

2ej. 437

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CONOCIMIENTOS BASICOS
Y TRATAMIENTOS QUIRURGICOS
EN PARODONCIA**

T E S I S

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

PRESENTA:

NORMA HERRERA REYES

MEXICO, 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.

I N D I C E

	INTRODUCCION.....	I
CAPITULO	I. ELEMENTOS PERIODONTALES.....	I
	II. ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.....	17
	III. CLASIFICACION.....	28
	IV. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.....	33
	V. PREOPERATORIO.....	40
	VI. PRINCIPIOS BASICOS DE CIRUGIA PARODONTAL.....	42
	VII. INSTRUMENTAL.....	47
	VIII. TECNICAS QUIRURGICAS.....	53
	GINGIVECTOMIA.....	54
	GINGIVOPLASTIA.....	66
	COLGAJO PARODONTAL.....	68
	OSTEOTOMIA Y OSTEOPLASTIA.....	75
	FRENOTOMIA Y FRENOSTOMIA.....	84
	PROFUNDISACION DEL VESTIBULO.....	79
	INJERTOS.....	89
	IX. MANTENIMIENTO.....	96
	CONCLUSIONES.....	105
	BIBLIOGRAFIA.....	107

I N T R O D U C C I O N

He escogido éste tema porque es indispensable en cualquier especialidad de la Odontología y en la práctica odontológica en general saber todo acerca de los tejidos de soporte de un diente antes de restaurarlo, colocar una prótesis o un aparato de ortodoncia, y en cualquier otro procedimiento. Sería contraproducente todo tratamiento si antes no se retiran irritantes, se da instrucción al paciente para un buen mantenimiento y principalmente si no se hace un análisis previo, por ejemplo: Antes de poner una prótesis se tiene que considerar en que dirección pueden ir las fuerzas que se le van a aplicar a una pieza dentaria, para no provocar un proceso de reabsorción ósea.

En estudios antropológicos se encontró que el hombre en la antigüedad ya presentaba enfermedades periodontales debido a la presencia de depósitos cálcicos en los dientes y pérdidas en la altura ósea en diferentes zonas del proceso alveolar. Comúnmente se perdían piezas dentarias era por ésta razón y no por caries, debido a que su alimentación era más natural y baja en carbohidratos y azúcares.

En la actualidad se ha dado merecida importan-

II

cia a la periodoncia, ya que la mayoría de las personas tienen en mayor o menor grado alteraciones en su periodonto. Muchos investigadores estudian los cambios y procesos patológicos de los tejidos y como devolverles la salud ayudándose de la medicina interna, local y de diversas técnicas quirúrgicas.

Resulta más conveniente prevenir las enfermedades enseñando y corrigiendo a la comunidad con lo que respecta a su higiene bucal. Si ya no se puede prevenir porque la enfermedad ya esta bién desarrollada entonces se estudiará el tratamiento adecuado, basandonos en los datos y estudios de la persona.

El problema de no poder controlar las periodontopatías como consecuencia de acumulaciones de placa, es que son indoloras, y por este el paciente no le da importancia, solo hasta que el proceso crónico comienza a dar molestias o presenta movilidad es cuando acuden al dentista.

La cirugía periodontal se utiliza en los casos en los que la inflamación no cede o continúan presentes las bolsas periodontales, y también cuando existe mantención desfavorable para que pueda efectuarse una buena higiene. Hay múltiples técnicas quirúrgicas, y dependiendo de la extensión y severidad del cuadro clínico se pueden realizar variaciones.

III

En este estudio describiré las técnicas quirúrgicas más importantes y practicadas de la cirugía periodontal.

Antes de proceder a operar siempre se efectúa el tratamiento preliminar que consta de raspaje radicular, curetaje, y principalmente se dará tiempo a los tejidos para ver hasta donde se normalizan.

El objetivo es dar a conocer a compañeros de la profesión los principios esenciales para un tratamiento adecuado y la aplicación de los métodos quirúrgicos en una forma sencilla y fácilmente comprensible.

