

318322



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**TECNICAS QUIRURGICAS EN
GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

ALICIA FLORES CALDELAS

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1985



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.

**TECNICAS QUIRURGICAS EN GINGIVECTOMIA
Y
GINGIVOPLASTIA**

INDICE

PAGS.

INTRODUCCION

CAPITULO I

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL..... 1

CAPITULO II

ANATOMIA DEL PERIODONCIO..... 7

CAPITULO III

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES PARODONTALES... 16

CAPITULO IV

INSTRUMENTAL Y MATERIAL..... 21

CAPITULO V

TECNICAS DE GINGIVECTOMIA..... 28

CAPITULO VI

FISIOTERAPIA ORAL..... 37

CONCLUSIONES..... 45

BIBLIOGRAFIA..... 46

INTRODUCCION

En la actualidad la enfermedad parodontal está constituyendo un importante problema en la práctica odontológica.

Desgraciadamente el tratamiento parodontal aún ocupa en nuestro medio un segundo término, pues se le ha dado preferencia al problema de caries, siendo que tan responsable de la pérdida de dientes es uno como la otra.

En la práctica diaria encontramos bocas con magníficas obturaciones, prótesis de excelente estética, pero en aspecto gingival, el cuidado es poco o nulo.

Está en manos de Cirujano Dentista la solución de este problema aunque no es tarea fácil, como parece, pues en nuestro medio, mientras el paciente no experimenta dolor, opone cierta resistencia al tratamiento, cualquiera que sea.

Ahí es donde debemos adoptar una postura educativa e instruccional, es decir, explicarle al paciente de una manera sencilla, las consecuencias que trae consigo la enfermedad parodontal a pesar de que sus piezas dentarias estén bien tratadas.

Uno de los tratamientos más eficaces de la enfermedad-

parodontal, fue la GINGIVECTOMIA aunque en la actualidad nuevos métodos quirúrgicos han conducido a un uso menos frecuente de esta.

CAPITULO I
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Por medio de estudios paleopatológicos, se ha comprobado que el hombre, desde el tiempo de la prehistoria, ha sido -- atacado por la enfermedad parodontal.

Gracias a antiguos documentos se ha llegado a la certeza de que se conocía la enfermedad parodontal y que era muy común.

Entre los cuerpos embalsamados por los egipcios, hace 4000 años, la enfermedad parodontal era frecuente.

Se sabe que el tratamiento usado por los Babilonios y los Asirios consistía en un masaje gingival combinado con medicaciones hechas a base de hierbas.

Hwang-Fi (2500 a.c.), escribió un trabajo médico en el cual divide la enfermedad en tres tipos;

1. Refiriéndose a los estados inflamatorios
2. Refiriéndose a los tejidos blandos
3. Refiriéndose a la caries dental

Cabe también mencionar que fueron los chinos los primeros en usar el cepillo dental para mantener la boca limpia y -- dar masaje a los tejidos gingivales.

Por lo que respecta al antiguo Egipto, se sabe que el papiro de Ebers se especifican prescripciones para fortalecer los dientes y hacer referencia a la enfermedad gingival.

Entre los griegos fue Hipócrates (460-435 a.c.), quien recomendó un examen cuidadoso en cuanto a la función y erupción de los dientes. Atribufa la inflamación de las encías a la acumulación de tártaro.

En el siglo I a.c., Aulus Cornelius Celsus, describe el siguiente tratamiento para las enfermedades de las partes -- blandas de la boca: Si las encías se separan de los dientes es bueno masticar manzanas y peras verdes, reteniendo el jugo en la boca. Para el aflojamiento de los dientes, indicaba tocar ligeramente las encías con un hierro al rojo vivo y después fro-- tarlas con miel.

Un árabe de nombre Rhazes (850-923).., recomendaba para el tratamiento de la enfermedad parodontal, opio, aceite de rosas y miel. En su libro Al Fakkir, describe un método de escarificación de la encía y fuertes contrairritantes para el tratamiento de la enfermedad de las encías.

Fue Albucasis quien diseñó un juego de instrumentos para raspar los dientes. No cabe duda que estos instrumentos aun que rudimentarios, desempeñaron un papel de antecesores del moderno instrumental parodontal.

Valescus de Montepellier (1382-1417), decía que la eliminación del tártaro era la base para el tratamiento de la enfermedad de las encías.

Bartholomeus Eustachius, en un libro publicado en Venecia en 1563 explicaba la firmeza de los dientes en relación con el maxilar en la siguiente forma: Existe además un ligamento - muy fuerte, insertado principalmente en las raíces, por lo cual éstas son conectadas fuertemente a los alveolos, las encías - cooperan a esta firmeza, comparándola a la unión de la piel con las uñas.

Pierre Fauchard (1678-1761), considerado como "Padre de la Odontología Moderna", en su tratado "Le Chirurgien Dentiste", describe la enfermedad parodontal crónica, como un tipo de escorbuto que ataca a las encías, los alveolos y los dientes. - Fauchard no creía en la efectividad de los remedios internos para el tratamiento de la enfermedad parodontal.

En cambio, recomendaba un raspaje de los dientes para eliminar todos los depósitos de tártaro y para este objeto creó

muchos instrumentos.

John Hunter, publicó dos libros sobre Odontología, en ellos mencionaba, las enfermedades del proceso alveolar.

A John M. Riggs, se le atribufa ser el primero en describir públicamente un nuevo tratamiento para la cura de la absorción del proceso alveolar devolviendo así la firmeza a los dientes flojos, su tratamiento consistía; en un curetaje subgingival Riggs también describió en detalle la enfermedad paradontal; y por muchos años la enfermedad destructiva de los tejidos de soporte, fue conocida como enfermedad de Riggs.

