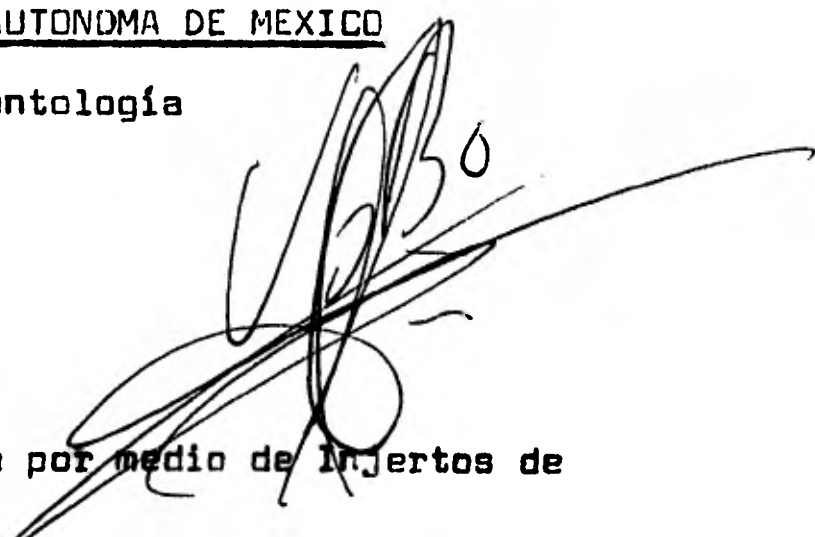


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pablo', is written over the text of the thesis title. The signature is highly cursive and extends across the width of the page.  
Cirugía Reconstructiva por medio de Injertos de  
Encía en Cavidad Oral.

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

present a:

PABLO SANTANDER TREVIÑO

---

México, D.F.

1982



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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# I N D I C E

## CAPITULO I

### 1) CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DE LA ENCIA

A) Encía Marginal (Encía Libre)

Surco Gingival

B) Encía Insertada

C) Encía Interdentaria

### 2) CORRELACION DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS

Y MICROSCOPICAS NORMALES

A) Color

B) Pigmentación Fisiológica

C) Tamaño

D) Contorno

E) Consistencia

- F) Textura Superficial
- G) Queratinización
- H) Renovación del Epitelio Gingival
- I) Posición

## CAPITULO II

### BOLSAS PERIODONTALES

#### Signos y Síntomas

#### CLASIFICACION

- A) Bolsa Gingival (Relativa)
- B) Bolsa Periodontal (Absoluta)
- C) Clasificación por la Cantidad de Caras Afectadas.

Patogenia

## HISTOPATOLOGIA

- A) El Contenido
- B) Importancia de la Formación de la Pus
- C) Pared Radicular
- D) Descalcificación y Remineralización del Cemento
- E) Caries Radicular
- F) Resorción Celular

## CAPITULO III

CAMBIOS EN LA CONSISTENCIA TEXTURA SUPERFICIAL  
POSICION DE ENCIA Y EL PAPEL DE LOS FRENILLOS EN  
LA RECESION O ATROFIA GINGIVAL

- A) Cambios en la Consistencia
- B) Masas Calcificadas en la Encía

- C) Cambios en la Textura Superficial
- D) Cambios en la Posición o Atrofia Gingival
- E) Posición Real y Aparente de la Encía
- F) Etiología
- G) Frenectomía o Frenotomía
- H) Finalidades
- I) Importancias Clínicas

#### CAPITULO IV

#### FACTORES IATROGENICOS DE LA RECESION GINGIVAL

- A) Recesión Gingival
- B) Etiología

## **CAPITULO V**

### **TRATAMIENTO DE LA RECESION GINGIVAL POR MEDIO DE INJERTOS DE ENCIA**

- A) Autoinjertos Gingivales Libres**
- B) Técnica**

## **CAPITULO VI**

### **CLASIFICACION DE LOS INJERTOS DE ENCIA**

- A) Definición**
- B) Clasificación**
- C) Requisitos**
- D) Indicaciones**



## CAPITULO VII

### TECNICA

- A) Raspaje Radicular
- B) Principios del Raspaje Radicular
- C) Anestesia
- D) Apoyos
- E) Secuencia Sistemática
- F) Técnica de Homoinjertos, Autoinjertos no Bucales
- G) Obtención, Conservación y Utilización de Médula
- H) Zona Receptora
- I) Zona Dadora
- J) Autoinjertos Oseos Bucales
- K) Colgajos Desplazados Lateralmente
- L) Resumen

## CAPITULO I

### CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DE LA ENCIA

La mucosa bucal consta de las tres zonas siguientes: la encía y el revestimiento del paladar duro, el dorso de la lengua cubierto de mucosa especializada y el resto de la mucosa bucal.

La encía es aquella parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

#### Características Clínicas Normales

La encía se divide en las áreas marginal insertada e interdientaria.

## Encía Marginal (Encía Libre)

La encía marginal es la encía libre que rodea los dientes a modo de collar y se halla demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda, el surco marginal generalmente de un ancho algo mayor que un milímetro forma la pared blanda del surco gingival. Puede ser separado de la superficie dentaria mediante una sonda roma.

## Surco Gingival

El surco gingival es la hendidura somera alrededor del diente limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el margen libre de la encía, es una depresión en forma de V y solo permite la entrada de una sonda roma delgada. La profundidad promedio del surco gingival ha sido registrada como de 1.8 mm. con una variación de 0 a 6 mm. 2mm. 1.5 mm. 0.69 mm.

## Encía Insertada

La encía insertada se continua con la encía marginal, es firme, resistente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacentes. El aspecto vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y movable de la que la separa la línea mucogingival. El ancho de la encía insertada en el sector vestibular. En diferentes zonas de la boca varía de menos de 1 mm. a 9 mm. en la cara lingual del maxilar inferior. La encía insertada termina en la unión con la membrana mucosa que tapiza el surco sublingual en el piso de la boca.

La superficie palatina de la encía insertada en el maxilar superior se une imperceptiblemente con la mucosa palatina igualmente firme y resiliente, a veces se usan las denominaciones encía cementaria y encía alveolar para designar las diferentes porciones de la encía insertada, según sean sus áreas de inserción.

## Encía Interdentaria

La encía interdientaria ocupa el nicho gingival que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario: consta de dos papilas, una vestibular y una lingual y al col. Este último es una depresión parecida a un valle que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal.

Cada papila interdientaria es piramidal, la superficie exterior es afilada hacia el área de contacto interproximal y las superficies mesial y distal son levemente cóncavas.

Los bordes laterales y el extremo de la papila interdientaria están formados por una continuación de la encía marginal de los dientes vecinos. La parte media se compone de encía insertada.

... color, ...  
...  
...  
...  
...  
... en col.

