

129
261



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA PERIODONTAL



T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA DEL CARMEN GUILLEN COELLO

Asesor C. D. Victor M. Barrios E.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN
MEXICO, D. E.

1983



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 está 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.

I N D I C E

	Pág.
CAPITULO I	4
Cirugía Periodontal: Objetivos, Limitaciones, Requisitos Previos e Indicaciones.	
CAPITULO II	9
Bolsas. Planificación del tratamiento para eliminar las bolsas. Técnicas de la eliminación de la bolsa. Curetaje: Indicaciones, Contraindicaciones y Técnica. Gingivectomía: Indicaciones, Contraindicaciones y Técnica. Gingivoplastia: Indicaciones y Técnica.	
CAPITULO III	29
Procedimiento de Colgajo en Cirugía Periodontal. Clasificación Técnica e Indicaciones. Sutura. Apósito.	
CAPITULO IV	43
Osteoplastia y Ostectomía. Indicaciones. Contraindicaciones. Técnica.	
CAPITULO V	46
Procedimiento de Reinserción y Reconstrucción del hueso. Indicaciones. Técnica.	
CAPITULO VI	48
Reconstrucción de Tejidos Blandos. Injerto Pediculado: Indicaciones, Contraindicaciones y Técnica. Injerto Libre: Indicaciones, Contraindicaciones y Técnica.	
CAPITULO VII	54
Tratamiento Posquirúrgico.	
CONCLUSIONES	56
CASOS CLINICOS	57
BIBLIOGRAFIA	70

CIRUGIA PERIODONTAL: OBJETIVOS, LIMITACIONES, REQUISITOS PREVIOS E INDICACIONES.

La fase quirúrgica del tratamiento periodontal, consiste en las técnicas que se llevan a cabo para el tratamiento de la bolsa y las técnicas realizadas para la corrección de los problemas morfológicos relacionados con los defectos mucogingivales.

Este procedimiento quirúrgico difiere de otros muchos, en que es únicamente correctivo y no curativo, sin embargo, esta corrección no elimina el problema, puesto que estos defectos, no son la etiología de la enfermedad, de tal modo, que este tratamiento va a ayudar al paciente y al odontólogo a controlar la enfermedad, la ignorancia de estas acciones y el considerar que la cirugía es curativa, puede llevar al fracaso el tratamiento, pues ésta, es una interrupción en la continuidad del proceso y podría recidivar la enfermedad.

Los procedimientos quirúrgicos periodontales deben realizarse cuidadosamente planificados; el paciente, debe ser correctamente preparado tanto médica como psicológicamente, así como en todos los aspectos prácticos de la intervención.

OBJETIVOS:

- Restablecer la salud periodontal.
- Eliminar los procesos patológicos en la pared de la bolsa, crear un estado estable y mantenible y hacer posible la regeneración periodontal.

Para la finalidad de estos objetivos, la cirugía debe:

- 1) Acrecentar el acceso a la superficie radicular, eliminando todas las causas de irritación.
- 2) Disminuir la profundidad de la bolsa, con el fin, de que el paciente mantenga las superficies radiculares libres de placa.
- 3) Remodelar los tejidos blandos y duros, para conseguir una topografía armoniosa.

LIMITACIONES:

El procedimiento quirúrgico no elimina los factores etiología de la enfermedad (placa, cálculo, impactación de alimentos, restauraciones dentales irritantes y otros factores irritativos locales), únicamente retarda el progreso de la enfermedad periodontal, siempre y cuando, sean controlados estos factores, de no ser así, se retrasará la curación o se producirán modalidades de ésta, dejando resultados no óptimos en el posoperatorio.

- No elimina la movilidad dental, ésta es debida a inflamaciones o traumatismo oclusal primario o secundario y la cirugía reduce o controla la inflamación, pero no reduce el traumatismo oclusal por lo que debe recurrirse a otros métodos que auxilien a la cirugía.

- No evita en ocasiones la destrucción de tejido gingival y óseo que sostienen a los dientes, al retirar por completo bolsas excesivamente profundas procediéndose a elegir un tratamiento que no elimine totalmente la bolsa, inmovilizando los dientes o en su caso extraerlos, por tal motivo la planeación del tratamiento quirúrgico es importante, ya que puede resultar decepcionante para el paciente y el cirujano dentista.

- Incapacidad para restituir tejidos perdidos, uno de los ideales de la cirugía, es el reemplazo de los tejidos perdidos a causa de los procesos patológicos, pero debido al tipo de destrucción y a los factores que intervienen en la enfermedad no conducen a la regeneración satisfactoria de los tejidos, aunque con ciertas técnicas se puede reemplazar tejido óseo y gingival, sin embargo, no se puede reponer totalmente ambos tejidos, es más factible el reemplazo gingival que el tejido óseo, aunque no en su totalidad, por lo que también, para éste tratamiento se debe planificar y hacer un buen diagnóstico.

REQUISITOS PREVIOS:

Para que la cirugía periodontal resulte efectiva, se deben seguir los siguientes pasos:

- Preparar al paciente, informándole lo siguiente:

1) Que la enfermedad es asintomática o de sintomatología leve.

2) Concientizarlo de la gravedad de este problema, ya que las -- consecuencias de la enfermedad no se observan a simple vista, -- porque el tejido gingival está agrandado por edema y fibrosis y la destrucción que ocurre en la profundidad no es evidente para el paciente.

3) El paciente mal informado considerará la cirugía como un procedimiento destructivo, porque va a reducir el tejido gingival y aumentará el tamaño de las coronas clínicas de los dientes, hay que hacer incapié ante el paciente, que la enfermedad es destructiva y que la cirugía va a detener este proceso destructivo pero no a curarla.

4) Para que entienda el paciente, hay que mostrarle radiografías con la introducción de una sonda periodontal.

5) Indicar los beneficios del tratamiento y la sensación de mejorar su boca, las molestias durante y después del tratamiento, -- como la sensibilidad dentaria a los cambios térmicos.

6) Indicar la necesidad de restauraciones que surgirán después del tratamiento quirúrgico.

7) Indicar que se necesita su apoyo para el éxito de ésta y que deberá colaborar con su higiene, enseñándole técnicas de higiene dental, control de placa y estimulación del tejido parodontal, antes de la cirugía, de otro modo la enfermedad puede recidivar y terminar por perder los dientes afectados.

- Preparación correcta de los tejidos:

A la preparación correcta de los tejidos se le llama Fase Inicial o Preparatoria de la Terapéutica y consiste en el raspaje, alisado y eliminación de los factores responsables de la inflamación periodontal.

1) Se produce la eliminación de algunas lesiones completamente.

2) Se lleva a los tejidos a una consistencia más firme permitiendo con esto mayor seguridad y una cirugía delicada y facilidad en la sutura.

3) La reducción de la inflamación permitirá en consecuencia menos hemorragia durante la operación.

4) En la fase siguiente se revalorarán y examinarán los datos clínicos que indicaron la necesidad del procedimiento quirúrgico.

5) Se toman las decisiones en este momento y se planifica el número de intervenciones quirúrgicas, la fecha para realizarlas, el resultado que se espera y el cuidado posoperatorio, se discute -

con el paciente y se toma una decisión final.

- **Premedicación:**

La premedicación se hará cuando este indicada, incluyen la administración de antibióticos a pacientes con enfermedad cardíaca, diabetes, etc. u otras enfermedades que demanden antibióticos la cual comenzará 24 horas antes de la cirugía para alcanzar los niveles adecuados, prosiguiéndose varios días después de la cirugía.

- **Planificación correcta del tratamiento:**

Si esta indicada la cirugía, se efectúa la valoración prequirúrgica de acuerdo a los defectos causados por la enfermedad periodontal, en cuanto a su anatomía, topografía y severidad, basándose en estos factores, se planifica con cuidado la zona a operar, tipo y extensión de la cirugía y los pasos comunes.

- **Procedimiento técnico correcto:**

El cirujano debe conocer las técnicas quirúrgicas, sus indicaciones, contraindicaciones y limitaciones, ser capaz de efectuarlos y estar familiarizado con todos los elementos del procedimiento para obtener los resultados deseados.

- **Asistencia posoperatoria correcta:**

El resultado efectivo de la cirugía periodontal a largo plazo depende del programa posoperatorio que el odontólogo y el paciente deben cumplir.

- . Instruir nuevamente al paciente sobre el control de la placa.
- . Indicar al paciente o instruir nuevamente si es necesario sobre la higiene bucal.
- . Instruir sobre el uso de los estimuladores interdetales de goma, los cuales pueden contribuir al remodelamiento del tejido durante la fase de curación.
- . Complementar con odontología restauradora el tratamiento quirúrgico.
- . Establecer visitas periódicas para evaluar la salud periodontal, reinstruir y motivar al paciente en el control de la placa.

INDICACIONES.

Se hace para corregir los defectos causados por la enfermedad - periodontal y no con fines preventivos ni curativos.

- En casos de afección de la furcación II o III.
- Bolsa infraósea en áreas distales de los últimos molares complicados por problemas mucogingivales que no responden a los mé todos no quirúrgicos.
- Areas con contorneos óseos irregulares y cráteres profundos.
- Bolsas profundas en dientes donde una eliminación completa de los irritantes radiculares no se considere clínicamente posible y puede necesitar cirugía.
- En caso de inflamación persistente en áreas de bolsas moderadas a profundas, en el que se necesite un proceso quirúrgico.
- En áreas con bolsas estrechas o surcos normales, la inflamación persistente llevará a la presencia de problemas mucogingivales que necesiten de la cirugía.

C A P I T U L O I I

BOLSAS

La bolsa periodontal es la profundización patológica del surco gingival y se clasifica por su anatomía y tejido que la conforma de la siguiente manera:

- Bolsa gingival

Se forma por aumento de tamaño gingival sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes, el surco se profundiza a espensas del aumento de volúmen de la encía.

