

870/22

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



SUTURAS Y APOSITOS QUIRURGICOS
EN LA ODONTOLOGIA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ELIA ISABEL MARROQUIN ALVAREZ

ASESOR: DR. ROSA IRMA GUADALUPE BETANCOURT ROSALES

GUADALAJARA, JAL., 1988

FALLA DE CRIGEN



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.

" SUTURAS Y APOSITOS QUIRURGICOS EN LA ODONTOLOGIA. "

I N D I C E

	PAGS.
	Introducción
CAPITULO I:	Materiales actuales de sutura..... 1
	A) Materiales absorbibles... 2
	B) Materiales no absorbibles 6
CAPITULO II:	Técnica de sutura..... 14
CAPITULO III:	Apósitos periodontales..... 25
	Casuística..... 36
	Conclusiones..... 60
	Bibliografía..... 62

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

INTRODUCCION

La preferencia del material de sutura dependerá del tipo de operación a realizar. Una sutura puede servir para el cierre, dependiendo ésto de la costumbre, resultado y experiencia del cirujano.

Debemos estar conscientes que el método que se emplee es más importante que el cierre propiamente dicho.

Los materiales de sutura para cumplir su cometido deben tener y conservar determinada resistencia, deben crear la mínima reacción en el tejido sin crear medio favorable para el crecimiento bacteriano. No debe desencadenar reacciones alérgicas ni crear los métodos propicios carcinogénicos.

Entre sus características es importante que sus ingredientes proporcionen la facilidad de manejo y que los nudos sean firmes sin desgarrar el tejido. Y por último que pueda ser esterilizada sin sufrir alteración alguna.

Las suturas se dividen en absorbibles y no absorbibles; entre las primeras tenemos las diferentes formas de catgut, que desaparecen o se reabsorben después de algunos días de aplicados en el interior de los tejidos.

Los segundos podemos considerar a la seda, algodón, hilo metálico, alambre y algunas suturas sintéticas, mismas - que permanecen por tiempo indefinido en los tejidos.

También analizaremos los apósitos periodontales que están destinados a proteger, la herida producida en la - cirugía, obtener y mantener una adaptación estrecha de - los colgajos mucosos al hueso subyacente brindar comodi - dad al paciente.

Los apósitos deben ser blandos con la plasticidad - y flexibilidad suficiente para facilitar su colocación - en el área operada, debe fraguar en un tiempo razonable, debe tener rigidez suficiente para prevenir su fractura - y desplazamiento, debe poseer además una superficie lisa para evitar irritación en carrillos y labios.

Los apósitos más comúnmente utilizados pueden ser - divididos en dos grupos: los que contienen eugenol y los que no contienen eugenol.

CAPITULO I

" MATERIALES ACTUALES DE SUTURA. "

A) Materiales absorbibles.

B) Materiales no absorbibles.

CAPITULO I

" MATERIALES ACTUALES DE SUTURA. "

La sutura es la maniobra quirúrgica que consiste - en la aproximación de los tejidos seccionados y su fijación óptima hasta que se completa el proceso de cicatrización. (1)

Siglos de práctica de la cirugía conjuntada con el apoyo científico y tecnológico, han desarrollado muchos medios de fijación de los tejidos. Hasta el momento, - el empleo de la aguja y el hilo parece ser el más práctico y el menos costoso de los procedimientos. (1)

Los absorbibles: son dirigidos por las células y líquidos del organismo durante y después de la cicatrización. (2)

Los no absorbibles: ni se absorben, ni se digieren. Se encapsulan por tejido fibroso. (2)

Especificaciones:

1.- Deben ser estériles (legalmente determinado).

- 2.- Su capacidad de absorción debe ser definida y precisa.
- 3.- Su calibre debe ser delgado y resistente a la tracción.
- 4.- Debe ser uniforme.
- 5.- Los nudos (bien hechos) deben quedar firmes
- 6.- Si son no absorbibles, no deben quedar como cuerpos extraños.
- 7.- No se usa calibre muy delgado. (2)

Factores de elección:

- 1.- Presencia o ausencia de infección.
- 2.- Naturaleza del material.
- 3.- Permanencia del material de sutura.
- 4.- Nutrición del paciente.
- 5.- Elección o preferencia de cirujano. (2)

MATERIALES ABSORBIBLES.-

A).- CATGUT SIMPLE:

Con frecuencia llamado "intestino de gato" no proviene de un gato sino que está hecho del intestino del--

gado de ovejas y otros animales.

La submucosa se separa de las capas interna y externa y se convierte en tiras, que son estiradas y torcidas.

El catgut simple, es empleado por los periodontistas cuando no desean retirar las suturas. Sin embargo, la mayor parte piensa que es demasiado difícil de manipular y anudar y que las propiedades de fijación de los nudos son bastante malas. Además los nudos de catgut tienden a endurecerse pudiendo causar lesiones a las mucosas de la boca adyacente. (6)

Sus ventajas: es fácil de manejar. La colocación de los puntos de sutura pueden hacerse en menos tiempo. Es elástico y no se contrae ni estrangula (no necrotiza). Puede usarse en infección. Es absorbible y no queda como cuerpo extraño. (2)

Sus desventajas: causa mayor reacción tisular que la venda o el algodón y es más caro. El estado de los tejidos del paciente influye en el período de absorción. No se puede usar con seguridad en la piel porque ésta tiene bacterias saprófitas y actuaría como medio de cul-

tivo. El catgut simple no se usa en tejidos sometidos a tracción. (2)

B).- CATGUT CRÓMICO:

Es un catgut simple con sales crómicas depositadas en su superficie externa y a veces en toda la sutura. - El catgut crómico no es muy bueno para la cirugía periodontal. Es rígido, difícil de manejar y anudar y no se reabsorbe con rapidez. (6)

El catgut crómico es de color obscuro, sostiene -- los tejidos unidos por lapsos de 14 a 15 días. El catgut se vende en paquetes herméticos que contienen un -- líquido conservador para mantener su elasticidad y ca--racterísticas. (1)

C).- COLÁGENO.-

El material de sutura de colágeno, tanto simple --- como crómico, se hace del tendón flexor de reses mediante un proceso especial. El tipo crómico, como su nombre lo indica, está cubierto de sales crómicas. Las suturas de colágeno crómicas y sencillas se emplean principalment

te en cirugía oftálmica y tienen pocas aplicaciones en la terapéutica periodontal. (6)

Como regla general en procedimientos estándar, la sutura de colágeno se emplea en zonas inaccesibles, tales como la porción profunda del fondo de saco vestibular en la que anteriormente se fijaban colgajos labiales en algunos procedimientos. (11)

Cuando se emplea una sutura a base de fibras en estas zonas inaccesibles, su eliminación resulta muy difícil en ocasiones y con frecuencia las suturas se pasan por alto permaneciendo para ser exfoliadas después de provocar necrosis.

Es necesario recordar que las suturas de colágeno son las más irritantes y las que más provocan reacción de células gigantes. (11)

D).- ACIDO POLIGLICOLICO.-

Es un poliéster de alto peso molecular, que primero es licuado y después extruido para formar filamentos.