Rehwinkel introdujo el término piorrea alveolar que reemplazó al de enfermedad de Riggs, el término de piorrea alveolar perduró hasta 1950 aún en la actualidad es utilizado este término.

Black y Becks sustituyeron el término piorrea alveolar por pericementitis pagendénica, pericementitis supurativa, alveolitis, piorrea dentoalveolar aunque ninguno de estos términos fue totalmente aceptado.

Weeski fue el primero en hablar del paradencio (término aún empleado en la literatura europea).

Weeski consideró al paradencio como una entidad total-estructural y funcional.

Gottlieb fue el primero en hacer una clasificación de las enfermedades periodontales;

TIPO I. Schmutz piorrea es la consecuencia de acumulo depósito en dientes.

TIPO II. Piorrea paradental presenta bolsas individuales.

TIPO III. Presenta movimiento, elongación y desplazamiento y se conoce como Atrofia Alveolar.

TIPO IV. Trauma Oclusal. Como resultado de la resorción alveolar y aflojamiento de los dientes.

Gottlieb. Describió la naturaleza de la inserción epitelial y la formación de las bolsas.

Box dividió a la periodontitis en aguda y crónica y esta a su vez en simple y compleja. Los sistemas de clasificación de Gottlieb y Box son fundamento de nuestra terminología actual.

Kronkeld cambio la original clasificación de Gottlieb-

y notó tres clases de enfermedad; Gingivitis, piorrea alveolar o paradental y atrofia alveolar.

Thoma y Goldman definieron a la gingivitis como una -- etapa temprana de lesión inflamatoria aún en la actualidad esta definición se acepta.

Fish utilizó nuevamente el término piorrea y estudio - tres enfermedades principalmente. Gingivitis marginal crónica, piorrea simple y piorrea profunda.

CAPITULO II EL PERIODONCIO

GENERALIDADES

Trataré de describir en forma clara y breve las características normales de los diferentes tejidos del periodoncio.

Periodoncio peri-alrededor. Odontos dientes, y esta formado por la encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. Los tejidos que constituyen el periodontio difieren en origen y carácter pero se combinan para formar una unidad biológica y funcional que sirve para anclar los dientes en los maxilares, también se encarga de la mantención de la superficie separando el ambiente externo del interno, compensa -- contra los cambios estructurales y defiende contra influencias nocivas.

A) ENCIA.

La cavidad bucal se encuentra cubierta por una membrana mucosa que se continua hacia adelante con la piel del labio y hacia atrás con la mucosa del paladar blando y la faringe, la membrana mucosa esta compuesta por la mucosa masticatoria comprende la encía y la cubierta del paladar duro y el dorso de la

lengua por la mucosa especializada., y la de revestimiento que comprende el resto de la membrana bucal.

Las células del epitelio bucal que recubre la encía -- son epitelio estratificado queratinizado y esta compuesto por - cuatro capas celulares. Capa basal, espinosa, granulosa, y que ratinizada.

Se conoce como encía a la parte de la membrana mucosa-bucal que recubre y se encuentra adherida al hueso alveolar y - región cervical de los dientes.

La encía posee tres partes: Encía marginal libre, encía interdentaria, encía insertada.

Se conoce como Encía marginal libre aquella que se extiende desde la parte más coronaria de los tejidos blandos hasta la hendidura gingival aquí encontramos el surco gingival se encuentra de 1 a 1.5 mm. en dirección apical con relación al -- margen gingival libre y sigue el festoneado del margen gingi--val.

Encía Interdentaria. Va de la cresta alveolar hasta - el área de contacto en los dientes. La encía interdentaria también se conoce como encía adherente es el tejido en forma triangular que ocupa el espacio entre dientes adyacentes.

Encía Insertada. Se continúa con la encía libre y se extiende apicalmente, hasta la unión mucogingival del fondo del saco vestibular y piso de la boca. Generalmente es de color rosa coral y da aspecto de cáscara de naranja.

Características clínicas normales

a) COLOR

La encía normal es de color rosasalmón y puede variar con el grado de vascularización de queratinización epitelial de pigmentación y también esto depende del grosor del epitelio.

No muestra exudación ni acumulo de placa y presenta es caso puntillado.

b) CONTORNO PAPILAR

Las papilas deben llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto y terminar en forma de punta.

c) TAMAÑO

El tamaño de la encía está en relación con la masa total de tejido presente este incluye vasos sanguíneos, tejido conectivo, células epiteliales, células del tejido conectivo.

d) FORMA

La forma de la encía se debe a variantes tales como la forma de los dientes, ubicación y el tamaño de los puntos de -- contacto y el tamaño de los espacios interproximales. El festoneado queda completamente plano en el área de las piezas mola-- res.

e) CONTEXTURA

El punteado es comparable con la cáscara de naranja re gularmente se halla en las zonas de encía insertada.

En las mujeres el punteado es más pequeño y el tejido conectivo tiene una textura más fina. A mayor edad los haces - de fibras se hacen más burdas.

Cuando existen estados patológicos el punteado, pues, - también se desorganiza o desaparece sin embargo en algunos ca-- sos de enfermedad crónica el punteado persiste.

f) CONTORNO MARGINAL

El margen gingival debe ser delgado y terminar como fi lo de cuchillo.

g) CONSISTENCIA

La encía debe ser firme, excepto en el margen gingival libre y móvil en donde el surco gingival esta situado por dentro de la encía libre y si clinicamente es normal no debe presentar bolsas ni exudados.

El tejido que predomina en la encía y el ligamento periodontal es el tejido conectivo.

B) LIGAMENTO PERIODONTAL

Se conoce como ligamento periodontal la estructura de tejido conectivo, blando que rodea a la superficie radicular y la inserta al hueso alveolar.

El ligamento periodontal se forma al desarrollarse el diente y hacer erupción a la cavidad bucal su forma final es al hacer el plano de oclusión al diente.

