- Agujero mentoniano y agujero palatino anterior.
- 5.- Tablas óseas delgadas.
- 6.- Dehiscencias o fenestración alveolar.
- 7.- Espacios medulares agrandados.
- 8.- Lámina hamular y pterigoidea.
- 9.- Mala salud del paciente.

Instrumental.

- 1.- Bisturí de forma arriñonada
- 2.- Bisturí interdentario

- 3.- Bisturí con hoja removible núm. 12b.
- 4.- Curetas curvas e instrumentos de raspaje
- 5.- Elevador y separador perióstico
- 6.- Fresas redondas
- 7.- Lima para hueso
- 8.- Cinceles para hueso
- 9.- Alicates
- 10.- Un portagujas y sutura.

Las fresas redondas grandes se usan para hacer reducciones óseas burdas y las más pequeñas se utilizan para entrar en los nichos, así mismo se utilizan aparatos dentales de alta velocidad, con fresas más pequeñas quirúrgicas redondas que se usan - bajo un chorro de solución salina. Los alicates se usan para - hacer grandes reducciones en zonas desdentadas y en exostosis.

Los cinceles y limas para hueso se emplean para hacer - correcciones de hueso marginal cerca de la superficie dentaria.

Y la cureta Molt se usa para recoger virutas óseas para - injertos y procedimientos de trasplante. El operador ha de evitar rayar o hacer muescas en la superficie dentaria.

Técnica

Planificación de la cirugía. Los preparativos para la cirugía - ósea parodontal son similares a los de otra cirugía parodontal con excepción de que hay que preparar instrumental especial y - posible premedicación antibiótica .

Antes de realizar la cirugía ósea se vuelven a inspeccionar las bolsas. Es preciso anotar todo cambio que resulte en la pre - paración prequirúrgica, hay que tratar de ver la topografía - alveolar en forma tridimensional para establecer una relación - entre la profundidad de la bolsa y la forma del hueso subyacen-

te. Esto permite al operador planear la intervención quirúrgica con mayor precisión. Resulta útil introducir conos de plata o gutapercha calibrados para realizar estudios radiográficos completos.

- 1.- Anestesia local
- 2.- Replieque un colgajo de espesor total a fin de poner al descubierto el hueso a ser contorneado. De ser necesaria una retracción adicional, modifique la incisión de modo tal que el colgajo a replegarse sobre el tejido óseo no requiera corrección.
- 3.- Una vez elevado el colgajo, elimine el tejido de granulación con curetas quirúrgicas o una cureta núm. 13 - 14 para exponer el defecto y establecer su morfología.
- 4.- Mediante raspado retire todo material extraño de las raíces tal como sarro residual, cemento ablandado y tejido blando.
- 5.- Corrija cualquier defecto que pueda haber en el ángulo óseo mediante una fresa, un escoplo o una piedra de alta velocidad bajo chorro continuo de agua.
- 6.- La mejor manera de eliminar el exceso de tejido óseo que no llena función de sostén es mediante instrumentos rotativos de intermedia o alta velocidad, equipados con chorro continuo de agua.
- 7.- Elimine las grandes masas óseas mediante escoplo, una vez complementada tal socavación.
- 8.- Finalmente se reducen las prominencias por bucal o lingual con una piedra cónica de diamante.
- 9.- Se utiliza la piedra cónica de diamante para crear canales interdentarios.
- 10.- Establézcase un contorno festoneado continuo en el hueso por bucal y lingual, a fin de eliminar la deformación ósea, re-

duzca las paredes del cráter por bucal y lingual hasta la base de la deformación interproximal. Generalmente el abordaje de los dientes posteriores es desde el paladar a fin de no perturbar el fino hueso bucal por encima de las raíces bucales y el aire de bifurcación bucal. Para ello se emplea un escoplo de Ochsenbein.

- 11.- Corrija el defecto angular de pared única que pudiera existir en el hueso facial, reduciendo esta pared hasta la base de la deformación.
- 12.- Una vez concluida la cirugía el hueso debe ser cubierto por la encía, a veces el cirujano se enfrenta en una zona donde el margen gingival es mucosa alveolar y no hay encía. Si no hay encía para cubrir el hueso y crear una zona adecuada de encía, y es inevitable una cierta exposición de hueso, se cubrirá con gelfoam, telfa o adaptic, antes de colocar el apósito.
- 13.- La colocación del apósito. Cuando la coaptación del colgajo es buena no es preciso poner apósito, si se usa apósito habrá que conseguir la hemostasia adecuada. La consistencia del apósito debe ser blanda.

Medicación postoperatoria. Para reducir el dolor y la hinchazón se le recetarán antibiótico y antiinflamatorios.

Cambios de apósito. El apósito se cambiará cada cinco días se limpia la herida y se quitan las suturas y se pone un nuevo apósito y una semana después se retira el apósito.

Una vez eliminado el apósito se examinan de nuevo los procedimientos de higiene bucal. Se advierte al paciente que tendrá sensibilidad al cepillado.

