

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

LA BOLSA PERIODONTAL
Y SU TRATAMIENTO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA EL PASANTE
OTTO BUITRAGO CHOISEUL



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.

A mis padres:

Dr. Justiniano Buitrago
Rosita Choiseul de Buitrago

Con amor sublime y agradecimiento eterno.

A mis hermanos:

Mary
Iona
Jorge
Pablo

Con cariño.

76982
76758.

A mis tíos y sobrinos.

A mis cuñados:

! Consuelo del Rosal De Buitrago
George Ankunding

A mis maestros:

Con admiración y reconocimiento.

Al Dr. Roberto Rojo de la Vega.

Sin su ayuda no me hubiese sido posible la
realización de mi tesis.

A mis amigos

P R E F A C I O

Es el estudio de la Parodencia de importancia trascendental para el buen desarrollo de nuestras funciones profesionales. Pues a diario ocurren al consultorio enfermos que solicitan ser curados de padecimientos en las encías.

Cierto es que la Parodencia es una especialidad, dentro de nuestra especialidad, pero el dentista general tiene la obligación de intervenir en todos y cada uno de los casos de padecimientos periodontales, que no ameriten la intervención del especialista.

A continuación expongo el modesto trabajo que constituye mi tesis, haciendo un breve estudio sobre la bolsa periodontal y sus tratamientos.

Para terminar permitaseme abogar a la magnanimidad de los miembros del H. Jurado para que se tome en cuenta el esfuerzo que para mí significa la realización de este trabajo.

C A P I T U L O I

BOLSA PERIODONTAL

DEFINICION:

Llábase bolsa periodontal al surco gingival patológicamente profundizado por la enfermedad periodontal.

SINTOMATOLOGIA:

Realmente la forma más segura para constatar la existencia de bolsas periodontales es la exploración armada - mediante el sondeo del espacio entre el margen gingival y la superficie dentaria, teniendo dicho método la ventaja de darnos sentido de profundidad y dirección de la bolsa.

CLASIFICACION:

Las bolsas periodontales las podemos clasificar según sus relaciones con las estructuras subyacentes en: -- Bolsas relativas y bolsas absolutas.

La bolsa relativa es la que resulta de una inflamación de la encía, sin que haya habido migración apical de la adherencia epitelial, ni destrucción de los tejidos -- subyacentes.

La bolsa absoluta es la que resulta cuando hay migración de la adherencia epitelial hacia apical con destrucción de la membrana periodontal y hueso alveolar.

A su vez la bolsa absoluta la dividimos: en bolsa - gingival y bolsa infraósea.

La bolsa gingival resulta cuando el fondo de la misma está por encima del hueso alveolar subyacente.

La bolsa infraósea resulta cuando el fondo de la mis

ma esta adherido al diente en un nivel inferior al del --
huoso alveolar adyacente.

Las bolsas periodontales las dividimos también según
el número de caras del diente que abarcan en:

Bolsa simple cuando abarca una sola cara del diente.

Bolsa compuesta cuando abarca dos o más caras del --
diente.

Y bolsa compleja o en espiral que se origina en una
cara del diente y luego en forma envolvente se extiende --
a una o más caras del mismo. Esta bolsa como la compues-
ta ataca dos o más caras del diente pero se diferencia de
la misma en que tiene como punto de partida una pequeña --
porción del margen gingival de una de las caras luego en
forma envolvente se dirige a las demás caras, dejando el
margen gingival de las mismas intacto.

Para el diagnóstico y tratamiento es de gran impor-
tancia tener presente estos datos para que al realizar el
sondeo se haga tanto vertical como lateralmente. Evitan-
do así tratar una bolsa en espiral como si fuese simple.

C A P Í T U L O II

HISTOPATOLOGÍA DE LA BOLSA PERIODONTAL:

Consideraremos esta parte del estudio desde el punto de vista de los tejidos interesados.

Los cambios epiteliales que se llevan a efecto al -- formarse la bolsa periodontal los podemos considerar como proliferativos y degenerativos. Y desde el punto de vista de tejido epitelial dividiremos el surco en: adherencia epitelial, epitelio que tapiza la pared lateral y el epitelio del margen gingival.