CORRELACION DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS Y  
MICROSCOPICAS NORMALES

Color

Por lo general, el color de la encía insertada y  
marginal se asemeja a los tejidos corales y es produ-  
cido por el aporte sanguíneo, el espesor y el precio  
de nutrición de la epitelio y la producción de  
células que contienen pigmento cianuro, el color varía  
según la intensidad y se encuentra relación de con la

mucosa alveolar y por otro lado la zona vascularizada por una línea mucociliar claramente definida. La mucosa alveolar es lisa, lista y brillante y no resaca y punzante. La comparación de las estructuras microscópicas de la encía insertada y la mucosa alveolar proporciona una explicación de la diferencia del aspecto. El epitelio de la mucosa alveolar es más celular, no queratinizado y no contiene bridas epiteliales. El tejido conectivo de la mucosa alveolar es más laxo y los vasos sanguíneos son más abundantes.

Pigmentación Fisiológica (Melanina)

La melanina es un pigmento que se deriva de la oxidación de la tirosina. La pigmentación fisiológica es más abundante en la encía marginal que en la mucosa bucal. Existe un 10-

de la melanina, son típicos en algunos individuos, en especial en los negros, donde el pigmento se encuentra en mayor cantidad y en mayor concentración. La concentración más alta en el cuerpo humano es encontrada en los negros y en ciertos árabes, ceilaneses, chinos, indios, orientales, filipinos, gitanos, italianos, japoneses.

La melanina se forma por melanocitos dendríticos de las capas basal y espinoza del epitelio gingival. Se sintetiza en organelos dentro de las células denominadas melanosomas o melanosomas; contienen tirosinas que por unión de hidroxilos a la tirosina la transforman en dihidroxifenilalanina (dopa) que a su vez se convierte progresivamente en melanina. Los gránulos de melanina son fagocitados por los melanófagos o melanóforos, contenidos dentro de otras células del epitelio y tejido conectivo.

### Tamaño

El tamaño de la encía corresponde a la suma del



de las células epiteliales de las células  
de la epitelio y la alteración de la  
estructura de la enfermedad gingi-  
val.

### Encía

La estructura y forma de la encía varía considerable-  
mente y depende de la forma de los dientes y su  
posición en el arco de la localización y tamaño  
del área de contacto proximal y de las dimensiones  
de los nichos gingivales vestibular y lingual. La  
encía rodea y rodea los dientes a modo de collar y  
cubre las inclinaciones de las superficies vestibular  
y lingual. Forma una línea recta en los dientes con  
superficies relativamente planas. En dientes con  
curvatura bucal acentuada o en vestibuloversión,  
la encía en el lado normal se acentúa y la encía se  
protruye y acentúa sobre dientes en linguover-  
sión. En los dientes horizontal y engrosada.

1. The first part of the document  
describes the general situation  
of the country, and the  
state of the economy.

2. The second part

describes the results of the  
survey conducted in the  
last few years. It shows  
that the economy has  
improved significantly  
since the last survey.  
The main reasons for this  
improvement are the  
increase in investment  
and the reduction in  
inflation.

3. The third part

describes the  
conclusions of the survey.



principal. Cuando se desenvuelve la encía a la par de la de salud desde un correcto ambiente, reaparece el aspecto puntado.

### Queratinización

El epitelio que cubre la superficie externa de la encía marginal y la encía insertada es queratinizado o presenta combinaciones diversas de los dos estados. La capa superficial es eliminada en hebras finas y reemplazada por células de la capa granular subyacente. Se considera que la queratinización es una adaptación protectora a la función que cumple cuando se estimula la encía mediante el cepillado dental.

La queratinización de la mucosa bucal varía en diferentes zonas, en el orden que sigue: paladar el más queratinizado, encía, lengua y carrillos (los menos queratinizados).

El grado de proliferación celular en el epitelio bucal depende de la actividad del ciclo celular y de la renovación celular que se produce en la mucosa.

### Renovación del Epitelio Lingual

El epitelio bucal experimenta una renovación constante. Su espesor se conserva gracias a un equilibrio entre la formación de nuevas células en la zona basal y posterior y el desprendimiento de células en la superficie.

La actividad mitótica manifiesta una variación de 24 horas; sus ritmos más altos se observan durante la noche y los más bajos durante el día. El ritmo mitótico es más alto en el epitelio bucal que en el epitelio de la piel, lo que indica que la renovación celular en el epitelio bucal es más rápida que en la piel. La vida media de las células epiteliales bucales es de 10 días. La renovación celular en el epitelio bucal depende de la actividad del ciclo celular y de la renovación celular que se produce en la mucosa.

11131

La migración epitelial durante la erucción del diente se realiza en forma de una lámina epitelial que avanza desde el punto de erucción hacia el ápice del diente. A medida que la erucción avanza, la lámina epitelial se desdobliza en dirección distal.

Después de la erucción apical de la lámina epitelial proliferante a lo largo del eje longitudinal del diente, la migración epitelial continúa en la migración gingival de la lámina epitelial, con un avance de ésta por la profundidad gingival del surco. Inmediatamente después de la migración gingival, la migración epitelial continúa y el diente avanza en la lámina epitelial hasta el punto de erucción. Después de esto, la migración epitelial continúa en la migración gingival de la lámina epitelial.

THE ...

U. P. ... II





- 1.- Se comprime y libera al realizar el movimiento de masticación y se libera al tragar. Inicialmente a veces se libera al hablar.
- 2.- Inclinación de la corona hacia el vestibulolingual de la encía en eructos.
- 3.- Infección brillante hincada y con manchas de color asociada a superficies radiculares expuestas.
- 4.- Sangre en la encía.
- 5.- Exudado purulento en la margen gingival o su aparición al hacer presión digital sobre la superficie lateral del margen gingival.
- 6.- Movilidad, extrusión y migración de dientes.
- 7.- La aparición de diastemas donde no los había.

Por lo general los bruxismos orofonatorios son indolores, pero pueden generar los siguientes síntomas:

(1) *... y ...*  
 (2) *... y ...*  
 (3) *... y ...*

En el primer caso, la temperatura es alta; en el segundo, es normal; en el tercero, es baja. La temperatura normal es de 37°C. La fiebre es una elevación de la temperatura por encima de 38°C. La hipotermia es una disminución de la temperatura por debajo de 36°C. La temperatura puede variar durante el día y durante el año. La temperatura también puede variar entre diferentes partes del cuerpo. La temperatura puede ser un signo de enfermedad. La temperatura puede ser un signo de infección. La temperatura puede ser un signo de inflamación. La temperatura puede ser un signo de trauma. La temperatura puede ser un signo de intoxicación. La temperatura puede ser un signo de deshidratación. La temperatura puede ser un signo de hipotensión. La temperatura puede ser un signo de hipertensión. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia cardíaca. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia renal. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia hepática. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia respiratoria. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia circulatoria. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia endocrina. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia inmunológica. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia nutricional. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia psicológica. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia social. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia espiritual. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia moral. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia ética. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia legal. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia política. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia económica. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia cultural. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia educativa. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia científica. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia tecnológica. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia ambiental. La temperatura puede ser un signo de insuficiencia global.

morfología y su relación con las estructuras adyacentes como sigue:

### Bolsa Gingival (Relativa)

Una bolsa gingival está formada por el alargamiento gingival sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes.