Se puede decir que es el encargado de recubrir tejido conectivo inmediato a la superficie del cemento y del hueso alveolar. El elemento principal del ligamento periodontal son las fibras de colágenas, que siguen una trayectoria ondulada a través del espacio del ligamento, este espacio tiene forma de reloj de arena. El ancho del ligamento es de 0.2 mm el ligamento es más delgado en dientes no funcionales.

También podemos mencionar que las fibras principales - del ligamento periodontal presentan una disposición uniforme como respuesta a las fuerzas de oclusión.

Las fibras gingivales son:

El grupo de fibras transeptales se extiende de un diente a otro en sentido coronario a la cresta alveolar y se insertan en el cemento de dientes adyacentes.

Las fibras horizontales se dirige en ángulo recto con respecto al eje longitudinal del diente desde el cemento al hueso alveolar. Las fibras oblicuas resisten el impacto de fuerzas verticales. El grupo apical se irradia del cemento al hueso en el fondo del alveolo las fibras de cresta alveolar se extienden en sentido oblicuo desde cresta alveolar hasta el cemento. Su función es equilibrar las fuerzas oclusales y resistir los movimientos laterales.

Las fibras interradiculares van del cemento en las furcaciones de dientes multiradiculares al hueso dentro de las furcaciones mismas. Los restos epiteliales de Malassez forman un enrejado en el ligamento periodontal y parecen cordones entrelazados.

El aporte del ligamento parodontal proviene de;

- 1) Vasos que penetran desde el hueso alveolar
- 2) Vasos apicales
- 3) Vasos anastomosados de la encía

El ligamento periodontal es el encargado de la movilidad de las piezas dentales y esto depende de su altura, anchura y calidad del ligamento. Otra función del ligamento periodontal es la nutritiva a través de sus vasos sanguíneos y linfáticos; tiene también función sensorial, por lo cual se originan - impulsos nerviosos propioceptivos en la membrana periodontal, e influyen la acción de los músculos de la masticación, es de gran importancia para regular y coordinar las funciones de la musculatura mandibular.

C) CEMENTO

Es una forma especializada de tejido conectivo y estructuralmente se asemeja con el hueso recubre la capa externa de la raíz anatómica y en algunas ocasiones parte de la coronadental. La disposición de cemento no termina cuando esta presente la raíz ni cuando el diente ya ha erupcionado sino continúa a través de la vida.

El cemento carece de drenaje linfático y de sporte sanguíneo.

Se conocen dos tipos de cemento:

Cemento Acelular o Primario

Cemento Celular o Secundario

El cemento acelular es la primera capa adyacente a la dentina que se halla durante la formación de la raíz y antes de la erupción dentaria.

El cemento celular se forma al terminar la erupción dentaria y su formación es debida a las exigencias funcionales presentes.

El cemento es una estructura quebradiza. Se ha demostrado que el cemento se resorbe menos que el hueso.

El cemento se encarga de anclar los dientes por medio del ligamento periodontal al hueso alveolar y compensa en forma parcial el desgaste oclusal y la erupción dental. Las reacciones ocurridas en el hueso se asemejan con las del cemento aunque la reacción del cemento sea más lenta a las fuerzas mecánicas y físicas.

D) HUESO ALVEOLAR

El hueso alveolar se encuentra adyacente al ligamento-

periodontal y se denomina lámina dura.

Las apófisis alveolares se forman al erupcionar y formación de los dientes y se van a reabsorber tras la pérdida de estos.

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene a los alveolos dentarios y desarrolla únicamente durante la erupción de los dientes es importante mencionar la remodelación -- del hueso alveolar en respuesta, a las necesidades funcionales.

APORTE SANGUINEO DE LA ENCIA

La irrigación de la encía proviene;

- 1) Vasos suprapériosticos que proceden del fondo del-saco lingual y vestibular.
- 2) Vasos que proceden del ligamento parodontal y que-- se unen con la encía en la porción más alta.
- 3) Vasos procedentes del hueso alveolar.

La inervación sigue la misma distribución que en el -- aporte sanguíneo.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE ENFERMEADES PARODONTALES

La nomenclatura usada en este trabajo de tesis es la formulada por la Academia Americana de Periodontología. Durante muchos años, diferentes comités de esta academia han tratado de aclarar, simplificar y perfeccionar la nomenclatura parodontal. Estos esfuerzos son meritorios y hasta donde sea posible seguiré, la terminología adoptada.

En este capítulo hablare de; Gingivitis, Gingivitis Ulcero-Necrosante, Periodontitis Juvenil, Periodontitis Adulta, en una forma breve y sintética. Si el lector deseara ampliar información acerca de algún tema lo remito a la bibliografía anexa.

A) GINGIVITIS

Se conoce como gingivitis a la reacción inflamatoria de las encías o de otros tejidos de soporte del diente. Generalmente la única afectada es la encía marginal, el color empieza a cambiar haciéndose, más rojo. El volumen de la encía empieza a aumentarse y se agranda principalmente en la zona de las papilas, se presenta hemorragia gingival con el menor roce, en ocasiones se presentan ulceraciones en regiones localizadas en

la pared del surco.

Se ha comprobado que la gingivitis no en todos los casos lleva a la destrucción de la inserción dentaria.

La gingivitis puede identificarse por los signos de la inflamación; enrojecimiento, tumefacción, hemorragia, exudado y poca frecuencia de dolor.

El acumulo de bacterias en el margen gingival durante 3 o 4 días, tiene como consecuencia la gingivitis que puede ser de naturaleza aguda o crónica.

