



ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

Cirugía Mucogingival

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MARIA TERESA CORDERO ANDRADE

MEXICO, D. F.

1970



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

Cirugía Mucogingival

TESIS PROFESIONAL

MARIA TERESA CORDERO ANDRADE

MEXICO, D. F.

1970

AL H. JURADO

Con fervoroso y filial cariño a mis padres

**Dr. Héctor Cordero Amador y
Dra. Lydia Andrade I. de Cordero**

**por su excepcional dedicación y exquisito
amparo a mi vida**

A la memoria de mi abuelita

Sra. María Iturriaga Vda. de Andrade

A mis tíos

A mis primos:

Dra. Ma. Guadalupe Galindo de Alias

Dr. José Antonio Alias Aguilar

Lic. Raúl Cordero Knöcker

Dr. Gustavo Andrade Garín

Srta. Flor de María Cordero Montero

Srta. María Isabel Cordero Lorfa

Paty y Pina Andrade Garín

Al Sr. Dr.

Miguel Angel Lilly San Vicente

Al maestro

DR. RAFAEL LOZANO OROZCO

**quien me orientó con su sabiduría en la realización
de este trabajo**

Al Profr. Dr. Raúl Cordero Amador

**con la admiración que le profesó como
distinguido maestro y el profundo cariño
que le tengo**

A los doctores:

José Cervantes Vidal

Elinora Méndez Villarreal

Manuel Martínez Albert

José Olivares Sánchez

**nobles guías en mi preparación
con mi invariable cariño y gratitud**

Al Sr. Gastón Puente Sepúlveda
con mis más delicados sentimientos

A mi escuela

A mis maestros
que me prepararon para
triunfar en la vida

A mis compañeros y amigos

S U M A R I O

- I.-INTRODUCCION
- II.-PLASTIA DE FRENILLOS VESTIBULARES Y LINGUAL
- III.-ELIMINACION DE INSERCIONES MUSCULARES ABERRANTES
Y FENESTRACIONES
- IV.-EXTENSION GINGIVAL (Aumento de encía insertada)
- V.-PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO
- VI.- INJERTOS GINGIVALES
- VII.-INJERTOS DESLIZANTES
- VIII.-CONCLUSIONES
- IX.-BIBLIOGRAFIA

CIRUGIA MUCOGINGIVAL

INTRODUCCION

La cirugía mucogingival es el complemento de las técnicas quirúrgicas corrientes para el problema parodontal, teniendo por objeto establecer la relación correcta entre las estructuras que forman parte del aparato masticatorio, fomentando la autoclisis y facilitando la fisioterapia casera.

La cirugía mucogingival está indicada en aquellos casos en que sea necesario:

- 1 - Crear un medio local mejor y más favorable para una buena cicatrización.
- 2 - Corregir los defectos gingivales.
- 3 - Favorecer el desarrollo de la encía insertada.
- 4 - Eliminar las irritaciones adicionales que resulten de la extensión de la bolsa parodontal dentro de la mucosa alveolar.
- 5 - Reducir la irritación o injuria causada al intersticio gingival o a la bolsa parodontal debida a la interferencia del frenillo o las inserciones vestibulares aberrantes.

Las estructuras involucradas en la cirugía mucogingival son:

- 1 - Encía marginal insertada.
- 2 - Línea o unión mucogingival .
- 3 - Mucosa alveolar.
- 4 - Fondo del surco vestibular.
- 5 - Hueso alveolar o periostio.
- 6 - Frenillo o inserciones musculares y vasos sanguíneos.
- 7 - Linfáticos y nervios regionales.
- 8 - Bolsas parodontales.

Este procedimiento está ligado íntimamente al desarrollo anatómico y funcional del intersticio o de la bolsa y mejora los resultados que se hayan podido lograr con tratamientos parodontales - previos, como operación del colgajo, gingivectomía, cirugía osea, curetaje subgingival, etc. Todos ellos pueden y deben ser usados como procedimientos terapéuticos previos al tratamiento mucogingival o pueden ser usados al mismo tiempo evitándole al paciente una doble operación si estas dos intervenciones se llevan a cabo al mismo tiempo. Los resultados se traducirán en una mejor inserción de los tejidos de acuerdo a su función favorable al paciente con el fin de facilitarle su fisioterapia casera.

La cirugía mucogingival abarca las siguientes técnicas quirúrgicas:

- 1 - Plastia de frenillos vestibulares y lingual.

- 2 - Eliminación de inserciones vestibulares y lingual .
- 3 - Extensión gingival o reposición de encía insertada.
- 4 - Profundización de vestíbulo.
- 5 - Injertos gingivales libres.
- 6 - Injertos deslizantes.

PLASTÍA DE FRENILLOS VESTIBULARES Y LINGUAL

Se da el nombre de plastía de frenillos a la remoción quirúrgica de los frenillos y de otras fibras o inserciones musculares con la encía o con las paredes de la bolsa parodontal, con el fin de liberarlas de la tracción que ejercen dichas inserciones adherentes o musculares sobre las encías.

En condiciones normales, los labios superior e inferior y la lengua se relacionan con la encía, la membrana de la mucosa alveolar y con el proceso alveolar, por medio de una banda de tejido conocida con los nombres de frenillos labiales y lingual, freno, frénulo o frenulum.