Adherencia epitelial. Durante la formación de la bolsa la adherencia epitelial migra en dirección apical a lo -- largo de la raíz despegándose progresivamente la porción coronaria de la adherencia epitelial en la dirección antes dicha. Notándose cambios degenerativos en la adherencia epitelial de la base de la bolsa, que aún cuando son severos son generalmente menores que los que tienen lugar en el epitelio de la pared lateral de la bolsa.

La migración de la adherencia epitelial en el proceso de profundización del surco para la formación de la -- bolsa requiere células vivas y sanas por lo cual es lógico suponer que las alteraciones degenerativas en esta zona se realizan hasta después que la adherencia epitelial ha migrado hasta la posición en que se encuentra.

Epitelio de la pared lateral. En el epitelio de la pared lateral del surco, tienen lugar cambios proliferativos consistentes en crecimientos laterales de epitelio en tejido conectivo, formando una red de brotes epiteliales entrelazados o aislados, siendo en esta parte del epitelio donde se observan los fenómenos degenerativos mas -- serios. La ulceración y necrosis de la pared epitelial lateral facilita la formación del exudado purulento que -- es a veces característica clínica relacionada con la for-

nación de la bolsa. Además del exudado, el espacio creado por la bolsa contiene restos de comida en diversos estados de descomposición, restos celulares y mucinosos de saliva con tártaro que emerge de la superficie del diente. Esta demostrado que dicho contenido es de gran toxicidad. Ha sido exagerada la importancia del exudado purulento en la enfermedad periodontal destructiva, pero fundamentalmente la formación de pus no es más que un síntoma secundario de la enfermedad periodontal, no influyendo en la profundidad de la bolsa. Epitelio del margen gingival. Dicho epitelio es generalmente grueso en el diente afectado con bolsa periodontal, con proliferaciones de papilas en el conectivo subyacente. Siendo poco frecuente que el margen gingival de la bolsa en casos de inflamación presente degeneración y necrosis.

Tejido conectivo. La principal característica del tejido en la formación de la bolsa es la inflamación, --- siendo dicho proceso inflamatorio de naturaleza crónica, produciendo un aumento de volumen de la pared gingival de la bolsa que tiende a elevar el margen gingival en dirección coronaria contribuyendo así al aumento de la profundidad de la bolsa.

Afecciones de los dientes con bolsa periodontal. La necrosis del cemento se produce como resultado del descenso de la base de la bolsa en dirección apical. Pues al realizarse dicho movimiento quedan en el cemento denudado, restos incluidos de las fibras de Sharpey. Quedando dichas fibras expuestas a la acción de las bacterias y de los fluidos bucales, luego por la acción conjunta de dichos elementos se produce un ablandamiento en el contorno dentario normal, dato que se tendrá muy presente durante el raspaje para no confundir los bordes de dicho ablandamiento con sarro y además de que al raspar en dicha zona se deberá raspar hasta llegar a superficie dentaria firme.

Caries de la raíz. Microscópicamente aparece como una fragmentación granular de la pared cementaria con destrucción progresiva de la dentina por introducción de las

bacterias en los canaliculos dentinarios, en los casos avanzados hay lesiones periapicales y exposiciones pulpares. Clínicamente los síntomas de dicha dolencia son: sensibilidad a los dulces y a los cambios térmicos y también --- fuertes dolores.

En la pulpa: Los cambios que se efectúan son: calcificación intersticial e infiltración de células redondas y fibrosas.

Las razones por las cuales se deben eliminar las bolsas después de estudiar la histopatología son obvias, pero expondré a continuación razones que se enhebran con los cambios patológicos efectuados en el epitelio y tejidos vecinos.

Hay pérdida de hueso no ocasionada directamente por la bolsa periodontal pero si por el proceso inflamatorio que acompaña a este padecimiento, pues dicho proceso si ejerce un efecto destructivo sobre el tejido óseo.

Al realizarse la retracción de la adherencia epitelial queda un vacío formado por la pared lateral y la --- raíz propiamente dicha siendo dicho espacio propicio para el empaquetamiento de comida y frecuentemente de formación de pus. Dicho empaquetamiento de comida y por ende la presencia de bacterias favorece el desarrollo de --- caries del cemento.