Los depósitos dentales constituyen el factor extrínseco más importante de la enfermedad periodontal. Por consiguiente la terapéutica debe dirigirse a la eliminación completa de todos los depósitos, y al pulimiento de las superficies radiculares expuestas. Esta terapéutica se menciona en primer término debido a que la mayoría de los casos de gingivitis son provocados por este factor extrínseco, pero la terapéutica, nunca puede ser generalizada ya que son muchos los factores etiológicos de esta enfermedad.

B) GINGIVITIS NECROSANTE AGUDA

Es una enfermedad que presenta signos y síntomas bas--

tantes patognomónicos se le conoce también como "boca de trinche-
ra". "Gingivitis de Vincent". Estudiada por Vicent en 1896. -
También se le conoce como GUNA Gingivitis ulceronecrosantes agu-
da.

Esta enfermedad se presenta principalmente en los hom-
bres se dice que la consecuencia inmediata de la gingivitis ne-
crosante es el cancrum oris.

Se cree que la causa sea la combinación de espiroque-
tas y bacilos fusiformes junto con una menor resistencia tisu --
lar. En las regiones donde se presenta hay úlceras necróticas, -
blanco-amirllentas debido a los residuos.

Aparecen nódulos linfáticos inflamados, fiebre, males--
tar, halitosis, pérdida de apetito e insomnio, algunos pacientes
refieren parestesia, y afirman que sus dientes estan separados
unos de otros. La gingivitis Necrosante es una infección endóge-
na y no se puede contagiar de una persona a otra, el dolor, es -
intenso y espontaneo, la encfa esta sumamente sensible al tacto,
de modo que la masticación es difícil y casi imposible. Esta --
afección se presenta en personas de 18 a 30 años y no en pacien-
tes menores de 12 años. Esta enfermedad se relaciona con la ma-
la higiene, fumadores y sobrecarga emocional.

El tratamiento consiste en administrar antibióticos y-

Antibióticos, el fármaco de elección es la penicilina V - 1250 mg. cada 6 horas si se es sensible a la penicilina entonces se utilizará es la Eritromicina 250 mg. Se recomienda al paciente que descanse en cama por lo menos durante dos días, tomar líquidos, dieta rica en proteínas y eliminar los desechos bacterianos y calculos mediante la tractretomía con mucho cuidado y con instrumentos manuales.

(c) PERI-ODONTITIS JUVENIL

Esta enfermedad se caracteriza por la pérdida de tejido conectivo, y hueso alveolar. Puede ser localizado a generalizado. También se le conoce con el nombre de "Cementopatía -- periodontal", "Atrofia Difusa", estudiada por Gottlieb., y "Periodontitis Precoz". Afecta preferentemente a las mujeres, pacientes de 15 a 25 años.

Urban estudio histológicamente los cambios que se producen en esta alteración y los dividió en tres fases: La primera es la desorganización, y desprendimiento de las fibras del ligamento, la segunda fase es cuando prolifera la adherencia para reemplazar la inserción del ligamento periodontal y la última fase es cuando ataca el proceso inflamatorio se forman bolsas.

Se ha comprobado que ha diferencia de la periodontitis

adulta la periodontosis presenta signos de recidiva de la inflamación y nueva, pérdida de hueso alveolar.

El tratamiento que actualmente se utiliza consiste en administrar tetraciclina, extirpación de los tejidos inflamados tratrectomía y alisamiento de la superficie radicular y durante la curación se debe tener control de la placa.

Hace unos años se decía que la etiología de la enfermedad era desconocida pero estudios recientes han demostrado que la causa de la enfermedad sea probablemente que las bacterias - que invaden, a la encía se estrechen con el hueso alveolar y -- con el colágeno del ligamento periodontal.

CAPITULO IV INSTRUMENTAL Y MATERIAL

Existe un gran número de instrumentos peridontales. Estos a través del tiempo han sufrido variaciones según la preferencia de operadores experimentados. Sin embargo, la función de todos los instrumentos es regida por los mismos principios. Además cada operador selecciona los suyos a los cuales se ha adaptado y llenan los requisitos necesarios para efectuar un buen tratamiento.

Al seleccionar los instrumentos para la gingivectomía debe recordar el operador que los mejores instrumentos para él son aquellos con los que pueda operar con mayor facilidad y eficacia. Por supuesto que si los instrumentos que él utiliza son inadecuados debe obtener los convenientes y aprender a utilizarlos.

Debe tener en mente que el éxito de un tratamiento no depende del diseño de instrumentos, sino de su habilidad al usarlos. Se dice con sobrada razón, que un buen instrumento en unas malas manos es un arma de peligro.

A continuación se mencionarán los instrumentos indispensables para efectuar una gingivectomía.

A. BISTURIES

Existen bisturíes de hojas fijas e intercambiables.

Entre los más recomendables tenemos los de Goldman - Fox y los de Kirkland número 15 y 16, diseñados para hacer las incisiones. Este bisturí, está diseñado de manera que puede - cortar hacia adelante y hacia atrás, su hoja es delgada y puede penetrar fácilmente en el tejido.

Los de Kirkland tienen forma de riñón, sus hojas están unidas a un mango, por un cuello de ángulo tal que permite la accesibilidad a todas partes de la boca.

Existen otros muchos bisturíes diseñados para zonas específicas, como los de Orban número 1 y 2 que son útiles para unir interproximalmente, las incisiones vestibular y lingual.

Se utilizan mangos especiales como el Bard Parker -- que hacen posibles adaptar hojas en diferentes posiciones para poder realizar con facilidad las excisiones de gingivectomía - y para incisiones de bisel interno.

B. CURETAS.

Se emplea para tartrectomía supragingival y subgingival y para alisamiento radicular.

Tenemos las de Smith número 5 y 6 son un juego de -- instrumentos de hoja delgada en forma de cuchara que termina en una curva redondeada.

También tenemos las Curetas de Gracey, McCall; etc- que también vienen en pares, y llenan en casi todos los requisitos.