El frenillo tiene la función definida de guiar y limitar el movimiento de los labios en la línea media, dando a los labios estabilidad, evitando la eversión del borde libre del labio y exposición de mucosa bucal al medio externo. .

Esta estructura anatómica de la cavidad bucal puede ser fácilmente observada cuando los labios se llevan hacia adelante. Es una banda en forma de hoz, compuesta de tejido conectivo y algunas fibrillas rodeadas por epitelio.

La consistencia, volumen, ancho, forma, tamaño y altura del frenillo, varía desde una ligera masa de tejido fibroso, ancha y en

forma de abanico, hasta una angosta semejante a una delgada hoja de navaja; y desde una inserción alta a nivel de la encía libre a una inserción baja en el fondo del vestíbulo. Puede estar a nivel de la mucosa alveolar sin ninguna inserción gingival o bien en la encía insertada sin estar conectada con la mucosa alveolar.

El frenillo, normalmente, se encuentra insertado en la encía a nivel de la línea mucogingival, pero en algunos casos, la inserción se encuentra a nivel de la encía insertada.

Cuando la inserción de estas estructuras se encuentra a nivel de la encía marginal, irrita el intersticio gingival causando la enfermedad parodontal, observándose una recesión de la encía, en ocasiones asociada a una destrucción de las estructuras de soporte formándose una verdadera bolsa parodontal. En los dientes anteriores mandibulares y maxilares, el frenillo se encuentra formando parte de la pared anterior de dicha bolsa parodontal. Algunas ocasiones el frenillo está asociado a un vestíbulo poco profundo, lo cual no constituye un problema ya que esta intervención puede efectuarse separada o conjuntamente con otros tipos de cirugía mucogingival.

Si los labios se encuentran en descanso no habrá acción del frenillo sobre la encía. Si se jalan los labios, el frenillo se pondrá en tensión y el efecto se mostrará en la zona de la encía marginal

y pared externa, convirtiéndola en un embudo que atrapa detritus alimenticios llevándolos hasta el fondo. La unión alta del frenillo obra también como obstáculo real para una buena colocación del cepillo de dientes, evitando la correcta fisioterapia casera.

La tensión causada por el movimiento del frenillo cuando está insertada demasiado cerca de la encía libre, bajo condiciones normales o exageradas, actuará como un irritante y disminuirá la resistencia del tejido gingival. Observamos que lo importante de la altura de la inserción y la posición del frenillo en la terminación alveolar y su relación con la pared gingival del intersticio, para la determinación del procedimiento a seguir.

La desinserción temprana del frenillo está avocada a prevenir el desarrollo de la enfermedad paradontal. Cuando la bolsa paradontal está presente y la altura de la inserción del frenillo está incluida en la pared gingival de la bolsa, la resección del frenillo está indicada para prevenir futuras destrucciones de la estructura del soporte. Una inserción alta del frenillo, también deberá prevenirse con el fin de lograr buena higiene oral, ya que la condición gingival y la movilidad de los tejidos en ese caso, hacen que al paciente le sea difícil cepillar dicha área. Por lo tanto, es necesario corregir dicha condición mediante la resección del frenillo, impidiendo el movimiento inadecuado de la encía, lo que facilita la

buena higiene oral. En algunos casos, las fibras y las inserciones musculares pueden causar separación de los incisivos centrales causando un diastema medio. El frenillo es considerado un problema parodontal, no solamente cuando interfiere entre las relaciones mesiales de los incisivos centrales mandibulares, lo que es raro encontrar, sino en las condiciones antes mencionadas.

En condiciones normales, la tabla externa del hueso alveolar que cubre las raíces de los incisivos y caninos inferiores o mandibulares, es muy delgada. En algunas áreas se encuentra parcial o totalmente destruida y el cemento no tiene protección ósea, por ejemplo, en casos de fenestración alveolar o deshiscencia alveolar. Ambos factores, la condición anatómica del hueso y la acción de tracción que ejerce el frenillo, contribuyen a la rápida destrucción de las estructuras parodontales, la cual es más rápida que en otras áreas.

La base del frenillo en la terminación del labio no se encuentra demarcada. Algunas veces hay muchas ramificaciones pequeñas y el vestíbulo es poco profundo. El frenillo puede ser doble o triple. En otros casos, hay un gancho y pequeña banda de membrana mucosa en el vestíbulo, profundamente a ambos lados del vestíbulo. La inserción de esta membrana mucosa puede encontrarse a nivel de la encía insertada sin presencia de mucosa alveolar y ce-

orando la encía marginal. Cuando la inserción del frenillo es demasiado gruesa, o demasiado alta, como medida profiláctica, el nivel de la inserción deberá bajarse.

Para eliminar la bolsa o para controlar la recesión de la encía, la inserción del frenillo a la pared gingival de la bolsa o al margen gingival, deberá ser eliminada.

En caso de que se encuentre poca encía insertada o bien ausencia de ella y, en casos de vestibulos cortos, el tratamiento deberá ser completado con un aumento de encía insertada y extensión del fondo mucó-bucal, incrementando la profundidad vestibular, como posteriormente voy a describir.