Después éstos se estiran y trenzan para que alcancen diferentes diámetros. No son de gran utilidad como un material absorbible en los procedimientos periodontales, ya que la absorción mínima comienza apenas 15 días después de su colocación. Además, no es fácil de manejar y el anudamiento requiere experiencia. (6)

Parece ser que su resistencia es un poco mayor que la del catgut. (10)

E).- POLIGLACTINA.-

Los materiales de poliglactina son relativamente nuevas. No son útiles como material absorbible en los procedimientos periodontales, ya que en esta zona las suturas no requieren tanto tiempo. En las suturas de poliglactina se requiere un método especial para hacerlos nudos y se emplea en todos los materiales sintéticos. (6)

MATERIALES NO ABSORBIBLES.-

I.- Materiales de sutura de monofilamento no absorbible.

A).- ACERO QUIRURGICO.-

Esta aleación de fórmula especial a base de hierro-níquel y cromo presenta gran resistencia a la tensión -- y poca reacción con los tejidos.

Sin embargo, el alambre de monofilamento se emplea poco en periodoncia porque es difícil de manejar y puede cortar los tejidos vecinos. (6)

B).- NYLON (NILON).-

Los materiales para sutura de nylon se hacen con un polímero de poliamida. (6)

Fue el primero de estos polímeros en aparecer - - (1940) y es el resultado de una síntesis química, se - obtiene en dos formas: como monofilamento y como multifilamento trenzado. El filamento único tiene gran utilidad en el cierre de la piel, sobre todo en cirugía cosmética, por producir discreta reacción tisular si se le retira tempranamente. Por poder hacerse hilos muy finos - con él. (1)

El nylon no suele recomendarse para cierre de colgajos bucales ni retención de colgajos, ya que los nudos tienden a deslizarse y deshacerse. Además puede cortar los tejidos si inadvertidamente se aplican fuerzas inadecuadas. (6)

C).- POLIPROPILENO.-

Los materiales para sutura hechos con propileno polimerizado en un hilo monofilamento son algunos de los más inertes en la actualidad, conservando su resistencia a la tensión in vivo durante años. (6)

El polipropileno es resistente y terso aunque no muy suave. Su característica resbalosa es indeseable en periodoncia. (6)

II.- Materiales para sutura multifilamentos no absorbibles.

A).- ALGODON.-

Este es utilizado con frecuencia aunque menor que-

la seda. Es un material de sutura de origen vegetal -- menos resistente que aquella y produce una reacción parecida. (10)

Aunque aumenta a su resistencia al humedecerse, el algodón aún es demasiado débil como material para sutura. (6)

Ventajas: Los nudos no se deslizan. Sostiene bien la incisión. Cicatriza bien la incisión. Cicatriza bien la incisión. (2)

Desventajas: Es más débil que la seda, más fácil- rompimiento de sus filamentos. No se usa en zonas infectadas. (2)

B).- LINO.-

El lino se emplea en cirugía gastrointestinal, pero el cirujano dental puede conseguir mejores materiales. (6)

El hilo de lino es otro material de origen vegetal

que está hecho con fibras torcidas de lino y su resistencia tensil es más baja que la de las otras suturas. Al no tener ventajas está abandonado su uso. (1)

C).- POLIESTER.-

Los plásticos trenzados, casi siempre dacrón, se emplean en las suturas de poliéster que son bien toleradas y presentan una superficie tersa.

La hechura de los nudos requiere la misma técnica de las sintéticas. Recientemente, estas suturas han sido producidas con una capa biológica inerte de polibutirato, cuyo objetivo es mejorar las características de manipulación y su paso através de los tejidos. (6)

D).- SEDA.-

Se obtiene del capullo del gusano de seda en forma de filamento continuo que se trenza en diversos grosores. La seda blanca cruda se tiñe de negro para lograr una mejor visibilidad. Estas suturas son resistentes, manejables y causan una irritación tisular menor. (6)

La sutura con seda normalmente se hace rodear de tejido conectivo aunque en la periferia de éste se produce una reacción que varía en la intensidad de acuerdo con las principios que se hayan observado en la asepsia el estado nutricional del paciente y la respuesta del mismo a la aceptación o rechazo de este material de sutura.

La aparición de fibroblastos, histiocitos y linfocitos son la respuesta en cuanto se inicia la reacción. Sabemos bien que como material no absorbible. Las suturas con seda permanecen por tiempo indefinido, en los tejidos de algunos pacientes; en otros es rechazada en tiempo variable, con la formación de abscesos que en ocasiones se abren espontáneamente arrojando los nudos de este material; pero también en otras desaparece lentamente absorbiéndose después de algunos años. (10)

La seda trenzada es el material de sutura estándar. Presenta algunas ventajas importantes en cuanto a su manipulación, ya que quizá es la que mejor puede ligarse, permanece atada con seguridad utilizando el nudo de cirujano (nudo cuadrado), es ajustable con un nudo corredizo de tal manera que puede hacerse una colocación precisa del colgajo y generalmente está bien adaptada al cierre de heridas periodontales. (11)

Como es trenzada, presenta una importante desventaja la capilaridad. Permite que los líquidos de la cavidad bucal penetran a la herida; en realidad, ayuda a -- que estos líquidos y la contaminación que los acompaña, penetran a través de los agujeros de las suturas y hacia las partes más profundas de la herida bajo el colgajo.
(11)

Ventajas: tiene potencial tenis que disminuye con la humedad. No es irritable y origina menor reacción tisular. Se le dá un tratamiento para darle resistencia al suero. Se pueden poner muchos puntos separados en la incisión, barata, el nudo no se desliza, es más maleable, el nudo se hace más rápido. (2)

Deben considerarse sus limitaciones:

- 1).- Como es una proteína extraña, es tratada por la herida como un cuerpo extraño.
- 2).- Su trenzado burdo tiene el potencial de incorporar bacterias y provocar infecciones.
- 3).- No es tan resistentes como algunos de los huesos -- materiales sintéticos.

4).- Tiende a fragmentarse de una herida. (6)

El tamaño del material de sutura seleccionado para cualquier propósito está determinado por su diámetro y por la fuerza de tensión al tirar del nudo. El material empleado no necesita ser más fuerte que el tejido que -- va a mantener unido. (4)

CAPITULO II.

" TECNICA DE SUTURA. "

CAPITULO II

" TECNICAS DE SUTURA. "

El suturado es fundamental en cualquier técnica de colgajo y su control, así como en el cierre de las heridas. No es la única habilidad necesaria, aunque es una maniobra que siempre se emplea, por lo que es conveniente abordar este tema. Es una destreza común a todos -- quirúrgicos, y el tiempo que se emplea en adquirirla -- proporciona dividendos a manera de cicatrización rápida sin contratiempos y resultados y contornos agradables.

Por el contrario, el saturado descuidado da como resultado colgajos desgarrados, heridas abiertas y patrones de cicatrización desagradables.

Aunque otros factores están involucrados en la cicatrización de las heridas a nivel clínico, no hay duda que el saturado es uno de los factores más importantes. Constituye el factor principal en el control de los colgajos. Una de las reglas cardinales del suturado es -- que el colocar tensión sobre los tejidos que se suturan hasta provocar isquemia casi siempre producirá necrosis en el área suturada y pérdida subsecuente de toda la sutura. Desafortunadamente, esto es un acontecimiento co

mún. (11)

Existen incontables combinaciones de agujas y materiales de sutura en la actualidad. (3)

Los materiales más comúnmente utilizados como suturas en cirugía periodontal están confeccionadas con seda y diversos materiales sintéticos.