El contenido de las bolsas periodontales es irritante del sistema digestivo.

Por las razones antes dichas se comprende la necesidad urgente de eliminar las bolsas en bocas enfermas. Y por eliminación de las mismas entendemos la reducción de la profundidad de la bolsa hasta límites de normalidad.

Al hablar de eliminación de la bolsa es necesario --- que dicha eliminación sea completa, pues una eliminación parcial aunque aparentemente produce cambios en el espec-

to de la encía, no nos conduce a la preservación de la sa
lud de los tejidos periodontales.

C A P I T U L O I I I

MÉTODOS DE ELIMINACIÓN DE LA BOLSA.

Tenemos dos métodos: el llamado conservador que consiste en raspaje y curetaje; y el método radical, que se refiere a las diferentes formas quirúrgicas de tratamiento.

Antes de proceder en una u otra forma de tratamiento debemos de tener certeza, sobre cual de los métodos emplearemos en cada caso, certeza que adquiriremos después de efectuado un reconocimiento detallado sobre la naturaleza de las bolsas; estudio que incluye: posición, profundidad y la decisión sobre si el diente será tratado o extraído.

En la elección del tratamiento se considerará:

Que cuando más fibrosa y gruesa sea la pared gingival más difícil será eliminarla por métodos conservadores.

En cambio las reacciones inflamatorias de causa local responderán bien a los tratamientos conservadores.

Cuanto más profunda sea la bolsa más difícil será su eliminación por métodos conservadores, para que éstos sean efectivos la bolsa no deberá de tener más de cuatro milímetros de profundidad.

Las bolsas palatinas de canino a canino, las bolsas en zonas molares, máximo si se encuentran en los espacios interdentarios, son difíciles de tratar por los métodos conservadores.

Las pequeñas bolsas intraalveolares y las supraalveolares son las que mejor se pueden eliminar por tratamientos conservadores.

Las técnicas quirúrgicas deben ser divididas en dos

grupos.

Las que intervienen en tejidos blandos.

Y las que además de intervenir en tejidos blandos -- intervienen también en tejido óseo.

Las gingivectomías simples estarán indicadas en encías gruesas y fibrosas, encías hiperplásticas, zonas posteriores y bolsas supraalveolares profundas.

Las gingivectomías complicadas o sea las que también implican arreglo óseo estarán indicadas en bolsas intra-alveolares profundas, en las que se hace necesaria la eliminación de la pared ósea.

Método conservador: Llámase método conservador al -- conjunto de procedimientos (raspajes y curetajes) encaminados a la eliminación de la bolsa periodontal. El raspado de las piezas dentaria para la eliminación de la bolsa periodontal se lleva a cabo antes que el curetaje. Para lo cual se aísla el campo con rollos de algodón, aplicando a la zona por tratar un antiséptico como el mertiolate o -- el metafén. Aplicando un anestésico tópico o en caso necesario anestesia por infiltración o troncular. Se procede entonces a la eliminación de la capa superficial de tártaro mediante raspadores pesados. Al quitar esta capa se encuentra debajo de la misma la capa de tártaro subgingival misma que se elimina mediante el uso del raspador --- Younger Good (#7 y 8) el cual se introduce hasta el fondo de la bolsa y por debajo del borde inferior del tártaro y se elimina haciendo tracción hacia arriba si la pieza es inferior y hacia abajo si la misma es superior.

Para el alisamiento de la superficie dentaria se utilizan los raspadores aradores (Mc Call #3 y 8) para la -- eliminación de los depósitos profundos, el cemento necrótico y el alisamiento de las superficies radiculares. En la raíz se pueden encontrar zonas ablandadas ocasionadas por cambios necróticos o degenerativos que ha sufrido el cemen

to, dichas zonas reblandecidas serán removidas hasta que el instrumento toque con tejido dentario duro.

