

24 643



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**TRATAMIENTOS DE BOLSAS PERIODONTALES
SUPRAOSEAS**

T E S I S

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

P R E S E N T A :

BLANCA MONTES RAMIREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TRATAMIENTOS DE BOLSAS PERIODONTALES SUPRAOSEAS

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I PERIODONTO

CAPITULO II ENFERMEDAD PARODONTAL

CAPITULO III ENFERMEDAD PERIODONTAL CRONICA

CAPITULO IV TECNICA DE RASPAJE Y CURETAJE

CAPITULO V GINGIVECTOMIA

CAPITULO VI GINGIVECTOMIA TOTAL

CAPITULO VII GINGIVOPLASTIA

CAPITULO VIII COLGAJO PERIODONTAL

CAPITULO IX CURETAJE QUIRURGICO POR COLGAJO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

TRATAMIENTOS DE BOLSAS PERIODONTALES SUPRAÓSEAS

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PERIODONTO	3
Definición	3
Encía	4
Características microscópicas de la encía	9
Fibras gingivales	9
Lámina propia	11
Intersticio gingival	12
Características microscópicas que originan algunas características clínicas	15
Ligamento periodontal	17
Organización y función	18
Influencia de la función	20
Colagenolisis y síntesis de colágeno	23
Fibras oxitalánicas	23

	Página
Restas epiteliales	23
Irrigación e Inervación	24
Cemento radicular	25
Cementoides	26
Cemento expuesto	27
Cementocitos	27
Resorción cementaria	27
Fibras de Sharpey en el cemento	28
Matriz del cemento	28
Hueso alveolar	30
Anomalías del hueso alveolar	34

CAPITULO II	ENFERMEDAD PARODONTAL	36
	Definición	36
	Etiología	36
	Factores locales	36
	Factores sistémicos	37

	Página
CAPÍTULO III ENFERMEDAD PERIODONTAL CRÓNICA	41
Gingivitis	41
Definición	41
Etiología	43
Características clínicas y diagnóstico	45
Periodontitis	51
Definición	51
Etiología	51
Periodontitis simple o marginal	54
Periodontitis compuesta	55
Bolsa periodontal	57
Definición	57
Etiología	60
Eliminación de la bolsa periodontal	62
 CAPÍTULO IV TÉCNICA DE RASPAJE Y CURETAJE	 65
Indicaciones	65
Contraindicaciones	66

	Página
Historia clínica	68
Ficha periodontal	75
Instrumental	78
Raspaje	80
Curetoje	82
CAPÍTULO V GINGIVECTOMIA	87
Definición	87
Indicaciones	87
Incisión distal	91
Higiene previa a la colocación del apósito	95
Apósito periodontal	96
CAPÍTULO VI GINGIVECTOMÍA TOTAL	101
CAPÍTULO VII GINGIVOPLASTÍA	105
Indicaciones	106

	Página
CAPÍTULO VIII COLGAJO PERIODONTAL	108
Clasificación	108
Diseño	108
Colgajo completo	109
Colgajo modificado	109
Acceso y aporte sanguíneo	110
Rechazo del colgajo	110
Dissección roma	110
Márgenes gingivales gruesas	111
Incisiones retramolares	111
Dissección aguda	112
Manipulación	112
Sutura	113
Ligadura interdentaria	114
Técnica	114
Ligadura vestibular	115
Cicatrización de heridas	115

	Página
CAPÍTULO IX CURETAJE QUIRÚRGICO POR COLGAJO	117
Objetivos	117
Indicaciones	117
Técnica	118
Curetaje	118
CONCLUSIONES	119
BIBLIOGRAFÍA	122

INTRODUCCION

Se considera que la Periodoncia es una rama muy importante de la Odontología y en este trabajo se han tocado algunos puntos que creemos son necesarios que el Cirujano Dentista conozca.

El cuidado periodontal en nuestros pacientes, es una de nuestras grandes preocupaciones, ya que como explicamos en el Capítulo de Periodonto, éste es el grupo de tejidos que nos ayudarán primordialmente al sostenimiento de los dientes en su alveolo.

Se explica igualmente cuáles son los tejidos que forman parte del periodonto y la etiología que nos va a desencadenar la enfermedad periodontal.

El Cirujano Dentista de práctica general debe tener los suficientes conocimientos para erradicar cualquier problema de tipo parodontal que se le presente en su consultorio, ya que la enfermedad parodontal tiene una incidencia en la población, mayor de lo que se cree.

Desde luego que, en ocasiones, se presentarán problemas que el

Odontólogo general no podrá resolver y deberán ser transferidos esos pacientes a un especialista en Periodoncia.

Debemos darnos cuenta que lo que conozcamos de Periodoncia, nos servirá de mucho para poder realizar una práctica adecuada de la Odontología en forma integral.

Asimismo, se habla aquí de los diferentes tratamientos que podemos utilizar para lograr la eliminación de las bolsas periodontales suprabasales como son: el Raspaje y Curetaje que es la técnica más sencilla que puede llevarse a cabo; la Gingivectomía por cuadrantes que, bien realizada, nos dará magníficos resultados; la Gingivectomía total cuando el paciente desea, por así convenirle, quedar operado en una sola sesión; la Gingivoplastia que está indicada cuando existen agrandamientos gingivales; el Colgajo Periodontal que se diseña cuando necesitamos un acceso adecuado a los tejidos subyacentes, procurando siempre que tenga una circulación apropiada de los tejidos parcialmente separados; y, por último, el Curetaje Quirúrgico por Colgajo que se realiza cuando es indispensable eliminar el tejido inflamatorio crónico y todo depósito que se ha calcificado.

CAPÍTULO I

PERIODONTO

DEFINICIÓN

Es el conjunto de tejidos de revestimiento, protección y sostén de los dientes. Está considerado como una unidad funcional, ya que va a man tener la continuidad entre los tejidos duros y sus componentes.

El parodonto está constituido de cuatro tejidos que son:

1. Encía
2. Ligamento paradontal
3. Cemento radicular y
4. Hueso alveolar

ENCÍA

Es aquel tejido de la membrana mucosa bucal que se va a encargar de cubrir las procesas alveolares del maxilar y de la mandíbula y va a rodear los cuellos de los dientes.

La encía se divide en:

- a) Encía marginal
- b) Encía insertada y
- c) Encía interdientaria

a) ENCÍA MARGINAL (encia libre)

Como su nombre nos lo está indicando es la encía libre que solamente rodea al diente en forma de un collar y se limita con la encía insertada por el surco marginal. La profundidad de este surco marginal es aproximadamente de un milímetro. El surco gingival o marginal es una depresión so-
mera alrededor del diente en forma de V y podemos ver su profundidad me-
diante una sonda delgada y sin filo.

b) ENCÍA INSERTADA

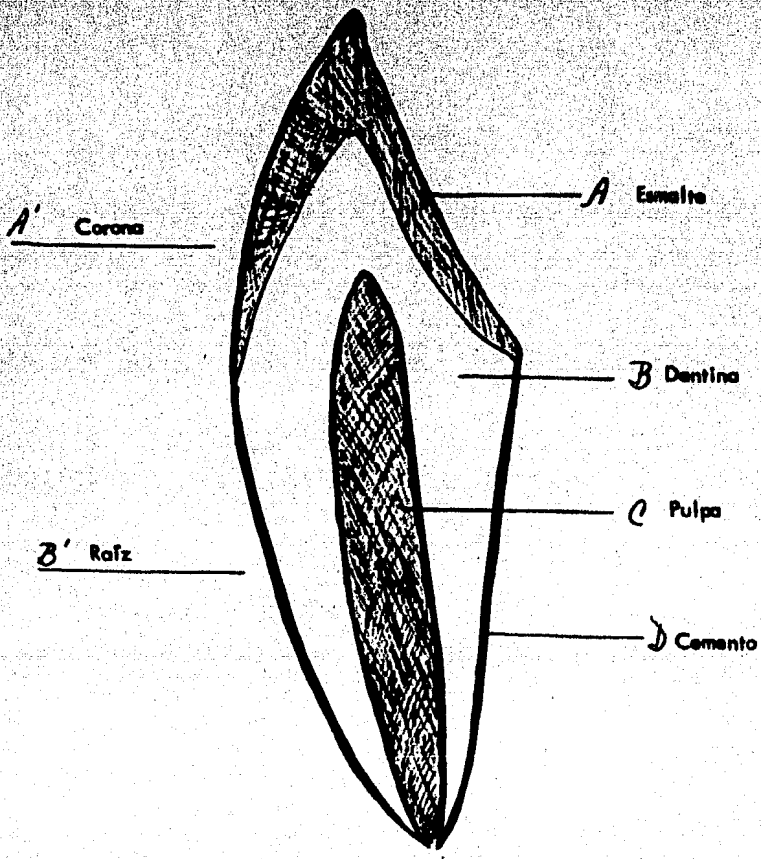
Viene a ser la continuación de la encía libre. Se adhiere firme-

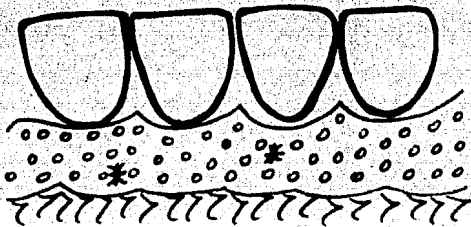
mente al hueso alveolar y es firme y resistente. El ancho que va a presentar en la porción vestibular varía de menos de 1 a 9 mm; por la parte palatina se continúa con la mucosa del paladar duro. En la mandíbula, en la cara lingual se extiende hasta el surco sublingual y presenta el mismo color que la encía marginal o sea rosa coral. Se ve un puntilleo en la superficie.

c) ENCÍA INTERDENTARIA

Viene a ocupar el nicho gingival y está constituida por encía marginal o insertada. La encía interdientaria está compuesta por dos papilas interdentarias: una vestibular y una lingual. También está presente el col o collado que es una depresión que precisamente viene a unir las dos papilas interdentarias y se adapta a la forma del contacto interproximal que presentan los dientes de cada persona.

Las papilas interdientarias presentan una forma piramidal cuyo vértice se dirige hacia el área de contacto interproximal. Cuando no existe contacto dentario proximal, se forma el col y la encía se halla unida con firmeza al hueso interdentario.

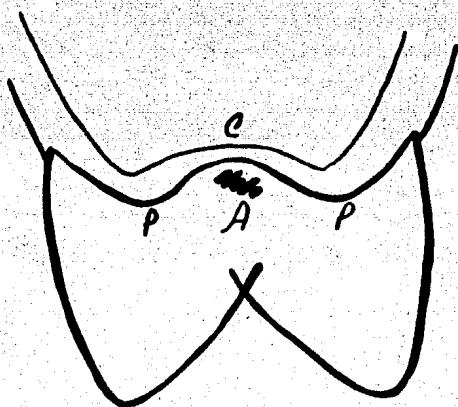




Encía Marginal
Encía Insertada
Mucosa Alveolar

LÍNEA MUCOGINGIVAL

PLIEGUES INTERDENTARIOS NIVEL RADICULAR



- P - Papila interdientaria
- C - Col y Relación con el área de contacto
- A - En la superficie mesial

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS DE LA ENCÍA

La encía marginal o libre tiene un núcleo de tejido conectivo cubierto de epitelio escamoso estratificado. En la cresta y en la superficie externa de la encía marginal se observa epitelio queratinizado, asimismo posee prolongaciones epiteliales y se continúa con la encía insertada.

El epitelio de la superficie interna no tiene prolongaciones epiteliales, tampoco es queratinizado ni paraqueratinizado y vendrá a formar el tapiz del surco gingival.

El tejido conectivo de la encía marginal tiene un gran sistema de haces de fibras colágenas, llamadas fibras gingivales.

FIBRAS GINGIVALES

Están divididas en cinco grupos:

a) FIBRAS DENTOGINGIVALES

Se extienden desde el cemento en la base del surco gingival hacia la cresta de la encía.

b) FIBRAS CRESTOGINGIVALES

Se dividen de la cresta ósea, hacia la capa papilar de la lámina propia.

c) FIBRAS DENTOPERIOSTALES

Se proyectan desde el cemento hacia el pericostio.

d) FIBRAS TRANSEPTALES

Situadas interproximalmente y vienen a formar haces horizontales que van extendidas entre el cemento de dientes vecinos.

e) FIBRAS CIRCULARES

Conocidas también como anillos de Kolliker y van del tejido conectivo de la encía marginal e interdentaria y rodean al diente formando un anillo.

LÁMINA PROPIA

Es el nombre que se le da al tejido conectivo de la encía, es densamente colágeno, lo que le da rigidez, está compuesto de pocas fibras elás-ticas; las fibras argirófilas de reticulina se ramifican entre las fibras coláge-nas y se continúan con la reticulina de las paredes de los vasos. Las fibras fundamentales de la lámina propia son las fibras gingivales de sostén, ya mencionadas al describir la encía marginal.

La lámina propia está formada por dos capas:

- a) La papilar y
- b) la reticular

a) La capa papilar es la parte del tejido conectivo, que se intercepta con el tejido epitelial subyacente al epitelio, presenta proyecciones papilares entre los brotes epiteliales.

b) La capa reticular, es la contigua al periostio del hueso al-veolar.

INTERSTICIO GINGIVAL

Se origina al unirse la adherencia epitelial, con el esmalte del diente al hacer ésta erupción, está cubierto de epitelio escamoso estratificado originado de las ameloblastas reducidas del órgano del esmalte, presenta dos capas de células, la basal y la espinosa, por lo que carece de valor protector, actúa como membrana semipermeable.

La adherencia epitelial se localiza en el vértice del surco gingival, es una estructura de autorrenovación continua, con actividad mitótica en todas las capas celulares, esta adherencia a la superficie dental se efectúa biológicamente a través de las hemidesmosomas y la lámina lúcida de la lámina basal. Ramificaciones orgánicas del esmalte se prolongan hacia la lámina densa.

El epitelio masticatorio, deriva del epitelio bucal. Presenta dos capas principales de células, que del interior al exterior, son las siguientes:

1. Capa basal
2. Capa espinosa o de Malpigi

1. La capa basal, descansa sobre la membrana o lámina basal, limitándola del tejido conectivo. Las células basales son de forma cuboide,

representadas por melanocitos y queratinocitos.