Las dimensiones preferidas suelen ser 3-0 ó 4-0. - Estos materiales no son reabsorbibles y deben ser eliminados después de 7-14 días.

Como el tejido del colgajo la preparación final es delgado, se deberán utilizar agujas atraumáticas (sin ojo) curvas o rectas de reducido diámetro. Estas agujas se presentan redondeadas (no cortantes) o con diferentes bordes cortantes. (7)

Muy poco se ha publicado sobre la metodología de la sutura en la literatura de la década de los setenta. En los dos décimos anteriores la periodoncia reunió mucho de la literatura médica. Las técnicas de sutura -- continua, interrumpida, de colchonero vertical, de sus-

pensión y las técnicas para el periostio ya forman parte del repertorio que se emplea en la actualidad. (6)

SUTURA INTERDENTAL INTERRUPTIDA.-

La sutura interrumpida, es la más simple y básica de todas las suturas. (11)

Provee una estrecha adaptación interdental entre -- los colgajos vestibular y lingual con igual tensión so-- bre ambas unidades. Por lo tanto, no se recomienda este tipo de sutura cuando se reubican los colgajos vestibulares y linguales en distintos niveles. Cuando se emplea está técnica de sutura, la aguja pasa a través del colgajo vestibular desde la cara externa, a través del área interdental y a través del colgajo lingual desde la cara interna, o viceversa. Al anudar la sutura, se pondrá -- cuidado para evitar el desgarramiento de los tejidos - - de los colgajos. (7)

La sutura interrumpida se utiliza en incisiones li-
neales, fijación de colgajos de grosor parcial y suturas papilares interproximales en realidad, es quizá la sutu-
ra empleada con mayor frecuencia en la cirugía de las mu
cosas. Resulta de mayor utilidad cuando ambos labios de

la herida son aproximados en un cierre sencillo. No es efectiva cuando uno o ambos colgajos deben ser desplazados. (11)

Para el desplazamiento en un colgajo de grosor total, es necesario dejar suficiente movilidad en el tejido para permitir desplazar a éste en sentido apical - - precisamente hasta el nivel desdeado por el operador.

Esta laxitud es entonces eliminada mediante un - - apósito colocado adecuadamente que fija el colgajo en el nivel determinado con anterioridad. El apósito funge - como una férula. La sutura interrumpida es, desde luego, útil en el cierre lineal simple, tal como en las zonas largas en la tuberosidad y otras partes. (11)

SUTURAS SUSPENSORIAS.-

Se utiliza primordialmente cuando el procedimiento quirúrgico tiene una extensión limitada e incluye solo los tejidos vestibulares o linguales. También es la sutura de elección cuando se reubican los colgajos vestibular y lingual en distintos niveles. (7)

Esta sutura se pasa interproximalmente por el nicho, engarzando la papila, se vuelve a pasar a través del mismo nicho engarzando la siguiente papila, pasa nuevamente a través del nicho y engarzando la siguiente papila pasando otra vez por el mismo nicho, atándose a la cola de la sutura en el punto original de entrada.

Este es un buen aparato de suspensión variable en dimensión vertical a voluntad del operador, limitado a dos papilas adyacentes. (11)

SUTURAS CONTINUAS.-

La sutura continua puede utilizarse en el número de dientes que se desee dentro del cuadrante y tiene la ventaja de la fácil colocación del colgajo al nivel preciso deseado. (11)

Pásese el hilo de sutura a través del borde terminal (distal o libre del colgajo). Hágase un nudo quirúrgico para sujetar este extremo del colgajo. Cortese únicamente el extremo corto de la sutura. A continuación pásese la sutura alrededor del lado opuesto del diente y traigásele, nuevamente al lado anterior por el

espacio interproximal. Después pásese la sutura a través de los tejidos interproximales en el lado inicial y lléveselo al lado opuesto.

Repítase este paso hasta llegar al tejido interproximal de un diente antes del extremo de la incisión.

Ahora pásese el hilo a través de la zona interproximal de un diente antes del extremo de la incisión.

Ahora pásese el hilo a través de la zona interproximal hacia el lado opuesto como antes para formar una ansa antes de pasar la aguja por el último espacio interproximal en el lado inicial.

Llévese la sutura por interproximal hacia el lado opuesto. Hágase un nudo envolviendo la sutura dos veces en turno a los extremos del parte agujas como para las suturas interrumpidas mientras el lazo forma el extremo libre de la sutura. Tómese el lazo con los extremos y hágase el nudo como para las suturas interrumpidas. (5)

SUTURAS DE COLCHONERO VERTICAL.-

En ocasiones realizar la sutura de suspensión sim-

ple o continua o aún, la sutura interrumpida existe la necesidad de ejercer mayor control en una o más papilas.

Este es el caso cuando el tejido es friable y delicado y una sola punción puede provocar el desgarramiento; si es demasiado profunda la penetración de la aguja la sutura provocaría contracción del colgajo formando un dobléz horizontal, dejando margen papilar sin soporte. En este caso, una perforación doble, una encima de la otra, proporcionaría seguridad y control adecuados.

La sutura de colchonero vertical se realiza insertando la aguja desde la superficie interna en el vértice de la papila, hacia la papila hasta la base, saliendo nuevamente en la base y por encima de la superficie de la papila a través del nicho hasta el lado opuesto. De esta manera se fija la papila con firmeza y seguridad. (11)

SUTURA DE COLCHONERO HORIZONTAL.-

Esta diseñada para proporcionar el mismo control papilar y fijación salvo que, en este caso, la preocupación son los vértices de las papilas levantadas.

Al atar la sutura de suspensión utilizando una sola punción y pasando la sutura a través de la papila se presenta un problema de control. El vértice de la papila se desplaza en sentido mesial o distal con respecto al único hilo empleado para sujetarlas.

Cualquiera de estas dos posiciones viola todos los preceptos de un buen control del colgajo.

La sutura de colchonero horizontal esta diseñada para controlar el vértice de la papila. Consta de hilos paralelos dobles de sutura, que se montan encima de la papila y la sujetan firmemente en su sitio. Algunos operadores prefieren el doble hilo cruzado por encima de la papila para obtener aún más control, aunque esto es solo una precaución adicional.

La sutura de colchonero horizontal se produce comenzando con la sutura de suspensión continua de manera habitual con la ligadura terminal. En la primera punción interproximal de la aguja de sutura, se inserta en un lado de la línea media de la base de la papila, se pasa bajo el tejido, volviendo a salir en el lado opuesto de la línea media de la papila y nuevamente a través del nicho interproximal. Esto proporciona los hilos paralelos de la sutura horizontal de colchonero.

SUTURA PERIOSTICA.-

El periostio es una capa extremadamente fina de tejido. Sin embargo, el periostio bucal molar mandibular es muy deficiente del que se encuentra en otras zonas. - Se le puede comparar a una capa facial de tejido no adherido al hueso, sino más bien apoyada encima de él.

En cambio el periostio que cubre las zonas faciales de las bicúspides mandibulares y de los dientes anteriores, así como el del aspecto facial de todos los dientes del maxilar superior, se halla firmemente ligado al hueso subyacente. En estas zonas el periostio se encuentra en la mayoría de los casos unido al hueso alveolar.