Seguidamente se practica el curetaje para tratar la cara interna de la pared blanda de la bolsa. Para lo cual se emplea la cureta de Julian Smith (#5 y 6) que por tener bordes cortantes en ambos lados alisa al mismo tiempo la superficie radicular. Por medio del curetaje se eliminará la cara interna de la pared lateral de la bolsa, para lo cual se coloca la cureta en un punto inmediatamente coronario a la adherencia epitelial, llevándosela a continuación a lo largo de la pared blanda hasta la cresta gingival, así se reseta la adherencia epitelial, eliminando el tejido degenerado, brotes epiteliales proliferados y tejido de granulación que forman la cara interna de la pared lateral de la bolsa, creando una superficie conectiva sangrante.

La eliminación de la pared lateral crea una superficie sangrante de tejido conectivo, fluyendo la sangre entre el tejido conectivo y el diente, formándose un coágulo. Esto da lugar a la formación de nuevas células conectivas, cementoblastos y osteoblastos llenándose así el espacio antes ocupado por el coágulo. Pero si la adherencia epitelial no es eliminada se imposibilita la readherencia de la membrana periodontal a la superficie dentaria en un punto coronario a la adherencia epitelial porque la cubierta epitelial de la cresta gingival se une a la adherencia epitelial dejada. Por lo que para impedir la creación de una barrera epitelial a la readherencia con la membrana periodontal el curetaje debe eliminar la adherencia epitelial.

Para la eliminación de la cara interna de la pared lateral de la bolsa y la adherencia epitelial se hará el curetaje en dos etapas. La primera consiste en la eliminación de la cara interna de la pared lateral desde un punto coronario a la adherencia epitelial. Colocándose la cureta por encima y detrás de la adherencia epitelial y con un movimiento envolvente se socava el epitelio y se lo desprende con un movimiento hacia afuera.

Luego con una tacita de hule con pasta de piedra pómez y agua se pulirá prolijamente la superficie radicular y la coronaria adyacente. Permitiendo la flexibilidad de la tacita el acceso a la zona subgingival sin traumatizar los tejidos.

Durante la operación se limpiará el campo de vez en cuando con torundas de algodón saturadas en partes iguales de agua y agua oxigenada al 3%.

Después de pulir las superficies radiculares se limpia el campo con agua tibia y se aplica una ligera presión para adaptar la encía a la superficie dentaria. Se despacha a continuación al paciente explicándole que puede comer como de costumbre pero deberá tener cuidado de evitar el acumulamiento de comida en las zonas tratadas.

CAPITULO IV

Se le hará ver al paciente la importancia de un correcto cepillado dental, en relación a su caso.

Método quirúrgico, Gingivectomia: es la serie de procedimientos quirúrgicos encaminados a la eliminación de la encía enferma que forma la pared de la bolsa.

Las ventajas que nos brinda la gingivectomia para la remoción de la bolsa periodontal son objetivas, pues al quitar la pared externa de la bolsa nos queda amplia visibilidad para llevar a cabo un raspaje ideal. Así también que al eliminar el tejido afectado por la dolencia, curará con más rapidez el tejido sano remanente.

INDICACIONES:

Bolsas periodontales profundas.
Lesiones de bifurcaciones y trifurcaciones.
Abcesos periodontales.
Capuchones pericoronarios.
Agrandamientos gingivales.

Es muy importante poder decidirse ya sea por uno u otro de los tratamientos o sea el conservador o el radical habiendo que descartar completamente los métodos "experimentales", o sea que al presentarse un paciente se "probará" primero el tratamiento conservador y si este fallara entonces se procederá al método radical. La decisión hecha sobre el tratamiento a seguir deberá ser antes de comenzar el mismo y después de haber estudiado el caso perfectamente bien, solo así se logrará tener éxito proporcional al interés que uno preste en cada caso. Basemos nuestro criterio en el siguiente axioma: "La existencia de una duda sobre la posibilidad de éxito en la eliminación de la bolsa, por medio de raspaje y curetaje, constituye una indicación de gingivectomia".

MEDICACION PREOPERATORIA:

Se empezará a preparar al paciente desde su primera visita haciéndole ver las ventajas de la realización de la operación, quitándole todo concepto erróneo que dicho paciente tenga de la intervención, aplicándole lo que yo llamo preparación psicológica, o sea haciendo que ese paciente tenga una confianza racional y lógica en uno, de tal manera que al llegar a la sala de operaciones, esté lo más tranquilo posible lo que será de gran ayuda para nosotros. La medicación preoperatoria con Nembutal 30 minutos antes de la operación se recomienda.