2. La capa espinosa o del Malpigi constituye más del 50% del grosor del epitelio, sus células tienen forma poligonal, se localizan en la parte más alta de este estrato, son conocidas también como células de Langertans, a los estratos mencionados, se les denomina capas germinativas, ya que en este sitio se efectúa la mitosis, presentan gran cantidad de prolongaciones de una célula a otra, denominadas desmasomas y según la extensión del área de contacto se denominan:

Zónula Adherens, cuando la unión es en un punto.

Zónula Aciudens, cuando el área de contacto es mayor.

También existen la capa granulosa y la capa queratinizada.

El aporte sanguíneo de la encía, se lleva a cabo por medio de tres fuentes:

1. Arteríolas suprapariéticas, localizadas en la superficie vestibular o lingual del hueso alveolar, de ahí se dirigen capilares al epitelio del surco y superficie gingival externa, algunas ramas van al ligamento paradontal, se proyectan hacia la encía y se anastomosan con capilares del surco.

2. Arterioles de la cresta del tabique interdentario se proyectan paralelas a la cresta ínea, se anastomosan con vasos del ligamento paradental, capilares del surco y vasos que pasan por la cresta alveolar.

3. El drenaje linfático se origina en las papilas del tejido conectivo, se continúa al periostio del proceso alveolar y por último, se dirigen hacia los nódulos linfáticos regionales. Las linfáticas adyacentes a la adherencia epitelial, se proyectan hacia el ligamento paradental, al igual que los vasos sanguíneos.

La intervención gingival tiene su origen en el ligamento paradental, así como de los nervios labial, bucal y palatino. Las estructuras nerviosas que se observan son las siguientes:

- Fibras argirófilas terminales,
- corpúsculos táctiles tipo Meissner,
- bulbos terminales tipo Krause, los cuales son termorreceptores,
- también se encuentran presentes huesos encapsulados.

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS QUE ORIGINAN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las características clínicas están íntimamente relacionadas con las microscópicas, así tenemos que el color de la encía marginal e insertada es producido por el afluente sanguíneo, células presentes de pigmentación, espesor y grado de queratinización del epitelio, así como de la cantidad de melanina.

El tamaño dependerá de la cantidad de elementos celulares e intercelulares, así como de las dimensiones que presentan las áreas de contacto proximales y de los nichos gingivales.

Las fibras gingivales proporcionan firmeza al margen gingival.

La consistencia firme de la encía insertada, se debe a la naturaleza colágena de la lámina propia y su cercanía con el pericario.

La textura superficial de la encía marginal es lisa, a diferencia de la encía insertada, que es ligeramente lobulada y punteada, este aspecto depende de elevaciones del tejido conectivo hacia el epitelio y depresiones de éste hacia el tejido conectivo.

El espesor se conserva por el equilibrio entre la formación de nue

vas células en las estratas basal y espinosa y el desprendimiento de células viejas en la superficie.

La posición dependerá del nivel en que la encía marginal se encuentre unida al diente.

El grado de queratinización del epitelio de la superficie externa de la encía marginal e insertada, dependerá de la actividad con que la capa superficial sea eliminada y reemplazada por células de la capa granular subyacente.

LIGAMENTO PERIODONTAL

DEFINICIÓN

Es un tejido conectivo denso que une el diente al hueso alveolar. Su función fundamental es mantener el diente en el alveolo y mantener la relación fisiológica entre el cemento y el hueso. También tiene propiedades nutritivas, defensivas y sensoriales.

La organización y función del ligamento periodontal en función de su evolución histológica. El ligamento periodontal se origina a partir de elementos del tejido conectivo durante la vida embrionaria.

Antes de que erupcionen los dientes temporales, los dientes permanentes que los reemplazan forman el ligamento una vez que hayan erupcionado.

1. Las fibras cementarias muy cercanas una a otra y en forma de pincel se extienden desde el cemento. Unas pocas fibras alveolares aisladas se extienden a partir de la pared alveolar. Las hay colágenas laxas que se disponen en sentido paralelo al eje mayor del diente.

2. El tamaño y el número de fibras alveolares aumentan. Se

alargan y se ramifican en sus extremos. Las fibras alveolares están más separadas que las fibras cementarias.

3. Las fibras alveolares y cementarias siguen alargándose y parecen unirse.

4. Cuando el diente entra en función, los haces de fibras se ensanchan y son continuas entre hueso y cemento.

Plexo intermedio

Este concepto nació como consecuencia de la observación de una reunión evidente de las fibras alveolares y cementarias cerca del centro del ligamento.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIÓN

Fibras principales. El ligamento periodontal contiene fibras colágenas que se insertan de un lado en el cemento y del otro lado en el hueso alveolar. Estas fibras se organizan en grupos denominados haces de fibras principales que se distinguen por sus direcciones prevaletientes:

1. Grupo de la cresta alveolar. Los haces de fibras de este

grupo se abren en abanico desde la cresta del proceso alveolar y se hallan insertadas en la parte cervical del cemento.

2. Grupo horizontal. Las haces de este grupo forman un ángulo recto respecto al eje mayor del diente y van de cemento a hueso.

3. Grupo oblicuo. Las haces corren oblicuamente y se insertan en el cemento algo apicalmente a su inserción en el hueso. Estas fibras son las más numerosas y constituyen el sostén principal del diente contra las fuerzas de la masticación.

4. Grupo apical. Las haces se distribuyen irregularmente. Se abren en abanico desde la región apical de la raíz hacia el hueso circundante.

5. Grupo interradicular. Este grupo corre sobre la cresta del tabique interradicular en las furcaciones de los dientes, uniendo las raíces y las comúnmente denominadas fibras transeptales.

Las trayectorias de los diversos grupos son algo tangenciales y se cruzan entre sí, de esta manera las fibras parecen reforzarse mutuamente y estar mejor preparadas para sostener el diente.

La disposición y dirección de los haces de fibras se relacionan con

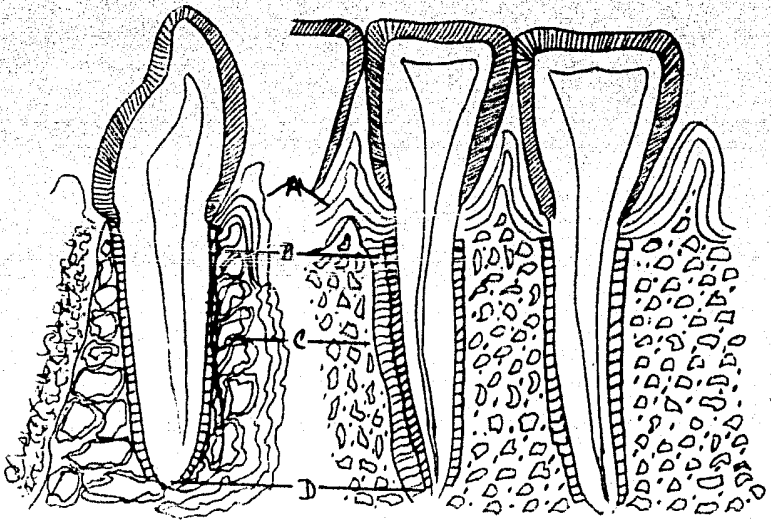
la fase de la erupción y la altura de la cresta alveolar.

Fibras de Sharpey. Los extremos de las fibras colágenas incluidas en el cemento y el hueso se denominan fibras de Sharpey.

INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN

El ancho del ligamento periodontal varía con la edad de la persona y con las demandas funcionales que se ejercen sobre el diente. El número y el espesor de los haces de fibras periodontales también varían según sean las demandas funcionales. En un diente en oclusión funcional, el ligamento periodontal tiene alrededor de 0.25 ± 0.1 mm de ancho. Su ancho mínimo está en el centro del alveolo y su máximo en el margen y en el ápice.

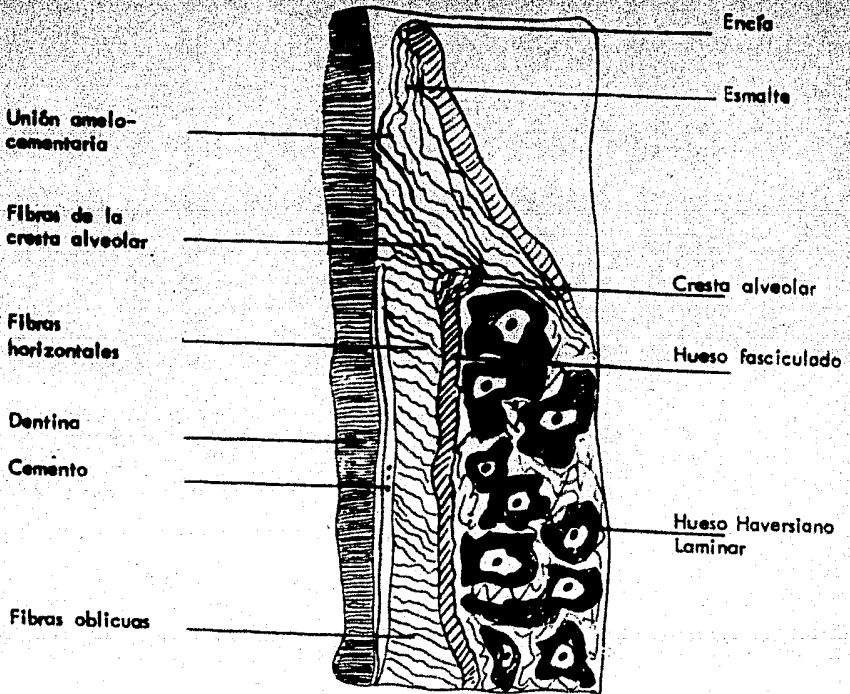
Entre los haces de fibras hay fibroblastos y cerca del cemento y hueso hay respectivamente cementoblastos y osteoblastos. Los vasos sanguíneos y nervios están presentes en el ligamento.



Esquema de los grupos principales de fibras del ligamento periodontal.

- A. Fibras de la cresta alveolar
- B. Fibras horizontales
- C. Fibras oblicuas
- D. Fibras apicales

Las oblicuas constituyen el grupo más grande, después apical, horizontal y de la cresta.



Fibras principales del ligamento periodontal.

Obsérvese la inserción de las fibras en el hueso de un lado y en el cemento del otro lado. El hueso fasciculado con fibras de Sharpey es evidente.

COLAGENOLISIS Y SINTESIS DE COLAGENO

Las células del tejido conectivo del periodonto sintetizan colágeno. Las actividades de síntesis y lisis permiten que el diente se adapte mediante cambios de posición a exigencias tales como a erupción, crecimiento, desgaste y diversos factores funcionales.

FIBRAS OXITALANICAS

Además de las fibras principales y las fibras indiferentes el ligamento periodontal contiene fibras oxitalánicas. Corren perpendicularmente a las fibras principales, anclan en el cemento y el hueso, pueden ser elásticas, porque a nivel ultraestructural se asemejan a la elastina. La función de las fibras es desconocida y su existencia como entidad separada, es discutida.

RESTOS EPITELIALES

El tejido conectivo laxo entre las haces de fibras del ligamento periodontal también incluye estructuras epiteliales. Se hallan cerca de la superficie del cemento y se denominan restos epiteliales de Malassez. Son restos

de la vaina epitelial de Hertwig. Éstas pueden tener una función especial; tienen vitalidad y son metabólicamente activas y se registró que son más numerosas en jóvenes que en adultas.

IRRIGACIÓN E INERVACIÓN

El aporte sanguíneo del ligamento periodontal proviene de ramas de las arterias alveolares que penetran en los tabiques interdentarios por los canales nutricionales, esto se puede ver en radiografías de dientes anteriores inferiores. Algunas ramas se extienden desde los vasos pulpaes antes de penetrar, otras ramas llegan al ligamento desde la encía.

Los impulsos nerviosos mecanorreceptivos se originan en el ligamento periodontal e influyen en el funcionamiento de los músculos de la masticación y también proporcionan mecanismos de realimentación que impiden el cierre demasiado intenso de los maxilares y la consiguiente lesión del periodonto.

CEMENTO RADICULAR

Función:

El cemento es tejido conectivo especializado, calcificado que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente. Su función principal es fijar las fibras del ligamento periodontal a la superficie del diente.

Formación:

El cemento comienza a formarse durante las primeras fases de la formación de la raíz. La vaina epitelial de Hertwing es perforada por los precementoblastos, que son diferentes de los fibroblastos del ligamento periodontal. Estas células se ubican cerca de la dentina y depositan la primera capa de cemento (cemento primario). En esta fase se han convertido en cementoblastos funcionales. La formación de cemento continúa mediante el depósito de sucesivas capas de cemento.

El ancho del cemento de los dientes sanos aumenta durante toda la vida. Este aumento es mayor en el ápice de la raíz y menor en las zonas más coronarias del cemento.

El cemento de los dientes con enfermedad periodontal, por el contrario, no aumenta de igual manera. La resorción parece producirse con ma

por frecuencia en dientes con enfermedad periodontal.

Cemento primario y secundario:

El cemento se clasifica como primario y secundario. La cemento génesis inicial concluye cuando las raíces quedan completamente formadas y la vaina de Hertwig ha sido gastada. El cemento inicialmente depositado o primario, es acelular y es relativamente sin fibras, aunque contiene finas fibras que se extienden radialmente desde la dentina hasta la superficie. Los depósitos progresivos posteriores al cemento primario se denominan cemento se- cundario. El cemento secundario puede ser celular o acelular y contienen mu- chas fibras de colágeno incluidas.

El hecho de si el cemento es celular o acelular no parece tener importancia, excepto que el tipo celular se forma allí donde el cemento es más ancho. El cemento celular secundario se forma principalmente en el ter- cio apical de la raíz, mientras que el cemento acelular se forma en los dos tercios coronarios.

a) CEMENTOIDE

La superficie del cemento secundario se halla cubierta por la capa de más reciente formación que aún no está calcificada (cementoide).

b) CEMENTO EXPUESTO

Si en procedimientos quirúrgicos se hacen muescas o el cemento secundario vital es resorbido, el defecto se repara mediante el depósito de nuevo cemento. Esto no puede producirse cuando hay bolsas o cuando la encía se ha retraído y el cemento se halla expuesto.

c) CEMENTOCITOS

Si el cemento secundario es celular, contiene cementocitos que se hallan en lagunas, así pues este cemento se parece al hueso en muchas aspects.