Cuando se sutura el periostio, el tejido debe sujetarse en la misma zona en que debe cicatrizar. La aguja debe penetrar el tejido perpendicularmente a este y al hueso. Solo de esta manera puede amarrarse el tejido al periostio con cierta seguridad de éxito. A continuación se rota la aguja en sentido contrario al que va a seguir. Es importante advertir que el eje de rotación de la aguja es su punta y no su centro. Obviamente, debe cuidarse de no presionar con demasiada fuerza sobre el hueso, ya que no solo se embotará la punta, sino que la aguja -

puede penetrar en el hueso o ser retenida por cualquier irregularidad superficial de la tabla cortical.

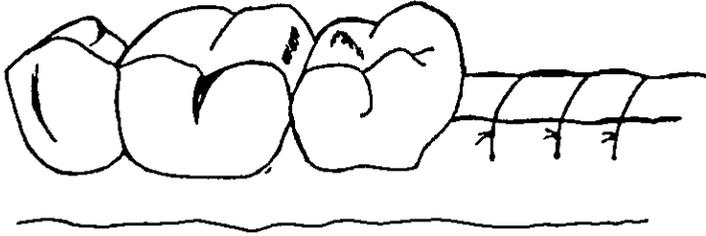
Después de rotar la aguja, se le desliza a lo largo de la superficie del hueso durante un corto espacio. Para no perforar el periostio y no desprenderlo de la tabla cortical del hueso, es necesaria otra rotación. Sin embargo, en este momento el eje de rotación se halla en el punto de la aguja donde se embute el material de sutura. Si tiene éxito esta última rotación, la aguja saldrá del tejido. No obstante, a veces es necesario rotar la aguja, detener su movimiento y después presionar el tejido contra la punta de la aguja.

Esto puede hacerse con un instrumento o con la propia mano. Una vez salida la aguja, debe comprobarse si ha resultado bien este paso. Una manera fácil de verlo consiste en tirar ligeramente de los dos cabos de la sutura con una mano y mover el tejido en sentido coronal-apical.

Si se mueve el margen gingival del tejido al agitar de este modo la mucosa, no ha resultado bien la sutura periosteal y ha de intentarse de nuevo, en lugar de limitarse a rematarla y recurrir a la protección

periodontal cemento quirúrgico para mantener fijo el te
jido, como si no hubiera hecho la sutura. (3)

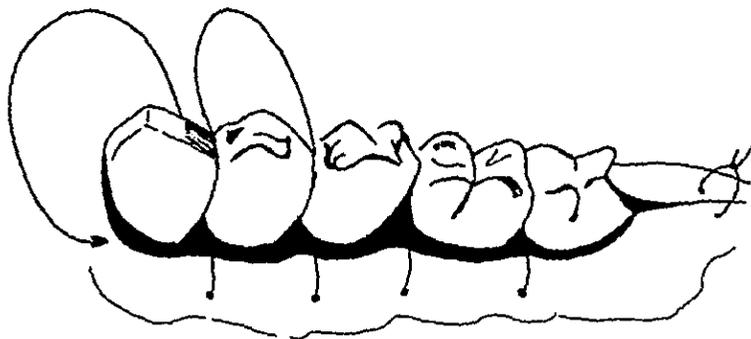
A) SUTURA INTERRUPTA.



B) SUTURA SUSPENSION SIMPLE.



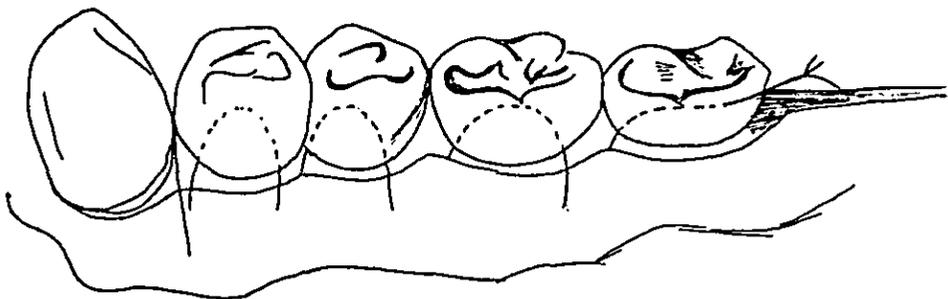
C) SUTURA DE SUSPENSION CONTINUA.



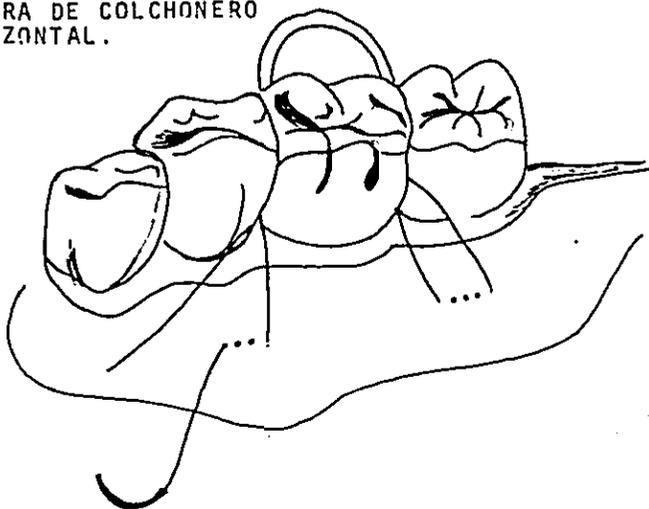
D) SUTURA DE COLCHONERO VERTICAL.



E) SUTURA DE COLCHONERO VERTICAL.



F) SUTURA DE COLCHONERO HORIZONTAL.



CAPITULO III

" APOSITOS PERIODONTALES. "

CAPITULO III

" APOSITOS PERIODONTALES. "

GENERALIDADES.-

Un apósito periodontal o cemento quirúrgico es una sustancia aplicada para cubrir las heridas gingivales durante su cicatrización. Están indicadas después de la mayoría de los procedimientos quirúrgicos periodontales, pero por lo general no son necesarios después del curetaje gingival. El propósito principal de los apósitos periodontales es proveer confort al paciente protegiendo la cicatrización de la herida de los traumatismos inadvertidos provocados durante la alimentación u otras actividades normales.

Aunque no mejoran la cicatrización de la herida persiste, al no permitir que la herida sea perturbada reducen las probabilidades de hemorragias secundarias o de alteraciones de la cicatrización. (9)

El apósito ha sido utilizado como un dispositivo mecánico para el control del colgajo y no como un aparato de protección. (11)

Hay dos tipos básicos de apósitos periodontales, -- los que contienen eugenol y los que no lo contienen. (9)

Apósitos de base de óxido de zinc y eugenol:

Se utilizaban ampliamente en las gingivectomías; el eugenol atenúa el dolor sobre la dentina y tejido conjuntivo expuesto. También es un antiséptico, propiedad que puede afectar el crecimiento de bacterias. (6)

Estos apósitos tienen una base de óxido de zinc y eugenol. Se los presenta como un polvo y un líquido que deberán ser mezclados.

El óxido de zinc, utilizado como elemento de fraguado, forma al ser mezclado con el eugenol una masa que -- endurece. El polvo contiene también resinas, ácido tánico, fibras de celulosa y acetato de zinc, en tanto --- que el líquido además del eugenol puede contener aceites vegetales, timol y colorantes.