DIAGNOSTICO

La presencia, altura, movimiento y acción del frenillo, son demostrados clínicamente mediante la distensión del labio inferior, hacia arriba y adelante, o hacia abajo, según se trate del superior o el inferior. Si la inserción es alta, la pared gingival estará bajo tensión por la fuerza de tracción que se ejerce y tratará de separar los tejidos blandos de los tejidos duros. Las fuerzas funcionales, no son tan exageradas como la acción extrema de la acción de tracción, pero estas están presentes constantemente en algunas funciones de la musculatura, por lo cual, actuarán siempre --

como irritantes. Las musculaturas del labio y mejillas son fuerzas importantes que afectan la acción de tracción del frenillo. Esta situación permanecerá, mientras la inserción del frenillo a la encía permanezca unida a la encía marginal, por lo que esta inserción deberá ser removida de su nivel, de modo que las fuerzas funcionales sean amortiguadas por la encía insertada con lo cual prevenimos cualquiera profundización del intersticio o formación de bolsas.

Indicaciones de la plastía de frenillo:

- 1.- Cuando la inserción del frenillo a la encía está localizada muy cerca de la encía marginal
- 2.- En casos de recesión gingival causada por frenillos que jalen la encía. El frenillo se inserta, normalmente, en la encía; pero la recesión, acerca el margen de la encía a la inserción del frenillo.
- 3.- En casos de frenillo extenso, que por su inserción, interfiere anormalmente con los movimientos funcionales y la fisioterapia casera.
- 4.- Cuando el frenillo se encuentra insertado a la pared de la encía de la bolsa paradontal o inmediato al fondo de la bolsa infraósea.
- 5.- Cuando producen diastema entre los dientes.

Procedimiento operatorio

La plastía de frenillo consiste en la insición y disección de las fibras e inserciones musculares desde la base labial hasta el vértice alveolar del mismo, legrando y desinsertando las fibras musculares que pudieran causar una recidiva e interponiendo cemento quirúrgico entre dos partes de la inserción del frenillo, o suturando los bordes axilares del defecto quirúrgico.

T E C N I C A

Frenillo Labiomandibular:

El principal objetivo que se sigue en esta técnica es el de eliminar el frenillo y mantener la separación de las dos partes de la inserción, para que no exista posibilidad de cicatrización por primera intención. los pasos a seguir son:

- 1 - Asepsia y antisepsia del campo operatorio con solución antiséptica.
- 2 - Anestesia: se usa un anestésico tópico en solución o en pomada, colocándolo en el vestíbulo a una pulgada a cada lado del frenillo; se espera un minuto y se infiltra una solución anestésica. Está contraindicado - inyectar muy cerca del frenillo y la infiltración deberá hacerse lentamente. Al tiempo que la membrana mucosa se va anestesiando, la aguja se va introduciendo para que el volumen principal de la solución -

no sea depositado profundamente. En estas condiciones el edema producido nos limitará la inserción del frenillo, y se evitará la distorsión de la anatomía de dicha inserción.

- 3 - **Pinzado del frenillo:** se aguarda unos minutos a fin de que el anestésico haga su efecto, llevando entonces el labio hacia adelante y abajo. Se sostiene el frenillo --- con dos pinzas de mosquito rectas que se colocarán, - una en la base de su inserción labial y la otra en la -- base alveolar, las cuales convergerán en el fondo de - saco, quedando así un triángulo de tejido entre las -- pinzas.
- 4 - **Escisión o eliminación:** Con una hoja de bisturí Bard Parker #15 se recorta el frenillo desde su inserción, sirviendo como guías los bocados de las pinzas de -- mosquito y asegurándonos de que la línea de corte in- cluya la base de la inserción. Para hacer el corte, es preferible comenzar por la inserción alveolar colocan- do el bisturí paralelo a la superficie vestibular, entre esta y la pinza de mosco, cortando apicalmente para - continuar después con la inserción labial. Una vez li-

berado el frenillo nos queda un defecto quirúrgico - con forma de rombo; terminamos de hacer la desinserción de las fibras musculares aberrantes, mediante legrado, hasta llegar a periostio.

- 5 - Se cohibe la hemorragia del área expuesta, que generalmente sangra profusamente, colocando una gasa sobre la zona y ejerciendo ligera presión.
- 6 - Sutura: una vez controlada la hemorragia, suturamos los bordes verticales de la herida con el objeto de evitar que la encía cicatrice defectuosamente y, para asegurar que el labio no se unirá a la zona aoveolar, interponemos cemento quirúrgico, evitando así una cicatrización de primera intención, fomentando una cicatrización por granulación. El empaque no deberá ser extendido apicalmente porque se causaría una ulceración innecesaria de la membrana mucosa y estorbaría el proceso de cicatrización.
- 7 - Postoperatorio: a las 24 hs el área debe ser observada para comprobar si el apósito quirúrgico está en su sitio. Si éste se encuentra en su lugar, será removido a los 7 días, irrigándose el área con una solución de agua oxigenada y una solución salina. Se retiran

los puntos y se coloca nuevo apósito quirúrgico por otros 7 días. Pasado este tiempo, si la cicatrización es satisfactoria, se instituirá la fisioterapia casera.

En algunos casos, cuando la retención del empaque quirúrgico ofrece dificultades, se hará un sostén de acrílico sosteniéndolo por medio de ligaduras a los dientes anteriores.

FRENILLO LINGUAL

El frenillo lingual es un repliegue fibromucoso que se inserta por arriba en la cara ventral de la lengua en su línea media y, por abajo, en el piso de la boca entre las carúnculas sublinguales.

El frenillo crece a medida que la lengua y el piso de la boca se desarrollan, hasta adquirir su tamaño normal.