C. CINCELES.

El cincel acodado se utiliza para desplazar grandes cantidades de tártaro que se encuentran en la zona lingual y proximal de los dientes anteroinferiores.

Su uso no es muy común en la actualidad.

D. AZADAS.

Las azadas se utilizan para la tartrectomía supragingival pero son excelentes para el alisado radicular. Es instrumento potente gracias a su diseño. Su cuello puede presen-

tar curvaturas en varios ángulos, de manera que puedan limpiarse las superficies de cualquier diente. La azada tiene un solo borde cortante, tiene una hoja muy corta que se extiende no más allá de un milímetro del cuello.

E. RASPADORES.

Conocemos raspadores superficiales y profundos. Entre los superficiales tenemos los de Ivory C.L. número 1,2,3; son instrumentos con el cuello angulado para facilitar la accesibilidad a todas las superficies dentarias, el número 1, se utilizaba en la parte anterior y los números 2,3 en la parte posterior.

Estos instrumentos se utilizan para eliminar los depósitos supragingivales.

Estos instrumentos actualmente no se utilizan.

F. PINZAS MARCADORAS DE BOLSAS.

Son modificaciones de las pinzas de curaciones, con una punta recta y la otra en ángulo recto. Se utilizan dos instrumentos, uno derecho y otro izquierdo. Los requerimientos especiales de estos instrumentos es que los bocados debenser finos delgados y fuertes. La finalidad de estas pinzas es

que por medio de puntos sangrantes en la encía se marca la profundidad de la bolsa y así se tiene una referencia en el momento de la incisión..

G. PARODONTOMETRO.

También se le conoce con el nombre de sonda, periodontal es un instrumento cilíndrico o plano que se va adelgazando y termina en forma roma.

El extremo está marcado en milímetros y se proyecta del cuello en un ángulo obtuso de modo que pueda llegar a todas las superficies del diente. El uso correcto del parodontómetro o sonda consiste en la inserción del extremo activo a lo largo de la superficie dentaria y dentro de la bolsa con un movimiento suave y firme hasta llegar al fondo mismo.

H. TIJERAS PARODONTALES.

En la gingivectomía, después de quitar la mayor parte del tejido, pueden quedar pequeñas porciones, si estas no se quedan pueden proliferar y la curación completa no sólo puede ser más lenta, sino que también se logra una forma gingival defectuosa. Las tijeras de Fox Goldman son excelentes para llevar a cabo este procedimiento.

1. MATERIALES.

Por lo que respecta a los materiales indispensables para la gingivectomía se encuentran los siguientes:

- a.- gasa estéril
- b.- torundas de algodón estéril
- c.- anestesia tópica
- d.- cartuchos de anestesia
- e.- cemento quirúrgico

Fórmula de algunos cementos quirúrgicos utilizados en la realización de la gingivectomía.

FORMULA DE KIRKLAND KAISER.

Polvo

Oxido de Zinc 150.0 g.

Acido Tánico 145g.

Resina en polvo 178.5 g.

Líquido

Resina en trozo 70.0 g.

Aceite de almendras

Dulces 29.5 ml

Eugenol 59.0 ml

FORMULA DE BAER

Polvo

Resina 0.52 g.

Oxido de Zinc 0.41 g.

Bacitracina 3000 U.

Líquido

Oxido de Zinc 5 %

Grasa Hidrogenada 95 %

LA FORMULA DE COE - PAK

Tubo 1. Oxidos metálicos

Bitionol (Lorotidol)

Tubo 2. Acidos Carboxflicos no ionizantes

Clorotinol

CAPITULO V
TECNICAS DE GINGIVECTOMIA

Teniendo nuestra historia clínica, y habiendo un - - buen control personal de placa fijándose un plan de tratamiento a seguir procedemos a la técnica operatoria.

Actualmente la gingivectomía es el procedimiento quirúrgico que se encarga de excidir de la pared de tejido blando de una bolsa periodontal. Anteriormente se decía que la Gingivectomía era el tratamiento por medio del cual se extirpaba la encía enferma. No se debe efectuar la Gingivectomía, en regiones donde la incisión conduzca a la remoción de la encía adherida y esta sea inadecuada, este procedimiento tampoco se utiliza en lesiones infraóseas, o cráteres óseos.

En los últimos años han aparecido nuevas técnicas -- que han sustituido a la gingivectomía para la eliminación de las bolsas, sin embargo esta sigue siendo la técnica de elección para la eliminar agrandamientos gingivales.

GINGIVECTOMIA.

En el siglo XIX Robicsek precursor de la gingivectomía y Zentler en 1918 describen técnicas para llevar a cabo la

gingivectomía; Zentler decía que la incisión debe de ser recta Robiseck por su parte decía que la incisión se iniciaba por -- vestibular, luego por lingual de cada diente, se retiraba el - tejido enfermo se levantaba y eliminaba el tejido blando des-- pués se raspaba hueso alveolar expuesto y se cubre con gasas- antimicrobianas.

Glickman aconseja comenzar por el cuadrante inferior derecho pues con la mandíbula se obtiene una anestesia más pro funda con el menor número de inyecciones, y la zona puede ser- operada con mayor facilidad. El paciente es así sujeto a un - mínimo de procedimientos operativos en su primera intervención Se aconseja efectuar una profilaxis oral preliminar para poder eliminar el tártaro supragingival. Esto es muy conveniente so bre todo en bocas con muy mala higiene y gran acumulación de- materia.

Esta visita preliminar creará un campo operatorio más limpio y reducirá la posibilidad de complicaciones postoperar rias.

TECNICA

El procedimiento de Gingivectomía tal como los reali zamos hoy fue descrito por Goldman en 1951 tratare de explicar en una forma breve y sencilla cuanto se refiere a la técnica.