C A P I T U L O I

ELEMENTOS PARODONTALES

Antes de desarrollar directamente el tema de la cirugía es necesario estudiar los conceptos básicos y tenerlos muy en cuenta en la práctica profesional ya que sin el conocimiento de estos no se podría diferenciar o diagnosticar una enfermedad, así como encontrar una terapia adecuada para los tejidos afectados.

PARC D O N T O es el conjunto de tejidos que protege y sostiene al diente, dándole además funcionalidad.

El parodonto se compone de:

Encía

Ligamento Parodontal

Cemento y

Proceso Alveolar

Encía

Es la parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

Para su estudio se divide en:

- 1) Encía Marginal o Libre
- 2) Encía Insertada y
- 3) Encía Interdentaria o Papilar

1) Encía Marginal.- Como su nombre lo dice es el margen libre de la encía que rodea los cuellos de los dientes a modo de collar, su espesor es por lo general - de 1mm.; se encuentra separada de la encía insertada por una suave depresión llamada Surco Marginal. Su color normal es rosa coral y se puede desprender fácilmente con - un instrumento de punta roma.

2) Encía Insertada.- Es la encía que está fija por ser firme y resilente, se encuentra unida al cemento y hueso alveolar y se extiende desde el surco marginal - hasta encontrarse con la mucosa alveolar que es lisa, móvil y de color más intenso porque esta más vascularizada; a la línea donde se une la encía y mucosa se le llama Unión Mucogingival.

En la superficie palatina la encía insertada - se confunde con la mucosa palatina ya que las dos superficies son igualmente firmes.

La encía insertada de la superficie lingual - termina y se une a la membrana mucosa que tapiza el piso de la boca.

El grueso de la encía insertada varía de acuerdo a la persona y a diferentes zonas de la boca, notándose así que es más gruesa en zona de dientes anteriores -

superiores.

3) **Encía Interdentaria o Papilar.**- En situación normal se encuentra ocupando el nicho gingival, su color es rosa coral, la situación de ésta encía indica si existe alguna patosis.

Regularmente se encuentra por debajo del punto de contacto; cuando hay diastemas la papila desaparece o se achata y la zona que entonces era de paraqueratina se vuelve en zona de queratina para resistir más los impactos alimenticios.

Las papilas vestibulares y linguales se unen por medio del col que es una depresión en forma de valle y se encuentra solamente en zonas posteriores.

Mucosa Alveolar.- es la continuación de la encía; entre los carrillos por vestibular, es flexible ya que no está adherida al hueso, el epitelio es muy delgado y se transluce los vasos sanguíneos, tiene una función y color distinto de la encía insertada.

Características Histológicas

Encía Marginal.- Se forma de tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado, la superficie externa es queratinizada o paraqueratinizada. La superficie interna forma el tapiz del surco gingival.

Fibras Gingivales

Son haces de fibras colágenas del tejido conectivo, y tienen como función mantener a la encía libre --

adhesada al diente para soportar las fuerzas de la masticación.

1.- **Fibras Dentogingivales.**- Son las que van del cemento a la lámina propia de la encía en forma de abanico inmediatamente debajo de la adherencia epitelial.

2.- **Fibras Crestogingivales.**- Son las que van de la cresta alveolar a insertarse coronariamente en la lámina propia.

3.- **Fibras Circulares.**- Son las que rodean al diente a manera de anillo, pero no tienen inserción en él.

4.- **Fibras Accesorias.**- Dentro de éstas están las transeptales que corren horizontalmente del cemento de un diente al del diente vecino pasando sobre la cresta alveolar. También están las dentoperiósticas y se extienden desde el periostio del hueso alveolar hacia el diente por la cara vestibular e lingual.

En el tejido conectivo hay un gran número de mastocitos, enzimas proteolíticas, estercolíticas y sustancias como la histamina, además de leucocitos etc.