Naturalmente que antes de comenzar la operación, debemos de haber planeado paso por paso toda la operación. Una vez teniendo en mente lo que haremos, se procederá a dividir la boca en cuadrantes, mismos que se operarán uno por semana. Se empezará por el cuadrante inferior derecho pues se le puede anestesiar con menos número de inyecciones además de poder operar en esa zona con más facilidad. Luego la siguiente semana se continuará con el cuadrante superior derecho, de tal manera que el paciente disponga del lado izquierdo de la boca para comer. Luego se operarán en la misma forma el cuadrante inferior izquierdo y luego al superior del mismo lado.

Una vez anestesiada la región por tratar se procede a establecer el curso y profundidad de la bolsa, lo cual se obtendrá mediante el empleo de la pinza de Crane Kaplan que están diseñadas para determinar el nivel de la adherencia, marcándolo en la encía de una vez. Dicha pinza consta de un extremo explorador y un extremo bisturí en ángulo de noventa grados. Se inserta el extremo explorador hasta el fondo de la bolsa y se cierra el extremo bisturí sobre la mucosa quedando marcada ésta con un punto sangrante. La aplicación de esta pinza a todas las bolsas, producirá una serie de puntos sangrantes que dirigirán al operador para hacer la incisión.

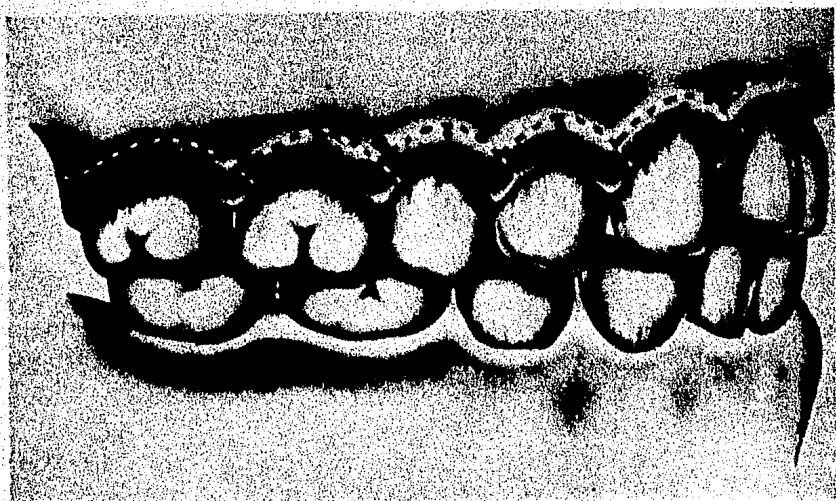
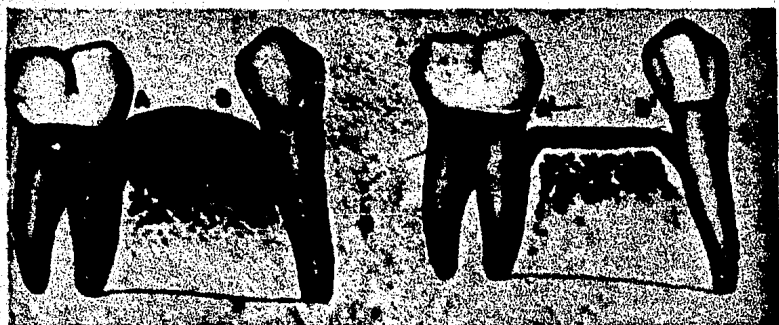
INSICION:

Hay varios métodos para hacer las incisiones pero el más adecuado por asegurar un completo desprendimiento de la papila interdientaria, es la técnica de incisión discontinua, misma que se ilustra en la página siguiente (Figura inferior).