Se puede aplicar anestesia tópica. El anestésico se puede administrar por, infiltración troncular según la región que se va a tratar en el maxilar inferior algunos puntos aislados locales favorecen la vasoconstricción y reducen la hemorragia. La anestesia local colocada correctamente evita el dolor y disminuye las molestias postoperatorias.

La inyección en la región del foramen palatino incisal producirá anestesia de la encía de las superficies palatinas de los incisivos. Para mayor seguridad se debe anestesiar la región canina.

Una vez obtenida la anestesia satisfactoria se procede a marcar con la ayuda de pinzas marcadoras a que nivel se encuentra el fondo de la bolsa, se marca la encía con la sonda y se produce una serie de puntos sangrantes en la superficie externa de los tejidos blandos, esta serie de puntos sangrantes guiarán la incisión. Una vez establecida y marcada la profundidad de la bolsa se elimina el tártaro subgingival.

La incisión se hace con un bisturí (K 15-K 16); ésta puede consistir en una serie de incisiones discontinuas Kir--kland, se inclina por las incisiones discontinuas porque asegura un completo desprendimiento de las papilas interproximales y disminuye la necesidad de nuevas incisiones.

Para la incisión discontinua; se hace la incisión inicial desde el ángulo distovestibular del último diente a lo largo de la superficie vestibular apicalmente a los puntos -- sangrantes y a través del espacio interproximal mesial, terminando en el margen gingival vecino al ángulo distovestibular - del diente proximal.

Es una incisión semilunar cuyo contorno puede modifi carse de acuerdo al avance de la lesión.

La siguiente incisión comienza donde el punto en que la incisión anterior, cruza el espacio interproximal. Según - la profundidad de la bolsa interproximal será el punto de origen la segunda incisión, esta se lleva hacia adelante a lo lar go de la cara vestibular y a través del siguiente espacio in-- terproximal, terminando en el margen gingival adyacente al án gulo distovestibular del diente vecino. Posteriormente se pro cede a eliminar el tejido gingival se procede alisar las super ficies radiculares expuestas y se revisara nuevamente la re-- gión para verificar la presencia de alguna bolsa existente se observa si la forma gingival es la correcta sino se continua - con la corrección de la misma por medio de piedras de diamant-- tes rotatorias (Gingivoplastia).

Para proteger el área incidida se protege por medio de un apósito periodontal, La selección del cemento depende -

de preferencia.

El apósito debe ser colocado estrechamente a las superficies vestibulares como a las linguales por lo tanto debe tener consistencia firme para poder manejarse con facilidad de mojarse los dedos para evitar que pegue al colocarse evitar que sea muy voluminoso, la retención del apósito depende en gran parte de la cohesión de sus partículas en las interproximales y de la adhesión a los dientes. Debe cubrirse e cubrir demasiada mucosa sana después de haber colocado el cemento es conveniente esperar unos 15 minutos, esto da tiempo para que la lengua y el carrillo modelen el cemento, forzando los excesos a zonas donde no es necesario ser eliminado fácilmente antes de que endurezca.

El apósito periodontal debe reunir los siguientes requisitos; protege la herida y brinda comodidad al paciente.

El apósito debera permanecer de 10 a 14 días aprox. Deberá limpiarse de limpiar y pulir los dientes.

Al pasar el efecto de la anestesia el paciente experimentará un ligero malestar. para evitarlo debe de tomar un analgésico media hora después de salir del consultorio. El paciente quirúrgico no debera de tocarse ni quitarse, el primer día deber limitarse a una dieta semisólida, se puede cepillar

los dientes de forma habitual pero sin tocar el apósito, si se le presentan graves molestias debe de acudir al consultorio inmediatamente.

La curación total de una herida debida a la gingivectomía se logra a las 4 ó 5 semanas.

Hasta el momento he hablado de una gingivectomía estándar para la extirpación de la pared de tejido blando de una bolsa periodontal.

Con el transcurso del tiempo se vio que la gingivectomía únicamente se refería a la encía y sus tejidos blandos - inflamados y no se tomaba en cuenta el hueso infectado y necrotico es así como aparecieron nuevas técnicas quirúrgicas por - las cuales se exponía el hueso alveolar estas técnicas son - las técnicas o procedimientos de colgajo.

Tratare de resumir los procedimientos de colgajo u -- operaciones de bisel invertido.

Colgajo Original de Widman. Introducido por Widman - en 1918. Se diseña un colgajo mucoperiostico que se destinaba a la eliminación de la bolsa y el tejido conectivo inflamado y se facilita la limpieza de las áreas rediculares. Se considera necesario situar el margen gingival del tejido blando en el nivel de la cresta ósea alveolar para asegurar la eliminación de la bolsa.

El colgajo de Widman se utiliza para la eliminación - de bolsas profundas. Widman considera que la gingivectomía causa mayor malestar al paciente que una operación de colgajo además de que es posible establecer una adecuada e ideal contorno-óseo en los puntos de los defectos óseos angulares.

El colgajo de Widman.. se asegura por medio de sutu- - ras.

El Colgajo de Neuman. Unos años después de aparecer el colgajo de Widman aparece Neuman con varias diferencias que su antecesor se realizaba una incisión intracervicular por la base de la bolsa; de gingivales y se levanta la encía completamente en colgajo mucoperiostico. Se cureteaba en la parte interna del colgajo para eliminar el tejido de granulación y el epi-

telio de la bolsas. Se limpiaban las superficies radiculares-- después se corregían las irregularidades del hueso. Se recortaban los colgajos.

También Kirkland en 1931 describe la operación por -- colgajo modificada que es una técnica consistente de efectuar incisiones intracrevicularmente a través del fondo de la bolsa por vestibular y lingual se exponían las superficies enfermas-- se desbridaban y se cureteaban los defectos óseos angulares y se retiraba del epitelio de la bolsa y del tejido de granulación de la parte interna del colgajo se coloca en posición original y se sutura interproximalmente.