El surco se profundiza a expensas del aumento de volumen de la encía.

### Bolsa Periodontal (Absoluta)

Este es el tipo de bolsa que se produce en la enfermedad periodontal. La encía enferma y el surco se profundiza; hay destrucción de los tejidos periodontales de soporte. Las bolsas absolutas son de dos

clasificación : 1) unirradial (en el crest 1, la raíz está en el  
 nivel del hueso alveolar y el borde incisivo o vestibular es  
 central y 2) intraradial (intraradial, donde la raíz está en el  
 nivel del r) en el crest alveolar de la bolsa es  
 nivel del nivel del hueso alveolar adyacente. En  
 éste tipo el pared lateral de la bolsa está entre  
 la superficie dentaria y el hueso alveolar.

Bolsas de diferentes profundidades y tipos pueden  
 coexistir en diferentes superficies de un mismo diente  
 o superficies vecinas de un mismo diente o interdiente-  
 nario.

Clasificación por el número de caras afectadas

La clasificación según el número de caras afectadas  
 es la siguiente:

Simple. Una cara del diente.

Compuesta. Dos o más caras del diente.

El estudio de los tipos de bolsa de la piel en los mamíferos ha sido objeto de numerosas investigaciones, especialmente en los últimos años, debido a su importancia en la adaptación a diferentes ambientes y a su papel en la regulación de la temperatura corporal. En este sentido, se ha observado que los mamíferos que viven en climas cálidos presentan una mayor proporción de piel desnuda en comparación con aquellos que viven en climas fríos.

En el estudio de la piel de los mamíferos, se ha observado que la superficie corporal y la vuelta de la piel son factores importantes y afectan a una gran variedad de aspectos. La información cronológica con el margen principal se encuentra en la zona donde nace la bolsa, para evitar el mal uso de los bolsos completos o completos hay que tener en cuenta todas las bolsas en sentido lateral y vertical.

### Referencias:

El estudio de la piel de los mamíferos ha sido objeto de numerosas investigaciones, especialmente en los últimos años, debido a su importancia en la adaptación a diferentes ambientes y a su papel en la regulación de la temperatura corporal. En este sentido, se ha observado que los mamíferos que viven en climas cálidos presentan una mayor proporción de piel desnuda en comparación con aquellos que viven en climas fríos.

producen alteraciones patológicas en los tejidos y profundizan el surco gingival.

No hay enfermedades generales que produzcan bolsa periodontal a veces es difícil diferenciar entre un surco de profundidad y una bolsa periodontal somera, sobre la única base de la profundidad. En tales casos límites. Los cambios patológicos de la encía establecen la diferencia entre los dos estados la profundización del surco gingival puede ocurrir por: 1) el movimiento del margen gingival en dirección a la corona (esto genera una bolsa gingival y no una bolsa periodontal, la profundización del surco aumenta por el aumento de volumen de la encía sin destrucción de los tejidos periodontales: 2) La migración apical de la adherencia epitelial y su separación de la superficie dentaria o 3) lo que sucede por lo común. La combinación de ambos procesos.

En un sentido, la formación de la bolsa se puede comparar con el estiramiento de un acordeón en que la distancia aumenta por movimientos en direcciones opuestas.

El orden de las alteraciones que intervienen en la transición del surco gingival normal a la bolsa periodontal patológica es como sigue:

La formación de la bolsa comienza con un cambio inflamatorio en la pared de tejido conectivo del surco gingival, originado por la irritación local. El exudado inflamatorio celular y líquido causa la degeneración del tejido conectivo circundante, incluyendo las fibras gingivales. Junto o con la inflamación la adherencia epitelial prolifera a lo largo de la raíz proyectándose a la manera de un dedo de dos ó tres células de espesor.

La porción coronaria de la adherencia epitelial se

desprende de la raíz a medida que la porción apical emigra a medida que la inflamación continúa. La encía aumenta de tamaño y la cresta del margen gingival se extiende hacia la corona. La adherencia epitelial continúa su emigración a lo largo de la raíz y se separa de ella, el epitelio de la pared lateral de la bolsa prolifera y forma extensiones bulbosas y acordonadas en el tejido conectivo inflamado. Los leucocitos y el edema del tejido conectivo inflamado infiltran el epitelio que tapiza la bolsa cuya consecuencia es la aparición de diversos grados de degeneración y necrosis.

### El Contenido

Las bolsas periodontales contienen residuos que son principalmente microorganismos y sus productos



(enzimas, endotoxinas y otros productos metabólicos) placa dentaria, líquido gingival, restos de alimentos, mucina salivar, células epiteliales descamadas y leucocitos. Por lo general, los cálculos cubiertos de placa se proyectan desde la superficie dentaria, si hay exudado purulento, consiste en leucocitos vivos, degenerados y necróticos (predominantemente polimorfonucleares), bacterias vivas y muertas, suero y una cantidad escasa de fibrina. Se demostró que el contenido de las bolsas periodontales, filtrado y sin microorganismos. Es tóxico cuando se inyectan por vía subcutánea en animales de experimentación.

### Importancia de la Formación de la Pus

El pus es una característica común de la enfermedad periodontal pero solo es un signo secundario.

## Pared Radicular

La superficie radicular de las bolsas periodontales experimentan cambios que son importantes, ya que pueden generar dolor y disminuir el tratamiento periodontal.

En la superficie radicular pueden producirse los cambios que siguen:

## Descalcificación y Remineralización del Cemento

A medida que la bolsa se profundiza, el cemento se descalcifica y en algunos casos se produce remoción de la matriz colágena y pérdida de cemento. Estas alteraciones son concomitantes con la destrucción de las fibras del ligamento periodontal que se produce al paso de la bolsa que avanza.

Al quedar expuesto a la cavidad bucal, puede haber un intercambio de componentes orgánicos e inorgánicos

en la interfase cementosaliva, produciendo una superficie hipermineralizada de cemento. La zona hipermineralizada es detectable mediante el microscopio electrónico, pero la prueba de microdureza indica que la dureza del cemento es la normal. Puede estar ablandado junto con la dentina.

### Caries Radicular

La exposición a los líquidos bucales y placa bacteriana da por resultado la proteólisis de los remanentes incluidos de las fibras de Sharpey: el cemento se ablanda y sufre fragmentación y cavitación.

## Resorción Celular

Las áreas de resorción celular de cemento y dentina son comunes en raíces con enfermedad periodontal. No son de importancia especial, porque no presentan síntomas y mientras la raíz esté cubierta por el ligamento periodontal, hay reparación, sin embargo, si las raíces quedan expuestas por el avance progresivo de la bolsa antes que haya habido reparación en esas áreas aparecen como cavidades aisladas que penetran en la dentina. Se diferencian de la caries de cemento por sus límites bien definidos y la superficie dura. Una vez expuesta a la cavidad bucal, pueden ser fuente de dolor considerable y será preciso restaurarlas.