Se forma por depósitos intermitentes, aunque continuos, de nuevas capas; esta diferencia principal entre el cemento y el hueso es de mucha importancia para comprender las alteraciones de la posición dentaria.

RESORCION CEMENTARIA

Se puede decir al comparar los dos tejidos que el cemento, a diferencia del hueso, tiene relativamente poca resorción, pero los cementocitos tienen capacidad cementolítica y en esto se asemejan a las células periósticas y a los osteocitos que tienen actividad osteolítica.

FIBRAS DE SHARPEY EN EL CEMENTO

Como se dijo, las haces de fibras de colágeno del ligamento periodontal penetran en el cemento y en el hueso. Sus partes incluidas se denominan fibras de Sharpey. Su trayectoria se observa mejor con microscopio polarizado o microscopio eléctrico. La conclusión extraída es que la diferencia de la trayectoria indica una posición eruptiva o de migración diferente del diente.

Proyecciones de cemento. En un nivel de dimensiones más grandes, se ve que el cemento tiene proyecciones. Estas proyecciones se forman como consecuencia de la tracción funcional transmitida a través de las haces de fibras de colágeno.

El número y el diámetro (densidad) de las fibras de Sharpey varían con el estado funcional y la salud del diente.

El diámetro promedio de las haces de fibras de Sharpey en un diente que funciona normalmente es de alrededor de 4 μ .

MATRIZ DEL CEMENTO

El colágeno de la matriz o del cemento está completamente calci

ficado, con excepción de una zona angosta cercana a la unión dentocementaria, parcialmente calcificado. Se produce cierta desmineralización del cemento subyacente a la bolsa durante la enfermedad periodontal, lo cual podría predisponer a la caries dentaria.

Las haces colágenas de la matriz son más delicadas que las haces de fibras de colágeno. Además hay diferencia de tamaño entre las fibras de la matriz del cemento y las de la matriz ósea.

Hay algunas diferencias bioquímicas entre las dos, lo que señala que las fibras de Sharpey del cemento están calcificadas, mientras que las del hueso no lo están.

HUESO ALVEOLAR

El proceso alveolar está formado por hueso esponjoso y hueso compacto, forma y mantiene las alveolas dentarias, existen con la finalidad de sostener los dientes durante la función. La conservación de su estructura depende de la estimulación que recibe de la función.

Las partes que lo constituyen, se consideran como una unidad funcional, ya que todas intervienen en el sostén del diente.

El hueso compacto está formado por láminas casi unidas entre sí y sistemas haversianos.

La porción esponjosa del hueso alveolar establece unión entre el ligamento parodontal, por medio de canales que contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios.

El hueso alveolar está compuesto por una matriz calcificada, con osteocitos encerrados en espacios denominados lagunas.

Los elementos fundamentales que se encuentran en su composición son los siguientes: calcio, fosfato, hidróxilos, carbonato, citrato y unas iones como: sodio, magnesio, sales minerales en cristales de hidroxiapatita, etc.

Los espacios intercristalinos están ocupados por matriz orgánica, que contiene agua, pequeñas cantidades de mucopolisacáridos principalmente el condroitín sulfato, predominando la colágena. Recibe la irrigación a través de vasos del ligamento parodontal, espacios medulares y ramas de los vasos periféricas.

La pared del alveolo está formado por hueso laminado, parte de esto se organiza en sistema haserianos y hueso fasciculado que es el que limita el ligamento parodontal por su contenido de fibras de Sharpey, éste se reabsorbe gradualmente, en el lado de los espacios medulares y es reemplazado por hueso laminado.

Las tablas corticales soportan al hueso esponjoso, el cual consiste en trabéculas reticulares irregulares, mismas que soportan las fuerzas oclusales que se transmiten del ligamento parodontal a la parte interna del alveolo.

Las trabéculas reticulares encierran espacios medulares tapizados con una capa de células endóaticas aplanadas y delgadas.

La matriz de dichas trabéculas se disponen en láminas separadas entre sí por líneas de aposición y resorción que indican la actividad ósea.

La irregularidad que se observa en la forma de las trabéculas reticulares, se debe a la influencia de las fuerzas oclusales, ya que se alinean

en la trayectoria de las fuerzas tensoras y compresoras, para proporcionar un máximo de resistencia a las fuerzas oclusales, con un mínimo de sustancia ósea. Cuando las fuerzas oclusales aumentan, el espesor y la cantidad de las trabéculas aumentan y sucede lo contrario, cuando las fuerzas disminuyen.

El tabique interdentario formado de hueso esponjoso, se encuentra limitado por las paredes alveolares de los dientes contiguos y las tablas corticales vestibular y lingual.

En el embrión y en el recién nacido, las cavidades de los huesos están ocupados por médula hematopoyética roja, gran parte de ésta sufre gradualmente una transformación fisiológica, convirtiéndose en médula grasa o amarilla y normalmente, la médula de los maxilares en los adultos es de este tipo.

El hueso es el reservorio de calcio del organismo y el hueso alveolar interviene en el equilibrio del calcio orgánico.

El contorno óseo depende del volumen de las raíces y depresiones intermedias verticales.

La altura y el espesor de las tablas corticales vestibulares y linguales están dadas por la alineación de los dientes y de la angulación de las

raíces, respecto al hueso y las fuerzas oclusales.

La actividad celular que afecta la altura, contorno y densidad del hueso, se manifiesta en tres zonas:

1. Junto al ligamento parodontal.
2. En relación con el periostio de las tablas vestibular y lingual.
3. Junto a la superficie endóstica de los espacios medulares.

En ocasiones, la parte cervical de la tabla alveolar se ensancha considerablemente en la superficie vestibular, se piensa que es en defensa ante las fuerzas oclusales.

El hueso alveolar a pesar de su aparente rigidez, es el menos estable de los tejidos parodontales, la labilidad fisiológica se mantiene por un minucioso equilibrio entre la formación y resorción ósea, que se encuentran reguladas por influencias locales generales.

El hueso se remodela constantemente como respuesta a las fuerzas oclusales, es decir, se forma en áreas de tensión y se resorbe en áreas de presión.

Los osteoclastos y los osteoblastos redistribuyen la sustancia ósea,

para satisfacer las necesidades funcionales con mayor eficacia.

Cuando se ejerce una fuerza oclusal sobre un diente las paredes del alveolo reflejan la sensibilidad del hueso alveolar ante dicha fuerza. Los osteoblastos y el osteoide neoformado cubren el alveolo en las áreas de tensión y los osteoclastos provocan resorción en las áreas de presión.

ANOMALÍAS DEL HUESO ALVEOLAR

Las áreas aisladas donde la raíz, sin incluir el margen quedan protegidas de hueso y cubiertas únicamente por periostio y encía, reciben el nombre de fenestración, pero si el defecto se continúa hasta el margen, se le denomina dehiscencia.

Estas anomalías se presentan aproximadamente en un 20% de los dientes y son más frecuentes en hueso vestibular que en hueso lingual, siendo más comunes en anteriores que en posteriores, en varias ocasiones son bilaterales.

Aunque la etiología no está bien determinada, se cree que una posible causa sea el trauma de la oclusión y como factores predisponentes, se han mencionado los siguientes:

**Centenas radiculares prominentes y
malposición y protrusión vestibular de la raíz,
aunados estos factores a una tabla ósea delgada.**

CAPÍTULO II

ENFERMEDAD PARODONTAL

DEFINICIÓN

La enfermedad paradontal es, como en todas las casos de enfermedad, una alteración en la forma, composición química y funciones orgánicas de las células. En este caso, será de las células que forman los tejidos de sostén del diente.

ETIOLOGÍA

San varios los factores que la provocan, pero se encuentran conjuntadas en dos grupos relacionados entre sí, que son los siguientes:

1. Factores locales

Son los del medio que rodea al paradonto, incluye factores inconcientes y funcionales, tales como:

- a) Placa dental bacteriana
- b) Materia alba

- c) Cálculos
- d) Mala higiene bucal
- e) Restauraciones mal ajustadas

2. Factores sistémicos

Proviene del estado general de salud o enfermedad en el que se encuentra el paciente.

a) Placa dentaria

Consiste de microorganismos y células epiteliales. Varía de acuerdo a la zona y al diente de que se trate. Siempre ha sido de mucho interés saber cuál es la actividad cariogénica, calculogénica y generadora de enfermedad gingival de la placa bacteriana. Placas ácidas y placas básicas son las que mayor vinculación tienen con la caries y la enfermedad periodontal y constituye la etapa primaria del cálculo dentario.

b) Materia alba

Viene a ser un irritante local que va a desencadenar gingivitis. Es un depósito amarillento o blanco grisáceo blando y pegajoso y menos adhesivo que la placa dentaria. Se deposita en superficies dentarias, restauraciones, cálculos y encía. Está compuesto por microorganismos, células epitelia-

los descomadas, leucocitos y una mezcla de proteínas y lípidos salivales con pocas o ninguna partícula de alimentos.

c) Cálculos

Están consideradas como un ente importante en la enfermedad periodontal y se denomina como una sustancia que se acumula sobre la superficie de los dientes y si permanece ahí se convierte en una costra pátrea.

Existen dos tipos de cálculos:

1. Cálculo supragingival y
2. Cálculo subgingival

El cálculo principalmente se forma en prótesis dentales, pero también lo va a hacer en dientes naturales con una deficiente higiene bucal.

De acuerdo con el margen gingival se clasifica así:

1. Cálculo supragingival que es el cálculo clínicamente visible; es el cálculo coronario a la cresta del margen gingival. Es de un color blanco o blanco amarillento de consistencia dura y en ocasiones cambia de color por causa del tabaco o pigmentos de alimentos. Puede ser retirado con facilidad por medio de un raspado y puede presentarse en uno o en todos los dientes. La mayor incidencia de los cálculos es en las caras vestibulares

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

de las molares superiores y en caras linguales de los anteriores inferiores, se
bre todo en las centrales, también se presentarán en caras oclusales de diente
tes que no tienen antagonista.

2. Cálculo sublingual es el cálculo que se halla en la
parte baja de la cresta de la encía marginal, generalmente en bolsas periodon
tales y que clínicamente no se ven. Deberá hacerse un sondeo cuidadoso
con un explorador, se presentan densos y duros, pardo obscuro o verde negruz
co y están firmemente unidos al diente.

No solamente la saliva es la única fuente de todas las cálculos,
pues se ha comprobado que los minerales que forman el cálculo supragingival
proviene de la saliva y el líquido gingival será el causante de los cálculos
subgingivales.

El cálculo viene a ser la placa dental bacteriana que se ha mine
ralizado, de modo que el principio del cálculo es la placa bacteriana. La
placa endurecerá entre el segundo y décimocuarto día de aparecida y será a
causa de las sales minerales.

d) Mala higiene bucal

Es principalmente la causante de que se nos vaya formando la pla
ca dental bacteriana, la materia alba y los cálculos.

e) Restauraciones mal ajustadas

También nos vienen a causar muchos problemas paradontales, ya que servirán de depósito de alimentos, aunado generalmente a una deficiente higiene oral.

CAPÍTULO III

ENFERMEDAD PERIODONTAL CRÓNICA

Se ha clasificado a la enfermedad periodontal crónica en dos:

- a) GINGIVITIS
- b) PARODONTITIS

Estas enfermedades tienen una alta frecuencia patológica en el ser humano, pues son las que se presentan comúnmente en éste, tomando en consideración la pérdida de piezas que produce, ya que es mayor en proporción de tres a una por caries.

a) GINGIVITIS

Se la define como la inflamación de la encía, siendo sus características clínicas más importantes: los cambios de coloración, la hemorragia y la forma y textura de los tejidos.

La inflamación también es una característica principal de la gingivitis. Por lo general, se presenta crónica y asintomática.

Se ha dicho también, que la gingivitis crónica es una lesión fluctuante en la cual, las zonas inflamadas persisten o se tornan normales y las zonas normales se inflaman. Es por esto que la gingivitis crónica, según la distribución de la zona que se encuentre afectando, recibirá las siguientes denominaciones:

- Gingivitis localizada. Encía que abarca a un solo diente o a un grupo de dientes.
- Gingivitis generalizada. Cuando ésta abarca toda la boca.
- Gingivitis marginal. Cuando afecta al margen gingival, pero puede incluir pequeñas zonas de la encía insertada contigua.
- Gingivitis papilar. Abarca a las papilas interdentarias y es donde aparecen los primeros signos.
- Gingivitis difusa. Abarca encía marginal, encía insertada y papilar interdentaria.

La distribución de esta enfermedad en casos particulares, se describe mediante la combinación de los nombres anteriores y así tenemos:

- Gingivitis marginal localizada.

Se limita a una porción de la encía marginal o más.

- **Gingivitis difusa localizada.**

Se extiende desde el margen hasta el pliegue mucovestibular.

- **Gingivitis papilar.**

Abarca una papila interdientaria o más, en una área limitada.

- **Gingivitis marginal generalizada.**

Comprende a la encía marginal de todos los dientes; por lo general, afecta también a las papilas interdientarias.

- **Gingivitis difusa generalizada.**

Abarca a toda la encía; por lo general, también la mucosa bucal se halla afectada.

ETIOLOGÍA

La inflamación se halla presente en todas las formas de enfermedad paradontal; ésta es debida a que se encuentran presentes irritaciones locales como son, principalmente:

- Placa dentobacteriana
- Materia alba
- Cálculos dentarios

- Flora bacteriana
- Productos lesivos bacterianos
- Traumatismos

Éstas son consideradas factores extrínsecos, pero también se ha observado relación con otros factores denominados intrínsecos y son:

- Embarazo
- Deficiencias nutricionales
- Trastornos endócrinos

Por lo tanto, la gingivitis es el resultado de la acción recíproca de los factores extrínsecos e intrínsecos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

Las características clínicas que presenta el tejido parodontal en la gingivitis son vitales para dar un buen diagnóstico, por lo que la inflamación juega el principal papel en la gingivitis crónica; pues es el factor desencadenante de alteraciones clínicas.

Habitualmente, la lesión se limita a la encía marginal, pero a veces se encuentra afectando a la encía insertada.