Las operaciones de Colgajo son muy importantes ya que es el avance de nuevas técnicas quirúrgicas hasta nuestros días además que se logra que el período resoperatorio como en el caso de la gingivectomía suele ser menos desagradable. Las técnicas de colgajo son útiles donde las bolsas llegan hasta el límite mucogingival o donde sea necesario el tratamiento de lesiones óseas y furcales sea necesario.

También existe el Colgajo de reubicación apical. Que surge en la década de los 50 ó 60. Esta técnica se utilizaban en las caras vestibulares de ambos maxilares y en las linguales del maxilar inferior. Se realiza la incisión de bisel invertido, la incisión biselada un contorno festoneado para lograr un buen recubrimiento interproximal del hueso alveolar. nuevamente

te el colgajo en su posición original. En los lados de la inci
sión se realizaban incisiones liberadores. Se utiliza un eleva
dor mucoperiostico, se eleva un colgajo, el tejido de granula--
ción se elimina por medio de curetas, se realiza un detartraje--
y el alisamiento de las superficies radiculares. Se remodela--
la cresta ósea para poder obtener nuevamente la forma de la - -
ápofisis alveolar esto se realiza con fresas o cinceles óseos.-
Se debe aplicar un apósito periodontal para proteger el hueso.

CAPITULO VI
FISIOTERAPIA ORAL

En el tratamiento de la enfermedad periodontal, en que la placa bacteriana es un factor etiológico importante, no es posible una completa restauración de la salud gingival sin una adecuada fisioterapia oral.

Consideramos la fisioterapia oral como parte real del tratamiento periodontal. El tratamiento efectuado por el dentista puede producir una marcada mejoría pero el resultado clínico final no será el ideal de salud gingival, a menos que la fisioterapia sea satisfactoria. Con frecuencia una mala fisioterapia es contraproducente, pues no sólo impide la restauración de la salud, sino que favorece la agravación de la salud gingival.

A) CEPILLADO

La acción del cepillado sirve para cornificar el epitelio, lograr mayor adherencia de la encía; por medio del masaje, activación de la circulación sanguínea y remoción de la placa.

Los principios que podemos formular respecto al cepillado están dictados por el buen sentido y la experimentación -

clínica. La eficacia del cepillado depende directamente de la medida en que la superficie de los dientes, en los espacios interdentarios y en la zona de coadaptación gingivodentaria. Esta disminuida por múltiples razones;

a) Las regiones a nivel de las que la retención es -- más acentuada son igualmente aquellas que escapan a la acción del cepillo (surcos oclusales y espacios interproximales), las zonas que fácilmente se alcanzan con el cepillo, son por lo general, en un sujeto sano, limpiadas espontáneamente por los labios, mejillas y lengua (autoclisis), constituye una excepción, las zonas que se encuentran entre el abultamiento de la corona y el borde marginal de la encía y en particular la región de los cuellos, fácilmente accesible al cepillo y difícilmente limpiados por los movimientos de las partes blandas de la cavidad -- oral.

b) La acción del cepillo varía según la forma en que se utilice la mayoría de las veces el cepillado, inspirado por su facilidad y el deseo de ser rápido, es irracional y rutinario o insistiendo en movimientos intempestivos y acelerados.

c) Aún admitiendo el cepillado logre pulir de una manera relativa a la superficie del esmalte, esta acción no será nunca suficiente para impedir la presencia de restos orgánicos-microscópicos, la formación de placa y sobre todo la fijación --

ESTÁ TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

de microorganismos.

Técnicas de Cepillado; Existen varias técnicas de cepillado, el factor realmente importante para la efectividad de una técnica determinada, es su aplicación concienzuda y no los detalles del método.

En general si se llevan a cabo con suficiente cuidado, todos los métodos de cepillado llegan al mismo fin.

B) TECNICAS

a) TECNICAS DE STILLMAN

El cepillo se coloca, descansando las cerdas en la parte de la encía y en la parte del cuello de los diente. Las cerdas deben estar oblicuas en relación al eje mayor del diente y dirigidas hacia apical.

Se presiona lateralmente contra el margen gingival, de modo que produzca una ligera izquemia; se da tiempo para que la sangre vuelva a la encía y se vuelva a presionar ligeramente, - haciendo un movimiento rotatorio con el cepillo pero sin mover el extremo de las cerdas.

Este proceso se repite en toda la boca comenzando de -

preferencia en la zona de los molares superiores y siguiendo -- sistemáticamente a las demás zonas.

Por lo que respecta a las caras lingual y palatina de la zona anterior, colocamos el cepillo paralelo al plano oclusal y penetrando profundamente en los surcos y en los espacios-interproximales.

b) TECNICA DE STILLMAN MODIFICADA

A la acción vibratoria de las cerdas se le añade un movimiento del cepillo a lo largo de dientes en dirección a la línea de oclusión.