Surco Gingival

En el espacio entre la encía libre y el diente y mide aproximadamente de 1 a 3 mm. de profundidad, no es queratinizado, además es importante mencionar que actúa como membrana semipermeable a través del cual se pueden pasar productos nocivos. Es en éste sitio donde se filtran los líquidos tisulares conocidos como Líquido Gingival o Grevicular.

La unión dentogingival se hace por medio de las fibras gingivales y de la adherencia epitelial.

Adherencia Epitelial

Se realiza mediante:

I.- Membrana basal

a) **Lámina Lúcida.**- Que es donde se adhieren los hemidesmosomas.

b) **Lámina Densa.**- Se encuentra adyacente al esmalte.

II.- Mucopolisacáridos Altamente Pegajosos.

III.- Capa adhesiva de Prolina e Hidroxiprolina

Los hemidesmosomas son puentes intercélulares.

La posición de la adherencia epitelial varía según la edad; en los niños se encuentra a nivel de esmalte, - en los adultos se encuentra en la unión amelocementaria y en la vejes en cemento regularmente.

Líquido Gingival

También se le llama líquido fisiológico porque:

1.- Limpia el material del surco

2.- Contiene proteínas plasmáticas adhesivas - que ayudan a que exista más unión al diente.

3.- Posee propiedades antimicrobianas

4.- Ejerce actividad de anticuerpo

Una vez rebasado el límite de protección del líquido hacia la encía en un proceso patológico, da lugar entonces a la proliferación bacteriana, y aumenta -- cuando hay procesos inflamatorios.

La progesterona y estrogénos aumentan la permeabilidad de los vasos gingivales y por esto se eleva la concentración del líquido crevicular.

Encía Insertada.- Esta formada por un núcleo central de tejido conjuntivo, cubierto de epitelio que consta de 4 estratos; Basal, Granuloso, Espinoso, y Corneo.

El tejido conjuntivo y epitelio se encuentran unidos por la membrana basal.

La superficie de la encía se caracteriza por tener un puntilleo parecido al de una cáscara de naranja, debido a la depresión epitelial que varía según la persona.

Encía Interdentaria o Papilar.- Esta formada por el mismo tipo de tejidos.

Dentro de las células existentes en el epitelio gingival están los linfocitos, plasmocitos, leucocitos, células de langerhans, melanocitos etc..

Irrigación

En la capa papilar de la encía hay capilares que nacen de arterias alveolares interdientarias que perforan la cresta alveolar e irrigan las papilas gingivales y zonas adyacentes. Otra fuente proviene de las arterias supraparietales y vasos del ligamento periodontal que van acompañados de linfáticos.

Inervación

Esta realizada por nervios del ligamento para

dontal; nervio bucal; labial y palatino.

Los estímulos nerviosos generalmente se traducen en dolor, ya que las fibras amielínicas del tejido no pueden diferenciarlos.

Existen además terminaciones nerviosas especializadas en la lámina propia como los corpúsculos de Meissner y de Krause.

Características Superficiales de la Encía

Color.- Generalmente es rosado coral; pero esto depende mucho del aporte sanguíneo, espesor, grado de queratinización y de células que contienen pigmentos como la melanina.

Tamaño.- Depende de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización; varía de acuerdo a la zona de la boca.

Contorno.- La encía adopta la forma de los dientes, su alineación en el arco y la localización y tamaño del área de contacto proximal.

Consistencia.- La encía es firme y resiliente por la presencia de las fibras colágenas.

Textura.- A semeja una cáscara de naranja y varía según las prolongaciones e invaginaciones entre el epitelio y tejido conectivo.

Ligamento Periodontal

Es tejido conectivo denso que une a la raíz -- del diente con el hueso alveolar, su función principal - es mantener al diente en el alveolo y establecer la relación fisiológica entre cemento y hueso.

Funciones

Función Física.- Transmite fuerzas oclusales sobre el hueso; Mantiene los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes.