Las bolsas gingivales se clasifican de acuerdo al tejido que constituye sus paredes.

- Bolsa de tejido edematoso: de color rojo a azul, blando y depresible a la presión, sangra con facilidad y su superficie es luz trosa.

Bolsa de tejido Fibrótico, son firmes, no se deprimen, no san - gran con facilidad y su superficie es rugosa o punteada.

- Bolsa periodontal

Este tipo de bolsa se produce con destrucción de los tejidos periodontales de soporte y se clasifican en:

- Supraósea o supracrestal en la que el fondo de la bolsa es coronal al hueso alveolar subyacente.

- Infraósea o subcrestal o introalveolar en la que el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente, en este tipo de bolsa, la pared lateral de la bolsa está entre la superficie dental y el hueso alveolar.

PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO PARA ELIMINAR LAS BOLSAS.

Zona crítica en la cirugía de la bolsa

Debido a la diversidad de técnicas para el tratamiento de la bolsa. Los criterios para su selección se basan en hallazgos clínicos en los tejidos blandos de la pared de la bolsa, en la superficie dentaria, en el hueso subyacente y en la encía insertada.

Zona 1.- Pared blanda.

La pared blanda se encuentra inflamada con diversos grados de degeneración y ulceración con vasos sanguíneos ingurgitados -- cerca de la superficie, con frecuencia separados del contenido de la bolsa por una capa delgada de residuos tisulares.

En esta zona se determina lo siguiente:

- Si la pared de la bolsa se extiende en línea recta o sigue un trayecto tortuoso alrededor del diente.
- El número de superficies dentales que ocupa la bolsa.
- Localización del fondo y profundidad de la bolsa, así como la exploración del tejido conectivo entre la pared de la bolsa y el hueso debe ser blando, friable, firme, unido al hueso, este es importante en el tratamiento de la bolsa infraósea.

Zona 2.- Superficie Dentaria.

En la superficie dental se encuentran adheridos cálculos y otros depósitos en cantidad y textura variables.

El cálculo superficial es arcilloso, visible y desprendible-fácilmente con una excelente instrumentación.

En la profundidad de la bolsa el cálculo es duro, pétreo y muy adherido a la superficie, se debe tener especial cuidado al raspar el diente pues en la región coronaria de la raíz el cemento es sumamente fino y suele formar un reborde en la unión emelocementaria, también puede que la superficie del cemento se encuentre ablandada por la caries o deformada por cementículos adheridos.

En esta zona se determina lo siguiente:

- Extensión y localización de los depósitos.
- Estado de la Superficie dental, existencia de zonas ablandadas y erosionadas.
- Accesibilidad de la Superficie dental para la instrumentación--necesaria.

La fase 1 solucionará algunos de los problemas de la superficie dentaria, la evaluación posterior de esta fase deberá determinar el método apropiado de eliminación de la bolsa.

Zona 3.- El Hueso

La forma y la altura del hueso debe establecerse con el sondaje y el examen clínico radiográfico.

Los cráteres óseos, pérdidas óseas angulares y otras deformidades óseas, son criterios importantes para la selección de la técnica de radicación de la bolsa.

Zona 4.- La encía Insertada

Una encía insertada inadecuada puede ser debida a una inserción alta del frenillo, a una resección gingival marcada o a una -

bolsa profunda que busca el nivel de la unión mucogingival, todas estas deben ser exploradas y determinar su influencia en la eliminación de la bolsa.

TECNICAS DE LA ELIMINACION DE LA BOLSA

Los métodos de eliminación de la bolsa se clasifican en 3 - grandes grupos:

1) Técnica de reinserción:

Eliminan la profundidad de la bolsa mediante la reunión de la encía y el diente en una posición coronaria respecto al fondo de la bolsa preexistente.

Generalmente la reinserción esta asociada con el relleno óseo, la degeneración del ligamento periodontal y el cemento.

2) Pared lateral de la bolsa:

Puede ser eliminada por 3 métodos:

- Retracción o contracción, obteniendo como resultado del raspado y alisado, la disminución del proceso inflamatorio y la contracción de la encía reduciendo la profundidad de la bolsa.
- Eliminación quirúrgica realizada por técnica de Gingivectomía.
- Desplazamiento apical con un colgajo posicionado apicalmente.

3) Eliminación del lado dental de la bolsa:

Se efectua mediante la extracción dental o resección radicular Para los casos individuales se tomarán los siguientes criterios:

Bolsas gingivales:

Se toman en consideración 2 factores:

- a) El tipo de pared de la bolsa y
- b) La accesibilidad de la suma.

El tipo de pared de la bolsa que puede ser edematosa o fibrosa, - con la eliminación de los factores locales, hay contracción del - tejido edematoso y reducción o eliminación total de la profundi - dad de la bolsa.

Las bolsas con pared fibrosa no tendrán una disminución considera - ble en su profundidad después del raspado y alisado radicular, -- aunque con períodos largos de control de placa podría reducirse.

La eliminación total de los factores locales es la base para eliminación de la bolsa gingival en consecuencia la accesibilidad - se convierte en una consideración importante.

La siguiente tabla clasifica los criterios de selección de - métodos especiales de reducción de las bolsas gingivales.

Pared de la bolsa	Edematosa	Fibrótica
Accesibilidad		
buena	curetaje	Gingivectomía
mala	Gingivectomía	Gingivectomía

Bolsa Supraósea

En este tipo de bolsas se consideran 2 problemas:

- a) Presencia o ausencia de banda adecuada de encía insertada.
- b) Presencia de deformidades óseas que requieren algún tipo de corrección quirúrgica.

Para los casos de encía insertada:

- Sin deformidades óseas: Curetaje abierto o cerrado o gingivectomía.
- Con deformidades óseas: Colgajo micoperióstico con remodelado óseo ó colgajo mucoperióstico posicionado apicalmente con remodelado óseo.
- Para la encía insertada inadecuada.
- Sin deformidades óseas: Colgajo mucoso posicionado apicalmente o extensión gingival con autoinjerto libre de tejido blando.
- Con deformidades óseas: Colgajo mucoperióstico desplazado apicalmente con remodelado óseo.

Bolsas Infraóseas

El tratamiento de estas bolsas tiene como objetivo obtener una regeneración ósea y una reinserción o un contorneo del hueso residual a una morfología aceptable.

La decisión depende de la forma del defecto óseo, número de paredes, anchura y configuración general, para determinar la inspección visual para lo cual esta indicada la técnica de colgajo mucoperiosteo con cirugía ósea que sirve para obtener regeneración ósea o para eliminar hueso según la morfología del --

defecto, esta técnica se puede combinar con procedimientos mucogingivales cuando la encía insertada es insuficiente.

CURETAJE

El curetaje gingival es una operación planificada y sistemática para eliminar parte o todo el revestimiento gingival con inflamación crónica y ulcerado de la bolsa.

El raspaje se refiere a la remoción de los depósitos desde la superficie radicular.

El alizado es el alisamiento de la raíz para remover la sustancia dentaria infectada y necrótica, estos dos incluyen diferentes grados de curetaje con objetivos e indicaciones que se consideran como partes separadas del tratamiento periodontal.

El curetaje acelera la curación reduciendo la labor de las enzimas y la fagocitosis del organismo, lo que ordinariamente remueve los restos tisulares durante la curación. Con la remoción de la capa epitelial de la bolsa periodontal el curetaje remueve la barrera para insertar las fibras periodontales a la superficie radicular. Se ha observado que hay invasión bacteriana de la bolsa y del epitelio de unión, con el curetaje vamos a remover estas áreas de penetración bacteriana.

El curetaje no está exento de causar irritación y trauma a la encía aún cuando se realice con extremo cuidado, sin embargo, las lesiones son de carácter microscópico y no afectan la curación.

Un curetaje excesivo conduce a un posoperatorio doloroso y retarda la curación.

Se pueden mencionar dos tipos de curetaje:

Gingival.- Consiste en la remoción del tejido blando inflamado, lateral a la pared de la bolsa.

Subgingival.- Consiste en el procedimiento que se realiza apical al epitelio de inserción, afectando a la inserción tisular conectiva más abajo de la cresta ósea.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

- Eliminación de bolsas supraóseas localizadas en áreas accesibles, o que tienen una inflamación y una pared edematosa, que contraerá la profundidad de la bolsa.

Cuando la pared de la bolsa es firme y fibrosa, el curetaje no contrae la pared de la bolsa por lo que es necesario un tratamiento quirúrgico para eliminarla.

- La reinserción se intenta en una bolsa infraósea moderadamente profunda, localizada en áreas accesibles, cuando la cirugía cerrada es imposible, bolsas tortuosas, afecciones de furca que impiden la remoción total de los irritantes de la superficie radicular y el alisado posterior contraindican este enfoque.

- El curetaje se emplea como proceso no definitivo para reducir la inflamación antes de la eliminación de la bolsa por otros métodos, en pacientes en los que está contraindicada la cirugía debido a la edad, problemas sistémicos o fisiológicos, ya ---

que en estos casos la bolsa es comprometida y el pronóstico puede ser peor.

El curetaje debe realizarse en las visitas de revisión, para evitar inflamación recurrente y profundidad de las bolsas sobre todo cuando se ha efectuado anteriormente la reducción de la bolsa.

OBJETIVOS

Remoción de restos tisulares, tejido de granulación crónicamente inflamado, acelerar la curación y mejorar la contracción gingival lo que reducirá la bolsa.

- Al eliminar el epitelio de unión y áreas inflamadas por apoptosis a ellas, el curetaje Subgingival favorecerá la reinserción de fibra a un nivel coronario al de las preexistentes.