Para la incisión discontinua se incide desde el ángulo distovestibular del último diente, siguiendo esta incisión por toda la cara vestibular del mismo, pasando por el espacio interproximal, hasta terminar en el ángulo distobuccal del margen gingival del diente que le sigue, la forma de la incisión puede variar, según la lesión pero generalmente es una incisión semilunar. La siguiente incisión comienza en el punto en que la misma cruza el espacio interproximal, variará dicho punto según la profundidad de la bolsa interproximal, se hará la incisión en la misma forma antes dicha, repitiéndolas hasta llegar a la línea media. Al llegar aquí deberá tenerse especial cuidado en la inserción del frenillo. Pues las incisiones de cada lado del mismo, deberán unirse en la forma de V, no debiendo hacerse incisiones horizontales a través del frenillo, si éste estuviere insertado a la pared de la bolsa, se desprenderá con todo y pared. Una vez hechas las incisiones vestibulares, se repetirá el procedimiento hacia palatino, mediante incisiones discontinuas hasta llegar a la línea media, aquí deberá tenerse cuidado de no lesionar los vasos del conducto incisivo situado entre los dos centrales, lo cual se evitará procurando no hacer incisiones horizontales a través de la papila incisiva.

Cuando ya están hechos los cortes por vestibular y palatino se procederá a unirlos por medio del corte distal del último molar erupcionado. Para lo cual se tomará el instrumento de Kirkland # 15 ó 16 de modo de tomar la cara distal de la encía en un punto inmediatamente debajo del fondo de la bolsa debiendo llegar a la hoja hasta la superficie dentaria y debiendo dejar un margen angulado.

Cuando se presenta el caso de bolsas en dientes vaci



nos a un espacio desdentado, la incisión se hará uniendo el fondo de dichas bolsas, técnica que se ilustra en la -- página anterior (Figura superior).

Una vez que ya se ha incidido a todo el alrededor --- del cuadrante se procederá a desprender el margen gingival, empezando de la cara distal del último molar debiendo efectuarse dicha operación con los instrumentos de Kirkland -- No. 12, 13 y 14. Una vez que se desprende la encía distal, se procederá a eliminar la encía vestibular y del espacio interproximal, hasta llegar al final de la incisión, procediéndose inmediatamente después a eliminar la encía palatina. Para desprender la encía se debe introducir el instrumento hasta tocar con tejido dentario traccionándose -- hacia corona lenta pero firmemente.

Ya habiendo eliminado el tejido gingival tenemos el -- campo que deberá ser limpiado, a la vista, pudiendo apreciar en él y yendo de la corona hacia la raíz: tártaro --- supragingival y subgingival, la zona de adherencia epitelial y la superficie de corte, además se podrán encontrar caries o ablandamientos necróticos del cemento.

Antes de empezar el raspaje, es necesario remover el tejido de granulación, mismo que se quitará con las curetas de Julián Smith # 5 y 6 lo cual permitirá ver al operador con más claridad las superficies radiculares. Tanto la eliminación del tejido de granulación como el raspaje -- y curetaje se deberán hacer en forma sistemática, tratando primero las superficies vestibulares de todos los dientes, luego las linguales y finalmente los espacios interproximales.

Para la remoción del tártaro y del cemento necrótico.

por medio del raspaje, se seguirán las técnicas antes dichas. Debo de hacer hincapié en la importancia que tiene la eliminación del tártaro y el alisamiento de las superficies radiculares, inmediatamente después de la remoción del tejido de granulación, pues lógicamente las raíces serán más visibles y por lo tanto más accesibles a la instrumentación.

Antes de la aplicación del cemento quirúrgico en forma de apósito, debe el operador tener certeza de que cada uno de los dientes, esté libre de depósitos adherentes o pequeños fragmentos de tejido. Una vez controlado el campo se lavará con una solución Suero Fisiológico. Además se tendrá mucho cuidado de que no haya hemorragia y que toda la región intervenida esté cubierta por un coágulo uniforme y bien formado.

En caso de que hubiese hemorragia (ésta por lo general se presenta en zonas aisladas) debe contenerse pues de otro modo se dificultará la adaptación y el fraguado del cemento. Si las zonas de hemorragia se encuentran parcialmente cubiertas por coágulos, éstos deberán ser eliminados y la superficie limpiada con una torunda embebida en agua oxigenada. En casos rebeldes se presionará con la torunda en la zona hemorrágica, y de no ceder, se recurrirá al electrocauterio.