El óxido de cinc, puede ser sustituido con otros - metariales similares como el óxido de magnesio. El eugenol es suavemente antiséptico y tiene un ligero efec-

to sedante. Los aceites vegetales, añadidos al líquido con el fin de disolver el eugenol, incrementarán la plasticidad del apósito y reducirán parte de la irritación tisular causada por el eugenol. El timol es un antiséptico suave. A veces se producen reacciones de sensibilidad cuando se emplean apósitos de óxido de cinc y eugenol, y suele ser este último el que provoca esa clase de reacción. (7)

Mezcla de los apósitos con eugenol:

- 1.- Los apósitos con eugenol consta de un polvo (que contiene óxido de zinc, resina, ácido tánico, etc.) y un líquido (que contiene eugenol y otros aceites) que deben ser mezclados entre sí. Coloque 8 a 10 gotas del líquido y alrededor de una cucharada de polvo sobre un bloque de mezcla de papel.
- 2.- Mezcle gradualmente pequeñas porciones de polvo con el líquido. Emplee una espátula metálica o un abate lenguas descartable de madera. Asegúrese de que cada porción esté completamente mezclada antes de agregar la siguiente.
- 3.- Cuando la mezcla se ha transformado en una masa es--

pesa, agréguele el resto de polvo y amáselo entre los dedos hasta lograr una consistencia firme, espesa, no pegajosa, similar a la de la masilla. El apósito está ahora listo para ser utilizado.

4.- Arróllelo en longitudes que se adapten al sitio quirúrgico. (9)

Apósitos de óxido de zinc sin eugenol:

Estos son envasados como dos pastas que forman una masa pegajosa al mezclarse entre si. El fraguado es firme aunque más blando que el de los apósitos de óxido de zinc y eugenol. Como no existe eugenol tampoco hay el sabor desagradable. La mayor parte de los periodontistas que emplean apósitos eligen a uno de este grupo. (6)

La ventaja adicional de poder premezclar una gran cantidad de curación, dividiéndola en porciones más pequeñas, envolviendo individualmente éstas en papel encrado, y congelándolas después.

Las secciones congeladas pueden retirarse en el momento deseado del congelador y ablandarse bajo un cho--

rro de agua caliente. (12)

Mezcla de un apósito no genético:

- 1.- Sobre un bloque de mezcla exprima longitudes iguales de materiales de los tubos 1 y 2, aproximadamente -- unos 2.5 centímetros por cuadrante. No permita que se pongan en contacto hasta que esté listo para comenzar la mezcla.
- 2.- Con el extremo de un baja-lengua descartable mezcle rápidamente las dos pastas juntas sobre una pequeña zona del bloque de mezcla hasta que se hayan incorporado por completo. Los colores deben fundirse -- completamente y la mezcla debe tener un color rosado claro uniforme.
- 3.- Con el costado del baja-lengua espátule la masa para determinar si sus componentes están totalmente mezclados. Las estrías de los colores originales -- indican que se requiere más espátulado.
- 4.- Cuando la mezcla esté completa, raspe el material -- del bloque de mezcla, cargándolo en el baja-lengua.
- 5.- La mezcla va a fraguar en unos minutos. Lubrique -- sus dedos con agua, jabón o vaselina y fíjese si la

mezcla tiene cambios de consistencia. Está lista -- para ser utilizada cuando está firme, no pegajosa -- semejante a la masilla.

- 6.- El fraguado puede acelerarse colocando la mezcla en agua caliente durante diez segundos inmediatamente - después de haber terminado el espatulado.
- 7.- Luego se coloca en agua fría hasta que alcanza la -- consistencia deseada. (9)

También se utilizaron los cianocrilatos como apósitos periodontales con éxitos diversos. (7)

Los cianocrilatos, que tienen una fórmula básica de $CH = c(CN) - COOR$, con capaces de unir tejidos vivos y - húmedos. Las formas butílicas e isobutílicas son los -- más aceptables dentro de la cavidad bucal.

La forma metílica que algunas veces se emplea en el laboratorio dental tiene propiedades superadhesivas aunque también es tóxica para los tejidos por lo que se prefiere destinarla a menesteres caseros. (6)

Los cianocrilatos butílico e isobutílico, aplicados a las zonas mucogingivales, fungen como capas protecto--

ras y son exfoliadas en un período de cuatro a siete --- días. En los tejidos más profundos sólo son fagocitados en parte, por lo que se procurará limitar su aplicación a la superficie.

Los cianocrilatos butílicos e isobutílicos son idea les como apósitos periodontales por los siguientes motivos: su aplicación es fácil, pueden hacerse aplicacio-- nes secundarias sin retirar el apósito anterior, es un - hemostático eficaz, presenta la descamación espontánea-- en una semana, y la aceptación por el paciente es exce-- lente. (6)

Se les aplica líquido directamente sobre la herida o mediante un rociado (spray). Aunque la aplicación de este tipo de apósito es sencilla, sus propiedades -- a menudo no satisfacen las expectativas clínicas, por - lo cual su uso por el momento está más bien limitado.

Se observará que los apósitos sin eugenol también pueden provocar reacciones de hipersensibilidad. (7)

El apósito periodontal debe tener las siguientes - propiedades:

- 1.- El apósito debe ser blando, pero con la plasticidad y la flexibilidad suficientes para facilitar su colocación en el área operada y permitir la adaptación correcta.
- 2.- El apósito debe fraguar en un tiempo razonable.
- 3.- Después de fraguado, el apósito debe tener rigidez suficiente para prevenir su fractura y desplazamiento.
- 4.- El apósito debe tener preferentemente un efecto bactericida para evitar la formación excesiva de placa.
- 5.- El apósito además debe poseer una superficie para evitar la irritación de carrillos y labios.
- 6.- El apósito no debe interferir perjudicialmente en la curación. (7)

OBJETIVOS DE LOS APOSITOS,-

- 1.- Proteger la zona de la herida. El traumatismo del sitio quirúrgico siempre es posible, o sea, que puede prevenir de un fragmento afilado de alimento o durante el cepillado de los dientes. El apósito pro

tege la herida contra estas lesiones o impide que la lengua frote o juegue con las zonas afectadas.

- 2.- Favorecer la comodidad del paciente: después de gingivectomía, gingivoplastia, injertos, procedimiento para la profundización de vestibulo y otros procedimientos que dejan tejido conjuntivo sin protección (el hueso siempre deberá estar cubierto por tejidos blandos), un apósito bien colocado mantendría más cómodo al paciente.

Terminados los procedimientos de colgajo mucogingivales, no es evidente que se necesite un apósito para garantizar la comodidad del paciente. Varios estudios indican que algunos materiales de apósitos contienen propiedades antibacterianas o antifungistáticas y reducen por tanto la inflamación y el dolor.

- 3.- Mantenimiento de una zona libre de detritus: los apósitos corrientes aun cuando estén bien adaptados, forman un espacio con el sitio quirúrgico y pueden penetrar en el microorganismo y materiales extraños. Sin embargo, los residuos de mayor tamaño no pueden penetrar cuando un apósito cubre esta zona.

- 4.- Controlar el sangrado: la hemorragia deberá cohibirse antes de la colocación de un apósito, ya que - -

éste no debe ser empleado para la colocación de un -
apósito, ya que éste no debe ser empleado para este-
fin.