Sin embargo, con cierta frecuencia, este frenillo no se desarrolla proporcionalmente a estas regiones, quedando demasiado corto, lo que limita, sobre todo, los movimientos de protusión y elevación de la lengua, determinando problemas de deglución y fonéticos.

En ocasiones, el frenillo casi no existe presentándose -- verdaderas anquilosias.

La alteración que ocasiona más frecuentemente y que

requiere de su intervención, es la disartria, sobre todo en los fonemas que llevan las letras r, d, l, n, y s.

TECNICA:

Las intervenciones más frecuentemente empleadas son - el corte simple, la resección y la zetaplastía.

El corte simple consiste en seccionar con tijera el frenillo por su parte media, siendo un procedimiento poco quirúrgico, ya que siempre existe la tendencia de retracción en la cicatrización, obteniéndose, por tanto, pobres resultados.

Más frecuentemente se emplea la resección del frenillo, que consiste en tomarlo entre dos pinzas de mosquito rectas y cortar por arriba de la superior y por debajo de la inferior, eliminando el frenillo que queda sujeto por ellas, dejando con esto una herida de tipo romboidal, que se sutura.

Algunos autores prefieren la zetaplastía del frenillo lingual que consiste en efectuar un corte en forma de zeta e invertir los triángulos formados por la incisión, ocasionando con ello un alargamiento anteroposterior de la región y una menor retracción de la herida a la cicatrización.

Ahora bien, hemos observado que tanto en la resección

como en la zetaplastia se obtiene una liberación de la lengua, limitada exclusivamente al tamaño del frenillo, que en estos casos es demasiado corto. Por otra parte, hemos observado también - que a la cicatrización, en una y otra técnica, sucede una mayor - retracción y por tanto, limitación a veces acentuada de los movimientos linguales, habiendo habido casos en que con la intervención no se obtuvo el resultado deseado.

Describiré en seguida una técnica, que es una modificación de la resección del frenillo acompañada de una mioplastia del geniogloso. Se efectúa de la siguiente manera:

- 1 - Se anestesia localmente por infiltración toda la base del frenillo así como la parte correspondiente del músculo geniogloso, esperando el tiempo necesario para que la deformación ocasionada por el anestésico disminuya.
- 2 - Se toma el frenillo entre dos pinzas de mosquito rectas, la superior colocada en el mismo plano de la cara ventral de la lengua y la inferior hasta donde el piso de la boca lo permita, evitando lesionar las curúnculas sublinguales; se debe procurar que las puntas de las pinzas se toquen en el vértice del frenillo. Cuando el tamaño del frenillo es extremadamente corto, y no es posible colocar dos pinzas,-

empleamos solamente una.

- 3 - Se corta con bisturí por arriba de la superior y por abajo de la inferior, eliminando el frenillo que queda sujeto por ella, dejando con ésto una herida de tipo romboidal. Cuando se coloca solamente una pinza se corta por arriba y - por abajo de ella.
- 4 - Se efectúa una incisión vertical en la aponeurosis que cubre el músculo genioglo, separándose los bordes para descubrir la parte correspondiente de este músculo.
- 5 - Se efectúa la incisión horizontal de algunos de los haces - anteriores del músculo, hasta obtener la elongación deseada de la lengua, notándose que el corte muscular adquiere -- también una forma romboidal.
- 6 - Se sutura el plano romboidal con catgut 000 ó 0000 por - puntos aislados, alargándose con esto dicho plano.
- 7 - La aponeurosis se sutura en la misma forma.
- 8 - La mucosa se sutura con Catgut 0000 por puntos en U, con nudos invertidos, para evitar molestias postoperatorias.

Con esta técnica, hemos observado que la retracción cicatricial no hace perder el objeto de la intervención, dando el alargamiento y la movilidad deseados a la lengua.

ELIMINACION DE INSERCIONES MUSCULARES ABERRANTES Y FENESTRACIONES

Estas inserciones musculares laterales se encuentran ocasionalmente en las regiones de los premolares y de los molares. Se tratan del mismo modo que la operación de profundización de vestíbulo, combinada con plastía de frenillo. Al operar la zona inferior se debe tener mucho cuidado en las regiones de caninos y premolares, donde es posible exponer o cortar los vasos y nervios mentonianos, por lo que es obvio que esta región debe ser tratada con gran precaución.

Fenestraciones

Ocasionalmente, el hueso vestibular, especialmente en la región anterior, presenta zonas aisladas en que la raíz se encuentra desnuda de hueso, con la superficie radicular cubierta solo por periostio y encía. Estas zonas desnudas se llaman fenestraciones si el hueso marginal está intacto.

La etiología de estas zonas desnudas no es clara. Microscópicamente hay evidencias de reabsorción lacunar en los bordes. Un posible factor etiológico es la oclusión traumática. Los contornos radiculares prominentes y la protusión labial de la raíz pueden predisponer la lámina ósea, normalmente delgada, a erosiones localizadas. Se han encontrado fenestraciones en el 17% de los dientes. Pueden por lo tanto, encontrarse en algunas formas

de cirugía parodontal.

Técnica:

Se eliminan las bolsas parodontales por gingivectomía observando que el fondo del vestíbulo, o el piso de la boca, queden muy cerca o sobre la encía marginal, no existiendo casi encía alveolar debido a que existen inserciones musculares altas; se procede a hacer una incisión en fondo de saco de aproximadamente medio milímetro, la cual profundizaremos hasta periostio y la repetimos, como haciendo un rayado al periostio; ésto se hace principalmente a la altura de caninos y premolares por vestibular, tanto en superiores como en inferiores y a la altura de la apófisis guía mandibular.