Hay muchos tipos de cemento quirúrgicos, siendo constituidos en su mayoría de un polvo, óxido de cinc y eugenol con ciertas modificaciones. Dabiéndose de preferir aquel que sea más fácil de manejar y colocar, que proporcione un tiempo de trabajo razonable antes de fraguar, que una vez fraguado sea lo suficiente firme para resis-

tir la masticación sin desmenuzarse, que sea agradable para el paciente y que sea tolerado por los tejidos siendo fácil de sacarse en el momento oportuno.

Para aplicar el cemento se procede de la siguiente manera; una vez que se ha mezclado se corta en pequeños trozos, cada trozo se enrolla con los dedos hasta darle una forma cilíndrica, de un grosor no mayor que el de un fósforo, debiendo tener unos cinco centímetros de longitud. De estos pequeños cilindros se cortan unos trocitos de manera que quepan en los espacios interproximales, luego se les agudiza un extremo y con un instrumento para material plástico, se inserta y se empaqueta en el espacio interproximal. Luego se colocan los cilindros en las caras vestibular y palatina, uniéndolo con el cemento -- que está en el espacio interproximal, luego en la porción distal de la zona operada se unen las porciones vestibular y palatina con un pedazo de cemento al que se le da la forma de herradura.

En caso de que en uno de los cuadrantes, haya dientes aislados separados por espacios desdentados, no se cementará cada uno de los dientes por separado, sino que se pondrá una banda que una todos los dientes, pasando la misma por los espacios desdentados, pues de no hacerlo así restaría resistencia al cemento que acabaría por quebrarse y caerse.

Hay que tener presente que para que el apósito se mantenga en su lugar, el cemento que llena los espacios interproximales deberá estar bien empaquetado. Así también que las bandas vestibulares y palatinas no deben cubrir mucha superficie de mucosa sana, debiendo ser lo suficiente extensa nada más para cubrir la herida. Antes de que el cemento endurezca se deberá recortar cuidadosamente y controlar la oclusión.

Debe tenerse muy presente que no se despachará al paciente hasta que ya no salga sangre por debajo del apósito.

FUNCIONES DEL APOSITO:

Controla la hemorragia, disminuyendo las posibilidades de infección posoperatoria.

Al estar cubierta la región incidida se evitará dolores causados ya sea por traumatismo causado por la masticación, o por sustancias químicas que contengan los elementos masticados y cambios térmicos.

Como el aposito inmoviliza los dientes, los fija en caso de que tuvieran movilidad de primer grado.

Como detalles de interés con respecto al aposito dire que éste debe permanecer como mínimo una semana en la boca, debido a los cambios histológicos que ocurren durante la cicatrización.

Se deberá tener cuidado de sacar el aposito en caso de que durante la semana se note que sangra, en dicho caso el aposito se deberá quitar y localizar el punto sangrante, una vez cohibida la hemorragia, se colocará nuevo aposito. Se hará lo mismo en caso de que si antes de los tres días se rompiera una porción de cemento.

En caso que el aposito tenga bordes que irriten la encía éstos deberán ser recortados cuidadosamente.

Si el paciente después de cuatro días rompe o desplaza un segmento grande de aposito, se reemplazará éste solamente si le molestara, lavándose el campo operatorio con partes iguales de agua tibia y agua oxigenada, y con tintura de metafen antes de poner el nuevo aposito.

La cooperación del paciente es un factor decisivo en estos casos, pues de no seguir las instrucciones que se le darán antes de salir del consultorio, las probabilidades de éxito serán bien pocas, por lo que se hará saber al paciente el riesgo que corre de no seguir las tanto para salvar nuestra responsabilidad, como para que estan-

do debidamente advertido las siga lo mejor posible.

Se le indicará tome dos tabletas de aspirina media hora después de dejar el consultorio para prevenir dolores, pudiéndose repetir dicha dosis tres horas después.

Se recomendará tomar alimentos semisólidos o líquidos en el primer día, pues así tendrá tiempo de sobra el cemento para fraguar. Haciéndole ver que al día siguiente podrá tomar su dieta habitual, teniendo cuidado si no de abusar, tomando alimentos muy duros o que requieran una poderosa fuerza de masticación.