Una excepción es el cianocrilato por sus propieda---
des hemostáticas sobresalientes. Como protector ---
de los tejidos de reparación, un apósito ayuda a man-
tener el coágulo inicial y evitar el sangrado provo-
cado por el traumatismo. (6)

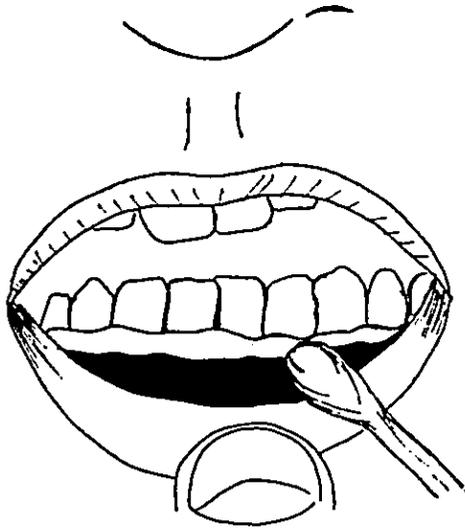
- 5.- Obtener y mantener una adaptación de los colgajos --
mucosos al hueso subyacente (en especial se ha reubi-
cado apicalmente un colgajo). (7)

COLOCACION DE APOSITOS QUIRURGICOS.-

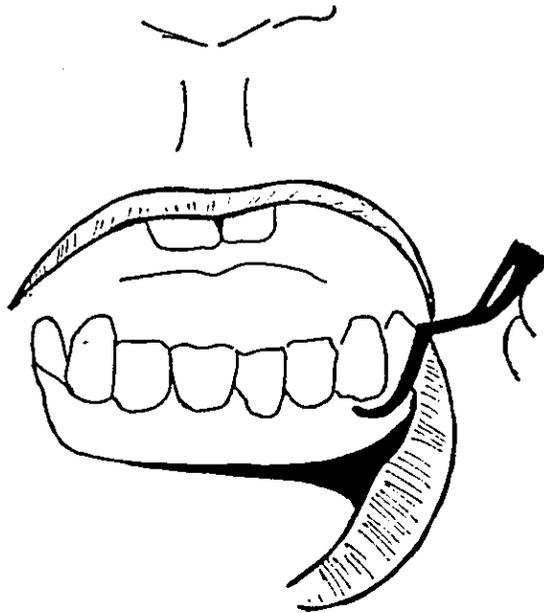
- 1.- Cuando la mezcla ha alcanzado la consistencia ade--
cuada forme rodillos de longitudes que cubran la --
extensión del sitio quirúrgico.
- 2.- aspire la sangre y la saliva que pudieran haberse -
acumulado en la boca del paciente. Seque el sitio-
quirúrgico con una gasa. Coloque una longitud de -
material en el margen gingival a lo largo del sitio
quirúrgico.

- 3.- Con presión digital adapte el material al contorno de los dientes y los tejidos blandos forzándolo al interior de los espacios interdentarios.
 - 4.- Con un hisopo de algodón humedecido o con una cureta, presione el apósito interproximalmente.
 - 5.- Esto le proveerá retención.
 - 6.- Haga el recorte muscular con los carrillos, los labios y la lengua para asegurarse de que el cemento no esté sobreextendido. No debe moverse ni desplazarse por la acción muscular.
 - 7.- Con una cureta fostonee el apósito alrededor de cada diente de manera que siga la unión amelocementaria.- Esto va a mejorar el aspecto del paciente mientras lleva el apósito, haciéndolo menos notable.
 - 8.- El apósito no debe extenderse en sentido incisal -- más allá del ecuador. Haga que el paciente cierre para asegurarse de que no interfiera con la oclusión.
- (9)

Es indispensable colocar el apósito con cuidado, de tal modo que cubra la herida y rellene los espacios interdenciales por completo. Se debe adaptar por medio del movimiento de los carrillos, labios y lengua, y se deben eliminar todos los excedentes. (8)



A) Colocación de un apósito.



B) Modelado del apósito.

CASUISTICA.

CASO CLINICO No. 1

NOMBRE: Carmen Gómez Salazar

EDAD: 59 años

SEXO: Femenino

OCUPACION: Hogar

ANTECEDENTES FAMILIARES: La paciente refiere que su madre murió hace 4 años y su padre padece del corazón.

ANTECEDENTES PERSONALES: Refiere la paciente haber padecido enfermedades propias de la niñez como el sarampión, a los 22 años de edad fue operada de la apéndice; no presenta alergia a ningún medicamento y/o alimento. Su vivienda en buenas condiciones ambientales e higiénicas; dieta balanceada.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Higiene bucal regular; la paciente refiere que hace aproximadamente dos años y medio no visita al dentista; presenta algunas obturaciones de amalga-

en mal estado.

PADECIMIENTO ACTUAL: Presencia de sarro supragingival dolor en la hemiarcada superior-derecha, con bolsas parodontales de 6 y 7 mm.

DIAGNOSTICO: Periodontitis localizada.

PRONOSTICO: Favorable.

TRATAMIENTO: Control de placa bacteriana, corrección de la técnica de cepillado; se le hizo legrado parodontal se colocó sutura interdientaria utilizando hilo 3 ceros y se colocó cemento quirúrgico, citando a la paciente a los 8 días.

EVOLUCION: Al término de los 8 días se le quitaron puntos de sutura y el cemento quirúrgico; en la región del último diente se observó sangrado y enrojecimiento debido a que se buscó cicatrización por segunda intención, el resto de-

La cicatrización fue por primera intención observándose bien; se volvió a colocar cemento y se -
citó una semana después; al término de este tiempo se retiró el cemento y se observó el tejido -
en vías de cicatrización.

CASO CLINICO No. 2

NOMBRE: CARLOS RUIZ MENDEZ.

EDAD: 22 años

SEXO: Masculino

ANTECEDENTES FAMILIARES: El paciente refiere que sus padres viven y se encuentran en buen estado de salud.

ANTECEDENTES PERSONALES: Refiere el paciente haber padecido las enfermedades propias de la niñez; a los 12 años fue operadora de las amígdalas; no presenta alergia a medicamentos y/o alimentos. Su vivienda en buenas condiciones higiénicas y ambientales; su dieta es balanceada.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Higiene bucal regular; visita al dentista cada año; presenta obturaciones de amalgama en buen estado.

PADECIMIENTO ACTUAL: Presencia de placa bacteriana;-

presenta dolor localizado en la -
hemiarcada superior izquierda con
bolsas parodontales de 5 mm.

DIAGNOSTICO: Periodontitis simple.

PRONOSTICO: Favorable.

TRATAMIENTO: Eliminación y control de placa bacteriana
corrección de la técnica de cepillado; se
le hizo legrado parodontal, se colocó su-
tura interdentaria utilizando hilo tres -
ceros, después se le colocó cemento qui-
rúrgico, se citó ocho días después.

EVOLUCION: A los ocho días se le quitaron los puntos
de sutura y el cemento quirúrgico; la re-
gión del paladar se encontró bastante - -
bien; por vestibular en la región del se-
gundo premolar y primer molar el tejido -
se encontró un poco enrojecido y con un -
poco de hemorragia.

Se le indicó al paciente que empezará su-
cepillado normal en la región de la ciru-

gfa y se le citó para una semana después, al término del cual se observó que el tejido va en vías de cicatrización.

CASO CLINICO No. 3

NOMBRE: Aracely Rios M.

EDAD: 14 años

SEXO: Femenino

ANTECEDENTES FAMILIARES: La paciente refiere que sus padres ambos viven y poseen buena salud.