En esta forma lograremos la liberación de algunas inserciones musculares y por lo tanto aliviarnos las terminaciones excesivas sobre la encía insertada y marginal aumentando, al mismo tiempo, la profundidad del surco vestibular.

Esta técnica se basa en lo siguiente: dejar el periostio intacto en la zona marginal lo que es menos traumático y reduce la pérdida ósea en un mínimo. La exposición ósea al fondo de la herida no perjudica la altura ósea. La cicatriz que se forma sobre el hueso expuesto se une firmemente a él y fija el borde apical de la nueva encía insertada en una zona donde previamente había mucosa alveolar. La cicatriz, finalmente, toma las características de encía insertada.

EXTENSIÓN GINGIVAL O AUMENTO DE ENCÍA INSERTADA

La reposición de encía es un procedimiento quirúrgico que consiste en incrementar el área de encía insertada.

Cuando la cantidad de encía insertada es inadecuada, es decir, que la encía marginal casi alcanza o se encuentra cerca de la línea mucogingival, la encía se encontrará bajo constantes fuerzas de irritación ya que la presencia de fibras elásticas en la mucosa alveolar y el hecho de que la submucosa no esté insertada en el hueso subyacente, será motivo de irritación. La movilidad de la mucosa y la recesión de los tejidos, causada por el tratamiento, colocará el fondo del surco en áreas de irritación cuando los labios o mejillas se muevan.

El objetivo de este procedimiento quirúrgico es el de desplazar apicalmente la unión mucogingival y el de reponer la mucosa alveolar por encía insertada.

Esta condición se presenta más frecuentemente en la parte anterior de la mandíbula y en la región de molares, tanto superior como inferior.

INDICACIONES

Está indicada la extensión gingival, cuando la bolsa paradontal se extiende cerca o apicalmente de la unión mucogingival. Va-

rios procedimientos han sido efectuados para corregir la posición del fondo de la bolsa alrededor de la línea mucogingival.

El siguiente procedimiento variará de acuerdo con el aumento de encía insertada o con la completa ausencia de este tejido:

a) Cuando la encía insertada no alcanza la línea mucogingival

Esto quiere decir, que después de cualquier procedimiento quirúrgico, la encía insertada aún se presenta coronalmente a la línea mucogingival. Se efectúa, siguiendo esta línea profundamente hasta el periostio. Se retrae apicalmente un colgajo mucoperióstico exponiendo en esta forma el hueso cortical. Retraído el colgajo mucoperióstico y suturada, se protege con tinfoil y cemento quirúrgico. El cemento quirúrgico será cambiado cada semana por un término de tres a cuatro semanas y durante el primer cambio eliminaremos las suturas.

Una vez cicatrizada la encía insertada se formará apicalmente a la línea de incisión original y la cortical expuesta habrá granulado formando encía insertada.

La plastia de frenillo, la profundización de vestíbulo y la cirugía ósea pueden ser realizadas al mismo tiempo.

En este procedimiento aprovechamos algo de encía insertada y de encía marginal por lo que no se expone el hueso marginal

b) Quando no hay encía insertada y la mucosa alveolar está en el fondo de la bolsa.

Se despegan los tejidos haciendo un colgajo mucoperiódontico el cual se retira y se coloca en dirección apical. El tejido es suturado firmemente contra el hueso y tejidos vecinos dejando cerca de dos o tres milímetros de hueso expuesto coronalmente a la línea mucogingival original.

Si una profundización de vestíbulo es necesaria, el colgajo mucoperiódontico se extiende en dirección apical, removiendo toda la superficie de hueso, periostio, músculo e inserciones fibrosas. La disección del colgajo se hará hacia apical y gran parte de hueso estará expuesto por lo que se protegerá con tinfoil. Se colocará cemento quirúrgico de consistencia densa y el operador deberá estar seguro de que el cemento se mantenga en su lugar. Pueden usarse férulas de acrílico para mantener el cemento cuando no hay retención natural entre los dientes, las que se sostienen por medio de ligaduras interproximales.

La principal desventaja de este tipo de operaciones es el

de un apósito operatorio muy doloroso.

Ha sido ensayado un procedimiento de doble colgajo para la extensión de la zona de encía insertada y para la profundización del véstíbulo en la zona posterior.

Recientemente, han sido usados los colgajos gingivales libres con el mismo objeto, técnica que describiré más adelante.

PROFUNDIZACION DE VESTIBULO

La profundización de vestíbulo consiste en la retracción apical de los pliegues del vestíbulo, lográndose en esta forma un incremento de la profundidad vestibular cuando la inserción epitelial se encuentra sobre el fondo vestibular, o apical a éste.

INDICACIONES.

- 1.- Cuando el pliegue mucobucal a cada lado del frenillo se aproxima al borde gingival, tan cerca, que se forma un vestíbulo superficial.
- 2.- Cuando el frenillo es doble o triple, formado por pequeñas bandas reflejadas, lo que da por resultado, generalmente un vestíbulo superficial.
- 3.- Cuando el vestíbulo es tan superficial que el labio o la mejilla al retraerse se encuentran insertados cerca de la línea mucogingival no existiendo una zona de mucosa alveolar, de encía insertada y el pliegue mucobucal.
- 4.- Cuando la inserción muscular es muy alta.