V.- POSTOPERATORIO

Una vez realizada la sutura y colocado el apósito se le darán al paciente las indicaciones postoperatorias o una receta indicada por el odontólogo.

Es conveniente preparar las instrucciones postoperatorias en una hoja impresa, pues el paciente puede olvidar las instrucciones verbales.

Instrucciones postoperatorias para el paciente después de una cirugía parodontal.

- 1.- No comer ni beber hasta dos horas después de la cirugía.
- 2.- No tocar el apósito con la lengua o los dedos, el apósito sirve de protección de la herida.
- 3.- Evítese la comida ácida o condimentada
- 4.- No se enjuague hoy, no fume ni tome bebidas alcohólicas, causarán dolor.
- 5.- Si el apósito se rompe o cae llame al consultorio el problema se remedia fácilmente.
- 6.- No trate de detener la hemorragia mediante enjuagatorios.
- 7.- Para evitar molestias postoperatorias tome los medicamentos según las instrucciones que se le dieron.
- 8.- Cepíllese las zonas no operadas de la boca, en los dientes donde se hizo la operación, cepíllese las superficies oclusales . No deje de cepillarse.

Dieta.

Se le dirá al paciente que evite los alimentos ácidos o condimentados porque pueden producir dolor por la misma razón los jugos de fruta se deberán tomar como regla. Será suficiente la dieta normal pero si estuviera indicado complementar la dieta con vitaminas se la recetará.

Medicación

A veces es preciso dar medicación postoperatoria para el dolor, la sedación, hemorragia, inflamación o infección.

Se usan analgésicos no narcóticos para aliviar el dolor.

Sedantes después de la cirugía, se recetan sedantes a -
pacientes ansiosos o aprensivos o cuando se teme que haya dolor postoperatorio.

Con mayor frecuencia se indican tranquilizantes o barbitúricos.

Hemorragia

La hemorragia postquirúrgica se puede dominar retirando el apósito y localizar los puntos sangrantes y detener la hemorragia por presión, electrocirugía o electrocauterio.

Una vez detenida la hemorragia se vuelve a colocar el apósito.

Hinchazón

La hinchazón postoperatoria se previene mediante el uso de hielo una vez que la inflamación se ha producido es preferible aplicar compresas y lavados frecuentes con solución salina tibia.

Por lo general las enzimas digestivas y bacterianas tales como; tripsina, papaína suelen ser útiles para reducir el edema.

Quando se emplean estas enzimas es aconsejable proteger al paciente con antibiótico para reducir la posibilidad de difusión de la infección.

No toda la hinchazón postoperatoria se origina solo de la inflamación; alguna es producida por la hemorragia dentro de los tejidos. Esto sucede después de operaciones por colgajo y va --

acompañado de un cambio de color debajo de las mejillas o el -
ojo.

Antibióticos

Los antibióticos se recetan después de la cirugía para tratar o prevenir infecciones.

Se emplean como regla después de injertos óseos u operaciones de re inserción. Se ha preconizado su uso sistemático después de toda cirugía parodontal.

Se recomiendan los antibióticos de amplio espectro.

VI .- CONCLUSIONES

El parodonto como entidad funcional, comprende una gran importancia dentro de la cavidad oral ya que es el principal responsable de la conservación de los dientes.

Cuando existe la enfermedad parodontal debemos tratar de eliminarla por métodos más simples como son: Higiene bucal adecuada o bien por medio de raspaje y curetaje; para eliminar los factores locales que están causando la enfermedad.

Cuando por estos medios no se obtienen los resultados deseados o ya la enfermedad ha avanzado demasiado se procede a realizar el tratamiento quirúrgico indicado.

La cirugía parodontal constituye el método más importante para controlar y erradicar la enfermedad parodontal.

Para un buen tratamiento quirúrgico parodontal debe utilizarse la técnica más indicada, seguirla fielmente y desarrollar su habilidad manual, y así se obtendrá un postoperatorio más satisfactorio y con menos traumatismo.

Cuando se ha hecho un tratamiento parodontal se debe motivar al paciente para que coopere con nosotros en su recuperación y evitar una recaída; ya que ésta es la etapa más crítica del tratamiento y de ella depende en gran parte el éxito final.

BIBLIOGRAFIA

- 1 .- CARRANZA A. FERMIN
Periodoncia
Buenos Aires
1978

- 2 .- F. PRICHARD JOHN
Enfermedad Periodontal Avanzada
Ed. Labor

- 3 .- GOLDMAN HENRY
Periodoncia
Ed. Interamericana
1960

- 4 .- HARARI HABER ELIAS
Revista A. D. M.
Volumen XXXVI No. 3
Mayo - Junio 1979

- 5 .- IRVING GLICKMAN
Periodontología Clínica
Cuarta Edición
Ed. Interamericana
1974

- 6 .- L. WARD HOWARD
Manual de Periodontología Clínica
Ed. Mundi
SIMRING MARVIN
1975

- 7 .- LEE JOHNSON ROBERT
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Volumen XX No. I
Enero 1976