El curetaje no elimina las causas de inflamación, placa bacteriana, depósitos, etc. por lo que deberá ir precedida de raspaje y alisado radicular, los cuales son el tratamiento básico periodontal, éste debe ser realizado en una sesión previa, seguida de una reevaluación y establecer la necesidad de curetaje realizándose en la misma visita como curetaje.

En el tejido edematoso muy inflamado puede lesionar el tejido, por lo que es recomendable terminar el curetaje en la misma sesión.

TECNICA

- El curetaje gingival corta o desprende el revestimiento de la bolsa elimina el tejido inflamatorio subyacente.
- El curetaje gingival, por otro lado requiere de algunos tipos de anestesia local t6pica, por conducci3n o infiltrativa, -- adem6s de depositar una gota de anestesia en cada papila interdientaria para producir isquemia y conseguir un tejido lo m6s firme posible.
- Se debe planificar para trabajar en un solo diente o en un segmento del arco en una sesi3n, esto depender6 de la accesibilidad, topograf6a de las bolsas y caracter6sticas del tejido.
- No curetear enc6a delgadas y friables pues se corre el riesgo de perforar o desgarrar el tejido.
- La cureta se selecciona de manera que el borde cortante vaya hacia el tejido por ejemplo: la cureta Gracey num. 13 o 14 en superficie Mesial y las nos. 11-12 para distales.
- La cureta se inserta en la capa mas interior de la bolsa llev6ndose lo largo del tejido blando con un golpe horizontal usando como apoyo el dedo medio o anular, debe cortar y no desgarrar o mutilar la pared blanda.
- La colocaci3n de los dedos pulgares e 6ndice contra la superficie vestibular o lingual de la enc6a ayudar6 a sostener el

tejido y a realizar el curetaje; la cureta se desplaza entonces bajo el borde cortante del epitelio de unión.

- Hay que llevar el tejido enfermo a la superficie y limpiar cada vez la hoja de la cureta con gasa estéril.
- Después se lavan las bolsas con solución salina normal estéril, inspeccionando la zona, comprobando que la limpieza de las superficies radiculares fué completa.
- En el curetaje subgingival, los tejidos insertados entre el fondo de la bolsa y la cresta alveolar se remueven con un golpe de la cureta en la superficie dentaria, el área se remueve con los exudados y el tejido se adapta parcialmente al diente por una presión suave del dedo, en caso necesario esta indicada la sutura de las papilas separadas y la colocación de un apósito quirúrgico.

A las 2 semanas se valoran los resultados y se determina si es necesaria la continuidad del tratamiento.

Entre otras técnicas tenemos las siguientes:

Procedimiento escisional de nueva inserción (ENAP)

Es un procedimiento de curetaje subgingival definitivo realizado con bisturí .

- Se anestesia, se mide con una sonda la profundidad de la bolsa y se penetra ésta en los tejidos gingivales a dicha profundidad.

Con la hoja quirúrgica se hace una incisión a bisel interno desde el margen gingival de la encía libre, apicalmente al punto -

más hondo del fondo de la bolsa.

Se lleva la incisión interproximalmente en vestibular y lingual intentando penetrar lo más que se pueda, la intención es cortar la pared interna del tejido blando de la bolsa alrededor del diente.

- Remover el tejido excindido con una cureta y analizar el cemento expuesto, hasta que esté liso y de consistencia dura, conservando las fibras tisulares conectivas que permiten la inserción a la superficie radicular.
- Irrigar con suero salino normal, asegurarse de que no existan cálculos o coágulos.
- Unir los bordes de la herida y, si se encuentran pasivamente, reconformar el hueso hasta existir una buena adaptación de los bordes de la herida, colocar suturas interproximales alternas o de colchonero.
- Presionar 2 o 3 minutos en vestibular y lingual con una gasa embebida en suero salino para permitir un coágulo fino entre el tejido y el diente, colocar un apósito periodontal.

Curetaje abierto

El curetaje abierto es el procedimiento en que se elimina el tejido de granulación y las raíces se raspan y alisan después de haber abordado el área haciendo un colgajo.

Esta técnica nos permite visualizar las superficie radicales y estar seguros de que no existen cálculos y se ha eliminado todo el tejido de granulación.

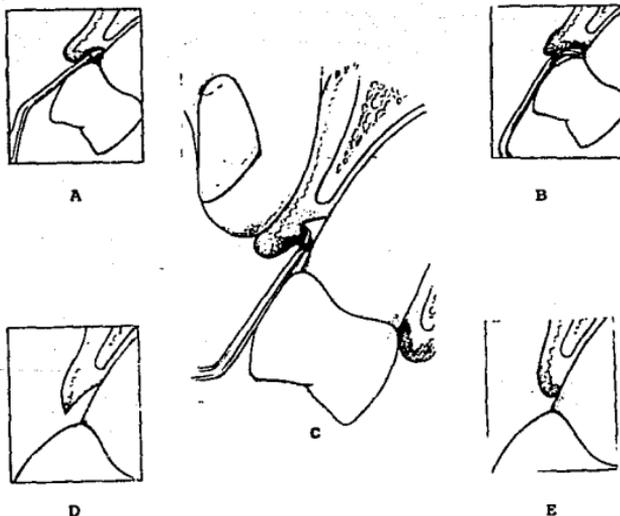
La ventaja es que el tejido se maneja con mayor exactitud y no se desgarran.

Sin embargo el inconveniente que tiene es que ocasiona dolor y tumefacción en el posoperatorio.

Características clínicas después del Curetaje.

- Encía hemorrágica y brillantemente roja, inmediatamente -- despues del curetaje y raspaje.
- Una semana después se observa la encía reducida en su altura mostrando un cambio apical en la posición del margen gingival, se observa más enrojecida de lo normal, pero menos que al inicio del curetaje.
- Dos semanas después e higiene oral adecuada, se encuentra la encía con color, textura de la superficie, consistencia y contorno habituales y el margen gingival bien adaptado - al diente.

TECNICA DEL CURETAJE.



- A, Raspado para eliminar cálculos.
- B, Aplanamiento con una cureta para alisar la raíz.
- C, El tejido blando se curetea invirtiendo la cureta y raspando la pared de la bolsa para retirar el epitelio y tejido de granulación
- D, El revestimiento de la bolsa se retira quedando la pared en su sitio.
- E, La cicatrización de la bolsa se acompaña de la formación de una corta inserción epitelial.

GINGIVECTOMIA.

Gingivectomía es la excisión de la encía cuya finalidad es eliminar la pared de la bolsa enferma que oculta la superficie dentaria proporcionando accesibilidad para eliminar totalmente los depósitos superficiales irritantes y el alisamiento a fondo de las raíces. Al eliminar el tejido enfermo y los factores irritativos locales, se crea un medio favorable para la cicatrización gingival fisiológica.

INDICACIONES

- Eliminación de bolsas supraóseas de acuerdo a su profundidad, si la pared de la bolsa es fibrosa y firme.
- Eliminación de hipertrofias gingivales.
- Eliminación de absesos periodontales supraóseos.

CONTRAINDICACIONES

- La necesidad de hacer cirugía ósea o examen de la forma -- del hueso y su morfología.
- Localización del fondo de la bolsa apical a la línea mucogingival

TECNICA

- Se anestesia localmente mediante bloqueo nervioso o infiltrativo y se complementa con anestesia en el área interdental a tratar.
- Las bolsas de cada superficie se exploran con la sonda periodontal examinando la forma de los tejidos y la profundidad de la bolsa.
- Marcación de las bolsas.

Con una sonda milimétrica se mide la profundidad de la bolsa y se coloca en la superficie externa de la encía punzándola con una sonda y un explorador o con la pinza marcadora de bolsas, se introduce el extremo recto hasta el fondo de la bolsa y con el extremo marcador alineado al eje del diente,-

se punza produciendo puntos sangrantes en la superficie externa, esta marcación comenzará por la superficie distal del último diente de la zona a operar, siguiendo por vestibular hacia la línea media, dibujando el curso de la bolsa sobre cada superficie.

PROCEDIMIENTO DE LA INCISION.

Se inicia por apical a los puntos sangrantes que marcan la profundidad de la bolsa y se prolonga en dirección contraria hasta un punto entre la base de la bolsa y el margen óseo tratando de estar lo más cerca posible del hueso sin exponerlo, eliminando el tejido blando coronario al hueso.

- La eliminación del tejido blando que esta entre el fondo de la bolsa y el hueso es importante debido a la mayor posibilidad de eliminar la totalidad del epitelio de unión.

1) A la exposición de depósitos radiculares del fondo de la -- bolsa.

2) A que elimina el tejido fibroso excesivo que interfiere la obtención de un contorno fisiológico, cuando cicatriza -- la encía.

- La incisión sera biselada en 45° aproximadamente con la superficie dental, es importante cuando las paredes de las -- bolsas son fibrosas y estan agrandadas, este procedimiento -- realizado deja una meseta fibrosa que requerirá más tiempo para la formación del contorno fisiológico contribuyendo a la acumulación de placa y alimentos, con lo cual podría -- recidivar la bolsa.

- Recrear en lo posible la forma festoneada normal de la encía salvo en caso de que al retirar completamente la bolsa se re -- quiera apartarse de la forma normal de la encía.

- La incisión debe traspasar completamente los tejidos blandos en dirección al diente, con el propósito de no dejar lengüetas, de tejido adheridas que deberán quitarse posteriormente con tijeras o bisturí periodontal.

- Si durante el acto quirúrgico se observa que la incisión es inadecuada se debe modificar.
- Para bolsa de dientes adyacentes a una zona desdentada - se hace una incisión individual a través del reborde por apical a las bolsas y cercana al hueso.
- Eliminación de la encía marginal e interdental, desde el último diente de la zona a tratar, se desprende el margen gingival por la línea de incisión, con azadas quirúrgicas y curetas, colocandolos profundamente en la incisión hasta llegar a la superficie dental, llevándolo en dirección coronaria con un movimiento lento y firme.