## Relación de la Profundidad de la bolsa con la Destrucción del Hueso Alveolar

La magnitud de la pérdida ósea puede, por lo general estar correlacionada con la profundidad de la bolsa, pero no siempre. Es posible que haya una pérdida ósea extensa con bolsas someras y poca pérdida con bolsas profundas. La destrucción del hueso alveolar puede ocurrir en ausencia de bolsas periodontales. En el trauma de la oclusión y la periodontosis.

## Clasificación de las Bolsas Infraóseas

Las bolsas infraóseas se clasifican de diversas maneras; características utilizadas con frecuencia son el número de paredes del defecto y su profundidad y ancho, porque estos son factores importantes que

influyen en el resultado del tratamiento. Los defectos infraóseos pueden tener una pared, dos paredes o tres paredes. A veces, se les denomina bolsas intraóseas. Cuando el defecto tiene tres paredes, cuando el número de paredes en la porción apical del defecto es diferente del número en la porción oclusal se usa la denominación defecto óseo combinado.

Las bolsas infraóseas se clasifican según su profundidad y su ancho como sigue:

Tipo 1 somera angosta

Tipo 2 somera ancha

Tipo 3 profunda angosta

Tipo 4 profunda ancha

## Etiología de las Bolsas Infraóseas

Las bolsas infraóseas son causadas por los mismos irritantes locales que generan las bolsas supraóseas más el trauma de la oclusión, el trauma se suma al efecto de la inflamación de las siguientes maneras:

- 1) Mediante las alteraciones de la orientación de las fibras periodontales transeptales. Desvía la inflamación directamente hacia el espacio del ligamento periodontal y no hacia el tabique interdentario.
- 2) Al lesionar las fibras del ligamento periodontal agrava la destrucción producida por la inflamación.  
Ello reduce aún más la barrera al epitelio proliferante de la bolsa. En vez de permanecer coro-

nerio al hueso el epitelio se extiende entre la raíz y el hueso creando una bolsa infra-ósea.

- 3) Al producir resorción ósea lateral al ligamento periodontal acentúa la pérdida ósea causada por la inflamación únicamente y conduce a la cración de defectos óseos asociados a bolsas infraóseas.

Terrias sobre la patogenia de las bolsas periodontales

- 1) La destrucción de las fibras gingivales es un requisito previo para el comienzo de la formación de la bolsa.
- 2) Los primeros cambios en la formación de bolsa se producen en el cemento.
- 3) Estimulación de la adherencia epitelial por la inflamación y no destrucción de las fibras gingivales es el requisito previo para el comienzo de la bolsa periodontal.



- 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 tapíz epitelial del surco.
- 6) La formación de la bolsa comienza en un defecto de la pared del surco.
- 7) La proliferación del epitelio de la pared lateral y no la del epitelio de la base del surco es el primer cambio en la formación de la bolsa periodontal.
- 8) Formación de la bolsa en dos estadios.
- 9) La inflamación es el primer cambio en la formación de la bolsa periodontal.

10) La proliferación epitelial patológica es secundaria a cambios degenerativos no inflamatorios en el ligamento periodontal.

### Comentarios sobre la Formación de la Bolsa

Los siguientes hechos salientes de la formación de la bolsa merecen especial mención:

Se precisa irritación local para que comience y progrese la formación de la bolsa.

La proliferación de la adherencia epitelial a lo largo de la raíz y la degeneración de las fibras gingivales subyacentes son los primeros cambios en la formación de la bolsa.

La proliferación de la adherencia epitelial es estimulada por la irritación local. La inflama-

ción causada por la irritación local produce degeneración de las fibras gingivales, haciendo que el movimiento del epitelio a lo largo de la raíz sea más fácil.

Las alteraciones orgánicas no inician la formación de la bolsa, pero pueden afectar a la profundidad de la bolsa al causar degeneración de las fibras gingivales y periodontales.

PAPEL DE LOS FRENILLOS EN LA RESECCION

GINGIVAL

CAPITULO III

## CAPÍTULO III

### PAPEL DE LOS FRENILLOS EN LA RESECIÓN GINGIVAL

Cambios en la consistencia textura superficial y posición de la encía y el papel de los frenillos en la recesión o atrofia gingival.

### Cambios en la Consistencia

Tanto la inflamación crónica como la aguda producen cambios en la consistencia firme resiliente normal de la encía. Según lo antedicho la gingivitis crónica es un conflicto entre cambios destructivos y reparativos y la consistencia de la encía está determinada por el equilibrio relativo entre los dos. De los tipos más comunes de inflamación aguda, la gingivitis ulceronecrotizante aguda es fundamentalmente un proceso de destrucción y la gingivostomatitis herpética se caracteriza por la formación de vesículas.

Fig. 1. Histología de la zona de unión.

Con frecuencia se observa un tipo de microesfinito de tipo *interdigitado*. Los grupos y varías de tamaño, la coloración, forma y estructura. El cemento de unión es rico en calcio y se encuentra en la zona de unión *transfónica*. En esta zona se observa el cemento, restos radiculares, fragmentos de cemento o conchas juntas con los restos hay inflamación crónica y fibrosis y a veces, actividad de células gigantes de cuerpo extraño. (Otras veces, el cemento encerrado en una matriz de aspecto óseo). También se describe en la zona de unión *exterior* y *interior*, pero no se pudo establecer su origen.

## Cambios en la Superficie

La textura superficial es un signo importante en la inflamación crónica, la superficie es lisa y brillante, o firme y nodular, según el predominio de cambios exudativos o fibrosos. La textura superficial lisa asimismo es producida por la atrofia epitelial en la gingivitis atrófica senil y la descamación de la superficie ocurre en la gingivitis descamativa crónica. La hiperqueratosis genera una superficie semejante al cuero y la hiperplasia gingival no inflamatoria produce una superficie finamente nodular.

## Cambios en la Posición

(Recesión, atrofia gingival, posición real y aparente de la encía).

de la enfermedad. En el 1977, se observó un aumento en la incidencia de la enfermedad en los niños, lo que sugiere que la enfermedad puede ser transmitida por el agua. El nivel de la enfermedad en los niños es similar al nivel de la enfermedad en los adultos, lo que sugiere que la enfermedad puede ser transmitida por el agua. El nivel de la enfermedad en los niños es similar al nivel de la enfermedad en los adultos, lo que sugiere que la enfermedad puede ser transmitida por el agua.

En el 1977, se observó un aumento en la incidencia de la enfermedad en los niños, lo que sugiere que la enfermedad puede ser transmitida por el agua. El nivel de la enfermedad en los niños es similar al nivel de la enfermedad en los adultos, lo que sugiere que la enfermedad puede ser transmitida por el agua. El nivel de la enfermedad en los niños es similar al nivel de la enfermedad en los adultos, lo que sugiere que la enfermedad puede ser transmitida por el agua.



## Recepción

La recepción fisiológica (recesión fisiológica) es una condición normal de la vida (recesión fisiológica) o patológica (recesión patológica).

La diferencia es de grado, la recepción gingival aumenta con la edad la frecuencia varía de 8 X 100 en niños a 100 X 100 después de los 50 años. Las causas de la recepción gingival son el cepillado dentario inadecuado (abrasión gingival), malposición dentaria, gingivitis y bolsas periodontales. La inserción alta del frenillo es un factor agravante.