Función Formativa.- Las células del ligamento participan en la formación y reabsorción de estos tejidos en los movimientos fisiológicos del diente.

Función Sensitiva.- Mediante las fibras mecanoreceptoras.

El ligamento se origina a partir de elementos del tejido conectivo en la etapa embrionaria.

Fibras Principales

Son haces de fibras colágenas que se organizan en grupos y van del cemento al hueso alveolar.

De acuerdo a su sitio y dirección se denominan:

I.- **Fibras Crestoalveolares.-** Se extienden en forma de abanico desde la cresta del proceso alveolar hasta el cemento.

2.- **Fibras Horizontales.**- Forman un ángulo recto -- con respecto al eje mayor del diente, desde el hueso dirigen e insertan en cemento predominando a nivel de tercio cervical. Son las fibras que resisten los esfuerzos funcionales laterales.

3.- **Fibras Oblicuas.**- Estas fibras son las más numerosas y constituyen la principal ayuda del diente frente a las fuerzas axiales; corren oblicuamente y van del hueso alveolar al cemento.

4.- **Fibras Apicales.**- Este grupo irradia en todas direcciones desde la región apical del cemento al hueso.

5.- **Fibras Inter-radicales.**- Corren sobre la cresta del tabique en las funciones de los dientes interradiculares uniéndolo las raíces y las fibras transeptales.

6.- **Fibras de Sharpey.**- Son los extremos de las fibras colágenas incluidas en el cemento y hueso.

El ancho del ligamento es variable y depende -- también de la edad del paciente y trabajo funcional que ha desarrollado el diente. Así la medida promedio oscila entre 0.25 mm y 0.1 mm.; su forma es parecida a un reloj de arena, ya que se adelgaza en la parte media del alveolo.

Características Histológicas

Los elementos celulares del ligamento periodontal son: Fibroblastos, fibras Oxitalánicas, osteoblastos osteoclastos, macrófagos de los tejidos, restos epiteliales de Malassez.

Irrigación

Proviene de ramas de las arterias alveolares -- que penetran en los tabiques interdentarios. Otras ramas llegan al ligamento de la encía.

Inervación

Se efectúa por las fibras nerviosas sensoria-- les capaces de transmitir sensaciones como presión, do-- lor etc; por las vías trigéminas.

Los impulsos o estímulos nerviosos son impor-- tantes también en la coordinación de los movimientos de los músculos masticadores.

Cuando hay un desgarramiento de fibras se compensan por la función de los osteoblastos.

En la vejez las fibras parodontales son más -- gruesas ya que las zonas interfibrilares disminuyen y se puede presentar degeneración hialina y condroide origi-- nando que haya menos irrigación.

Cemento

Es tejido conectivo especializado calcificado que cubre la raíz del diente. Es de color amarillo claro y se distingue del esmalte por no tener brillo.

Características Histológicas

Presenta:

1) Una matriz interfibrilar compuesta por un compo-- sito de proteínas y carbohidratos; las proteínas pueden --

II

ser origina, tirosina etc; también se forma de mucopolisacáridos neutros y ácidos y citoplasmas de algunos cementoblastos.

2) Fibras Colágenas

3) Contenido Inorgánico.- Hidroxiapatita 46% y Calcio, fosforo y Magnesio.

El cemento puede ser de dos tipos:

A) Cemento Primario o Acelular

B) Cemento Secundario o Celular

El cemento originalmente depositado es el primario o acelular, y los depósitos progresivos sobre la capa primaria son los de cemento secundario o celular.

El cemento celular se forma principalmente en el tercio apical de la raíz y el acelular en los dos tercios coronarios.

El cemento celular es el menos calcificado, -- contiene cementocitos que se hayan en espacios aislados o lagunas.

Con el depósito continuo de capas se forman -- unas líneas llamadas Líneas de crecimiento y son paralelas al eje mayor del diente.

Con la edad hay mayor acumulación de cemento acelular en la porción apical.