TIPOS DE INCISION.

- Incisión Discontinua:

Se inicia en la superficie vestibular del ángulo distal, siguiendo el curso de la bolsa, se extiende a través de la encía interdental hasta el ángulo vestibulo-distal del diente siguiente, la siguiente incisión comienza donde la anterior cruza el espacio interproximal hasta el ángulo disto-vestibular del diente que sigue, estas incisiones individuales se repiten en cada diente a operar.

- Incisión Continua.

Se inicia en la superficie vestibular del último diente siguiendo el curso de las bolsas sin interrupción, terminando por vestibular, se repite por lingual o palatino, para evitar los vasos sanguíneos y los nervios del conducto incisivo así como para establecer un mejor contorno gingival posoperatorio las incisiones se harán a lo largo de la papila incisiva y no horizontalmente a través de ella.

- Incisión Distal.

Después de terminar la incisión vestibular y lingual, se les -
une mediante una incisión en la superficie distal del último -
diente erupcionado, esta incisión se hace con un bisturí perio-
dontal colocado bajo el fondo de la bolsa y se la bisela de ma-
nera que una las incisiones vestibular y lingual.

Eliminando la pared de la bolsa y con el campo limpio se obser-
va lo siguiente:

- 1) Tejido de granulación de aspecto globular.
- 2) Cálculos residuales que se extienden hasta donde estaba in-
sertada la bolsa.
- 3) Zona clara semejante a una banda, sobre la raíz donde se in-
sertaba la bolsa
- 4) Ablandamiento de la superficie radicular, indentaciones pro-
ducidas por la reabsorción celular y protuberancias cemen-
tarias.

El tejido de granulación se debe eliminar para evitar hemorra-
gias, durante la fase de raspaje, para lo cual se utilizan cure-
tas esta se lleva sobre la superficie dental y por debajo --
del tejido de granulación para separarlo del tejido subyacente,
dejando al descubierto el hueso o tejido fibroso que lo cubra.
- El cálculo y la sustancia radicular necrótica se eliminan y
se alisa la superficie radicular mediante raspadores y cure-
tas.

-El éxito de la gingivectomía dependerá del raspado y alisado
de la raíz, lo que deberá hacerse inmediatamente al retirado -
del tejido de granulación, no dejándolo para sesiones futuras,
por lo siguiente

- 1) Raíces visibles y accesibles.
- 2) Cicatrización inadecuada si se dejan depósitos sobre las --
raíces que en la subsecuente sesión estarán cubiertas por -

la encía inflamada.

3) La post-ergación representa una operación inecesaria.

- Una vez reformado el tejido gingival se cubre la zona con un apósito quirúrgico, siendo el más conveniente el de óxido de zinc y eugenol, fragua con dureza, evita el dolor y el sangrado en el posoperatorio.
- A los cinco o siete días se quita el primer apósito, se verifica inexistencia de cálculos y del tejido de granulación- en caso necesario se curetea, se cubre nuevamente con el apósito para evitar irritaciones y se quita a la segunda semana del posoperatorio se limpia el área y se pulen los dientes. - La curación total es a los 30 o 40 días, se observan color, contorno gingival y profundidad del surco, normales, además el tejido en un nivel más apical.

GINGIVOPLASTIA

Es la remodelación de la encía que ha perdido su forma externa fisiológica.

Indicación

Es la creación de la forma gingival fisiológica y no la eliminación de las bolsas.

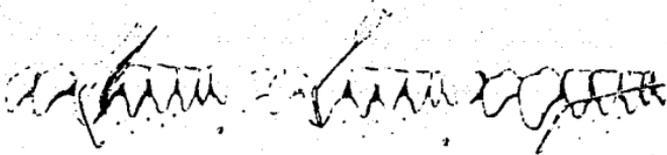
La gingivoplastia se puede realizar sin gingivectomía

TECNICA

Se realiza con bisturí periodontal, escalpelo, piedras rotatorias de diamante, de grano grueso o mediante electrocirugía- se compone de procedimientos similares a los festoneados de las dentaduras.

- Afinamiento del margen gingival.
- Creación de un contorno marginal festoneado.
- Adelgazamiento de la encía insertada.
- Creación de surcos interdentes verticales, con remodelado de la papila interdental como vía de escape a los alimentos.

GINGIVECTOMIA.



MARCACION DE BOLSAS.



INCISION SECUNDARIA
CON UN BISTURI DE
WAERHAUG.



INCISION FESTONEADA
PRIMARIA.



ELIMINACION DE ENCIA
SECCIONADA

C A P I T U L O I I I

PROCEDIMIENTOS DE COLGAJO EN CIRUGIA PERIODONTAL

El colgajo es una sección de encía mucosa alveolar adyacente que se separa quirúrgicamente, la base del colgajo permanece insertada para proporcionar el aporte vascular adecuado.

CLASIFICACION, TECNICA E INDICACIONES.

- 1) Colgajos de espesor total o mucoperióstico incluyen toda la encía o mucosa alveolar que cubre el diente, este colgajo va a descubrir el diente y el hueso.
 - La reflexión del colgajo se efectúa por medio de una disección roma, mediante un elevador perióstico para separar el mucoperiostio del hueso moviendolo mesiodistal y apicalmente hasta conseguir la reflexión deseada.
 - Está indicado cuando se contempla la cirugía ósea.
- 2) Colgajos de espesor parcial o mucosos: incluye solamente el epitelio y una capa de tejido conectivo subyacente, deja el hueso cubierto por tejido conectivo, entre la que se incluye el periostio.
 - Se efectúa por disección aguda para reflejar el colgajo a espesor parcial con un bisturí quirúrgico No. 15 y 11 para separar el colgajo cuidadosamente.

- Está indicado cuando hay que colocar el colgajo apicalmente o cuando no se desea exponer hueso.

3) Colgajos reposicionados o posicionados.

Este colgajo puede situarse apical, coronal, lateral, los colgajos posicionados apicalmente tienen la ventaja de preservar la porción externa de la pared de la bolsa y crear encía insertada. La reposición del colgajo se hace posible separando completamente la encía insertada del hueso subyacente, siendo posible el desplazamiento debido a la movilidad de la porción no insertada de la encía.

4) Colgajo no reposicionado.

Este colgajo se colocará en la misma posición que tenía antes de la cirugía.

Se indican cuando se espera regeneración de la cresta alveolar y que pueden cubrir totalmente el área de la cresta.

Diseño:

El colgajo se determina por el juicio quirúrgico y depende de los objetivos de la operación, considerándose el grado de acceso al hueso subyacente.

Las superficies radiculares y posición final del colgajo y mantener la circulación apropiada del colgajo.

Incisiones:

Los colgajos periodontales utilizan incisiones verticales y horizontales.

Los horizontales son realizadas a lo largo de la encía en dirección mesial o distal. Se recomiendan dos tipos de incisiones

una en bisel interno (Incisión primario o de bisel contrario) - que comienza a una distancia del margen gingival y en dirección a la cresta del hueso y una incisión crevicular (Incisión segunda)- que comienza en el fondo de la bolsa dirigiéndose hacia el margen y también se realiza una incisión interdientaria (Incisión tercera), una vez que el colgajo ha sido elevado.

Incisión en bisel interno: Es la incisión básica del colgajo periodontal, porque permite reflejar el colgajo y exponer el hueso subyacente y la raíz.

Esta incisión cumple 3 objetivos:

- Eliminar el revestimiento de la bolsa.
- Conserva la superficie externa de la encía relativamente no afectada, la que posicionada apicalmente produce encía insertada.
- Crea un margen de colgajo fino y afilado para su adaptación a la unión hueso diente.
- Se utilizan los bisturíes quirúrgicos nos. 15 y 11.
- La encía que se deja alrededor del diente contiene el epitelio del revestimiento de la bolsa y el tejido granulomatoso; y se eliminan con la incisión crevicular e interdientaria.

Como efectuar la Incisión:

- La incisión comienza de un área designada en la encía dirigiéndose a un área sobre o cerca de la cresta ósea.

Para el colgajo no reposicionado, la incisión se efectúa en un área coronal al fondo de la bolsa.

- Esta incisión se realiza si existe la suficiente encía insertada por debajo de la incisión, muy cerca de un diente producirá reformación de bolsa de tejido blando, y muy lejos del diente, se dificultará cubrir el hueso durante el cierre del colgajo.
- La incisión en bisel interno debe festonearse para preservar la papila interdientaria.
- Al realizar la cirugía ósea la primera incisión se coloca de -- manera de compensar el tejido óseo, terminando el colgajo en la unión dento-ósea.

Para el colgajo posicionado apicalmente, la incisión del bisel interno se efectúa de 0.5 a 1.0 mm. cerca del diente.

- No hay necesidad de determinar el fondo de la bolsa en relación a la incisión, para poder preservar mayor cantidad de encía insertada.
- El colgajo se coloca aproximadamente en la unión dento-ósea al desplazar apicalmente el colgajo.
- La posición final no se determina por la colocación de la primera incisión.

Incisión Crevicular o Segunda Incisión.

- Se realiza desde la base de la bolsa a la cresta del hueso, formando conjuntamente con la de bisel interno una cuña en forma de V, que termina en la cresta del hueso.
- Se realiza alrededor del diente completo utilizando habitualmente la hoja No. 12 B en forma curva.

- Se inserta un elevador perióstico en la incisión primaria y se separa el colgajo.

Incisión Interdentaria o Tercera Incisión.

- Se realiza para separar el collarete de encía alrededor del diente.
- Se utiliza el bisturí de Orban.
- La incisión se efectúa interdentalmente juntando los segmentos vestibular y lingual, liberando totalmente la encía alrededor del diente.

Colgajo en Sobre.