1948  
1949  
1950

1951  
1952  
1953  
1954  
1955  
1956  
1957  
1958  
1959  
1960  
1961  
1962  
1963  
1964  
1965  
1966  
1967  
1968  
1969  
1970  
1971  
1972  
1973  
1974  
1975  
1976  
1977  
1978  
1979  
1980  
1981  
1982  
1983  
1984  
1985  
1986  
1987  
1988  
1989  
1990  
1991  
1992  
1993  
1994  
1995  
1996  
1997  
1998  
1999  
2000  
2001  
2002  
2003  
2004  
2005  
2006  
2007  
2008  
2009  
2010  
2011  
2012  
2013  
2014  
2015  
2016  
2017  
2018  
2019  
2020  
2021  
2022

## Finalidades

Las denominaciones frenectomía y frenotomía presentan operaciones que difieren bastante. Frenectomía es la eliminación completa del frenillo, incluso su inserción al hueso alveolar, como se requiere en la corrección de un espacio anormal entre incisivos centrales superior. Frenotomía es la eliminación parcial del frenillo.

Se usan las dos intervenciones generalmente separadas, la última es suficiente para los problemas periodontales, a saber, reubicar el frenillo para que pueda crear una zona de encía adecuada entre el margen gingival y el frenillo.

La frenectomía o la frenotomía se usan a veces comun junto con otros procedimientos periodontales, pero a veces se usan separadas.

con problemas de  
de la frecuencia  
de las raíces e inflexiones  
y premolares y con un  
tor lingual de la mandíbula

### Importancias Clínicas

Varios aspectos de la  
importante desde el punto  
raíces que se originan  
El desarrollo de la  
dentadura artificial  
un cierto grado de  
de la mandíbula

La posición de la superficie de unión de  
los dos materiales (interfacial) es la  
zona de interacción entre los dos mate-  
riales se resquebraja residuos de limbo placa y  
dentado.

FACTORES INTROGENICOS DE LA RECESION

GINGIVAL

CAPITULO IV

## CAPITULO IV

### FACTORES IATROGENICOS DE LA REGION GINGIVAL

#### Recesión Gingival

El efecto de la atrofia sobre la encía se manifiesta por la recesión gingival. La encía puede no presentar signo alguno de patología.

Es frecuente que la textura sea delgada y fina, que el color sea rosado pálido, con margen gingival delgado y papilas punteagudas, relativamente alargadas. Los surcos gingivales son poco profundos.

La recesión es generalizada, o puede estar localizada en un solo diente o grupo de dientes. Puede ser fisiológica o una expresión de enfermedad. Se discute si se produce como consecuencia del envejecimiento. No es factible separar con facilidad los cambios entrínicos que se producen con el tiempo de los que son producidos de la patología.

La recesión gingival se puede relacionar con determinados factores anatómicos predisponentes. La posición de los márgenes gingivales está en parte determinada por la altura y el espesor del hueso subyacente y por la alineación de los dientes. Los dientes con mal posición hacia la zona oral tienen la cortical alveolar vestibular más gruesa y más coronaria que sus vecinos bien colocados. Los dientes en mal posición vestibular presentan una cortical alveolar vestibular más delgada y margen en posición más apical que los dientes adyacentes así los márgenes gingivales adaptan una posición que concuerda con la posición de los dientes y con el espesor y la altura del hueso. En los casos en que una encía delgada y el hueso subyacente delgado se hayan sujetos a traumatismo u otras irritaciones, se puede producir



destrucción de hueso y encía, cuya consecuencia es la recesión localizada o generalizada de los márgenes gingivales.

### Etiología

La etiología de la recesión, sea localizada o generalizada, no siempre se determina con facilidad.

Se la ha atribuido a los siguientes factores.

- 1.- Lesión por cepillado
- 2.- Fuerzas ortodónticas que han movido el diente exageradamente hacia oral vestibular (irritación proveniente de las bandas o arcos de alambre).
3. Otros irritantes extrínsecos (químicos, físicos, bacterianos).

- 4.- Traumatismo oclusal.
- 5.- Alineación inadecuada de los dientes.
- 6.- Anomalías anatómicas (corticales alveolares delgadas, inserciones altas de los frenillos).
- 7.- Hábitos lesivos (posición de objetos extraños, uñas, lápices, y orcuillas).
- 8.- Retenedores y barras protéticas inferiores orales (linguales) de prótesis parciales que se han encajado.
- 9.- Envejecimiento.

Se supone que la lesión repetida y prolongada del cepillo de dientes produce cambios atroficos en el periodonto y recesión ulterior. El interrogatorio reveló que se hacia cepillado vigoroso en sentido horizontal, con cepillo duro éste tipo de recesión es común en los caninos izquierdos de personas diestras.

El traumatismo oclusal es otro factor considerado como causa de recesión gingival y formación de grietas. Las pruebas de que se disponen tienden a indicar que, por lo común, el trauma oclusal no produce recesión.

La recesión gingival también puede ser consecuencia de irritación, algunas personas responden a la irritación por medio de la recesión; otros por hipertrofia y otros no experimentan cambios en la posición del margen gingival. La respuesta individual a los irritantes difiere según sean los factores entrínicos y extrínsecos. La recesión puede ser causada por cálculos, márgenes imperfectas de restauraciones dentarias, retenedores y barras de prótesis removibles mal adaptadas. El tratamiento indicado es eliminación de los irritantes y cuando sea necesario restauración de la forma gingival adecuada y de la relación entre el diente y el tejido.

TRATAMIENTO DE LA RECESION GINGIVAL POR

MEDIU DE INJERTO DE ENCIA

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE LA RECESION GINGIVAL POR MEDIO  
DE INJERTO DE ENCIA

Antoinjertos Gingivales Libres

Los injertos gingivales libres se utilizan para crear una zona ensanchada de encía insertada y para profundizar el fórnix vestibular, con la finalidad de crear espacio para él. También se han probado para cubrir raíces denudadas.

Procedimiento

Paso 1: elimínese las bolsas con una incisión de gingivectomía, elimínese las bolsas periodontales y ráspense y alísense las superficies radiculares.

Figura 2: Diagrama de flujo que muestra el proceso de formación de la interfase de un tipo de tejido conectivo en el injerto. Un número de serie Num. 15 se delimita en zona que indica que iniciando vertiendo el líquido hacia el interior del cartilago, se forma un tipo de Extiéndese la interfase hacia el interior del aneurisma, formando un tipo de creviente una redacción de la zona del injerto al completo, formando un tipo de El grado de contracción de un tipo de extensión de penetración en la zona de espesor en las inserciones musculares. Es más profunda en la zona de la es la tendencia de los músculos a el colgajo y a reducir el grado de

la encía insertada. A veces, se perfora el periostio a lo largo del borde interno del injerto, para impedir el sangostasio postoperatorio de la encía insertada.