Esta operación generalmente se combina con la operación que se hace para extensión de encía insertada, o bien, con la plas-

PROFUNDIZACION DE VESTIBULO

La profundización de vestíbulo consiste en la retracción apical de los pliegues del vestíbulo, lográndose en esta forma un incremento de la profundidad vestibular cuando la inserción epitelial se encuentra sobre el fondo vestibular, o apical a éste.

INDICACIONES.

- 1.- Cuando el pliegue mucobucal a cada lado del frenillo se aproxima al borde gingival, tan cerca, que se forma un vestíbulo superficial.
- 2.- Cuando el frenillo es doble o triple, formado por pequeñas bandas reflejadas, lo que da por resultado, generalmente un vestíbulo superficial.
- 3.- Cuando el vestíbulo es tan superficial que el labio o la mejilla al retraerse se encuentran insertados cerca de la línea mucogingival no existiendo una zona de mucosa alveolar, de encía insertada y el pliegue mucobucal.
- 4.- Cuando la inserción muscular es muy alta.

Esta operación generalmente se combina con la operación que se hace para extensión de encía insertada, o bien, con la plas-

TECNICAS

Existen dos técnicas básicas:

En la primera, luego de anestesiar la zona, se completa la cirugía del tejido blando marginal, osteoplastia y osteotomía, cuando es necesario.

Enseguida, se efectúa una incisión en la mucosa alveolar hasta al canzar el proceso alveolar, cerca del fondo de surco vestibular. Se eliminan con tijeras los remanentes de encía y se deja el periostio, así como delgado tejido conjuntivo sobre el hueso subyacente. Se ensancha el fondo del vestíbulo bajo presión digital sobre un trozo de gasa. En toda la extensión de la zona operatoria se coloca el cemento quirúrgico habitual. A la semana, se retira esa curación y se coloca una nueva, exactamente en la misma forma luego de lavar cuidadosamente la herida con agua caliente. A la segunda semana se retira esta curación y se inspecciona la zona para asegurarse de que todas las zonas de hueso expuestas por la cirugía ósea han quedado cubiertas por completo. El colocar un nuevo apósito, por otra semana más, ayuda a reducir la posibilidad de que se reduzca el vestíbulo durante la curación.

El objetivo de este procedimiento no consiste únicamente

en la eliminación de la bolsa y de las deformidades óseas, sino también en la profundización del surco vestibular.

La segunda técnica, utiliza la operación de colgajo completo. Luego de anestesiar adecuadamente la zona, se realiza una gingivectomía en todo el campo operatorio como fase inicial del procedimiento. Con esto se eliminará necesariamente, gran parte o toda la encía adherente. Con un elevador de periostio adecuado, se separa la mucosa remanente de la superficie del hueso alveolar. En este momento se realiza un debridamiento general del hueso maxilar, de modo que queden visibles los cráteres y escalones.

Luego de corregirlos en la forma habitual, se extiende el colgajo remanente por disección roma, de modo de crear un espacio profundo hacia apical del antiguo fondo de surco, aproximadamente un centímetro o más. Se coloca, entonces, el colgajo resultante dentro del receso más profundo recién creado en la herida, de modo que se convierta en una prolongación de la mucosa vestibular. Se aplica después cemento quirúrgico de una consistencia suficientemente firme en la parte más profunda de la herida y se le extiende en sentido lateral y marginal, de modo que queden cubiertas y protegidas por completo todas las zonas expuestas. La mayoría de los profesionales interponen una película

plástica inerte denominada Telfa entre el cemento y el hueso expuesto. Esto facilita la curación por debajo de la misma, pues se trata de una superficie perfectamente lisa que no atrapa al tejido de granulación fresco como sucede al retirar el apósito de cemento para cambiarlo.

Se pondrá sumo cuidado en extender la zona en sentido mesiodistal, lo suficiente como para permitir una relajación conveniente de los tejidos por distender, según lo requieran los procedimientos.

Los cambios semanales de apósitos son también aquí la regla. El tiempo de curación postoperatorio será de unas tres o cuatro semanas, aunque **no son** poco comunes los intervalos más prolongados. La curación demorada, es una complicación ocasional, si bien el resultado final no está comprometido por ello.

Este es un procedimiento básico que rindió un excelente resultado pero ha sido mejorado con otros medios menos traumáticos y más fáciles de efectuar.

INJERTOS GINGIVALES LIBRES

Y

REPOSICION GINGIVAL

En el síndrome de tracción del frenillo, la resección apical de la encía labial, la resorción del hueso alveolar y la formación de bolsas parodontales labiales, se relaciona a la inadecuada inserción patológica de la encía. En la técnica de injerto gingival libre autógeno que aquí se reporta, el injerto se sutura al margen de la encía insertada a reponer y a la encía lingual interproximalmente.

Injertos en cirugía parodontal

La necesidad de hacer injertos en cirugía parodontal no fue realizada hasta después de que se reconoció la importancia de fijar la unión mucogingival con una zona adecuada de encía insertada.

El objetivo más importante de un injerto en parodoncia es el de incrementar la zona de encía insertada y de proveer encía insertada donde no existe, así como de profundizar el vestíbulo, lo que se traduce para el paciente en una estable, adecuada y bien queratinizada encía insertada. En esta forma, trataremos de buscar la reinserción gingival a la superficie radicular aunque el éxito es muy dudoso.