Se deberá hacer hincapié en la importancia que tiene la higiene oral estando en esas condiciones por lo que se recomendará el uso de colutorios de suero fisiológico. Además se le indicará el cepillo, evitando el cepillado vigoroso sobre el aposito o sobre porciones previamente operadas y ya sin cemento, debiendo tratar tan solo de evitar la acumulación de comida en esas zonas usando el cepillo suavemente y con cuidado.

Por último se recomendará al paciente no hacer ejercicios violentos o que exijan mucho esfuerzo.

REMOCION DEL CEMENTO:

Una vez que el paciente ha cumplido la semana de andar con el aposito, se procederá a su remoción, para lo cual y con una espátula de cemento, se hará presión a uno de los lados del aposito con lo que se removerá fácilmente, no totalmente pues quedarán algunos restos de cemento en los espacios interproximales, en la superficie de los dientes y en la superficie gingival misma, restos que se quitarán con los instrumentos de limpieza adecuados a cada paso.

Se evitará frotar la encía pues de lo contrario se producirán trastornos innecesarios a la misma, lavando tan

solo la zona - con agua tibia para eliminar los restos - superficiales que persistieran.

Al quitar el aposito con sus restos, la superficie gingival intervenida, se encontrará cubierta con una película gris, debajo de la cual se verán diversos tonos de rojo. Siendo la película gris la nueva cubierta epitelial y lo rojo vasos de tejido conectivo no debiendo tocarse esta superficie.

Las mucosas vestibular y palatina pueden estar cubiertas, por otra película más gruesa de color gris amarillento, constituida por partículas alimenticias que pasando por debajo del aposito, se han acumulado allí. Dicha película fácilmente se removerá, con una torunda de algodón seco.

Es muy difícil dejar completamente sin tártaro las superficies radiculares, la presencia de dicho tártaro - se manifiesta en forma de pequeñas protuberancias espumosas y rojizas que emergen de la superficie de corte en los espacios interproximales, vestibular y lingual. Dichas protuberancias se eliminarán quitando las partículas de tártaro, alisando las superficies radiculares que así lo requieran.

El paciente acusará hipersensibilidad, misma que - deberá ser tratada inmediatamente si es mucha y si no se le dará un margen de unas dos semanas pues por lo general dicha molestia desaparece en ese lapso de tiempo.

Durante la primera semana después de la eliminación del aposito, se debe aconsejar al paciente no practicar masajes vigorosos en la región operada, pues desde luego será molesto para el paciente y además retardará la curación de la encía. Se recomendará un cepillo dental de cerdas blandas, con estimulador interdental de goma, con lo que se practicará una fisioterapia racional - según el estado de las encías.

Es la fisioterapia factor de gran importancia para el buen desarrollo del posoperatorio de los tratamientos, en muchos de ellos de carácter decisivo, por lo tanto no sólo se insistirá sobre el particular al enfermo, sino que se le instruirá perfectamente en la técnica más conveniente de fisioterapia explicándole el porque de todas y cada uno de los movimientos con el cepillo y el estimulador.

CONCLUSIONES:

Un diagnóstico temprano, un pronóstico correcto, - nos indicará la técnica del tratamiento a seguir.

Es necesario el completo conocimiento de la técnica a seguir para tener éxito.

Es necesaria la correcta cooperación del enfermo - con el cirujano dentista. Enfermo que no coopere no -- podrá tener éxito.

Se deberá instruir al paciente sobre la necesidad de la fisioterapia como complemento del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA.

- | | |
|------------------------------------|---|
| Carranza, F. A. y
Erausquin, R. | Primeros hallazgos Paradentó-
sicos. Rev. Odont. Bs. As., |
| Cottlieb, B. | The formation of the pocket.
Diffuse Alveolar Atrophy. -
Proc. 7 th Int. Dent. Cong 2:
1631, 1926. |
| Irving Glickman, | Periodontología Clínica. |
| Bilbao, J.J. | Progresos en la práctica --
Odontológica. |
| Kurt H. Thoma, D. M. D. | Cirugía Bucal. |