ANTECEDENTES PERSONALES: Refiere la paciente haber padecido las enfermedades propias de la niñez; no presenta alergia a medicamentos y/o alimentos. Su vivienda es de buenas condiciones higiénicas y ambientales; lleva una dieta equilibrada.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Presenta higiene bucal regular que hace tres años fue con el dentista; presenta obturaciones de amalgama en mal estado, además se le observan caries en varias piezas dentarias.

PADECIMIENTOS ACTUAL: Presencia de placa bacteriana;

presencia de encfa roja brillante-
en el maxilar superior con bolsas-
parodontales de 5 y 6 mm.

DIAGNOSTICO: Parodontitis simple.

PRONOSTICO : Favorable.

TRATAMIENTO: Eliminación y control de placa bacteria--
na, corrección en la técnica de cepillado
se le hizo legrado parodontal en el maxi-
lar superior colocando sutura interdenta-
ria utilizando hilo tres ceros, se colocó
cemento quirúrgico; se le dió cita a la -
paciente 8 días después.

EVOLUCION: Al término de ese tiempo se retiraron pun-
tos de sutura y cemento quirúrgico, se le
dijó a la paciente que empezará a cepi- -
llarse con cuidado en la zona operada y -
que mantuviera higiene en toda su boca. -
Se citó a los 8 días, al término de los -
cuales se pudo observar el buen avance --
en la cicatrización del tejido.

CASO CLINICO No. 4

NOMBRE: Yolanda López Infante.

EDAD: 34 años

SEXO: Femenino

OCUPACION: Hogar

ANTECEDENTES FAMILIARES: No reporta haber dato patológico interesante considerando a la familia en buen estado de sa lud.

ANTECEDENTES PERSONALES: No recuerda haber padecido a -- las enfermedades propias de la -- niñez; es multípara con 8 hijos no presenta alergia a medicamen tos, su vivienda es de buenas - condiciones higiénicas y ambien tales; dieta balanceada.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Presencia de encía roja bri- llante de consistencia blanda -- que sangra con facilidad, dolor- generalizado en la arcada infe-- rior con bolsas parodontales de- 6 mm.

- DIAGNOSTICO:** Periodontitis generalizada
- PRONOSTICO:** Favorable.
- TRATAMIENTO:** Eliminación y control de placa bacteriana, corrección de la técnica de cepillado, se le hizo legrado parodontal colocando sutura interdentaria utilizando hilo tres ceros, se colocó cemento quirúrgico; se citó a la paciente 8 días después.
- EVOLUCION:** Al término de los 8 días se retiraron puntos de sutura y cemento quirúrgico, se le recomendó a la paciente que empezará a cepillarse con cuidado en la zona operada y se citó a los 8 días. Al término de este tiempo se observó el avance en la cicatrización del tejido.

CASO CLINICO No. 5

NOMBRE: Rebeca González H.

EDAD: 27 años

SEXO: Femenino

OCUPACION: Empleada.

ANTECEDENTES FAMILIARES: La paciente refiere que sus padres viven en aparente buen estado de salud, no reporta ningún dato patológico.

ANTECEDENTES PERSONALES: La paciente no recuerda haber padecido las enfermedades propias de la niñez, no presenta alergia a medicamento y/o alimento. Su vivienda es de buenas condiciones ambientales e higiénicas; dieta rica en proteínas y vitaminas.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Higiene bucal regular, refiere la paciente que hace un año fue con el dentista, presenta obturaciones en buen estado.

PADECIMIENTO ACTUAL: Presenta encía roja, brillante y --
blanda, un poco agrandada, placa --
bacteriana y tártaro dentario supra-
gingival en la arcada inferior, do-
lor en la zona de los molares con -
bolsas parodontales de 6 mm.

DIAGNOSTICO: Parodontitis simple.

PROMOSTICO: Favorable.

TRATAMIENTO: Eliminación y control de placa bacteria-
na, corrección de la técnica de cepilla-
do; detartraje y legrado parodontal de -
la arcada inferior se colocó sutura con-
tinua utilizando hilo 3 ceros y coloca--
mos cemento quirúrgico, se cito a la pa-
ciente una semana después.

EVOLUCION: Al término de la semana se removió el ce-
mento y se quitó la sutura inmediatamen-
te pudimos observar que el tejido estaba
en vías de una buena cicatrización a la-
cooperación de la paciente.

CASO CLINICO No. 6

NOMBRE: Jorge Daniel Bracho

EDAD: 28 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Vendedor

ANTECEDENTES FAMILIARES: Padres viven, en aparente buen estado.

ANTECEDENTES PERSONALES: Refiere el paciente haber padecido sarampión en su niñez, refiere también haber sido operado del apéndice, su estado general aparentemente bien de salud; no reporta alergia a medicamentos y/o alimentos. Su vivienda es aparentemente de buena condición higiénica y ambiental; dieta equilibrada.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Mala higiene bucal bucal, el paciente refiere que hace aproximadamente año y medio que no visita al dentista; presenta caries dental en varias piezas.

PADECIMIENTO ACTUAL: Presencia de placa bacteriana, tártaro dentario supragingival en el maxilar inferior con bolsas paradontales de 5 mm.

DIAGNOSTICO: Periodontitis generalizada.

PRONOSTICO : Favorable.

TRATAMIENTO: Eliminación y control de placa bacteriana, corrección de la técnica de cepillado, se le hizo legrado paradontal en la arcada inferior, se colocó sutura continua utilizando hilo tres ceros y se colocó cemento quirúrgico, se citó al paciente una semana después.

EVOLUCION: Al término de la semana se retiraron puntos de sutura y cemento quirúrgico se pudo observar que la zona operada se encuentra en vías de cicatrización, Se citó a los 8 días, al término de los cuales se pudo observar el buen avance en la cicatrización del tejido,

CASO CLINICO No. 7

NOMBRE: Fernando Lerma

EDAD: 27 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Empleado

ANTECEDENTES FAMILIARES: El paciente refiere que sus padres viven y se encuentran en buen estado de salud.

ANTECEDENTES PERSONALES: Refiere el paciente haber padecido varicela en su niñez, su estado general aparentemente -- bien de salud, no reporta alergia a medicamentos y/o alimentos su vivienda es aparentemente -- de buena condición higiénica y ambiental; dieta equilibrada.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Buena higien bucal, el paciente refiere que cada 8 meses visita al dentista para evitar algún problema dental, y no posee ninguna caries.

PADECIMIENTO ACTUAL: Refiere que tiene una semana con un dolor muy fuerte de sus dientes y no lo deja dormir, y últimamente -- siente que se le están moviendo sus dientes.

DIAGNOSTICO: Extracción del tercer molar inferior izquierdo incluido.

PRONOSTICO: Favorable.

TRATAMIENTO: Eliminación del tercer molar inferior. Se colocó sutura suspensoria utilizando hilo tres ceros. Se citó al paciente una semana después.

EVOLUCION: Al término de la semana se le quitó la sutura inmediatamente pudimos -- observar que el tejido estaba en -- vfas de cicatrización.

CASO CLINICO No. 8

NOMBRE: Luis Alberto Zamudio

EDAD: 43 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Maestro

ANTECEDENTES FAMILIARES: El paciente refiere que su madre padece de diabetes y su padre murió hace un año.