El objeto de reposición gingival, es el de formar una adccua-

da banda de encía insertada natural, queratinizada. Se utiliza una disección cuidadosa para separar la encía "insertada" del perios-
tio inmediato. Esta disección se continúa más allá de la unión mu-
cogingival, poniendo especial cuidado en la separación de las fi-
bras elásticas e inserciones musculares inmediatamente por aba-
jo de la membrana mucosa del periostio, siendo reemplazadas
las fibras colágenas de la encía insertada por fibras elásticas. El
resultado de una disección defectuosa y de una mala fijación del
injerto a la unión mucogingival, se traducirá en una pérdida de la
profundidad vestibular y el eventual fracaso de la corrección qui-
rúrgica.

El periostio se dejará cubriendo el hueso en todas las regio-
nes posibles, excepción hecha en donde la corrección de los defec-
tos óseos requieran que se remueva.

Dos a cuatro milímetros de encía insertada (si es posible),
se colocarán donde el operador desee fijar la nueva unión muco-
gingival. En algunos pacientes se encuentra muy poca, o no hay,
encía insertada, debido a defectos de desarrollo o postcirugía pa-
rodontal previa, o a un defecto de desarrollo patológico del freni-
llo que hace tracción. Se ha observado que este síndrome de re-
sección de la encía labial, resorción del hueso y formación de
bolsas labiales asociadas a una tracción del frenillo, parecen

estar invariablemente relacionados con una zona inadecuada y patológica de encía insertada.

Una corrección defectuosa de un frenillo con inserción patológica se traducirá generalmente en pérdida de hueso labial por la formación de bolsas y, el resultado final, generalmente será la pérdida de los dientes involucrados. La corrección del solo frenillo resuelve únicamente parte de las dificultades y el problema tiende a repetirse. La región de los incisivos centrales es el sitio donde comunmente aparece este síndrome. Para evitar la recidiva del problema y para corregir definitivamente éste y otros tipos de anomalías, como las mencionadas anteriormente, se ha incrementado en los últimos años el uso de los injertos libres gingivales que da resultados francamente satisfactorios.

Procedimiento quirúrgico

Previa instrucción y revisión de una buena fisioterapia casera y un buen raspado subgingival y supragingival, lo cual nos habrá dado la oportunidad de observar la reacción tisular propia del organismo, y hayamos obtenido la retracción de la encía inflamada, procederemos a terminar nuestro tratamiento quirúrgicamente bajo los siguientes pasos:

- a) Asepsia y antisepsia del campo operatorio

- b) Anestesia local por infiltración tanto de la zona receptora como de la donadora.
- c) Cirugía paradontal marginal
- d) Separación de la encía insertada del periostio, empezando por la zona en la que solamente existe membrana mucosa y dividiendo apicalmente seguiremos separando la encía insertada si existe, así como las fibras elásticas y musculares del periostio, hasta que encontremos que el tejido está libre de tensión durante los movimientos labiales.
- e) Colocaremos gasa a presión para cohibir la hemorragia
- f) Procederemos a la obtención del injerto, el que generalmente se obtiene de la mucosa palatina y de la zona paralela a la cresta alveolar lingual, procurando no incluir las rugosidades anteriores del paladar, mucosa de paladar blando y glándulas salivales accesorias, lo más cerca de encía libre palatina incluyendo la porción mesial de primero y segundo molares. El injerto deberá ser lo más delgado posible pero abarcando epitelio y tejido conectivo, debiendo ser invariablemente más fino en la periferia y un poco más grueso en la zona central; tendremos cuidado de eliminar la capa amarilla y el tejido glandular de la superficie del tejido conectivo del injerto, con el objeto de faci-

litar que el injerto prenda.

- g) Colocaremos inmediatamente el injerto sobre la zona receptora; se recortará y adaptará perfectamente al borde marginal sobre la encía insertada por reponer.
- h) Suturaremos con seda 6 ceros con puntos aislados interproximales y si es necesario algunos laterales, para dejar perfectamente fijo el injerto.
- i) Se protegerá el injerto con papel de estaño, el cual, además servirá como amortiguador entre el injerto y el cemento quirúrgico.
- j) El cemento quirúrgico será colocado sobre toda la zona intervenida. Este cemento se cambiará cada 8 días durante 3 semanas, y las suturas se retirarán durante el primero o el segundo cambio de cemento, siguiendo la reacción propia de cada caso.
- k) Se instruirá al paciente a fin de que tome una dieta blanda durante dos semanas y de ser muy cuidadoso, a fin de no desalojar el cemento. El malestar e inconformidad se controla con algún analgésico como el Cónmel, Cessatyl, etc., durante las primeras 24 hs y después con una aspirina ocasional. La zona donadora se protege con un apósito quirúrgico que puede ser removido a los 8 días.

INJERTOS DESLIZANTES

El método por injerto deslizante es de las innovaciones más recientes a los medios existentes en cirugía mucogingival. Esta operación es un procedimiento usado para la corrección de fisuras y otros defectos gingivales que exponen la superficie radicular en un área limitada. El procedimiento consiste en separar un colgajo gíngivomucoso del área vecina a fin de corregir el defecto, dejando en el lado distal hueso con periostio expuesto y cemento que luego se cubrirá con nueva encía.