Introduzcase un bisturí Bard-Parker Núm. 15 a lo largo del margen gingival cortado y rechácese un colgajo que esté formado por epitelio y tejido conectivo subyacente, sin tocar el periostio. Extiéndase el colgajo hasta la profundidad de las incisiones verticales.

Hágase una incisión horizontal para cortar y retirar el colgajo. Si queda una banda ancha de encía insertada una vez eliminadas las bolsas, se la dejará intacta y se comenzará la zona receptora introduciendo la hoja en la unión mucogingival, en vez de hacerlo en el margen gingival cortado.

Prepárese el lecho receptor para el injerto mediante la resección del tejido blando infantil, con tijeras nuevas Núm. 250 o similares simples, dejando una superficie firme del tejido conectivo. Contrólase la hemorragia con trozos de gasa de 5cm. por 5cm. y presiónes; protéjase la zona con una gasa mojada en solución salina. Hágase una matriz de papel, de estano o de cera, de la zona receptora, para ser usada como patrón del injerto.

**Paso 3:** Obténase el injerto de la zona dadora con un injerto de espesor parcial; las zonas de donde se los obtiene son por orden de preferencia, en la infancia, mucosa bucal anterior de un resaca coarctado, y mucosa palatina. El injerto habrá de consistir en



El injerto debe ser delgada, aprox. de 3mm.  
de espesor para la supervivencia. El espesor  
debe ser delgado para la supervivencia  
del injerto en un medio de injerto. Debe ser  
suficientemente delgado para permitir la  
difusión rápida de líquidos nutritivos de la  
zona receptora, lo cual es fundamentalmente  
en el período inmediato al trasplante. El  
injerto excesivamente delgado puede encogerse y  
desprenderse de la zona receptora.

Si el injerto es grueso, su capa periférica  
puede morir por la cantidad excesiva de  
tejido que la sangre de la circulación y las  
líneas nutritivas.

El injerto debe estar sobre la zona dadora y  
debe haber una incisión poco profunda alrede-  
dor del injerto. Ver hoja Bard-Parker Núm. 15

... de ...  
... de ...  
... de ...

... de ...  
... de ...  
... de ...

... de ...  
... de ...  
... de ...

... de ...  
... de ...  
... de ...

... de ...  
... de ...  
... de ...

... de ...  
... de ...  
... de ...

recortarlo para que se entromperen la circulación, los injertos tienden a reestablecer su estructura anatómica original y así, pueden crecer al igual que en los tejidos de la zona de salud.

**Paso 4:** Transfiérase y estabilícese el injerto, quítase la gasa de la zona receptora, vuélvase a colocarla a presión, si fuera preciso hasta que cese la hemorragia. Límpiase el exceso de coágulo. Un coágulo grueso entorpece la vascularización del injerto así mismo, es un excelente medio para bacterias y aumenta el riesgo de infección.

Ubíquese el injerto y acóplalo en la zona receptora. La existencia de un coágulo en

el injerto y el tejido subyacente (a veces puede haberse retardado la vascularización y el crecimiento de los injertos). Sutúrense el injerto en los bordes laterales, y el pericardio para asegurarlo en su lugar.

Una vez que los ruidos cardíacos, levántese a la parte no suturada y límpiese el lecho resectado por debajo de ella con un aspirador, y elimínese el coágulo o fragmentos sueltos de tejido. Preciónese de nuevo el injerto en su posición y conclúyense las suturas.

asegúrese de que el injerto quede inmovilizado y que el movimiento perturbe la cicatrización. Evítase la tensión excesiva que tirará el injerto y cause despegado de su superficie subyacente.

El resultado de la cirugía es el éxito. Tener éxito para evitar lesiones. Las piezas con delicado. lo. Efectúese un mínimo de perforar inútilmente puede sobrevivir a algunos abusa de ellas lo puede recuperación.

Cúbrase con apósito por de una semana, luego las suturas coléguese más.

Paso 5: Proteja la zona d'además período perioperatorio

profundidad de la zona interdental, se debe  
conservar el análogo  
la zona interdental un espacio  
enfrente del arco vestibular, el cual  
retiene al introducirlo en los espacios in-  
terproximales, hacia lingual. Si no hay  
espacios interdentarios abiertos, se debe  
cubrir el análogo con una férula de plás-  
tico ligada con alambre a los dientes. Se  
usa un retenedor de Hawley modificado para  
cubrir el análogo en el paladar y en los  
dientes.

... DE LOS INDIOS ...

... I ...

CAPITULO VI

## CLASIFICACION DE LOS INJERTOS DE OSEA

### Definición

Injerto es un tejido vital, el cual tomado de una zona dadora, se implanta para que forme una unión orgánica con el tejido huesped. En el caso de injertos óseos en el periodonto, el hueso vital se incorpora al proceso de cicatrización y sobrevive despues como una parte funcionante del periodonto. Un transplante puede ser de tejido vital o no vital.

Un ejemplo de tejido vital sería el tercer molar transplantado al alveolo de un primer molar de la misma persona esto también se puede denominar injerto. Un ejemplo de transplante de tejido no vital es el del hueso desnaturalizado colocado en un defecto óseo.



## Tipos de injertos

Los injertos óseos son autógenos (del mismo individuo), isógenos (de un gemelo), homólogos (de un individuo de la misma especie) o heterólogos (de otra especie). Es obvio que los injertos autógenos dan los mejores resultados; no provocan reacciones inmunes, que producen el rechazo del injerto.

Los injertos se componen de hueso esponjoso o hueso cortical, o de una combinación de los dos. Se consideran mejor los injertos esponjosos. Se supone que los espacios medulares y la mayor irrigación y mayor cantidad de células permiten la incorporación más fácil al proceso de cicatrización. Cuando se usa hueso cortical, resulta más favorable usar virutas finas.

... que son difíciles, desde el punto de vista  
... por los fragmentos libres o pediculados ejem-  
... de un injerto que es una de médula; ejemplo  
de injerto pediculado es el colgajo desplazado late-  
ralmente.

### Requisitos

Los requisitos que se deben cumplir en injerto y trans-  
plantes oseos periodontales son:

Hueso de una zona donadora, una zona receptora, o lecho,  
preparada, y enseriar el hueso implantado en el lecho  
mediante la coaptación de los bordes del colgajo.

Cuando no es posible coaptar los bordes del colgajo  
por dificultades técnicas, se usa una lámina de estaño  
seca para cubrir la herida.

Hay que evitar la infección nosocomial, y por ello se aconseja administrar antibióticos en el momento de la cirugía y entre 4 y 14 días después de ella.

El hueso para el injerto (hueso dador) se suele obtener del paciente (aut. injerto) y puede consistir en hueso esponjoso o cortical de los procesos alveolares; ó puede ser médula hematopoyética de la cresta ilíaca. Asimismo, se usan como injertos de hueso esponjoso conservado en bancos, del cual se elimina el sistema orgánico y las células.

En el pasado se utilizaban injertos de hueso de origen donante, pero han sido totalmente abandonados.