- Se reflejan utilizando solo la incisión horizontal.
- Se obtiene buen acceso.
- Si no se ha prevenido la colocación del colgajo coronal, apical o lateral.
- Si no se han efectuado incisiones verticales.

Incisiones Liberadoras Oblicuas o Verticales.

- Se utilizan en uno o en ambos bordes de la incisión horizontal.
- Necesarias para el colgajo reposicionado.
- Se extienden más allá, de la línea mucogingival hasta llegar a la mucosa alveolar.
- Para la liberación del colgajo al ser reposicionado.

- Se deben evitar en superficies linguales o palatinas.
- No deberán realizarse en el centro de una papila interdientaria o sobre la superficie radicular de un diente.
- Se deben realizar en las líneas ángulos de un diente incluyendo o evitando completamente la papila en el colgajo.
- Se deben evitar colgajos cortos mesiodistal, con incisiones horizontales largas hacia apical.
- Técnica de denudación interdientaria.
- Consiste en incisionesno festoneadas en bisel interno horizontales eliminando la papila gingival y denudar el espacio interdentario.
- Sana por intención secundaria, produciendo un excelente contorno gingival.
- Contraindica en implantes óseos.

Colgajo de Widman modificado o Curetaje con colgajo abierto.

Este colgajo proporciona acceso para una adecuada instrumentación de las superficies radiculares y un cierre inmediato del área Técnica.

- Incisión inicial en bisel interno festoneada hasta la cresta alveolar y de uno a dos mm. del margen gingival; la papila debe tener un grosor similar al del colgajo vestibular, generalmente no son necesarias las incisiones verticales.
- La encía se refleja con elevador perióstico.
- Se efectua incisión crevicular desde el fondo de la bolsa hasta el hueso, circuscrita en cuña triangular de tejido que contie-

ne la pared de la bolsa.

- Se realiza una tercera incisión, en los espacios interdentarios coronarias al hueso, con una cureta o bisturí interproximal, eliminando el collarete gingival.
- Se eliminan restos de tejidos y tejidos de granulación en una cureta, se raspan y se alisan si es necesario, sin alterar las fibras periodontales residuales, insertadas a la superficie dentaria.
- Se corrige la estructura ósea, en caso de que impida la adaptación del tejido al cuello de los dientes, el tejido interproximal vestibular y lingual debe adaptarse entre sí, a modo que no quede expuesto el hueso interproximal. Los Colgajos se pueden adelgazar a fin de adaptarse alrededor e interproximalmente al diente.
- Se colocan suturas directas e interrumpidas en cada espacio interdentario, se cubren con tetraciclina (Acromicina) y con un empaquetamiento quirúrgico periodontal.

COLGAJO PALATINO

Debido a las características anatómicas del paladar (Tejido insertado queratinizado), no es posible posicionarlo apicalmente, ni realizar colgajos a espesor parcial. Se utiliza técnica en colgajo biselado.

- Incisión Inicial a través de las bolsas periodontales.
- Se rechaza un colgajo microperióstico convencional.

- Se limpian las superficies dentarias y se remodela al hueso.
- Se repone el colgajo palatino y se preparay ajusta el margen gingival sobre la cresta ósea alveolar, mediante una incisión secundaria festoneada y biseñada.
- Se afirma el colgajo en esta posición con suturas interproximales.

SUTURA

Los materiales comunmente utilizados como suturas, en cirugía periodontal, estan confeccionados en seda y diversos materiales sintéticos, las dimensiones usuales son.- 3-0 y 4-0, los materiales no son reabsorbibles y deben eliminarse después de 7 a 14 días.

Se deben utilizar agujas atraumáticas curvas o rectas de diámetro reducido, por ejemplo la 3/8.

Las suturas usadas con mayor frecuencia en Cirugía periodontal son las siguientes:

- Sutura Interdental Interrumpida.
- Suturas Suspensorias.
- Suturas Continuas.

Sutura Interdental Interrumpida.

- Provee una estrecha adaptación interdental en los colgajos vestibular o lingual con igual tensión sobre ambas unidades.
- No es recomendable cuando se reubican los colgajos en distintos niveles.

TECNICA

La aguja pasa a través del colgajo lingual desde la cara externa a través del área interdental y a través del colgajo lingual desde la cara interna o visceversa.

Al anudar la sutura se pondrá cuidado para no desgarrar los tejidos de los colgajos.

Sutura Suspensoria.

Se utiliza cuando el procedimiento quirúrgico tiene una extensión limitada e incluye solo los tejidos vestibulares o linguales.

- Es la sutura de elección cuando se reubican los colgajos vestibular o lingual en distintos niveles.

TECNICA

Se pasa la aguja a través del colgajo vestibular desde su cara externa por mesial del diente, se la pasa por alrededor de la cara lingual del diente y se atraviesa el colgajo vestibular en distal del diente también desde la cara externa.

Se vuelve la Sutura al punto de partida y allí se anuda.

Sutura Continua.

Se emplea para reubicar apicalmente colgajos con extensión de varios dientes cuando se elevó un colgajo a cada lado de los dientes, asegurando uno por vez en su posición apropiada.

TECNICA

Se inicia el procedimiento de sutura en mesial o distal del -

colgajo vestibular pasando la aguja a través del colgajo y sobre el área interdental, se ubica la sutura por lingual del primer diente y se va hacia el lado vestibular sobre el espacio interdental del siguiente.

- Después se pasa la aguja por el colgajo lingual con la sutura ubicada del lado vestibular cada diente y sobre cada espacio interproximal.
- Al completar la sutura del colgajo lingual, la aguja habrá llegado al primer espacio interdental.
- Se ajustan los colgajos en la posición deseada y se anuda la sutura para asegurarlos allí necesitando ésta solo un nudo.

Apósito.

Propósitos.

- Proteger la herida producida en cirugía.
- Obtener y mantener una adaptación estrecha de los colgajos mucosos al hueso subyacente.
- Brindar comodidad al paciente.
- Prevenir hemorragias operatorias.
- Evitar la formación de tejido de granulación.

Requisitos:

- Debe ser blando, con plasticidad y flexibilidad suficientes para facilitar su colocación en la zona operada y adaptarse correctamente.

- Tiempo de fraguado razonable.
- Tener rigidez para evitar su fractura y desplazamiento.
- Poseer superficie lisa para evitar irritación de carrillos y labios.
- Debe tener efecto bactericida para evitar formación excesiva de placa.
- No debe intervenir perjudicialmente en la curación.
- Mantener el apósito en la zona de 7 a 14 días.

Técnica de Aplicación.

- Se llenan los espacios interproximales con el material, se aplican rollos de apósito en el área operada en las superficies vestibulares y linguales de los dientes. Se hace presión contra las superficies dentarias, forzando el material en las áreas interproximales, éste no cubrirá más del tercio apical.
- Se alisan las superficies del apósito.

El Coe Pak se aplica sobre la superficie operada por medio de una jeringa plástica.

Coe - Pak

Presentación en 2 tubos.

El primero contiene óxidos de diversos metales sobre todo de zinc y lorotidol como fungicida.

El segundo contiene ácidos carboxílicos no ionizados y cloró
timol como bacterios tático. Semezclan en partes iguales y el fra
gado se puede prolongar con un retardador.

- Puede producir hipersensibilidad.

INCISIONES NECESARIAS PARA LA CIRUGIA DE COLGAJO



A



B



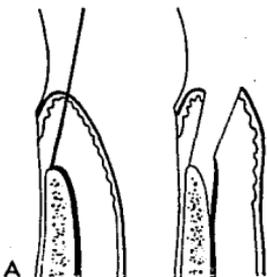
C

Incisión en bisel interno o primaria

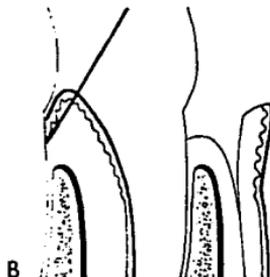
Incisión Crevicular o segunda

Incisión Interdentaria o tercera.

TIPOS DE COLGAJO



A



B

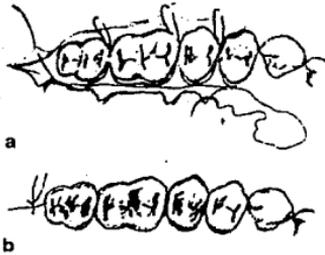
Colgajo a espesor total o mucoperiostico.

colgajo a espesor parcial o mucoso.

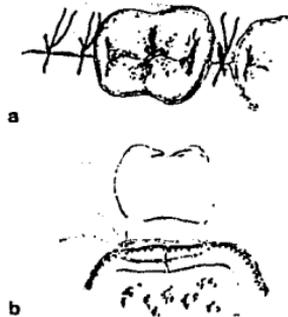
TIPOS DE SUTURAS



Sutura suspensoria



Sutura continua



Sutura interdental interrumpida

CAPITULO IV.

OSTEOPLASTIA Y OSTECTOMIA.

El propósito de la osteoplastia es crear una forma fisiológica del hueso alveolar sin eliminar tejido de sostén.

El propósito de la ostectomía es la remoción de hueso del soporte dentario.

INDICACIONES.

- Eliminación de bolsas de una y dos paredes.
- Remodelar la apófisis alveolar residual cuando hay repisas, espinas, exostosis y toros, apófisis alveolares anchas que impiden el desarrollo del margen gingival fino.
- El hueso interproximal e interradicular debe estar a un nivel más coronario que el hueso marginal.

CONTRAINDICACIONES.

- La presencia del seno maxilar, del agujero mentoniano, de la cresta oblicua externa, de la cresta milohioidea, de la mandíbula pueden complicar o impedir la remodelación o remoción del hueso
- En bolsas infraóseas de 8 a 9 mm. puede ser necesaria la remoción excesiva de hueso comprometiendo la capacidad fisiológica del diente o la remoción extensa de hueso de dientes adyacentes que no estén afectados.