El injerto deslizante recibe este nombre porque la mucosa que se separa de la capa fibrosa perióstica subyacente, es transportada al diente vecino con el defecto por corregir, dejando del lado donador periostio expuesto que posteriormente se cubrirá por nueva encía, permitiéndonos la corrección marginal que sea necesaria.

El colgajo mucoso delgado aporta las siguientes ventajas:

- 1.- Permite un colgajo mucoso largo y de fácil manejo.
- 2.- Permite que el hueso marginal denudado esté bajo el control preciso del profesional.
- 3.- Acarrea un mínimo de dolor postoperatorio.
- 4.- Es de fácil re inserción y sutura.

TECNICA

Este procedimiento se realiza a expensas de un colgajo mucoso previa realización de cirugía parodontal marginal necesaria. Se incide oblicuamente desde el margen gingival hasta el fondo del surco vestibular, desde el extremo distal del diente donador. Completado ésto, se realiza una disección roma extensa de un colgajo mucoso que exponga el periostio del hueso marginal, teniendo cuidado durante este paso de sólo seccionar la mucosa y no el periostio. Se comienza por el ángulo marginal y se utiliza un bisturí parodontal, dividiendo la mucosa y separándola del periostio subyacente; este paso es fácil de realizar. Entonces se hace un legrado hacia abajo, del colgajo mucoso, exponiendo hueso alveolar con el objeto de colocar la mucosa vestibular profundamente y evitar que la distensión del carrillo y los labios puedan interferir en el éxito de nuestro tratamiento.

Enseguida, transportamos nuestro colgajo hacia el diente receptor, el cual se prepara avivando los bordes que hacen contacto con el colgajo deslizado y se sutura con puntos aislados. Se protege con tinfoil y se coloca apósito quirúrgico.

A los 8 días retiramos las suturas y volvemos a colocar cemento quirúrgico, el cual se cambiará periódicamente hasta lograr la cicatrización y granulación total de la zona intervenida.

En la curación de este tipo de herida quirúrgica se observará que la zona cubierta por periostio cura con toda rapidez, en cambio, el hueso denudado no se cubre con el mismo ritmo siendo esta zona la última en sanar.

Este procedimiento, al igual que todos los que abarca la cirugía mucogingival, se puede efectuar en combinación con cualquier tipo de terapia parodontal.

CONCLUSIONES

- I.- La cirugía mucogingival a más de complementar las técnicas quirúrgicas, fomentan la autoclisis y facilitan la terapia casera.
- II.- Cuando es necesario una doble operación, se realizará en la misma sesión lo que se traducirá en una inserción mejor de los tejidos de acuerdo a su función y se traumatizarán menos los tejidos, causando menor molestia al paciente.
- III.- La función del frenillo consiste en guiar y limitar el movimiento de los labios en la línea media.
- IV.- La desinserción temprana del frenillo previene el desarrollo de la enfermedad parodontal.
- V.- Se hará plastía de frenillo en presencia de problemas parodontales, o rotodónicos, protésicos, de deglución y fonéticos.
- VI.- En la plastía del frenillo lingual, la técnica que se acompaña de mioplastía del geniogloso ofrece mayores ventajas cicatriciales.
- VII.- El objetivo que se persigue en la reposición de encía, es el de desplazar hacia apical la unión mucogingival y reemplazar mucosa alveolar por encía insertada.

- VIII.- La profundización del vestíbulo consiste en hacer más apical el surco vestibular con el objeto de facilitar la autoclisis, la fisioterapia casera y evitar que las fuerzas musculares recaigan en la encía marginal principalmente.
- IX.- Hasta que se conoció la importancia de fijar la unión mucogingival con una zona adecuada de encía insertada, se reconoció la necesidad de injertos parodontales.
- X.- El injerto debe estar constituido de epitelio y tejido conectivo, más fino en la periferia que en el centro, eliminando la capa amarilla y el tejido granular con el fin de que pegue.
- XI.- El método de injerto deslizante se utiliza para la corrección de fisuras y otros defectos gingivales que exponen la superficie radicular.
- XII.- Como corolario al tratamiento, se motivará al paciente para que continúe ejerciendo una técnica correcta de cepillado ya que es el complemento indispensable para el éxito de toda intervención de cirugía mucogingival o cirugía parodontal.

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

- Cattoni Martin:** "Manual of Periodontics" Pags.194-210
Houston, Texas. 1965
- Glickman Irving, B.S.** "Periodontología Clínica" 3a.Ed. Pags.
555-572 Edit.Mundi, Buenos Aires, 1967
- Goldman -Sheuger
Chaikin - Fox:** "Periodoncia" 1a.Ed. Págs.231-232 Edit.
Interamericana, S.A. México 1960
- Goldman - Scheuger
Fox - Cohen:** "Terapéutica Periodontal" 2a.Ed.Págs.
347-366 Edit.Bibliográfica Argentina,-
S.A., B.Aires Argentina, 1962.
- Orban - Wents,-Everett
Grant:** "Periodoncia y Periodontología" 1a. Ed.
Edit. Interamericana, México. 1967
- Sánchez Torres Javier:** Revista A.D.M. Vol.25 No. 2 abril 1968
- Silva Herzog Daniel:** "Padecimientos Parodontales" Tesis
1964
- Vende Woorde H.E.:** "The Journal of the American Dental
Association" Vol.79-No.6: "Gingival
Grafting and Gingival Repositioning".