Se informó que se utilizó médula hematopoyética autóloga

buenos resultados. En el caso de los injertos  
tamente, fíjese que el uso de otros materiales y técnicas  
probabilidades de éxito. En el caso de los injertos  
inducir efecto estéril en el caso de los injertos.

La médula hematopoyética autóloga en su forma congelada  
ha sido utilizada con éxito incluso en defectos de  
fureaciones donde otros materiales y técnicas fallaron  
zaron invariablemente.

Los estudios que prueban la aplicación clínica de estos  
injertos no son concluyentes. La relación entre el  
y la leucemia que se produce en los niños con médula  
médula fresca (con células madre) indica la necesi-  
sidad de proceder con precaución y realizar estudios  
más profundos.

### Indicaciones

Se ha observado que el uso de médula hematopoyética  
injertos óseos en el tratamiento de la leucemia

con el número de paredes óseas del defecto y la superficie ósea vascularizada y en relación directa con la superficie de la raíz contra la cual se implanta el injerto.

En un defecto infraseo estrecho, de tres paredes por lo general da el mejor resultado, luego sigue el defecto de dos paredes, y en último lugar se haya el defecto de una pared.

Incluso se registra que prende en cierta medida cuando el injerto óseo es acumulado sobre la cresta del tabique interdental.

Las probabilidades de éxito, desde el punto de vista clínico, son mayores en la bolsa infraósea de tres paredes (intraalveolar) y menores en los defectos de furcación abiertos de lado a lado de molares superiores.

TECNICA

CAPITULO VII

## CAPITULO VII

### TECNICA

A todo intento de injerto ó transplante ha de preceder el raspaje rádicular minucioso, para proporcionar una zona receptora límpia que permita la colocación del injerto en el menor tiempo posible. La limpieza de la zona receptora y la velocidad de colocación del injerto acrecienta la posibilidad de que prenda.

#### Raspaje Rádicular

Son los procedimientos que se realiza para limpiar la superficie rádicular de depósitos y cemento blando ó rugoso.

que se debe hacer en el momento radi-  
cional, al inicio, durante y al final.

### Principios del Raspaje Rádicular

**Limpieza del campo operatorio.**

Es preciso limpiar lo mejor posible el campo opera-  
torio. Si, la superficies expuestas se hayan cubier-  
tas de grandes cantidades de placas y materia alba,  
comiencese por usar pomez fino sílex ó silicato de  
circonio, esto dejará más limpio el campo operatorio  
y permitirá una mejor visión.

### Anestesia

No es necesario usar anestecia, salvo si hay sensibi-  
lidad gingival o dentaria.



para la extracción de los empastes. Es importante para impedir la lesión de los dientes y tejidos del paciente, y lo mismo para la comodidad de éste.

Secuencia de raspado

Los dientes se raspan en orden y secuencia sistemática hay dos maneras de hacerlo. Primero se fundo cada diente antes de comenzar a rasparlo, completando toda la boca la otra es en un cuadrante determinado cuadrante y usar un instrumento para raspar las superficies dentarias a las que se refieren en el tipo de raspado de raspaje de arriba hacia abajo en cada cuadrante por espacio

Una vez reducida la inflamación examínese la zona receptora por sero y radiografías para visualizar la topografía del defecto óseo. Es preciso tener a mano el hueso dador, o antes de la operación hay que escoger una zona dadora intravucal.

### Homoingertos, Autoingertos no Vucales

Cuando se hagan homoingertos o autoingertos no vucales, preparelos antes de comenzar la operación.

Los homoingertos de hueso esponjoso congelado seco, conservado en bancos, se reconstituyen con sangre, solución salina normal o solución de ringer con lactalo.

## Obtención, Conservación y Hospitalización de Médula

La médula hematopoyética es obtenida por el médico de la cresta y espina ilíacas superiores posteriores usando una aguja de biopsia de médula ósea, de Westerman Jensen, ó por acceso directo. La primera técnica exige solamente anestesia local y se puede efectuar en el consultorio mientras que la segunda requiere de hospitalización y anestesia general. De una a 8 muestras obtenibles con la aguja de biopsia son adecuadas para la mayoría de los procedimientos periodontales.

Cuando el injerto se ha de usar inmediatamente Schallhon y Col. aconseja colocarlo en un medio de cultivo esencial mínimo, solución de Inger con lactato, o sangre. Para la conservación durante poco tiempo ( de 3 horas a 1 semana) éstos investigadores emplean medios esenciales mínimos con glicerol del 5

al 15% como agente crioprotector. El injerto es  
inerte y se rehidrata en  $0.1M$  con un  $0.1M$  de  
enfriamiento de un grado ( $1^{\circ}C/min.$ ).

En el momento del implante, caliente el injerto  
a  $37^{\circ}C$ . Se dice que la desgllicerolización es in-  
necesaria para la conservación a largo plazo (de  
una semana a seis meses), éstos investigadores  
colocan el injerto en glicerol al 25% en medios de  
cultivos esenciales mínimos, permiten que alcance  
el equilibrio a la temperatura ambiente, y después  
lo dejan en un refrigerador varias horas; por últi-  
mo, lo guardan en un congelador a menos  $79^{\circ}C$  cuando  
lo van a usar, lo calientan rápidamente a  $37^{\circ}C$  y lo  
modifican para restablecer un gradiente ósmótico  
compatible.

Costó bastante esfuerzo mantener la vitalidad de las  
células, sin embargo, la vitalidad no es fundamental

1. En primer lugar...

2. En segundo lugar...

3. En tercer lugar...

4. En cuarto lugar...

5. En quinto lugar...

Zona receptora

En primer lugar se debe considerar que la zona receptora es un conjunto de elementos que se encuentran en un determinado momento del tiempo y espacio, y que se caracterizan por su capacidad de recibir y procesar información. Este concepto es fundamental para entender el funcionamiento de los sistemas de comunicación y de control. En segundo lugar, es importante destacar que la zona receptora no es un elemento aislado, sino que forma parte de un sistema más amplio. En tercer lugar, se debe tener en cuenta que la zona receptora puede ser de diferentes tipos, dependiendo de su estructura y de su función. En cuarto lugar, es necesario señalar que la zona receptora debe estar bien diseñada y bien mantenida para garantizar su correcto funcionamiento. En quinto lugar, se debe considerar que la zona receptora puede ser afectada por diversos factores, como por ejemplo, el ruido o la interferencia. Por lo tanto, es importante tomar medidas para protegerla y mejorar su rendimiento.

## Zona Dadora

En este momento se obra a la zona dadora intravucal, obteniendo hueso dador de zonas desdentadas tales como rebordes, la tuberosidad maxilar o alveolos de extracciones, rechace un colgajo en la zona dadora haciendo una incisión mesiodistal sobre el reborde, con incisiones liberadoras si fuera preciso. Quite el hueso con un alicate, cureta ó fresa. Tenga cuidado de no mutilar ó eliminar las tablas corticales laterales. La tuberosidad maxilar proporciona la cantidad adecuada de hueso esponjoso para el implante. Cuando se usa hueso de tuberosidad, la incisión se extiende a la mucosa. La eliminación de una cuña triangular de encía permitirá la ulterior coaptación de los bordes del colgajo. Retire el hueso con un alicate cortante curvo de extremos finos. Corte ó raspe las delgadas corticales para eliminarlos del

materiales de implante antes de su colocación.