TECNICA.

- Se expone el hueso alveolar por elevación de un colgajo de espesor total una vez separado el colgajo, se quita el tejido blando de los defectos óseos, por curetaje, se inspeccionan las raíces y se retira todo cálculo remanente.
- Se hacen las correcciones óseas necesarias mediante una fresa redonda o una pieza de diamante, bajo constante irrigación salina, también, se pueden utilizar escoplos limas y gubias.
- Se lava el área con solución fisiológica eliminando astillas

y restos óseos.

- Se remodelan los colgajos de tejido blando y se los adapta al margen óseo recién creado y se sutura.
- Se cubre la zona con apósito quirúrgico.

POSOPERATORIO.

- Existe mayor tumefacción y dolor que después de las intervenciones quirúrgicas gingivales. Estas serán controladas con analgésicos suaves.
- Las suturas se retiran a los 5 o 7 días y si es necesario se coloca nuevamente el apósito.

OSTEOPLASTIA



Defecto infraóseo en mesio-vestibular del canino superior derecho.



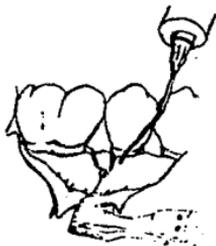
Eliminación del defecto óseo mediante remodelado óseo utilizando fresa redonda.



b

Osteoplastia completa, el objetivo es no reseca nada de hueso de sostén.

OSTECTOMIA



Defecto óseo expuesto mediante un colgajo mucoperiostico, las paredes se reducen hasta la base del defecto con una fresa redonda y empleando irrigación salina.



Completo el remodelado óseo se observa eliminación de hueso de sostén.

CAPITULO V.

PROCEDIMIENTO DE REINSECCION Y RECONSTRUCCION DEL HUESO.

La reconstrucción total del aparato de inserción en lesiones óseas es el objetivo de la terapia periodontal, porque el hueso es el tejido de sostén del diente, sin embargo, no aumenta la altura del hueso ni llena las áreas de furcación abiertas, pero existe la reabsorción de la cresta ósea teniendo lugar la cicatrización mediante la formación de la lámina dura crestal.

Con el tratamiento de reinserción o neoinserción en bolsas infraóseas conduce a la formación de cemento, hueso y ligamento periodontal dentro de las paredes óseas de la bolsa.

Este procedimiento requiere un desbridamiento total del área después del acceso mediante el colgajo y luego la recolocación del colgajo o la aplicación de un injerto en los defectos del área y después colocar el colgajo.

INDICACIONES.

- Los procedimientos de reinserción no eliminan la bolsa con tanta seguridad como la ostectomía y la osteoplastia.
- En bolsas infraóseas de tres paredes estrechas para la eliminación total o casi total de la bolsa.
- En bolsas infraóseas muy profundas que con cierto grado de neoformación ósea convierta bolsas intratables en tratables con técnicas excisivas.

TECNICA

Consiste en elevar un colgajo y curetear:

- Incisión intrasurcal con margen ondulado para un cierre completo del colgajo.

- Se eleva el colgajo y se curetea para visualizar los defectos y raíces.
- Se raspan y alisan las raíces con el objeto de que queden lisas.
- Se puede aplicar ácido cítrico 1-N en una torunda de algodón por tres minutos.
- Se coaptan y suturan los colgajos en su posición original.

CAPITULO VI.

RECONSTRUCCION DE TEJIDOS BLANDOS.

La encía insertada se puede corregir con injertos de tejido --- blando que proporcionan altura adicional a la encía.

INJERTO PEDICULADO.

Los injertos de reubicación lateral son utilizados para cubrir áreas de recesión gingival localizada y ganar encía queratinizada o adherida.

INDICACIONES.

- Indicado para reconstruir zonas aisladas de encía insertada.
- Como mantiene su propia irrigación sanguínea el tejido puede servir para cubrir una superficie radicular denudada. El tejido dador suele proceder de la encía de un diente adyacente o de -- otras áreas contiguas.

CONTRAINDICACIONES.

- En los sitios donde el tejido dador es inadecuado por su poco ancho o espesor o donde existe la posibilidad de dehiscencia -- ósea en el diente dador.

TECNICA.

- Se prepara el área receptora.
- Incisión en bisel invertido a lo largo del margen gingival de el defecto.
- Se hace la remoción del epitelio disecado de la bolsa y se cu retea la superficie radicular expuesta.

- A tres mm. del borde de la herida que delimita el defecto del lado opuesto al del área donante se realiza una incisión superficial que se extiende desde el margen gingival hasta un nivel aproximado de 3 mm. hacia apical del defecto.

- Se realiza otra incisión superficial horizontal de esa incisión hasta el borde opuesto de la herida.

- El epitelio y la porción externa del tejido conectivo dentro del área delimitada por las incisiones, se elimina mediante disección aguda, se crea un lecho receptor de 3mm. de ancho a un lado del defecto y apicalmente a él.

- Se disecciona un colgajo del área donante adyacente para cubrir la recesión.

- Se inicia con una incisión superficial vertical paralela al borde de la herida del área receptora adyacente y a una distancia que exceda 3 mm. el ancho del lecho receptor.

- La incisión se extiende apicalmente en sentido del lecho receptor y termina en la mucosa alveolar con una incisión liberante oblicua dirigida hacia la recesión gingival.

- En el margen gingival del área donante se traza una incisión que conecte la incisión vertical con la incisión hecha antes en torno de la recesión gingival.

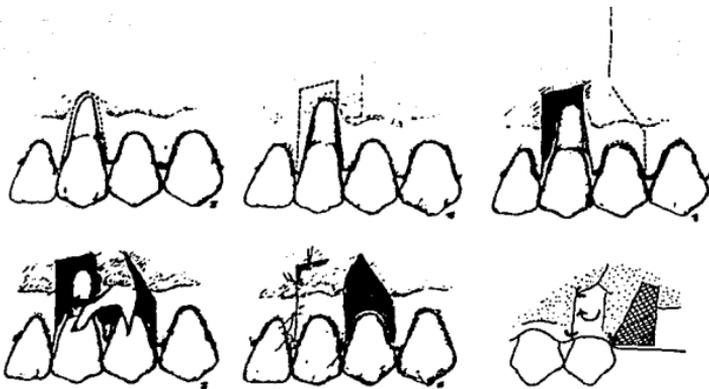
- Se obtiene un colgajo de espesor dividido por medio de disección aguda dentro del área delimitada por las incisiones, quedando una fina capa de tejido conectivo cubriendo el área donante cuando el colgajo sea desplazado lateralmente sobre la superficie radicular desnuda suturándolo allí.

- Después de suturar se presiona el colgajo durante dos o tres minutos asegurando una excelente adaptación al lecho receptor subyacente.

- Se coloca una hoja sobre el colgajo para el deslizamiento entre el injerto y el apósito.

- Se coloca el apósito, el cual se eliminará una semana después junto con las suturas.

INJERTO PEDICULADO.



Colgajo posicionado lateralmente

INJERTO LIBRE.

INDICACIONES.

- Se utilizan injertos libres de encía o mucosa palatina, para aumentar la zona de encía en vestibular o lingual de uno o varios dientes.
- Se utilizan para cubrir las recesiones gingivales cuando son relativamente estrechas y no hay tejido aceptable en zonas adyacentes.

CONTRAINDICACION.

- No está indicado para cubrir zonas avasculares.

TECNICA.

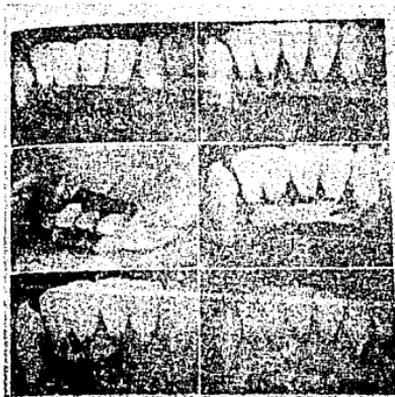
- Preparación del área receptora.
- Incisión en bisel invertido del margen gingival en el contorno de la recesión para eliminar el epitelio de la bolsa.
- Se alisa la superficie radicular, se prepara un lecho receptor de 3 - 4 mm. de ancho en torno del defecto por medio de la remoción del epitelio, la porción exterior del tejido conectivo y las fibras musculares.
- El injerto se obtiene de un área con cantidad suficiente de mucosa masticatoria ya sea encía insertada o mucosa palatina.
- Se puede hacer un mold con hoja de estaño sobre el área receptora y se lleva al área donante contorneándose con incisión superficial.
- Se disecciona un injerto con espesor de 2 - 3 mm. del área donante colocándolo en el lecho receptor preparado.
- Se aconseja colocar las suturas en el injerto antes de retirarlo del área donante, para facilitar el traspaso al área receptora.

- Se inmoviliza el injerto en el lecho receptor uniendo las suturas al periósteo o a la encía adherida adyacente.

- Después de la sutura se hace presión contra el injerto por 2 3 minutos para eliminar la sangre y exudado entre el injerto y el lecho receptor.

- Se coloca una hoja aislante sobre el colgajo y posteriormente el apósito el cual se eliminará junto con las suturas de 1 a 2_ semanas.

INJERTO GINGIVAL LIBRE.



- A) Extensión de la bolsa a la línea mucogingival.
- B) Area receptora preparada para el injerto gingival.
- C) Area donante. Injerto obtenido del paladar.
- D) Injerto suturado en su posición.
- E) Dos semanas después de la cirugía.
- F) Un año después de la cirugía.