Las diversas alteraciones inflamatorias del tejido gingival que se presentan en el proceso inflamatorio son:

1. Enrojecimiento
2. Edema
3. Fibrosis
4. Cianosis

El enrojecimiento y la cianosis nos dan el grado de evolución de la gingivitis, mientras que el edema y la fibrosis dan lugar a un aumento de tamaño de la encía y, por ello, el intersticio gingival se hace más profundo pero la adherencia epitelial, hasta el momento, no emigra. Por lo tanto, la cantidad de sangrado que se puede producir y observar, nos va a dar el gra-

do de ulceraciones que presenta el epitelio del intestino.

Al valorar las características clínicas de la gingivitis crónica es preciso ser sistemático y ordenado, pues la interacción o conflicto entre la destrucción y reparación, así como de los irritantes locales persistentes, por lo general, afectan las siguientes características de la encía: el color, tamaño, forma, consistencia, textura superficial y posición, facilidad de sangrado y dolor. También podemos encontrar hiperplasia, ulceración, necrosis, exudado purulento o seroso.

- Los cambios de color, en la gingivitis crónica, son signos clínicos muy importantes. Se inicia con un rubor leve y, después, el color pasa por una diversa gama de tonos rojos, de azul rojizo hasta azul oscuro, a medida que aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio.

Los primeros cambios aparecen en las papilas interdentarias, extendiéndose hacia la encía insertada.

- En la inflamación crónica, también contamos con cambios en la consistencia de la encía y va a estar determinada por el equilibrio relativo entre la destrucción y reparación.

Ahora bien, la encía, en las alteraciones clínicas de consistencia, presenta tres variantes:

1. Tumoración esponjosa que se hunde a la presión, debido a la infiltración de exudado inflamatorio líquido y celular.

2. Aparece de consistencia blanda con áreas delimitadas de enrojecimiento y descamación. Esto se debe a la degeneración del tejido conectivo y epitelial, asociada a sustancias lesivas que provocan exudado e inflamación. Así podemos observar adelgazamiento del tejido epitelial y engrosamiento del tejido conectivo.

3. Consistencia firme, consecuencia de una fibrosis y proliferación epitelial concomitante, con inflamación crónica anterior.

- Otro signo que con frecuencia se observa, son masas calcificadas pero que, a simple vista, no pueden localizarse pues son microscópicas. Pueden estar aisladas o en grupos, variando de tamaño y localización, forma y estructura. Por regla general, junto con estas masas hay inflamación crónica y fibrosis.

- Otra característica clínica que tiene su importancia es la textura superficial, pues la pérdida del aspecto de cáscara de naranja por parte de la encía, es un signo temprano de la gingivitis crónica. En la inflamación crónica, la superficie de la encía se presenta lisa, brillante y firme; esto se debe al predominio de cambios exudativos y fibrosos.

- Hay que tomar en cuenta la posición de la encía que puede ser real y aparente. Se considera real el nivel de la adherencia epitelial sobre el diente, mientras que la posición aparente es el nivel de la cresta del margen gingival. Por lo tanto, es la posición real y no la aparente la que da el grado de recesión, refiriéndose a la localización de la encía y no a su estado.

La recesión puede ser fisiológica, producida por condiciones anormales.

La hemorragia gingival es un signo común de la enfermedad parodontal crónica, la cual varía en intensidad, duración y facilidad con que se produce. La causa más común de hemorragia gingival anormal es la inflamación crónica; por lo tanto, la hemorragia es crónica y recurrente, provocada por traumatismos mecánicos o por el bruxismo.

En la inflamación crónica, las siguientes alteraciones histopatológicas que provocan la hemorragia son:

1. La ingurgitación por la dilatación de los capilares aumenta la susceptibilidad a lesiones y hemorragia.
2. Los agentes lesivos que se generan en la inflamación aumentan la permeabilidad del epitelio del intersticio.

3. Debilitamiento del líquido intercelular y el ensanchamiento de los espacios intercelulares.
4. A menudo que avanza el proceso crónico, el epitelio del intersticio se ulcera.
5. El exudado celular y el líquido con proliferación de nuevos vasos sanguíneos y las células conectivas generan presión sobre el epitelio de la cresta y la superficie externa de la encía interdientaria y marginal.
6. Como los capilares se hallan ingurgitados más cerca de la superficie y el epitelio adelgazado y degenerado, ofrece menor resistencia a los estímulos que causan la ruptura de los capilares y, por tanto, la aparición de la hemorragia.

La intensidad de la hemorragia se ve influenciada directamente por la intensidad de la inflamación. Por lo tanto, para el diagnóstico de la gingivitis crónica, es necesario tomar en cuenta la presencia de las características clínicas anteriores y, para tal efecto, nos valdremos de la inspección minuciosa de la encía, así como también de la relación que guarda el intersticio.

Mientras la gingivitis crónica no haya provocado el suficiente daño a la encía, como para causar una destrucción del grupo fibroso parodontal, el intersticio no aumentará en profundidad.

También como persiste la gran irritación de los tejidos, debido a los productos lesivos, el proceso inflamatorio se disemina afectando a las estructuras más profundas; las fibras se desintegran y la adherencia epitelial prolifera en sentido apical, dando origen, de este modo, al desprendimiento simultáneo de la adherencia epitelial del diente, formándose una bolsa paradental que, al aparecer, se diagnosticará inmediatamente una periodontitis.

b) PERIODONTITIS

La periodontitis es la continuación de la gingivitis, la causan los mismos irritantes que son responsables de la gingivitis crónica, pues es consecuencia de la extensión de la inflamación crónica, desde la encía hacia los tejidos parodontales. Por lo tanto, a una periodontitis siempre le precede una gingivitis crónica que avanzó o ha sido descuidada.

La periodontitis es la enfermedad inflamatoria de la encía y de los tejidos más profundos del parodonto.

Las manifestaciones clínicas que presenta son:

- Puede afectar a los tejidos más profundos del parodonto de ambas arcadas o sólo zonas localizadas.
- Se caracteriza por la aparición de bolsas parodontales.
- Pérdida ósea o resorción de la cresta alveolar.
- Mayor cantidad de sangrado y exudado purulento.
- Movilidad y migración dentaria; en casos avanzados, exfoliación.

Como se puede observar, la periodontitis no tiene su origen en el agrandamiento e hinchazón del margen gingival, sino en la invasión progresiva de la bolsa periodontal sobre el ligamento parodontal.

Cuando la inflamación de la encía se extiende hacia los tejidos de soporte más profundos, el diagnóstico clínico se basará en las manifestaciones clínicas, antes expuestas.

En este padecimiento es frecuente encontrar dolor por la formación de abscesos, los cuales se producen por la rápida emigración de leucocitos hacia las bacterias de la bolsa formándose éstas, cuando las bacterias penetran en el tejido conectivo; provocando también, un bloqueo por trombolisis y formación de una red de fibrina, alrededor de la zona, conociéndose como absceso gingival.

El otro tipo son los abscesos paradontales que aparecen en los casos de bolsas muy profundas o enfrañeas. Éstos se forman en los tejidos de soporte más profundos. Aquí se observa infiltrado linfocitario y plasmacitario; característica predominante de una periodontitis en las zonas de tejidos profundos.

Aparte de la formación de los abscesos, se debe a la falta de drenaje en cualquiera de los dos casos.

Cuando el proceso inflamatorio es de duración más prolongada, tiende a avanzar en profundidad. La extensión del infiltrado inflamatorio se lleva a cabo a través del tejido conectivo laxo, a lo largo de los espacios

Intercolulares.

Extendiendo el proceso inflamatorio como lo es en una periodontitis, las toxinas y el infiltrado celular vuelven por las venas y vasos linfáticos que acompañan a las arterias.

Si persiste la inflamación, ésta se extiende hacia los espacios de la médula ósea siendo, en parte, responsable de la resorción de la cresta alveolar; así como también lo son el aumento de la presión en la zona, edema, tumoración, hiperemia activa y pasiva y mayor acción enzimática.

Probablemente, las toxinas afecten la vitalidad de los osteocitos. La reacción inflamatoria sigue los vasos sanguíneos hacia los espacios medulares y la médula normal se transforma en médula fibrosa, considerándose una osteítis localizada.

A la etiología también se le ha considerado extrínseca o intrínseca.

Extrínseca. A los irritantes, como factor etiológico primario y la influencia en el trauma de la oclusión.

Intrínseca. Aquí se considera a los siguientes factores:

Debilidad orgánica, senectud, disfunción endócrina, diabetes sacarina y los trastornos de la nutrición.

También se han considerado dos tipos de periodontitis:

a) Periodontitis simple o marginal

En la cual la destrucción de los tejidos parodontales tiene su origen únicamente en la inflamación. Por lo tanto, es causada por los irritantes locales que generan inflamación gingival y la extensión de ésta hacia los tejidos parodontales de soporte.

Sus manifestaciones principales son:

inflamación crónica de la encía, formación de las bolsas, pérdida ósea, movilidad dentaria, migración patológica y pérdida de los dientes.

Se puede localizar en un solo diente o en un grupo de dientes. Puede ser generalizada, según sea la distribución de los factores etiológicos.

La enfermedad evoluciona con ritmo variable. Sus estadíos severos aparecen, por regla general, en la edad avanzada. Es de destacar que la migración patológica se produce tarde, en esta enfermedad.

Suele ser indolora, pero pueden manifestarse síntomas como:

- Sensibilidad a los cambios térmicos, a los alimentos y a la estimulación táctil por la denudación de las raíces.

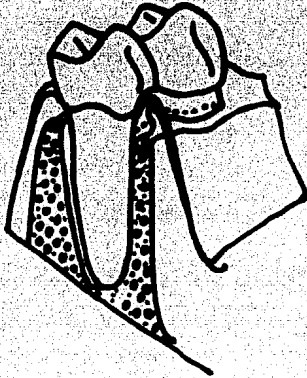
- Dolor irradiado, profundo y sordo, durante la masticación.
- Síntomas agudos de dolor y sensibilidad a la percusión.
- Síntomas pulpares, como sensibilidad a dulces, cambios térmicos o dolores punzantes, como consecuencia de pulpitis, que se origina en la destrucción de la superficie radicular por la acción de la caries.

b) Periodontitis compuesta

Se origina por las efectos combinados de la irritación local, más el trauma por oclusión.

La periodontitis compuesta tiene, por lo general, las mismas características clínicas que las de la periodontitis simple, con las siguientes diferencias:

- Mayor frecuencia de bolsas infraóseas
- Pérdida ósea vertical, más que horizontal
- La movilidad dentaria tiende a ser más intensa



A



B

A. Encía sana

B. Parodontitis marginal

Se ha formado ya una bolsa periodontal.

Hay tártaro y ya existe inflamación y edema.

Se está presentando resorción ósea.

BOLSA PERIODONTAL

Es la profundización patológica del surco gingival. Si esta patología se descuida vendrá a producir una destrucción de los tejidos periodontales de soporte y aflojamiento, con riesgo de exfoliación de los dientes. Para determinar si en realidad existen bolsas periodontales deberemos hacer un cuidadoso sondeo del margen gingival en cada una de las caras de los dientes.

Clinicamente podremos darnos cuenta de la existencia de las bolsas periodontales por la encía marginal rojo azulado, agrandada con un rollito separado de la superficie dentaria. Habrá una zona vertical azul rojiza desde el margen gingival hasta la encía insertada y a veces, hasta la mucosa alveolar. La encía se verá brillante y habrá sangrado gingival, exudado purulento, movilidad, extrusión, migración de los dientes y posiblemente aparezcan diastemas en donde no existían.

El paciente referirá dolor localizado, sabor desagradable, tendencia a succionar material de los espacios interdentarios, dolor irradiado en la profundidad del hueso, sensibilidad al frío y al calor, dolor dentario aún en ausencia de caries, etc.

Están clasificadas en dos las bolsas periodontales:

- I) La bolsa gingival (relativa) que está constituida por el agrandamiento gingival, no habrá destrucción de tejidos periodontales subyacentes.
- II) La bolsa periodontal (absoluta) es la que viene a producirse en la enfermedad periodontal. La encía migrará y el surco tenderá a profundizarse; en esta bolsa si habrá destrucción de los tejidos periodontales de soporte.

Las bolsas absolutas son de dos clases:

- a) Supráseas o supracrestal
- b) Infraósea (intraósea, subcrestal o intraalveolar)

a) En la supraósea el fondo del hueso es coronal al hueso alveolar.

b) En la infraósea el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente.

También podemos clasificarlas como simples cuando afectan solamente una cara del diente y compuestas cuando afectan dos o más caras.

La etiología de las bolsas periodontales es por microorganismos y residuos alimenticios que vienen a nutrirlos, así como la retención de alimentos que vienen a alterar patológicamente los tejidos y a profundizar el surco.

Los factores de las bolsas periodontales son meramente locales, ya que se dice que no hay enfermedades generales que produzcan bolsa periodontal.

La profundización del surco gingival puede ocurrir por el movimiento del margen gingival en dirección a la corona y se producirá una bolsa gingival; la migración apical de la adherencia epitelial y su separación de la superficie dentaria o por la combinación de ambos procesos.

Las alteraciones que intervienen en el cambio de un surco gingival normal a la bolsa periodontal patológica es el siguiente:

La formación de la bolsa empezará por un cambio inflamatorio en la pared del tejido conectivo del surco gingival que va a ser causado por los irritantes locales; el exudado inflamatorio celular y líquido es la causa de la degeneración del tejido conectivo circundante que viene a incluir las fibras gingivales. Mientras la encía va aumentando su tamaño por la inflamación, la cresta del margen gingival se extiende a la corona.

La migración de la adherencia epitelial continúa y se separa de la raíz. El epitelio de la pared lateral de la bolsa prolifera y forma extensiones bulbosas en el tejido conectivo inflamado.

Cuando existe una prolongación de la infección de las bolsas periodontales puede ocasionar problemas patológicos en la pulpa del diente. Na

turalmente que estos problemas originarán dolor a la persona afectada, la lesión pulpar se va a producir por el foramen apical o los canales laterales de la raíz, una vez que se haya difundido desde la bolsa a través del ligamento parodontal.

Existen algunas teorías sobre la formación de las bolsas periodontales y son las siguientes:

1. La destrucción de las fibras gingivales es un requisito previo para el principio de la formación de la bolsa.
2. Los primeros cambios en la formación de la bolsa se producen en el cemento.
3. Estimulación de la adherencia epitelial por la inflamación y no destrucción de las fibras gingivales.
4. La destrucción patológica de la adherencia epitelial por la infección o trauma es el cambio histológico inicial en la formación de la bolsa.
5. La bolsa periodontal se genera por la invasión de bacterias en la base del surco o absorción de toxinas bacterianas a través del tapiz epitelial del surco.
6. La proliferación epitelial patológica es secundaria a cambios degenerativos no inflamatorios en el ligamento periodontal.