Tenga mucho cuidado de no penetrar en el seno maxilar, tener a mano buenas radiografías.

### Auto Injertos Oseros Bucales

Hueso esponjoso. Cuando se haga el autoinjerto óseo esponjoso tome fragmentos de hueso de la zona dadora bucal y colóquelos holgadamente dentro del defecto óseo. coapte los bordes del colgajo de la zona receptora y suturelos. Protega la herida con papel estafío adhesivo y coloque un apósito con todo cuidado para no desplazar el injerto. Suture la zona dadora y coloque apósito según sea necesario. Se dan las instrucciones posoperatorias y la medicación.

El apósito se cambia ó se quita entre los 5 y 7 días posoperatorios. Las suturas se quitan si los colgajos se hayan fijos en su lugar, cuando se obtuvo el cierre de la herida ó después que la superficie operada se cubre de tejido de granulación.

La radiografía posoperatoria muestra al injerto en su lugar. Siete meses después, el injerto aprendido y la bolsa a quedado eliminada.

### Resumen

La realización futura de la reconstrucción periodontal depende de la implantación de una substancia con alto potencial de formación osteoblástica no hemato-poyética. Unicamente los experimentos controlados



sería el de determinar cuál es el tipo de  
biológico producido que no solo ha de ser  
hueso, sino que también tiene que ser el  
del aparato periodontal al menos en su estructura  
y elimine la posibilidad de reabsorción ósea.

### Técnica

Colgajo desplazado lateralmente (horizontalmente)  
injerto medular de finalidad.

La finalidad de ésta operación es cubrir sufi-  
cientemente la herida por un defecto producido  
o enfermedad de la dentadura y ensanchar la  
encía interdental.

## Procedimiento

**Paso 1:** Prepárese la zona de raíz. Hágase una incisión rectangular, eliminando las bolsas periodontales o márgenes gingivales alrededor de la raíz expuesta. La incisión deberá extenderse hasta el periostio e incluirá un borde de 2 a 3mm de hueso mesial y distal a la raíz para proporcionar una base de tejido conectivo a la cual pueda adherirse el colgajo. El rectángulo se extenderá apicalmente una distancia suficiente dentro de la mucosa alveolar, para dejar espacio para la zona de encía insertada.

Eliminere el tejido blando incidido sin perturbar la zona ancha de periostio alrededor de la raíz y raspe la super-

Paso 2: Preparar el colgajo. Es preciso que la zona dadora sea periodontalmente sana, con una encía insertada de ancho satisfactorio y mínima pérdida ósea y sin dehiscencias o fenestraciones. Hay que evitar dientes en mal posición o oclusión. Se eliminará la inflamación antes de emprender la operación por colgajo. Se puede hacer un colgajo de espesor total o de espesor parcial, pero se prefiere el último porque ofrece la ventaja de una cicatrización más rápida en la zona dadora y reduce el riesgo de pérdida de altura ósea vestibular, particularmente si el hueso es delgado o se sospecha la presencia de una dehiscencia o una fenestración. Luego si la encía

es delgada, el espesor parcial puede no ser suficiente para la supervivencia del colgajo.

Con una hoja Bard-Parker Num. 15, hagase una incisión vertical a partir del margen gingival, para delimitar un colgajo adyacente a la zona receptora. Incídase hacia el periostio y extiéndase la incisión en la mucosa bucal, hasta el nivel de la base de la zona receptora.

El colgajo debe ser suficientemente más ancho que la zona receptora para cubrir la raíz y proporcionar un margen amplio para la inserción del tejido conectivo alrededor de la raíz. Se incluirá la papila interdientaria del extremo distal

del colgajo o una parte grande de ella.  
Para asegurar el colgajo en el espacio interproximal entre el diente dador y el receptor. Hágase una incisión vertical a lo largo del margen gingival y la papila interdientaria. Introdúscase una hoja Bard-Parker Num. 15 en la incisión y dirigiendo la hoja apicalmente, sepárese el colgajo que consta de epitelio y una capa fina de tejido conectivo, dejando el periostio sobre el hueso. Tómese el borde del colgajo con una pinza y continúese la disección hasta la profundidad deseada en el vestibulo bucal recortese el borde del colgajo para que se adapte a la zona receptora y adalgacelo si fuera preciso para que no quede grueso.

... un inclinación  
El grado de inclinación evita la  
... el colgajo que se mueva en la  
dirección cuando el colgajo se mueva.  
Para ello, séguese un inclinación oblicua  
en la mucosa alveolar en el ángulo distal  
del colgajo, apuntando hacia la dirección  
de la zona adyacente.

Paso 3: Transfiérase el colgajo. Despléguese lateralmente el colgajo sobre la raíz adyacente, con la seguridad que concede aplando y firme, sin exceso de tensión sobre la base. Fíjese el colgajo, con suturas interrumpidas, a la encía adyacente y la mucosa alveolar, se puede hacer una sutura suspensoria alrededor del diente afectado para impedir que el colgajo se deslice verticalmente.

El colgajo se coloca lateralmente al diente, extendiéndose hacia el lado del diente, hacia la superficie lingual y hacia la superficie bucal, extendiéndose hacia la superficie lingual, para asegurarlo. Entrensen el alfiler y las suturas después de una semana y colóquese nuevamente el colgajo dos veces, a intervalos semanales.

### Colgajos De las Leplazados Lateralmente

El colgajo de alfiler lateralmente es el que con mayor frecuencia se utiliza en el diente alado sin caries, cuando el diente está en dos raíces vecinas, de un lado y otro, para cubrir el diente.

El primer nivel de la estructura organizativa es el nivel de la unidad, que comprende a los empleados que trabajan en la zona de fabricación. Los resultados de la actividad de los empleados se reflejan en el nivel de la unidad única.



REFERENCES

THE EFFECTS OF THE LINGUAL LEAFLET OF THE GINGIVAL  
BY DR. CL. L. J. AND DR. M. Y. J. PERIODONT.

OBSERVATIONS IN THE LIFE CYCLE OF THE GINGIVAL  
EPITHELIAL CELLS OF MAN AS REVEALED BY  
AUTORADIOGRAPHY BEAURY, G.S. AND KRUEGARD

THE DEFENSE MECHANISM OF THE LINGUAL LEAFLET, S.S.  
AND HOLT P.T.

ALTERATIONS IN THE PATHWAY OF GINGIVAL INFLAMMATIONS  
INTO THE UNDERLYING TISSUE INDUCED BY EXCESSIVE  
SUCKLING FORCE. SLICKMAN, I. AND SMULLEN J.B.

PERIODONTOLOGICAL CLINIC  
SLICKMAN, I.

PREVALENCE AND ETIOLOGY OF GINGIVAL RECESSION  
GOMAN P.J.

PERIODONTAL REPAIR TREATMENT IN MUCOGINGIVAL SURGERY  
ROBINSON, R.L.