- A) Extensión de la bolsa a la línea mucogingival.
- B) Area receptora preparada para el injerto gingival.
- C) Plantilla de aluminio para el injerto deseado.
- D) Plantilla utilizada para delinear el contorno del injerto en el área donante.
- E) Sutura del injerto.
- F) Dos semanas después de la cirugía.



CAPITULO VII.

TRATAMIENTO POSQUIRURGICO.

Después de colocar el apósito, se deben entregar al paciente las instrucciones por escrito.

1) Cuando desaparesca la anestesia, sentirá molestias, no dolor, en tal caso tomará dos tabletas de Acetaminofén (Tylenol) cada cuatro horas si es necesario.

2) Evitar beber o comer alimentos calientes, tres horas después de la cirugía.

3) Alimentos que deberá comer: huevos, gelatina, cereales, sopas, leche, pescado, hamburguesas, alimentos semisólidos o finamente picados; no deberá comer o beber frutas cítricas, bebidas de frutas, alimentos condimentados y bebidas alcohólicas.

4) En caso necesario complementar con vitaminas.

5) No fumar: el calor y el humo irritarán sus encías.

6) No enjuagar hoy, hasta mañana, puede utilizar enjuagues bucales para sentir su boca fresca, diluya 1/3 de enjuague en 2/3 de agua tibia.

7) No toque el apósito con la lengua o dedos, sirve para proteger la herida, si se rompe o cae acuda al consultorio para reemplazarlo inmediatamente en caso de que sienta dolor.

8) Cepille las zonas no operadas de su boca, en los dientes de la zona operada cepille solo superficies oclusales, no deje de cepillarse.

9) Limpie el apósito con algodón húmedo.

Es recomendable hacer una terapia de seguimiento, esto comprende la equilibración final de la oclusión, intercepción de los defectos óseos parafuncionales, restauración de dientes faltantes, ferulización de dientes móviles y colocación de restauraciones finales.

Establecer un programa de mantenimiento funcional, para que el paciente regrese periódicamente evitando nuevos problemas.

Se debe insistir en las técnicas de higiene, cepillado e hilo dental, para el control de la placa.

CONCLUSIONES.

Los objetivos del tratamiento quirúrgico de la enfermedad periodontal son apoyar la terapéutica causal. Tornando accesibles las superficies radiculares subgingivales utilizando tractectomías y alisamiento radicular. Establecer contornos gingivales que faciliten el cuidado personal del paciente y favorecer la curación de las lesiones periodontales para preservar el tejido de sostén.

La decisión y el tratamiento quirúrgico a realizar deberán ser tomados después de una evaluación de los resultados de la fase inicial, respecto a la respuesta tisular y cooperación del paciente y deberá tratarse de preservar o inducir la formación de tejido periodontal antes que elegir técnicas que eliminen el tejido.

CASO CLINICO

Se presenta paciente femenina de 23 años de edad al servicio de exodoncia de la Facultad de Odontología.

Se procede a elaborar Historia Clínica, preguntando al paciente sus datos personales no patológicos. Nombre: Cortéz Alonso Nichte Zazil, Edad: 23 años, Sexo: femenino, Estado Civil: soltera, Ocupación: estudiante.

Se continua con los antecedentes patológicos personales, familiares y motivo de la consulta. La paciente refiere ser asmática desde pequeña, se controla con Ventolin sólo en caso de sentir que le falta la respiración, indica que actualmente no se presentan las crisis asmáticas.

Refiere ser alérgica a la lana y al polvo, se le pregunto sobre diversos síntomas patológicos como Hipertensión, Hipotensión, cardiopatías, enfermedades renales, pulmonares, diabetes mellitus E.T.S., enfermedades infecciosas frecuentes, la respuesta fué negativa a todas estas preguntas. Refirió no tener antecedentes patológicos familiares y al cuestionar el motivo de la consulta indicó molestias en la zona retromolar mandibular derecha.

En el examen clínico se observó inflamación leve en la zona indicada, la paciente manifestaba dolor a la apertura bucal, se procedió a realizar el estudio radiográfico mediante una radiografía periapical en la cual se observó tercer molar con retención mesioangular inferior con nivel alto pero con bloqueo óseo y dentario.

El tratamiento de elección fué la cirugía del tercer molar -

mandibular derecho.

se inicio con la solicitud del instrumental a la farmacia de la clínica de Exodoncia, la cual entregó una charola con el siguiente instrumental:

1 x 4 que consta de :

espejo bucal.

explorador.

pinzas para algodón

jeringa para anestesia y cartucho de xilocaína

1 x 8

mango de bisturí y hoja para bisturí No. 15.

legra.

lima.

cucharilla de Lucas.

tijeras.

elevadores recto y de bandera

portaagujas

sutura y gasas estériles.

pieza de alta velocidad y fresa quirúrgica.

Se preparó al paciente en la unidad dental colocandole una compresa estéril que sirve para aislar al paciente evitando con esto que haya alguna contaminación del instrumental o la sutura. Se anestesió a la paciente mediante bloqueo mandibular, bucal - largo, lingual y puntos locales para hacer hemostasia. Se inicia la incisión recta de una sola intención sobre la cresta alveolar hasta la cuspide disto-bucal del segundo molar, se hace una segunda incisión sobre los tejidos bucales que rodean a la raíz del segundo molar.

Una vez realizada la incisión se procedió a elevar el colgajo mucoperiostico, utilizando una legra hasta quedar descubierto - el tercer molar, se verificó que el campo operatorio fuera lo sufi

cientemente amplio, para realizar la osteotomía.

La osteotomía se realizó con la pieza de alta velocidad y - fresa quirúrgica, se eliminó primero el hueso que rodeaba el diente por distal hasta llegar por debajo del esmalte de la corona -- posteriormente se eliminó la retención mesial de la misma manera, eliminando menos tejido óseo que en distal, posteriormente se utilizó el elevador recto para realizar la extracción del molar colocando la punta del elevador en la zona distal del tercer molar -- aplicando una fuerza hacia abajo para hacer contacto con el cuello de diente y desplazarlo hacia arriba siguiendo la posición - de las raíces.

Una vez realizada la extracción se debridó la zona eliminando restos de tejidos duros y blandos, se irrigó con solución salina.

Se suturó con seda negra 3-0 utilizando tres puntos aislados se colocó una gasa y se dieron las siguientes indicaciones al paciente, por escrito:

- Colocación de bolsa con hielo en la cara sobre la zona operada- 15 minutos sí y 15 minutos no, durante el resto del día.
- Comer alimentos blandos.
- No tomar bebidas calientes.
- Realizar higiene bucal diaria de manera normal.
- Se estableció un nivel terapéutico de analgésico acetaminofén 2-tabletas cada 4 hrs; administrando la primera dosis al llegar a casa, antes de desaparecer el efecto de la anestesia.
- Se citó a los 7 días para retirar los puntos, observandose una excelente cicatrización.

CASO CLINICO

Se presenta paciente masculino de 21 años de edad al servicio de Exodoncia de la Facultad de Odontología remitido por el servicio de Operatoria Dental.

Se procede a elaborar Historia clínica, haciendo las siguientes preguntas al paciente datos personales no patológicos: Nombre: Misael Alejandro Mijangos Casillas, Edad: 21 años, Sexo: masculino, Estado Civil: soltero.

Antecedentes patológicos personales, se le pregunto sobre diversos síntomas patológicos como: hipertensión, hipotensión, cardiopatías, enfermedades renales, pulmonares, alergias, diabetes mellitus E.T.S., enfermedades infecciosas frecuentes, la respuesta fué negativa a todas las preguntas, refirió no tener antecedentes patológicos familiares y en el motivo de la consulta refirió tener molestias en la zona del segundo molar mandibular de recho.

En el examen clínico se observó las cúspides mesiales del segundo molar en proceso eruptivo y en la zona retromolar se observó ligera inflamación, por lo que se procedió a tomar una radiografía periapical, en el estudio radiográfico se observa tercer molar en posición linguobucal horizontal con retención ósea de nivel bajo, impidiendo la erupción del segundo molar.

El tratamiento de elección fué la cirugía del tercer molar mandibular derecho.

Se solicito a la farmacia de la Clínica de Exodoncia el siguiente instrumental:

1 x 4.

espejo bucal.

explorador.

pinzas para algodón.

jeringa para anestesia y 2 cartuchos de xilocaína.

1 x 8

mango de bisturí y hoja de bisturí No. 15

legra.

lima.

tijeras.

cucharilla de Lucas.

elevadores recto y de bandera.

portaagujas.

sutura y gasas esteriles.

fresa quirúrgica y pieza de alta velocidad.

Se preparó al paciente en la unidad dental colocandole una compresa estéril para evitar la contaminación del instrumental y de la sutura.

Se anestesió al paciente mediante bloqueo mandibular, bucal-largo, lingual y puntos locales para hacer hemostasia. Se hizo la incisión recta sobre el tejido que recubre el tercer molar hasta la cuspide disto bucal del segundo molar, se hace una segunda incisión sobre los tejidos bucales que rodean la raíz del primer molar unida a la anterior, mediante una legra se eleva el colgajo mucoperióstico, hasta descubrir el tercer molar el cual se encontraba cubierto por hueso por lo que procedió a realizarse la osteotomía con fresa quirúrgica y pieza de alta velocidad, se reseco el hueso que rodeaba la corona irrigando constantemente con solución salina debido a que la osteotomía fué extensa por el nivel-

tan bajo que presento el molar, una vez descubierta la corona se procedió a la odontosección, seccionando verticalmente la totalidad de la corona, porque las raíces se encontraban en la zona bucal de la mandíbula, una vez realizada la odontosección se utilizó el elevador recto para extraer la corona y posteriormente la raíz utilizando la furcación como punto de apoyo y aplicando una fuerza de bucal a lingual extrayendose de esta manera las raíces.