ANTECEDENTES PERSONALES: Refiere el paciente haber padecido enfermedades propias de la niñez como el sarampión, es - - alergico a la carne de cerdo, - no presenta alergia a medicamentos. Su vivienda en buenas condiciones ambientales e higiénicas.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Higiene bucal mala, el paciente refiere que hace aproximadamente 4 años no visita al dentista; presenta algunas obturaciones en mal estado.

PADECIMIENTO ACTUAL: Presencia de agrandamiento gin-

val y bolsas parodontales falsas -
de 55 mm.

DIAGNOSTICO: Agrandamiento gingival.

PRONOSTICO: Favorable.

TRATAMIENTO: Eliminación y control de placa ---
bacteriana, corrección de la técni
ca de cepillado, se le hizo gíngi-
vectomía en la arcada inferior, y-
se le colocó cemento quirúrgico --
se citó al paciente una semana des
pués. Para cambio de apósito y se
volvió a citar a la siguiente sema
na.

EVOLUCION: Al término de la semana se le reti
ró el apósito quirúrgico para reví
sión y se observó que el tejido --
iba en vías de cicatrización y - -
se volvió a colocar el apósito.

A la siguiente semana se notó un -
poco más cicatrizado, y se citó en
intervalos de 2 a 3 semanas duran-

te 2 meses.

Que es cuando se presenta la queratinización y reparación.

CASO CLINICO No. 8

NOMBRE: Hugo Gutiérrez Zamora

EDAD: 45 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Negociante.

ANTECEDENTES FAMILIARES: El paciente refiere que su padre padece del corazón y su madre tiene problemas renales.

ANTECEDENTES PERSONALES: Refiere el paciente que durante su niñez padeció de sarampión, no reporta alergia a medicamentos y/o alimentos. Su viviendas de buena condición higiénica y ambiental; dieta equilibrada.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Regular higiene bucal, presenta obturación de amalgama en regular estado.

PADECIMIENTO ACTUAL: El paciente refiere que tiene 5 días con dolor muy fuerte. A la exploración clínica se observa que el 3er. molar superior -

derecho se encuentra con caries --
muy avanzada.

DIAGNOSTICO: Extracción del tercer molar supe--
rior derecho con caries.

PRONOSTICO: Favorable.

TRATAMIENTO: Eliminación del tercer molar supe--
rior derecho se colocó sutura in--
terdental interrumpida, utilizando
hilo 3 ceros.

Se citó al paciente a los 8 días.

EVOLUCION: Al término de los 8 días se le quitó
la sutura inmeditamente pudimos --
observar que el tejido estaba en -
vfas de cicatrización.

CASO CLINICO No. 10

NOMBRE: Angel Herrera

EDAD: 19 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Estudiante

ANTECEDENTES FAMILIARES: El paciente refiere que sus --
padres poseen muy buena salud.
Los demás familiares en aparente
estado de salud.

ANTECEDENTES PERSONALES: Refiere el paciente haber padeci
do enfermedades propias de -
la niñez, a los 15 años fue --
operado de las amígdalas; no -
presenta alergia a ningún medica
mento y/o alimento. Tabaquismo
(+). Su vivienda en buenas
condiciones ambientales e higién
icas; dieta balanceada.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Higiene bucal regular; el -
paciente refiere que hace una-
semana visitó a un dentista --

para una extracción de un primer molar inferior izquierdo. Presenta obturaciones en buen estado.

PADECIMIENTO ACTUAL: El paciente refiere un severo dolor en la región de la extracción a los 3 días empezó con inflamación y un olor muy desagradable y limitación del movimiento mandibular al cuarto día.

DIAGNOSTICO: Alveolitis

PRONOSTICO: Favorable

TRATAMIENTO: Se anestesió al paciente y posteriormente se procedió a limpiar el alveolo y se le colocó un apósito con líquido de cemento quirúrgico. Y se le receto ampicilina de 500 mg cápsulas cada 8 horas y también Naxopren sódico de 500 mg. cada 6 horas y se citó al paciente al tercer día para revisión.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EVOLUCION:

El paciente fue citado al tercer día --
y se observó que el alveolo se encontraba
en vías de recuperación.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

Al colocar una sutura lo que se pretende es cerrar una herida o fijar una pieza de tejido. Es decir, su intención es colocar una pieza de tejido en determinada posición, normalmente diferente de la que ocupaba antes de la operación.

Los apósitos quirúrgicos han sido motivo de discusión, ya que muchos profesionales en el campo de la odontología afirman que desde el punto de vista de la cicatrización un apósito periodontal no presente beneficio alguno. Afirman que en realidad su presencia puede inhibir el proceso de reparación. Los apósitos ordinarios por bien que hayan sido adaptados, permiten el paso de bacterias y líquidos hacia la zona de la herida.

La prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales ha avanzado mucho en los últimos años. No puede afirmarse lo mismo en el campo de las suturas y apósitos quirúrgicos, ya que en la actualidad la mayoría de los odontólogos usan las mismas suturas y apósitos de hace 10 años.

En realidad los materiales son adecuados para los -
objetivos deseados. Sin embargo, los adelantos son inmi-
nentes y en 10 años más la situación será muy diferente-
a la de hoy en día.

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

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ARCHUNDIA, GARCIA ABEL.
Educación quirúrgica.
Editorial Francisco Mendez Cervantes
México, D.F., 1983
P.P. 208, 229
- 2.- CALDERON P., SANTIAGO W.
Principios fundamentales de Nosología
Editorial Font.
Guadalajara, Jalisco, México., 1984
Edición 1ra.
P.P. 249, 254
- 3.- CHALKIN, W., RICHARD
Fundamentos clínicos prácticos del tratamiento perio
dotal.
Editorial Quintessence Books.,
Berlin, Alemania., 1977
Edición 1ra.
P.P. 59, 73
- 4.- HILL, GEORGE J. II
Cirugía menor
Editorial Interamericana
México, D.F., 1980
Edición 1ra.
P.P. 62, 63

- 5.- HOWARD, L. WARD.
Manual de Periodontología clínica
Editorial Mundí.
Buenos Aires, Argentina., 1975
P.P. 92, 95
- 6.- LEVIN, MARVIN
Clínicas odontológicas de Norteamérica.
España., Vol. 4., 1980
P.P. 775, 771
- 7.- LINDHE, JAN
Periodontología Clínica
Editorial Panamericana.
Buenos Aires, Argentina., 1986
P.P. 364, 366
- 8.- MANSON, J.D.
Manual de Periodoncia
Editorial El Manual Moderno.
México, D.F., 1986
Edición 1ra.
P.P. 150, 151
- 9.- PATTISON, GORDON L & MATSUSHI., PATTISON ANA.
Instrumentación en Periodoncia
Editorial Panamericana.
Buenos Aires, Argentina., 1985
Edición 1ra.
P.P. 319, 329

- 10.- SANCHEZ SILVA, ALFONSO
Introducción a la Técnica Quirúrgica
Editorial Francisco Mendez Cervantes
México, D.F., 1978
P.P. 627, 629
- 11.- SCHLUGER, SAUL., YUDELLIS, RALPH & PAGE, ROY.
Enfermedad periodontal
Editorial Continental.
México, D.F., 1981
P.P. 501, 519
- 12.- STONE, STEPHEN * KAILS, PAUL J.
Periodontología
Editorial Interamericana
México, D.F., 1978
Edición 1ra.
P.P. 210, 208