Con el nombre de "periodontitis" se definió a una lesión que se caracteriza por degeneración no inflamatoria de las fibras colágenas incluidas en el cemento.

Así es que la defensa que proporcionan las fibras gingivales se verá debilitada y vendrá a facilitar la migración de la adherencia epitelial a lo largo de la raíz y la formación de la bolsa no se hará esperar por causa de los irritantes locales.

En ocasiones, habrá también presencia de pus, pero es sólo un signo secundario y no será de ninguna manera un signo que nos indique que la bolsa es muy profunda, ya que ha habido presencia de pus en bolsas someras y ha dejado de haber en bolsas profundas.

En forma más detallada podemos decir que es necesaria la presencia de irritación local para que dé principio una bolsa periodontal; la degeneración de las fibras gingivales subyacentes, la proliferación de la adherencia epitelial, así como la inflamación causada por la irritación local, serán también factores importantes en esta patología. La propagación de la inflamación a partir de las bolsas periodontales es la causa más importante de destrucción ósea en la enfermedad periodontal.

ELIMINACIÓN DE LA BOLSA PERIODONTAL

Es necesaria la eliminación de la bolsa periodontal para devolver la salud al parodonto y a la gingiva y así evitar la destrucción de los tejidos periodontales de soporte.

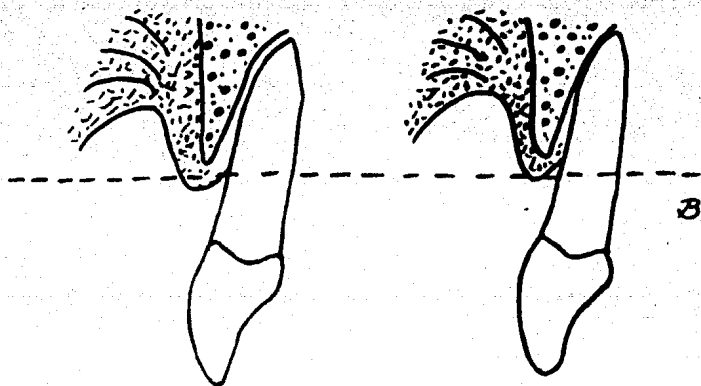
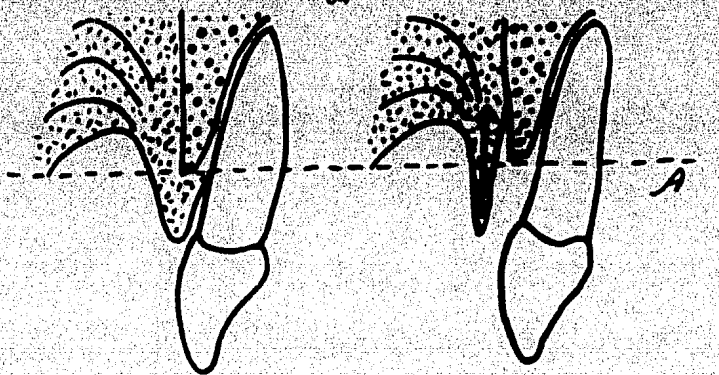
Esto se podrá llevar a cabo mediante el raspado y alisado radicular, algunos curetajes y la ayuda que el paciente puede realizar llevando a cabo una buena higiene oral.

Puede existir recidiva dependiendo del tratamiento que se haya efectuado ya sea raspaje y curetaje o cirugía. La recidiva proviene de la inflamación gingival cuya causa principal es la placa bacteriana.

Además de devolver la salud al parodonto y detener la resorción ósea, la eliminación de las bolsas parodontales evitará la degeneración en el ligamento parodontal que es la causa principal de la movilidad dentaria, lo que vendría a ocasionar que el parodonto no pudiera soportar restauraciones ni prótesis dentales.

Las bolsas periodontales con inflamación crónica, aumentan la posibilidad de una gingivitis ulceronecrotizante aguda, además de las molestias que va a causar a la masticación lo que conduce al paciente a seleccionar

sus alimentos que tenderán a ser carbohidratos y no alimentos proteícos fibrosos; asimismo, el contenido putrefacto de las bolsas periodontales estropea el sabor de los alimentos y los contamina provocando asf irritaciones es tanacales.



A. Bolsas periodontales profundas y destrucción ósea

B. Eliminación de la bolsa periodontal

CAPÍTULO IV

TÉCNICA DE RASPAJE Y CURETAJE

La técnica del raspaje y curetaje es lo más elemental usado para la eliminación de las bolsas periodontales y del tratamiento para la enfermedad gingival.

Como su nombre nos lo indica es un 'raspaje' para lograr la eliminación de placa dentobacteriana, cálculos y otros depósitos que se han adherido a nuestros dientes, el alisado de la raíz para lograr emparejarla y la eliminación de la substancia dentaria necrótica y el 'curetaje' de la superficie interna de la pared gingival de las bolsas periodontales para retirar el tejido blando enfermo.

Deberá ser en forma delicada y minuciosa para evitar traumatizar en demasía los tejidos infectados.

INDICACIONES

1. Para eliminar las bolsas suprabasales en donde la profundidad de la bolsa es tal que los cálculos que están sobre la raíz se pueden examinar por

completo, separando la pared de la bolsa con la presión de aire tibio o una sonda. Esto será cuando la pared de la bolsa es edematosa, ya que si es firme y fibrosa se precisará tratamiento quirúrgico para la eliminación de la bolsa, no importando cuál sea la profundidad de la bolsa, ya que si está edematosa se contraerá la pared fibrosa lo suficiente o sea hasta la profundidad del surco normal y no será así si está firme o fibrosa.

2. En la mayoría de las gingivitis, exceptuando el agrandamiento gingival.

3. También puede utilizarse para tratamiento de bolsas infraóseas.

CONTRAINDICACIONES

Puede estar contraindicada en pacientes con determinadas enfermedades orgánicas o metabólicas como:

- a) diabetes no controlada
- b) cardiopatías graves
- c) trastornos hemorrágicos
- d) en pacientes que no han respondido bien en cirugía anterior

Cuando hay trastornos sistemáticos o hemorrágicos o se está hacien

do algún tratamiento con anticoagulantes, es obligatorio consultar al médico y realizar los análisis de laboratorio adecuados.

HISTORIA CLÍNICA

Siempre deberemos realizar una Historia Clínica para formular un diagnóstico adecuado, valiéndonos de un examen minucioso que quedará registrado en una ficha médica.

Podemos formularla así:

- A. Ficha de identificación
- B. Ficha de exploración

- Diagnóstico
- Pronóstico
- Plan de tratamiento
- Tratamiento
- Evolución
- Observaciones

A. Ficha de identificación. Se compone de los siguientes datos:

- 1. Nombre completo
- 2. Dirección y teléfono
- 3. Sexo

4. Lugar y fecha de nacimiento
 5. Estado civil
 6. Ocupación
- B. La ficha de exploración se compone de los datos que el paciente nos proporcione y los que veamos clínicamente y se divide en:

1. Aspecto físico.

Se observará su estatura aproximada y peso, color de la piel y ojos, movimientos al caminar, modo de hablar, si denota nerviosismo, ansiedad, forma de respirar.

2. Motivo de la consulta.

Será necesario preguntarle qué molestia lo llevó al consultorio.

3. Estudio de cabeza, cara y cuello.

a) Cabeza: se toma en cuenta asimetría, agrandamiento o deformaciones.

b) Cara: se observará la expresión facial, color de la piel y ojos, muecas faciales, lesiones cutáneas, asimetrías, parésias.

c) Cuello: se tomará en cuenta textura, color y contorno de la piel y palparemos ganglios y glándulas.

4. Exploración de la cavidad oral.

- a) Labios: forma, consistencia, presencia de lesiones.
- b) Mucosa labial.
- c) Pliegues mucobucuales (fondo de saco).
- d) Paladar: duro y blando.
- e) Lengua.
- f) Piso de la boca.
- g) Encía: forma, color, consistencia.
- b) Dientes: forma, color, movilidad, medicación del intersticio gingival, tratamientos operatorios, desgastes oclusales, presencia de tártaro dentario.

5. Enfermedad actual.

Deberá hacerse un relato cronológico describiendo desde el principio la enfermedad.

6. Antecedentes patológicos familiares.

Comprenderán las causas de fallecimientos familiares. Incluyendo anotaciones sobre enfermedades contagiosas (tuberculosis, sífilis) y enfermedades de predisposición (gota, diabetes, cáncer), ya que pueden desencadenar mecanismos de acción en la descendencia familiar.

7. Antecedentes patológicos personales.

Aquí se incluirán las principales enfermedades padecidas.

Asimismo los estados alérgicos importantes (especialmente las reacciones a los fármacos), registro de las intervenciones, heridas, enfermedades e ingresos a hospitales.

8. Revisión de los aparatos y sistemas.

Es necesario para excluir la posibilidad de otros padecimientos que hayan pasado desapercibidos en la descripción de la enfermedad actual.

a) Aparato cardiovascular.

1. Palpitaciones
2. Dolor precordial
3. Cefaleas
4. Mareos
5. Disneas
6. Edema de los tobillos
7. Lipotimias
8. Fragilidad capilar

b) Aparato digestivo.**1. Anorexia**

Puede provenir de la ingestión de algunos alimentos en caso de úlcera péptica. La falta de apetito y la pérdida de peso son síntomas inespecíficos que acompañan a alteraciones, pero pueden hacer pensar en infecciones crónicas y neoplasias malignas.

2. Hiperfagia

Que presenta en el hipertiroidismo, diabetes mellitus incontrolada, embarazo y en psiconeurosis.

3. Dispepsia

Dificultad en la digestión.

4. Disfagia

Dificultad al pasar el alimento. Se debe a una presión extrínseca sobre el esófago por neoplasias, ganglios linfáticos, aneurisma de la aorta.

5. Meteorismo**6. Estreñimiento o diarreas frecuentes****7. Náuseas o vómitos frecuentes**

c) **Aparato respiratorio**

1. **Tos frecuente**
2. **Expectoraciones frecuentes**
3. **Epistaxis**
4. **Cianosis**
5. **Disneas**

d) **Sistema nervioso**

1. **Sueño**
2. **Parestesias**
3. **Parálisis**
4. **Tembor**
5. **Irritabilidad**
6. **Problemas emocionales**

e) **Aparato urogenital**

1. **Poliuria**
2. **Nicturia**
3. **Edema palpebral**
4. **Piuria**
5. **Disuria**
6. **Hematuria**

7. **Estados fisiológicos de la mujer:**

menarquia, menstruación, dismenorrea, menorragias, embarazo, lactancia, menopausia.

8. **Pruebas de laboratorio:**

Sirven para aclarar o confirmar las dudas en relación al estado de salud del paciente o bien en caso de hacer una intervención quirúrgica.

FICHA PARODONTAL

En la ficha parodontal deberemos escribir los datos del paciente y le daremos una pastilla reveladora de placa dentobacteriana, para que las caras de los dientes se pigmenten.

Se pone la fecha, el nombre del paciente, su edad, el número de control (cuando menos deberán realizarse tres controles con espacio de quince días cada uno de los controles de placa dentobacteriana), viene el total de dientes y el total de caras que se pigmentaron con la pastilla reveladora y de aquí sacamos el porcentaje para así controlar cuánto ha disminuido el porcentaje entre control y control.

Como podemos ver, en la hoja del control vienen unos círculos (dientes permanentes) y unos cuadros (dientes temporales) para así poder pintar con azul, las caras destruidas por caries o traumatismos y con rojo la placa dentobacteriana. Si una cara se nos pinta en una cuarta parte, deberemos tomarla como cara completa.

Después de hacerle su tratamiento respectivo al paciente, deberá dársele técnica de cepillado y citarlo quince días después. Aquí nuevamente le haremos su control de placa y veremos si ha disminuido el porcentaje

de caras pigmentadas y a los quince días posteriores, se deberá hacer el tercer control, repitiendo siempre la misma operación.

Control de Fian Dentobucalinas.

Nombre _____

Fecha _____

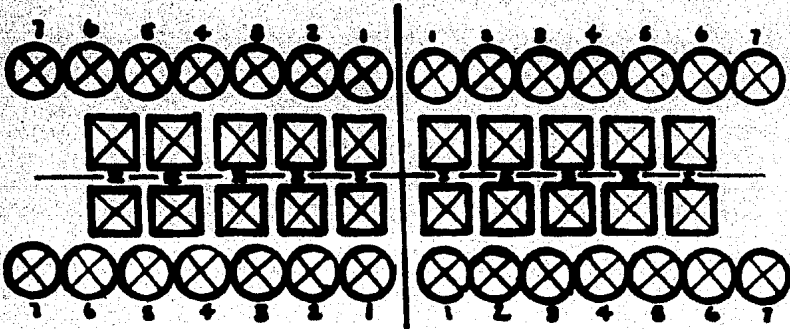
Edad _____

Control _____

Total de dientes _____

Total de caras _____

Porcentaje _____ %



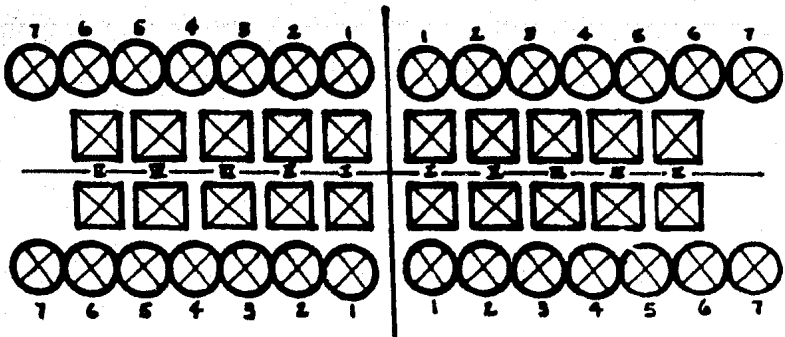
Total de dientes _____

Total de caras _____

Control _____

Porcentaje _____ %

Fecha _____



Total de dientes _____

Total de caras _____

Control _____

Porcentaje _____ %

Fecha _____

INSTRUMENTAL

MANGO PARA BISTURÍ # 3

HOJA PARA BISTURÍ # 15

PARODONTÓMETRO o SONDA PARODONTAL

CURETA PESADA CK 6

CURETA LIGERA GOLMAN FOX 21

EXPLORADOR o RASPADOR FINO

LEGRA

TIJERAS DE GOLMANFOK

BISTURÍ DE HOJA DE RIÑÓN

SUTURA 000

GASAS

JERINGA

ANESTESIA

BANDEJA QUIRÚRGICA

ESPEJO

PINZAS PARA ALGODÓN

EXPLORADOR

PINZAS PARA TEJIDO

PORTAAGUJAS

ASPIRADOR

1. Las Instrumentos deberán estar bien balanceadas.
2. Los bordes de los Instrumentos deben trabajar con eficacia.
3. El borde activo debe causar el menor daño posible.
4. Deberán tener una aleación de acero para ser filosas.
5. Deben no ser muy grandes las dimensiones para no causar mucho daño.