En este método el movimiento del cepillo principia en la encía adherente y describe un círculo que incluye la encía marginal y la superficie dentaria anexa.

c) TECNICA DE CHARTERS

Colocamos el cepillo en ángulo recto al eje mayor del diente con las cerdas entre los espacios interproximales, haciendo una presión moderada, sin que sus puntas toquen la encía. Se le da al cepillo un movimiento rotatorio, haciendo que los lados de las cerdas entren en contacto con los dientes. Después de hacer tres o cuatro pequeños círculos se mueve el cepi-

llo y se coloca en la misma región; esto se repite tres o cuatro veces, luego se coloca el cepillo entre otros espacios interdentarios y se repite la maniobra.

d) TECNICA MODIFICADA DE CHARTERS

Difiere de lo anterior en lo siguiente; En la cara bucal de los dientes el cepillo se mueve en tres dientes a la vez, solamente se utilizan seis colocaciones para cada arcada y se mueve el cepillo en cada región con diez movimientos rotatorios. Si se le facilita al paciente con movimientos verticales los puede hacer. En las caras linguales de los dientes inferiores en un ángulo vertical tan alto como sea posible para los dientes posteriores, pero en los incisivos el cepillo debe colocarse verticalmente. El movimiento debe colocar la hilera más lejana de cerdas contra la encía marginal y papilar haciendo presión moderada.

e) TECNICA DE FONES

Con este método las arcadas se aproximan y el cepillo se coloca en posición horizontal con las cerdas en ángulo recto con la cara vestibular de los dientes. Entonces hacemos un movimiento circular, grande cubriendo tanto los dientes inferiores como los superiores. Repetimos estos movimientos circulares varias veces. Colocamos luego el cepillo en otra región. -

En las caras linguales se hacen los movimientos, pero aquí se cepilla una sola arcada a la vez.

f) TECNICA DE BASS

El objetivo de la técnica es tratar de eliminar desechos alimentarios, y placa bacteriana acumulada en el margen gingival así como el tejido marginal dentro del surco.

En esta técnica las cerdas se colocan suave y exactamente en la cresta marginal del tejido gingival. Se debe actuar con presión ligera junto con vibración o rotación hacia la región del surco. Los errores más comunes son; presión excesiva, mala angulación del cepillo, mala colocación del cepillo en relación a la unión dentogingival.

g) TECNICA DE BASS MODIFICADA

Este es básicamente el método que el descrito para la técnica original de Bass, con una adición. Después de colocarlas y de aplicar ligero movimiento de vibración y presión, las cerdas se barren hacia abajo, sobre la corona, hacia la superficie incisiva u oclusal.

También contamos con implementos coadyuvantes de limpieza, cuando por motivos especiales no es accesible el cepillo.

Además del uso correcto para la estimulación interdental la punta de goma también se utiliza en bifurcaciones y trifurcaciones y para eliminar los acumulos superficiales después del raspaje y curetaje o de la gingivectomía.

- Hilo de seda; El empleo del hilo de seda encerado rinde magníficos servicios en la limpieza de las superficies -- planas o convexas a nivel de los espacios interdentarios. Sin embargo.

- Banda dental. Se prefiere la banda dental o cinta de limpieza, por considerar que la anchura adicional proporciona mayor superficie de limpieza en el área interdental. La cinta dental se utiliza con la misma técnica de el hilo dental.

- Estimulador Interdental. Existen en el mercado infinidad de estimuladores interdenciales. La mayoría son de caucho pero también existen puntas de plástico, generalmente la -- punta es de forma cónica y presenta la superficie externa es--triada o lisa. Se aconseja el uso de la punta de caucho en -- áreas donde el tejido interproximal ha retrocedido.

Las puntas de goma. La punta se coloca en el espacio interproximal vestibular y en un ángulo aproximado de 45 grados, con el extremo hacia el plano oclusal, y la cara lateral con--tra la encía.

Se presiona la cara lateral contra la encía y se le da al estimulador movimientos rotatorios. Esto se repite por pala--tino del mismo espacio, hecho esto se lleva al siguiente espa--cio.

CONCLUSIONES

Varias fueron las conclusiones a las que pude llegar durante el desarrollo de esta tésis, entre ellos que la gingivectomía es una operación simple que consiste en eliminar agrandamientos gingivales.

La gingivectomía no solo se utiliza en la presencia de bolsas supralveolares sino también para remodelar a los contornos gingivales anormales es decir crateres gingivales, y en hiperplasia gingival en estos casos se llama gingivoplastia.

No se debe efectuar la gingivectomía en casos donde se vaya a realizar una incisión que incluya retirar la encía adherida.

La gingivectomía es el tratamiento de elección cuando se tenga que remodelar la encía y pase la ubicación de subgingival a supragingival, y remodelar la encía para técnica restauradora.

BIBLIOGRAFIA

Lindhe, Jan

PERIODONTOLOGIA CLINICA

Edit. Médica Panamericana-Argentina 1986.

516 p.

Schluger Paul, Yuedelis Ralph, Page Roy C.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Edit. Continental-México 1984

789 p.

Carranza Fermín A.

PERIODONTOLOGIA CLINICA DE GLICKMAN

Edit. Interamericana-México 1982

Edic. 5a.

1073 p.

Orban Grant, Daniel

PERIODONCIA DE ORBAN

Edit. Interamericana-México 1977

Edición 4a.

638 p.

Petit Henri

PARODONTOLOGIA

Edit. Toray Masson S.A.-España 1979

574 p.

Rodríguez Figueroa Carlos A.

PARODONCIA

Edit. Mendez Oteo-1980 México

320 p.

Stone Stephen, Ealis Paul J.

PERIODONTOLOGIA

Edit. Interamericana-México 1978

213 p.

Perrin Tomás G.

MANUAL DE HISTOLOGIA NORMAL HUMANA

Edit. Espasa-Calpe-Buenos Aires 1979

582 p.

Bjern Jorgensen Niels

ANESTESIA ODONTOLOGICA

Edit. Interamericana-México 1980

143 p.

Ham, Arthur

TRATADO DE HISTOLOGIA

Edit. Interamericana-México 1980

Edic. 7a.

935 p.

Thoma, Gorlin

PATOLOGIA ORAL

Edit. Salvat. España 1981 1273 p.

Mitchell, David F. Dr.

MANUAL DE PARODONCIA

Edit. Interamericana-México 1982

70 p.

Mitchell, David F. Dr.

MANUAL DE PARODONCIA

Edit. Interamericana-México 1982

70 p.