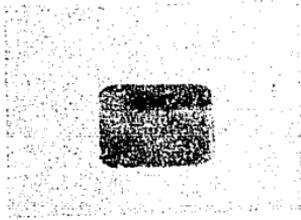
Se lavó la zona con solución salina. Retirandose los remanentes de tejido óseo y gingival, se colocó en la herida Gelfoam y se suturó con seda negra 3-0 colocando 3 puntos, cubriéndose con una gasa.

Se dieron las siguientes indicaciones por escrito:

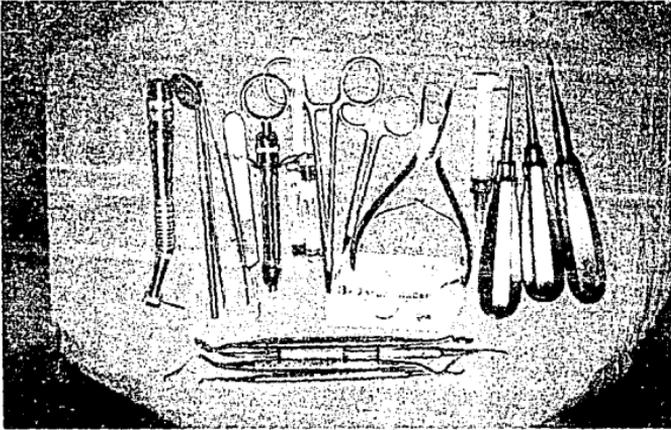
- Administración de antibiótico Pentréxil cápsulas 1 c/8 hrs. por 7 días, analgésico y antiinflamatorio Naproxen 1 tableta cada 12 hrs.
- Colocación de bolsa con hielo en la cara sobre la superficie operada 15 minutos si y 15 minutos no, durante el resto del día
- Comer alimentos blandos.
- No tomar bebidas calientes.
- Realizar higiene bucal diaria de manera normal.
- Se citó a los 7 días para retirar los puntos.



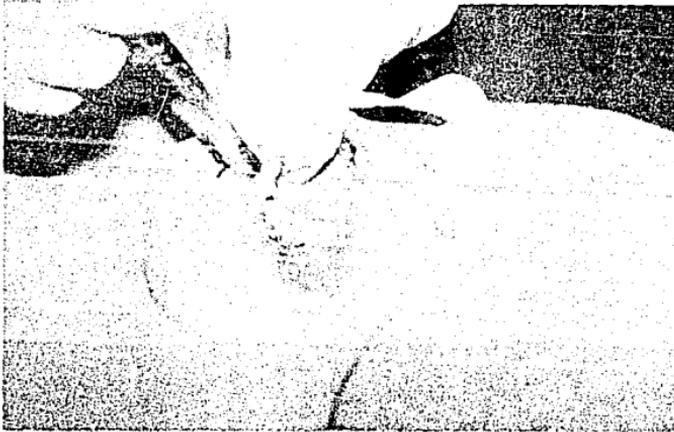
EXAMEN CLINICO



EXAMEN RADIOGRAFICO



INSTRUMENTAL UTILIZADO EN CIRUGIA DE TERCER MOLAR



ANESTESIA DEL PACIENTE.



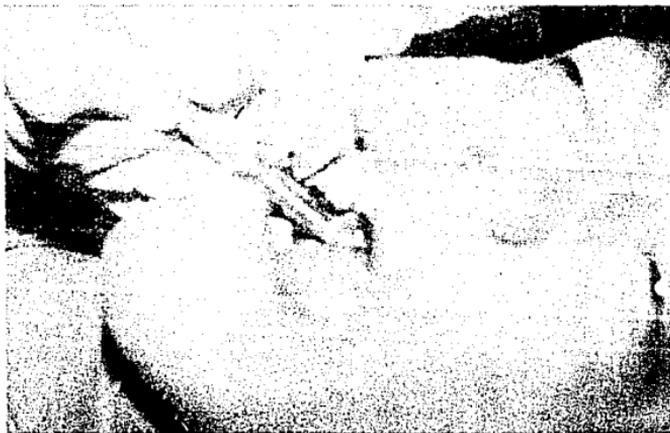
INCISION SOBRE CRESTA ALVEOLAR DIRIGIDA HACIA BUCAL.



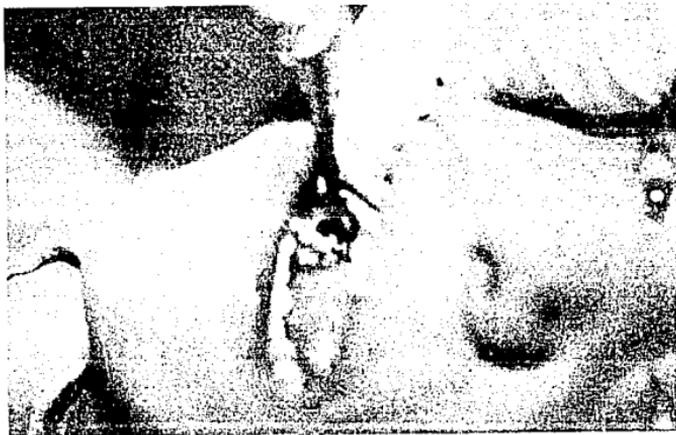
ELEVACION DE COLGAJO MUCOPERIOSTICO.



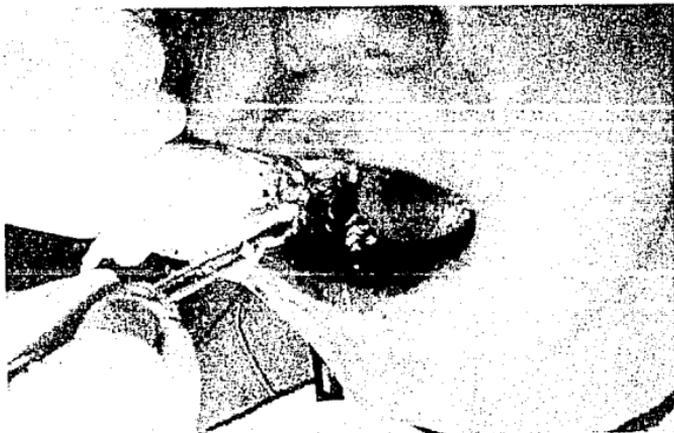
SE OBSERVA RETENCION OSEA DEL TERCER MOLAR



OSTEOTOMIA REALIZADA CON PIEZA DE ALTA VELOCIDAD Y FRESA QUIRURGICA.



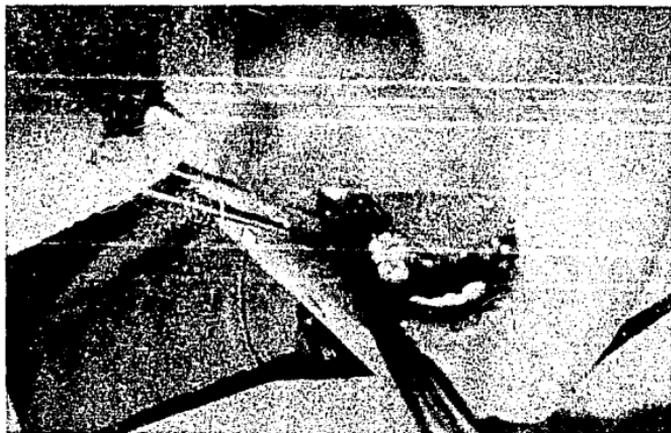
EXTRACCION DE LA CORONA POSTERIOR A LA ODONTOSECCION



SE OBSERVA POSICION BUCAL DE LAS RAICES DEL TERCER MOLAR.

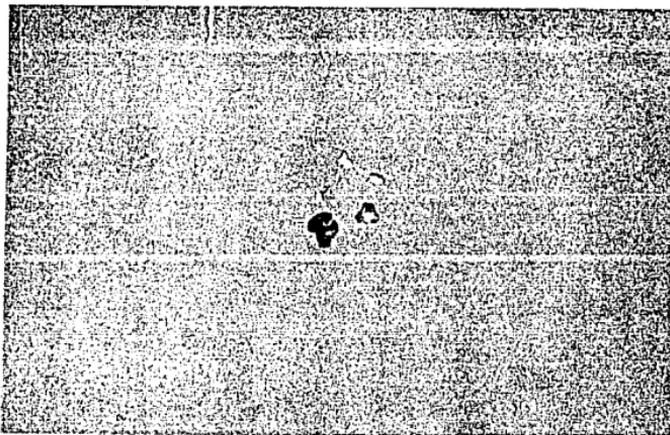


POSTERIOR A LA LIMPIEZA DEL LECHO ALVEOLAR SE COLOCO GELFOAM PARA LA FORMACION DEL COAGULO.



SUTURA SE UTILIZARON 3 PUNTOS AISLADOS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



TERCER MOLAR EXTRAIDO, OBSERVESE LA DILACERACION
DE LAS RAICES.

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

- 1.-) CARRANZA, Fermín A. "Periodontología Clínica de Glickman", 3a. Edición, 1986, México, Interamericana, Pág. 795-938.
- 2.-) LINDHE JAN , "Periodontología Clínica", 1a. Edición, 1986 Argentina, Panamericana, Pág. 331 - 402.
- 3.-) ORBAN, Balint, "Periodoncia, Teoría y Práctica", 2a. Edición 1975, México, Interamericana, Pág. 377 - 474.
- 4.-) LASKIN, M. Daniel, "Cirugía Bucal y Maxilofacial", la. Edición, 1987, Argentina, Panamericana, Pág. 181 - 217.
- 5.-) PETIT, Henri, "Parodontología", 1a. Edición, España, Torrey Masson, S.A., Pág. 169 - 184.
- 6.-) ANJA, Ainamo et al., Location of the mucogingival junction 18 years after apically repositioned flap surgery. J. Periodontol, 1992, 19, Pág. 49 - 52.