Será preciso limpiar lo mejor posible el campo operatorio.

No es necesario usar anestesia, salvo si hay sensibilidad gingival o dentaria. Si las superficies dentarias no están sensibles, úsese anestesia tó

ica aplicándola con torundas de algodón o llevándola a la bolsa con los ins|trumentos. Si la sensibilidad dentaria es considerable, úsese anestesia local infiltrativa o regional. Los pacientes que padecen o tienen antecedentes de fiebre reumática, cardiopatía vascular o uveítis, se protegerán con antibióti-cos antes del tratamiento, porque el raspaje producirá bacteremia transitoria.
| |

Debéremos tener un excelente apoyo en nuestros dedos para no le-sionar tejidos blandos del paciente.

RASPAJE

Nos viene a eliminar la placa dentaria, los cálculos y algunas pigmentaciones que vendrá a reducir la inflamación.

Hay que deslizar un explorador o raspador fino a lo largo de los cálculos en dirección del ápice hasta que sintamos la terminación de los cálculos.

El odontólogo procurará ver el tamaño de los cálculos por medio de aire tibio entre el diente y el margen gingival o separando la encía con una sonda o una torunda de algodón pequeña. Durante la técnica de raspaje, hay que repasar la lisura de la raíz con un raspador fino o un explorador agudo.

En algunas ocasiones se dejan cálculos, ya que son casi del color de los dientes y el dejarlos nos evitará que la técnica tenga éxito.

Debemos darnos cuenta que no será suficiente la eliminación de los cálculos; también será necesario alisar la raíz hasta que quede suave. Si al estar alisando sentimos que la raíz en alguna parte se nos presenta blanda, deberemos alisar esa zona hasta llegar a tejido firme, ya que se tratará de cemento que ha experimentado cambios necróticos y desde luego deberá ser eli-

minado sea total.

En el movimiento de raspado "tracción" (excepto en superficies proximales de dientes muy juntas) el instrumento toma el borde apical del cálculo y lo desprende, siempre con movimientos firmes hacia la corona. El movimiento mencionado comenzará en el antebrazo y será transmitido hacia la muñeca y la mano con leves flexiones de los dedos.

El movimiento de "empuje" que se efectuará en superficies proximales de dientes anteriores con instrumentos como cinceles delgadas, será dado por los dedos que activarán el instrumento. El instrumento se apoyará en el cálculo y los dedos harán un movimiento de empuje que desprenderá el cálculo. Evitaremos empujar el cálculo hacia apical para no introducirlos en tejidos de soporte.

La zona de instrumentación se limita a los dos lados de la unión amelocementaria donde se localizan los cálculos y otros depósitos.

CURETAJE

El curetaje consiste en la remoción del tejido degenerado y necrótico que abarca la pared gingival de las bolsas periodontales.

Eliminación de la bolsa por raspaje y curetaje.

Podemos dividir las bolsas periodontales en tres zonas específicas:

Zona 1

Pared blanda de la bolsa y adherencia epitelial. La pared blanda está inflamada con grados de degeneración y ulceración. En esta zona habrá que valorar lo siguiente:

- a) Si la pared de la bolsa se extiende en línea recta desde el margen gingival o si sigue un trayecto tortuoso alrededor del diente.
- b) Cuántas son las caras dentarias que abarca.
- c) Hasta dónde se encuentra el fondo de la bolsa.
- d) La relación de la pared de la bolsa con el hueso alveolar.

Zona 2

Superficie dentaria. Hay cálculos adheridos a la superficie del diente que son fácilmente desprendibles mediante una adecuada instrumenta-

ción, pero también existen cálculos en la profundidad de la bolsa que son duros, pétreos y muy resistentes. En esta zona se valora lo siguiente:

- a) Extensión y localización de los depósitos.
- b) Estado de la superficie dentaria.
- c) Accesibilidad de la superficie dentaria para una instrumentación adecuada.

Zona 3

Tejido conectivo entre la pared de la bolsa y el hueso.

Determinar si el tejido conectivo es blando y friable o firme y unido al hueso.

La eliminación de las bolsas supraóseas deberá seguir un orden y un sistema hasta dejar tratada toda la boca. Generalmente iniciamos en la zona molar superior derecha a excepción hecha cuando se precisa con urgencia comenzar en otra parte. La cantidad de dientes que se abarcarán dependerá del paciente y de la habilidad del dentista.

Se seguirán los siguientes pasos:

1. Aislar la zona y anestésiar. Con rollos de algodón o gasa vamos a aislar y se anestésiará dependiendo el caso. En bolsas someras anestésia tó

pica y en bolsas profundas por medio de inyección.

2. Eliminar los cálculos supragingivales introduciendo un raspador en forma superficial.

3. Eliminar los cálculos subgingivales introduciendo un raspador profundo hasta el fondo de la bolsa.

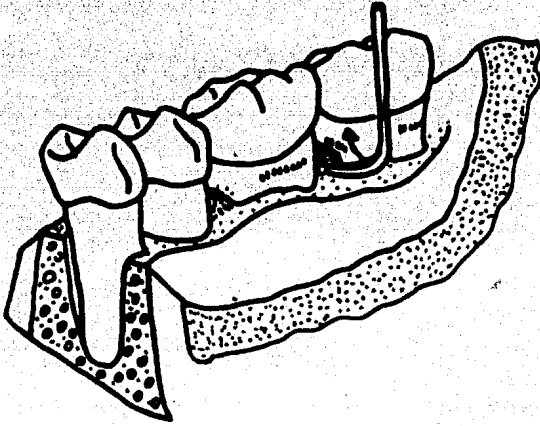
4. Alísese la superficie dentaria para eliminar depósitos profundos de cemento necrótico.

5. Curetear la pared blanda. El curetaje principalmente se emplea para eliminar el revestimiento enfermo de la pared de la bolsa incluyendo la adherencia epitelial.

6. Pulir las superficies dentarias (radiculares y coronarias) con piedra pomez fina con agua.

Inmediatamente después del raspaje y curataje, un coágulo llena el surco gingival, después viene la proliferación de neot tejido de granulación con disminución de la cantidad de vasos sanguíneos pequeños. Generalmente la restauración y epitelización del surco dura de dos a siete días y la de la adherencia epitelial se produce a los cinco días.

Las secuelas de la eliminación de la bolsa con la técnica de raspaje y curetaje no siempre aparecen, pero cuando existen, puede presentarse sensibilidad a la percusión, hemorragia, sensibilidad a cambios térmicos y a la estimulación táctil. Por lo general la sensibilidad posoperatoria tiende a disminuir espontáneamente a las dos o tres semanas.



Eliminación del tejido de granulación y del tártaro

CAPITULO V

GINGIVECTOMIA

Vamos a definir la gingivectomía como una operación que va a ser realizada en dos tiempos y que consisten en la eliminación de la encía en forma y el raspaje y curetaje radicular.

La eliminación correcta de la encía enferma nos va a permitir el acceso y la visibilidad para hacer una remoción completa de los depósitos su perfciales irritantes y el alisado a fondo de las raíces.

Al eliminar el tejido enfermo y realizar el raspaje y curetaje, se va a crear un medio ambiente favorable para una correcta cicatrización gingi val que nos viene a devolver un contorno fisiológico adecuado.

INDICACIONES

La gingivectomía podemos indicarla cuando existen y deben ser eli
minadas:

- a) bolsas supraóseas profundas
- b) bolsas supraóseas con paredes fibrosas cualquiera que sea su profundidad

- c) agrandamientos gingivales
- d) abscesos periodontales y
- e) en determinadas cráteres gingivales interdentarios

Principalmente se usa la gingivectomía cuando queremos eliminar bolsas supraóseas profundas que no nos permiten una adecuada visibilidad de los depósitos adheridos a la raíz.

Cuando tenemos la duda de que una bolsa vaya a quedar totalmente erradicada con raspaje y curetaje, deberá usarse la gingivectomía, ya que será seguro que brindaremos a nuestro paciente el beneficio de la duda.

La gingivectomía nos produce una mayor reducción de la profundidad de la bolsa que el raspaje y curetaje. La recidiva de la profundidad de la bolsa es mayor en las superficies vestibulares y linguales que en zonas interproximales; esto será consecuencia de la elevación de la encía y no de la migración apical de la adherencia epitelial.

Será conveniente hacer una preparación previa a la operación, como es eliminar alimentos impactados, raspar y alisar las paredes de las raíces y eliminar factores ambientales locales desfavorables como son restauraciones desbordantes, alteraciones oclusales exageradas, así como factores sistémicos que nos pueden provocar una alteración en la cicatrización e indicar al pa-

ciente una adecuada higiene oral para mejorar el estado periodontal.

Al mejorarnos el estado periodontal, nos evitará que hagamos una lesión demasiado extensa ya que la inflamación se verá disminuida.

Igualmente la enfermedad gingival aguda deberá ser erradicada antes de llevar a cabo la gingivectomía y procurar que el paciente no presente síntomas, cuando menos un mes antes de la operación.

Si nuestro paciente es muy aprensivo, deberemos darle Nembutal (100 mg) o algún otro sedante, antes de la intervención.

La anestesia se hace con inyecciones regionales o infiltración y se coloca un punto de anestesia en cada papila interdientaria para aumentar la resistencia de la encía y para producir mayor hemostasia.

Deberemos llevar un orden adecuado en nuestra intervención. Se lleva a cabo por cuadrantes y por espacio de una semana cada uno. Sólo en caso de que en alguna zona sea requerido con urgencia, se realizará primero ahí, pero generalmente se inicia en el cuadrante inferior derecho. Después se realiza en el cuadrante superior derecho y en forma sucesiva en el cuadrante mandibular izquierdo y luego en el superior izquierdo.

Será necesario que cortemos con un aspirador en nuestra interven-

ción, ya que nos será de gran utilidad pues además de recoger lo que vayamos eliminando, nos ayudará a tener una mejor visibilidad de cada una de las caras dentarias y evitará que la sangre pase hacia el piso de la boca y la bucofaringe.

Debemos contar también con una pinza marcadora, ya que después de explorar la profundidad de la bolsa con una sonda periodontal, con la pinza debemos marcar hasta donde está la profundidad de la bolsa. El instrumento se sostiene con el extremo marcador alineado con el eje mayor del diente. El extremo recto se introduce hasta la base de la bolsa y se marcará al unir los extremos de la pinza, haciendo ésta unas pequeñas perforaciones puntiformes, esto se realiza de distal del último diente, dirigiéndose hacia la línea media. Este procedimiento se hace en vestibular y en la parte inferior deberá realizarse también en lingual.

La encía enferma podemos cortarla con bisturíes periodontales o tijeras y deberá hacerse con sumo cuidado, ya que es uno de los puntos más importantes de la gingivectomía.

Puede utilizarse la incisión discontinua o la incisión continua según lo prefiera el operador. La incisión discontinua se inicia en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector anterior, siguiendo el curso de las bolsas extendiéndose a través de la encía

interdentaria y hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. La otra incisión se comienza ahí donde la anterior cruza el espacio interdentario y se lleva hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. Cuando se hacen incisiones individuales, se repiten hasta alcanzar la línea media.

Después de iniciar nuestra incisión en la zona vestibular, haremos la incisión lingual.

Tratando de evitar vasos y nervios, así como para lograr un mejor contorno gingival, las incisiones se harán a los lados de la papila incisiva, no en sentido horizontal a través de ella.

INCISION DISTAL

Las dos incisiones anteriores o sea la vestibular y la lingual se unirán a una incisión en la superficie distal del último diente erupcionado. Esta incisión se llevará a cabo con un bisturí periodontal que se colocará debajo del fondo de la bolsa y se biselará de modo que coincida con las incisiones vestibular y lingual.

La incisión distal la vamos a hacer por apical a los puntos que marcan el curso de las bolsas entre la base de la bolsa y la cresta del hueso.

Debemos acercarnos lo más que se pueda al hueso, sin llegar a exponerlo, para así eliminar el tejido blando coronario al hueso.

La eliminación de este tejido es importante porque:

1. Brinda una mayor posibilidad de eliminar la totalidad de la adherencia epitelial.
2. Nos brindará una mayor visibilidad de todos los depósitos radiculares que se encuentren en el fondo de la bolsa.
3. Vendrá a acabar con el tejido fibroso que evitará el logro de un contorno fisiológico cuando la encía se encuentre en período de cicatrización.

En caso de exposición de hueso, deberá cubrirse en forma adecuada con el apósito, para evitar una posible infección.

Habrá que procurar lograr un festoneado normal de la encía, pero no por ello habremos de dejar parte de la pared de la bolsa, ésta deberá ser eliminada en forma total aunque tengamos que alejarnos de la forma normal de la encía.

La incisión desde luego, debe traspasar completamente los tejidos blandos, siempre en dirección al diente, ya que si no se hace así, se corre el riesgo de dejar lengüetas de tejido adheridas al diente.

Para la eliminación de la encía marginal o interdentario, habrá que desprender el margen gingival por la línea de incisión.

Una vez que se ha eliminado la pared de la bolsa y se ha limpiado el campo, lograremos ver:

1. El tejido de granulación de aspecto globular.
2. El cálculo que se extiende hasta donde estaba la profundidad de la bolsa. El cálculo es pardo oscuro, de consistencia sólida, pero deberemos tener mucho cuidado, ya que existirán partículas que se asemejan al color de la raíz y podrían engañarnos.
3. Una zona clara parecida a una banda sobre la raíz en donde se encontraba insertada la bolsa.

Asimismo, observaremos un ablandamiento en las superficies radiculares y también protuberancias cementarias.

Deberemos eliminar el tejido de granulación antes de comenzar nuestro raspaje para así evitar una hemorragia mayor. Para este raspaje, utilizaremos unas curetas que se introducirán por debajo del tejido de granulación, separándolo del hueso subyacente.

Enseguida eliminaremos el cálculo y el cemento necrótico, alisan-

do la superficie radicular con raspadores superficiales y profundos.

Obtendremos una excelente gingivectomía dependiendo de la minucididad con que se haga el raspaje y alisado de la raíz.

La eliminación del cálculo y el cemento necrótico se realizará inmediatamente después de la eliminación del tejido de granulación, porque las raíces en ese momento son más visibles y accesibles, la encía no cicatrizará en forma adecuada si se dejan restos de cálculos o depósitos sobre las raíces y porque la postergación nos induciría a una segunda operación.

Como se dijo con anterioridad, en las bolsas supraóseas no se toca el hueso ya que es tejido vivo que no está infectado ni necrótico, si lo limamos o lo alisamos, retardaremos la cicatrización y nos reducirá la altura posoperatoria del hueso.

HIGIENE PREVIA A LA COLOCACION DEL APOSITO

Previamente se observará con cuidado cada una de las caras de los dientes que se han tratado para localizar restos de cálculos o tejido de granulación.

Se lavará repetidamente con agua tibia y se cubrirá con gasa doblada en forma de "u", se le indica al paciente que ocluya y se dejará ahí hasta que se logre una adecuada hemostasia. En caso de que persista la hemorragia deberemos revisar y si proviene de un solo punto donde ya se haya formado un coágulo, será necesario retirarlo con una torunda de algodón empapada en agua oxigenada, enseguida se hace presión en el punto sangrante con la misma torunda de algodón.

Antes de colocar el apósito deberemos ver que se haya formado un coágulo sanguíneo, ya que nos protegerá la herida y además porque será un puente para los nuevos vasos sanguíneos y células de tejido conectivo que se forman durante la cicatrización, pero a la vez, deberemos cuidar que el coágulo no sea muy grande para que no nos entorpezca la colocación del apósito.

APÓSITO PERIODONTAL

El apósito generalmente consiste de un polvo y un líquido (existen varios en el mercado), el polvo se va incorporando al líquido en forma gradual hasta lograr una pasta consistente, después con los dedos se pone más polvo a la pasta para que sea más manejable. Se hacen dos cilindros del tamaño del cuadrante tratado, al primero se le dobla en forma de gancho uno de los lados para que se adapte alrededor de la superficie distal del último diente y se va adhiriendo hacia la línea media por toda la superficie vestibular, también deberá irse metiendo un poco del apósito en el margen gingival y en las zonas interproximales para darle una mayor retención a nuestro apósito.

El segundo cilindro se aplica desde la superficie lingual, se une en la parte distal del primer apósito e igualmente se lleva hacia la línea media. Los cilindros deben unirse en todas las papilas interdentarias haciendo una ligera presión sobre los dos para lograrlo.

Si existe una zona desdentada se pondrá apósito en esa zona y puede colocarse una especie de ligadura con hilo dental para retener nuestro apósito.

En caso de tener dientes aislados, se coloca una gasa con apósito

y se ata al diente. El apósito deberá cubrir perfectamente la zona cortada de la encía, pero no deberá sobreextenderse hacia la mucosa no afectada.

El exceso de apósito puede provocarnos los siguientes problemas:

1. Irritar el pliegue mucovestibular
2. Irritar el piso de la boca
3. Dificultar los movimientos de la lengua
4. Si se fractura tenderá a llevarse consigo, apósito de la zona operada

Además de que revisaremos que el apósito no interfiera en la oclusión, ya que causará molestias al paciente.

Antes de recortar el apósito, deberá esperarse a que los labios, cañillas y lengua lo hayan adaptado y así sabremos en donde quedaron sobrantes innecesarios.

El apósito ayuda a la curación, ya que protegerá la lesión y no precisamente por aportar factores de cicatrización comprobados; sin embargo, ayudará a:

- a) Controlar la hemorragia posoperatoria.
- b) Disminuirá las posibilidades de infección y hemorragia pos-

operatorias.

- c) Nos da cierta ferulización de dientes con movilidad.
- d) Ayudará a la cicatrización pues evitará que las fuerzas de masticación traumatizen la zona.
- e) Evitará la proliferación exagerada del tejido de granulación.
- f) Brindará al paciente una mayor comodidad.
- g) Evitará la irritación por alimentos muy condimentados.

El apósito lo dejaremos una semana después de la gingivectomía.

Se le dice al paciente que se irán desprendiendo fragmentos del apósito, pero que eso es normal, sólo si se desprende un trozo de la zona operada y molesta, entonces deberá acudir al consultorio para colocar un nuevo apósito.

Si el paciente siente su boca sucia, podrá enjuagársela con un enjuagatorio de sabor agradable, a partir del segundo día de la gingivectomía.

Después de que vuelve el paciente al consultorio una semana más tarde, se le retira el apósito, introduciendo un instrumento y ejerciendo presión lateral suave. Si quedan partículas incrustadas en la zona cortada, deberán ser retiradas con sumo cuidado con pinzas finas para algodón, la zona se lava con agua tibia.

Deberá dejarse intacta una capa fina de nuevo epitelio que se ha formado en la superficie gingival, revisar cuidadosamente la zona vestibular y lingual y si se presenta una capa amarillo grisácea o blanca, será de residuos alimenticios que se filtraron a través del apósito, deberá ser retirada con un algodón. Volverá a revisarse si no quedó algún cálculo en determinado diente ya que puede ocasionarnos recidiva. La movilidad dentaria se verá aumentada una vez realizada la gingivectomía, pero se verá reducida después de la cuarta semana del tratamiento.

El cuidado que debe hacerse de la boca entre el tratamiento del primer cuadrante y el último es muy importante. Habrá que enseñarle al paciente cuando va por primera vez al consultorio después del tratamiento del primer cuadrante o sea, una semana después, el control de placa en su boca. Decirle que no será factible hacer un cepillado vigoroso en la primera semana después del tratamiento, pero si deberá mantener una adecuada higiene oral. El vigor del cepillado irá aumentando según su cicatrización, si presenta hemorragia decirle que es normal, que irá disminuyendo conforme vaya avanzando su cicatrización, que no por esto, vaya a dejar de cepillarse.

En ocasiones, es necesario dar medicación posoperatoria para el dolor, la sedación, la hemorragia, la inflamación o infección.

Generalmente usamos analgésicos para el dolor como la aspirina, dos tabletas de 200 mg cada tres horas. En caso de dolor intenso se administra clorhidrato de meperidina 50 mg cada cuatro horas.

La sedación para pacientes aprensivos se logra con 5 ó 10 mg de Ilbrium una cápsula tres veces al día.

Si existe hemorragia, el paciente casi siempre, puede inhibirla con una gasa a presión; si no puede cohibirla, deberá acudir al consultorio y los pasos serán los siguientes:

1. Limpiar muy bien la herida.
2. Localizar la zona sangrante.
3. Ligar, presionar o usar electrocauterio.
4. Aplicar Oxixel a la herida.

Para que evitemos la inflamación, indicarle al paciente que se coloque hielo y una vez presentada la inflamación colocar compresas húmedas calientes.

Los antibióticos los empleamos como regla después de una cirugía periodontal para tratar o prevenir infecciones.

CAPÍTULO VI

GINGIVECTOMÍA TOTAL

Generalmente la gingivectomía se realiza por cuadrantes con intervalos aproximados de una semana entre cada uno de ellos, pero en ocasiones hay pacientes que solicitan que sea realizada la intervención en una sola operación. Habrá pacientes en este caso que necesiten hospitalización por tener algún problema sistémico.

También es preferible hospitalizarlos cuando el paciente es aprensivo, ya que siempre será mejor una intervención después de una noche en el hospital bajo sedación adecuada y no en el consultorio en donde los pacientes casi siempre llegan en forma apresurada y con problemas de retraso en el horario.

Después de la operación se envía al paciente a su habitación para que haga un reposo posoperatorio y en cambio en el consultorio tendrá que salir de ahí y realizar el viaje de regreso a su casa.

Además que es muy conveniente la hospitalización por las ventajas que presentan las salas de operaciones por su estado de esterilidad, lo que ven

drá a reducirnos el riesgo de infecciones y retardo en la cicatrización; se prescribe atención al paciente para que le sean colocadas compresas frías durante las primeras cuatro horas y servicio de urgencias para hemorragias o choques, aunque se presentan en raras ocasiones.

La conveniencia para el paciente que tiene gran actividad de realizarle la gingivectomía total, es que durará aproximadamente una semana con su apósito y en cambio en gingivectomía por cuadrantes cuando menos durará un mes para que se quede sin apósito en alguno de los cuadrantes.

Cuando ya se han considerado todos los factores y se decide utilizar el hospital para gingivectomía total, se fija la fecha de la cita en el hospital. En pacientes femeninas deberemos evitar los días del período menstrual para no provocarle hemorragias considerables y que la paciente se vaya a debilitar más de la cuenta. El tiempo que cualquier paciente dure en el hospital será de 48 horas.

El paciente deberá ingresar la tarde anterior a la intervención para hacerle los estudios necesarios de su estado físico, además de un hemograma y si son necesarias algunas otras pruebas de laboratorio. El diabético controlado tal vez necesite de una supervisión para regularle su dieta y su tratamiento de insulina; además de que, en algunas ocasiones, se revelan enferme

dades que el paciente ignoraba que padecía.

Generalmente la sedación se lleva a cabo con Seconal 100 mg la noche anterior, antes de acostarse; Nembutal intramuscular una hora antes de la gingivectomía; y sulfato de morfina 10 mg media hora antes de la intervención. Los pacientes con fiebre reumática, diabetes o enfermedad cardiovascular se premedican con antibióticos.

Preferentemente se usa anestesia local, ello nos permitirá movimientos libres de la cabeza.

La gingivectomía total se realiza en la mesa de operaciones con la espalda del paciente elevada ligeramente haciendo un ángulo aproximado de 30 grados y la cabeza a la altura de los codos del operador. El ayudante será el responsable de la aspiración y se coloca en el lado opuesto del operador y la técnica será la misma que se utiliza en la gingivectomía por cuadrantes. El apósito periodontal se coloca una vez que cesó la hemorragia.

Se le indicará al paciente que se le ha colocado un apósito para calmar el dolor y proteger la operación ayudando a una mejor cicatrización.

No deberá quitar sino sólo las partículas que por sí solas se vayan desprendiendo; deberá llevar una dieta de huevos, gelatina, leche, pes-

cado, cereales o alimentos finamente picados o semi-sólidos; evitar frutas cítricas, alimentos muy condimentados y duros, bebidas alcohólicas y fumar, igual que en la gingivectomía por cuadrantes. Permanecer en su casa el día que salga del hospital, al día siguiente puede reanudar sus actividades normales, evitando hasta el cuarto o quinto día el ejercicio violento. En caso de sentir dolor tomar aspirinas, dos tabletas cada tres o cuatro horas.

La primera visita posoperatoria al consultorio será una semana más tarde, se retira el apósito, se lava para retirar los residuos alimenticios y la placa bacteriana y se coloca otro apósito y se le cita para cuatro o cinco días después y vuelve a realizarse la misma operación hasta que ya no necesite el apósito, exactamente igual que en la gingivectomía por cuadrantes.

CAPÍTULO VII

GINGIVOPLASTIA

Cuando ya se ha presentado enfermedad gingival y periodontal nos va a deformar la encía provocando el empacamiento de residuos alimenticios, va a coleccionar placa irritante y prolonga y agrava el proceso patológico.

Se presentarán papilas interdentarias en forma de meseta causadas por la gingivitis ulceronecrotizante aguda y agrandamiento gingival así como grietas y cráteres. La remodelación artificial de la encía por medio de instrumentos cortantes para formar contornos gingivales fisiológicos se llama Gingivoplastia.

Generalmente la vamos a llevar a cabo cuando han quedado agrandamientos gingivales por alguna operación realizada con antelación.

En la inmensa mayoría las deformaciones de la encía pueden ser corregidas por medio de la gingivectomía sin que sea necesaria una gingivoplastia posterior, siempre y cuando la gingivectomía haya estado bien realizada. Esto será cuando la incisión haya estado lo suficientemente profunda para lograr la eliminación de tejido entre el fondo de la bolsa y el hueso y así mismo biselarla lo más adecuado posible.

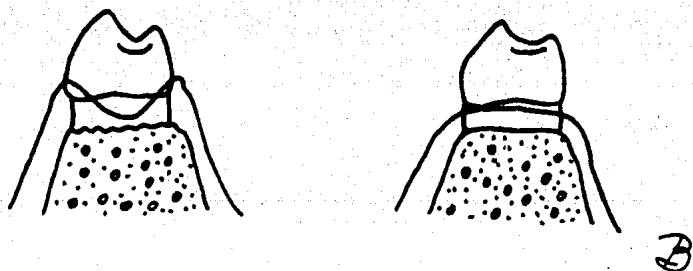
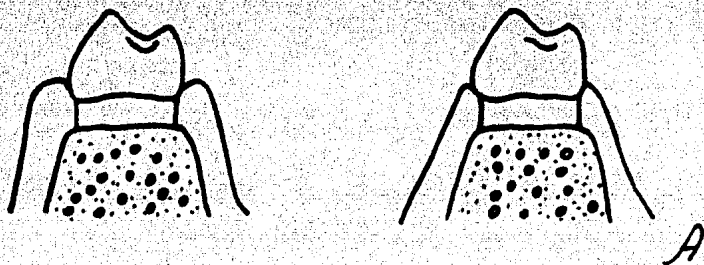
INDICACIONES

Puede llevarse cabo también cuando no se haya incluido un remodelado en la gingivectomía o cuando se ha presentado una cicatrización anormal y nos presente deformaciones gingivales.

La gingivoplastia puede realizarse con un bisturí periodontal o piedras rotatorias de diamante de grano grueso; se va festoneando como en las dentaduras artificiales o sea, afinar el margen gingival, creando un margen gingival lo más natural posible, adelgazando también la encía insertada y creando surcos interdentes verticales así como remodelar la papila interdental para proporcionar vías de escape a los alimentos.

Será muy importante indicarle al paciente que debe conservar una buena higiene bucal para lograr el mantenimiento de los contornos gingivales.

Podemos decir entonces, que la gingivectomía se realiza para eliminar la pared blanda de la bolsa y la gingivoplastia se lleva a cabo para remodelar las encías que han perdido su forma externa fisiológica.



GINGIVOPLASTIA:

- A. Esta operación se encuentra justificada en presencia de encía marginal engrosada, de un contorno irregular del margen gingival o de cualquier otra alteración.
Esta operación no se hace con el objeto de eliminar las bolsas.
- B. Cuando la operación tiene que extenderse a una región más importante o más amplia, hace falta utilizar el bisturí y el acto operatorio se corresponde con los principios de una Gingivectomía.

CAPÍTULO VIII

COLGAJO PERIODONTAL

En periodoncia, el colgajo es una unidad (segmento) de encía y (con mayor frecuencia) la mucosa alveolar adyacente que se separa parcialmente por medios quirúrgicos. La base del colgajo permanece insertada para proporcionar el aporte vascular adecuado.

CLASIFICACIÓN

Los colgajos se clasifican como de espesor total y parcial. El colgajo de espesor total incluye toda la encía o mucosa alveolar que cubre el diente y el hueso. Al hacer este tipo de colgajo, el diente y el hueso quedan descubiertos. El colgajo de espesor parcial se separa por disección aguda para dejar hueso cubierto por tejido conectivo blando, con inclusión del periostio.

DISEÑO

Los colgajos se diseñan con la finalidad de proporcionar acceso adecuado a los tejidos subyacentes, de manera que mantengan la circulación

apropiada de los tejidos parcialmente separados.

La forma que el cirujano da al colgajo depende de las exigencias específicas, tales como proveer acceso quirúrgico o reposición de la encía.

El diseño del colgajo se divide en dos categorías:

- a) Completo
- b) Modificado

a) COLGAJO COMPLETO

Los colgajos completos comprenden incisiones liberadoras oblicuas o verticales en los dos extremos laterales. Estos extremos se unen por una incisión horizontal en el margen gingival o apical a él.

b) COLGAJO MODIFICADO

Difieren de los colgajos completos en que tienen sólo una incisión vertical u oblicua o no tienen incisión vertical.

ACCESO Y APORTE SANGUÍNEO

La elección del tipo de colgajo y la extensión de la zona que ha de abarcar serán determinadas por el criterio quirúrgico. Hay que obtener acceso adecuado, así como aporte sanguíneo satisfactorio para el colgajo. La base del colgajo debe ser por lo menos tan ancha como el tejido desprendido.

El diseño y el tratamiento que se dé al colgajo son cruciales en la determinación del éxito de la cirugía periodontal.

RECHAZO DEL COLGAJO

Los colgajos se realizan mediante disección roma o aguda; la disección roma se usa cuando se piensa hacer el remodelado quirúrgico de las superficies alveolares laterales o cuando se harán reinserción, injertos óseos o procedimientos de trasplante óseo. La disección roma aparta el tejido blando del hueso y expone la superficie alveolar para su inspección en cirugías amplias.

DISECCIÓN ROMA

Colgajo de espesor total. El rechazo roma del colgajo se hace introduciendo un elevador perióstico entre la encía y el diente o el hueso. El

Instrumento se mueve hacia mesial, distal y apical para separar la encía, la mucosa alveolar y el pericostio. La primera incisión previa a la introducción del elevador, se hace con un escalpelo o un bisturí periodontal, de esta manera se rechaza un colgajo de espesor total.

MÁRGENES GINGIVALES GRUESOS

Cuando la encía es gruesa y abultada, el margen del colgajo se recorta y bisela. Hágase éste realizando una gingivectomía parcial antes de rechazar el colgajo, recortando el colgajo después de otra cirugía o separando el colgajo con una incisión horizontal adelgazante (bisel invertido o bisel interno).

INCISIONES RETROMOLARES

Cuando las incisiones de los colgajos abarcan los tejidos retromolares, hay que prestar especial atención a esta masa gruesa y fibrosa. Además, puede haber bolsas profundas y lesiones de furcaciones. Para reducir el volumen de este tejido, adelgace y elimine parte del tejido. Esto permitirá conseguir acceso al hueso y reducción del volumen del tejido para que el colgajo coapte después de la cirugía.

El tejido se elimina en cuñas triangulares, rectangulares o trape-

zoides. Esta reducción del tejido (denominada operación de cuffa distal), se hace con incisiones adelgazantes cuando el tejido no es voluminoso, es suficiente con incisiones adelgazantes lineales simples que se encuentren en la superficie.

DISECCIÓN AGUDA

Colgajos de espesor dividido. La disección aguda se hace con hojas quirúrgicas reemplazables o con un bisturí de forma arrañada. Está indicada cuando se desea evitar la exposición del hueso. El bisturí se introduce en la encía o en el surco y se disecciona a través de la lámina propia, sin quitar tejido blando del hueso. Esto es conveniente en presencia de tablas óseas finas o cuando la corrección quirúrgica del hueso abarca únicamente el margen alveolar. La disección aguda en la lámina propia deja el hueso protegido por una capa de tejido conectivo, incluso el periostio. Esto reduce la extensión de la resorción ósea posoperatoria.

MANIPULACIÓN

Tratamiento del margen gingival del colgajo. Éste se deja intacto si es delgado; si es grueso, se elimina, recorta o bisela. La excisión, el recorte o el biselado se hacen antes de separar el colgajo, mediante una in

cisión de bisel interno o una gingivectomía parcial. También se puede recortar o biselar el colgajo una vez rechazado.

Reposición del colgajo. Una vez realizados los procedimientos quirúrgicos, el colgajo se coloca de nuevo en su posición original o desplazado hacia apical, hacia la corona o hacia lateral. Siempre que sea posible, se cubrirá el hueso para evitar la destrucción que se produce si se le deja expuesto.

SUTURA

El uso de técnicas por colgajo, ha forzado al odontólogo a familiarizarse con diversos métodos de sutura. La sutura se usa para reponer y readaptar el colgajo después de la cirugía.

Las suturas y agujas se seleccionan para cada intervención particular. Se requieren suturas de seda, sintéticas o de catgut números 3-0, 4-0, 5-0 y 6-0. Las agujas deben ser atraumáticas, de corte invertido, de 3/8 de círculo; de corte corriente, de 3/8 de círculo, de 1/2 círculo y de 1/2 círculo de corte corriente.

Sutura para reponer tejidos separados. Es importante que el colgajo se reponga o readapte correctamente. Esto es necesario para la hemostasia, para reducir el tamaño de la herida que ha de repararse, para la cicatriza-

ción de primera intención y para prevenir destrucción ósea innecesaria. Además cuando la reposición del colgajo es hacia apical o lateral, es preciso suturarlo y fijarlo apropiadamente para que se mantenga en la posición conveniente.

LIGADURA INTERDENTARIA

La ligadura interdientaria es la sutura más frecuente, tiene diversas modificaciones, produce la adaptación máxima del tejido blando al diente y a hueso subyacente y es de gran valor cuando hay que adaptar y coaptar estrechamente los colgajos vestibular y lingual al hueso y a las superficies dentarias.

TÉCNICA

Tomar la aguja con firmeza en el portaagujas o en una pinza hemostática e introducirla en el colgajo más móvil que por lo general es el colgajo vestibular, desde la zona externa pasarla por el espacio interdientario y perforar el colgajo palatino desde la zona interna luego se pasa otra vez del espacio interdientario hacia el vestíbulo para hacer el nudo.

Se hacen dobles nudos para impedir que la sutura se afloje o se desplace, el nudo se ajusta tirando un extremo hacia palatino y el otro hacia vestibular.

LIGADURA VESTIBULAR

Este tipo de ligadura se utiliza para suspender un colgajo a un nivel predeterminado. En esta técnica se usa la sutura de colchonero para fordo un cuadrante o para una zona que abarque varios dientes.

CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

Hay una serie de estudios histológicos sobre la cicatrización de los colgajos, es preciso que la reposición del colgajo sea estrecha, todo espacio que quede flojo como consecuencia de la fijación de los tejidos perturbará la cicatrización por primera intención. Si el epitelio de inserción se regenera con rapidez, actúa como sello y permite que el tejido conectivo cicatrice sin inconveniente; sin embargo, el coágulo debe tener el volumen mínimo.

El nuevo epitelio de inserción se forma sobre cemento o sobre dentina por elaboración de un material extracelular compuesto de proteína y complejo mucopolisacárido y hemidesmosomas.

El epitelio de inserción se restablece en una semana, al final de la semana, se ha formado la unión del colágeno con la raíz.

Pueden producirse resorciones en el cemento y la dentina, son más

prominentes en las concavidades radiculares profundas; sin embargo, alrededor de los cuarenta días aparece cemento nuevo en las concavidades y en las muescas.

En conclusión, la unión del colgajo periodontal y la raíz se realiza si la aposición de los tejidos es firme.

CAPÍTULO IX

CURETAJE QUIRÚRGICO POR COLGAJO

A) OBJETIVOS

El propósito del curetaje quirúrgico por colgajo es eliminar el tejido inflamatorio crónico y todo depósito calcificado remanente. Cuando la cirugía tiene éxito se obtendrá:

- 1) Resolución de la inflamación y
- 2) Reducción de las bolsas o eliminación de las bolsas, induciendo recesión de las paredes gingivales de las bolsas, así produce también remodelado del hueso.

B) INDICACIONES

El curetaje quirúrgico se aplica en el tratamiento de bolsas profundas con pérdida ósea extensa. Cuando el raspaje y el curetaje gingival no son suficientes y los otros procedimientos (gingivectomía, cirugía ósea, reinsertión o injertos óseos) no están indicados.

C) TÉCNICA

Colgajo de espesor total. Hacer una incisión inicial con una hoja removible número 11 ó 12b para dividir las papilas. Después deberemos introducir un elevador perióstico presionando contra el diente y el hueso para rechazar un colgajo de espesor total por disección roma.

D) CURETAJE

El excelente acceso y la visibilidad obtenido permitirán la remoción de tejido inflamatorio adherido de la superficie del diente y hueso y el alisamiento de la superficie radicular expuesta. Deberemos quitar el tejido inflamatorio de la superficie interna de los colgajos, con tijeras o raspado con bisturí periodontal de hoja arriñonada. A continuación habrá que colocar nuevamente el colgajo y fijarlo con suturas interdientarias.

E) Al eliminar el tejido inflamatorio crónico que bordea a las bolsas y de los márgenes óseos que se hallan frente a las bolsas, se producen varios fenómenos. Es indudable que después de separado el colgajo y por la instrumentación se produzca pérdida ósea. Las irregularidades tienden a corregirse y se crea una forma más regular de las crestas óseas. El curetaje gingival tiene una larga historia y su aceptación actual demuestra su utilidad.

CONCLUSIONES

Al terminar la lectura de este trabajo, podemos darnos cuenta que, aunque todos los tratamientos que aquí se mencionan sirven para la eliminación de las bolsas periodontales supraóseas, cada uno de ellos se utilizará dependiendo del estado del paciente.

Como se explicó en páginas anteriores, la anestesia en cirugía periodontal, se pondrá de acuerdo al caso que vaya a tratarse. En ocasiones será tópica, cuando no exista sensibilidad en la encía o se colocará por infiltración o regional.

Los apósitos deberán colocarse como se indicó en la gingivectomía; revisando cuidadosamente que no vaya a quedar expuesta ninguna porción de encía cortada.

Generalmente vamos a revisar nuestras intervenciones periodontales, una semana después de haberlas realizado, se hará cambio del apósito, se citará al paciente cuatro o cinco días después y se retirará nuevamente el apósito y dejará de ponerse cuando veamos que ya no es necesario.

Se le indicará al paciente que se le ha colocado un apósito como protección a su operación, que no deberá quitarlo, que tiene que cuidarlo lo

mejor posible, que debe seguir la dieta que se le haya indicado (según el caso) y que puede ayudar a complementar su alimentación con multivitaminas.

Recordarle que no debe comer sino después de dos horas de pasada la cirugía periodontal; que si se le cae o se le rompe el apósito, debe hablar al consultorio; que debe cepillarse la zona no operada y los dientes operados deberán ser cepillados solamente en sus caras oclusales.

Se considera conveniente si son muchas las indicaciones que se le van a dar al paciente, proporcionárselas por escrito, ya que si se le indican en forma verbal, podría olvidarlos.

No debemos olvidar nunca hacer, en la ficha del paciente, un informe completo y detallado de la operación, incluyendo el número de suturas y medicamentos que se le hayan recetado.

Es importante señalar también, que será necesaria la cooperación del paciente para que nuestra cirugía periodontal, cualquiera que ésta sea, tenga éxito, indicándole que posteriormente a la intervención y en forma permanente, deberá llevar a cabo una adecuada higiene bucal, ya que de lo contrario, puede presentarse recidiva, aunque la cirugía periodontal se haya realizado en forma adecuada.

Este trabajo se realizó pensando que pueda ser de utilidad para los estudiantes de Odontología, principalmente a los que han cursado ya, la materia de Parodoncia y les haya parecido interesante.

BIBLIOGRAFÍA

PERIODONCIA DE Orban. Teoría y Práctica.

Daniel A. Grant
Irving B. Stern
Frank G. Everett
Editorial Interamericana. Cuarta Edición.
México, D. F., 1975.

PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.

Irving Glickman
Editorial Interamericana. Cuarta Edición.
México, D. F., 1975.

CIRUGÍA PARODONTAL.

Knud M. Kardel
Editorial Martínez Murguía. Primera Edición.
Madrid. 1971.

PERIODONCIA.

Goldman Henry M.
Editorial Interamericana. Primera Edición.
México, D. F., 1960.

LA SALUD PARODONTAL.

Dra. Rosa María Díaz Romero
UNAM, 1977.

APUNTES DE PARODONCIA.

Facultad de Odontología.
Dr. Víctor Pingarrón
México, D. F. 1979.

APUNTES DE PARODONCIA.

Facultad de Odontología.
Dr. Juan Francisco Salcido
México, D. F. 1977.