Cementogenesis

El cemento empieza a formarse durante las primeras fases de formación de la raíz, los preementoblastos

tos se ubican cerca de la dentina y depositan la primera capa de cemento primario, así en esta etapa, los prece--mentoblastos se convierten en cementoblastos funcionales.

La formación del cemento continúa cuando se --van acumulando nuevas capas. Esto sucede toda la vida, --ya que al desgaste fisiológico lo compensa la síntesis --de cemento y absorción de hueso para mantener una distan--cia favorable de la dimensión vertical.

Función

1.- Proporciona una superficie de unión al ---hueso alveolar.

2.- Transmite las fuerzas de masticación al --hueso alveolar.

3.- Interviene en la reparación cuando se ha --traumatizado la raíz.

4.- Permite al diente movimiento verticales o mesiales mediante su continuo crecimiento.

Unión Amelocementaria

Puede ser que el esmalte y el cemento establezcan contacto pero sin cabalgamiento (30 % de los casos). Pueden también no contactar, como en el caso de resección gingival y dentina expuesta; o puede existir cabalgamiento ó sea que el cemento recubra al esmalte en un cierto --tramo (60% de las circunstancias).

Proceso Alveolar

Es el hueso que forma y sostiene a los alveolos.

Desde el punto de vista anatómico y funcional se divide en:

- a) Hueso Alveolar
- b) Hueso de soporte

El hueso alveolar es una capa delgada y compacta que forma la pared interna del alveolo donde se insertan las fibras parodontales. También se le denomina lámina Cribiforme.

El hueso de Soporte rodea y sostiene la cortical ósea alveolar; se compone de placas corticales compactas de la superficie vestibular y lingual de los procesos alveolares y hueso esponjoso formado por trabéculas reticulares.

Forma del Hueso

Comunmente el proceso alveolar sigue el contorno de la línea cervical; y varía dependiendo de la posición de los dientes, ya que donde hay zonas de prominencia de una pieza dental el hueso es más delgado, y es más grueso en el lado opuesto.

Las placas corticales son más gruesas en el maxilar inferior y por su cara Lingual.

Características Histológicas

Contiene una matriz calcificada con osteocitos encerrados dentro de los espacios o lagunas que se comunican por canaliculos que sirven para oxigenar y alimen-

tar al osteocito y eliminar también productos de desecho.

Los cambios de estructura ósea son realizados por la actividad de los osteoblastos que tienen la capacidad de depositar hueso nuevo. También los osteoclastos están presentes para realizar reabsorción.

El periostio es tejido conectivo modificado que recubre las láminas o corticales.

Los osteoblastos se disponen sobre la superficie del hueso y en ocasiones se observa entre el hueso y osteoblastos una capa de osteoide que es matriz ósea sin calcificar.

La matriz intercelular tiene compuestos inorgánicos y orgánicos.

Dentro de los orgánicos tenemos colageno, agua, mucopolisacáridos principalmente el Condroitin Sulfato.

Los inorgánicos son carbonato, hidroxilos, calcio, fosforo, y otras sales que se depositan en forma de hidroxapatite.

Las fibras que van incluidas dentro del hueso son las fibras de Sharpey que pueden encontrarse completamente calcificadas.

El hueso se puede depositar en láminas concéntricas en torno a un vaso sanguíneo a esto se le llama Sistema Haversiano.

Función

Se adapta a las demandas funcionales de los dientes.

Se forma para sostener los dientes

Toma parte en el mantenimiento del equilibrio de calcio orgánico.

El tabique interdentario esta formado por las paredes alveolares de los dientes vecinos y hueso esponjo en la parte media, su forma es plana en los dientes posteriores y afilada en dientes anteriores.

La cresta alveolar vendria siendo la unión entre hueso alveolar y las láminas o corticales; su conformación depende del grado de erupción, osificación, contorneo y ancho de los dientes.

Defectos Comunes Del Proceso Alveolar

Rehiscencia.- Es una profundización del margen base de la cresta que comienza a la raíz, puede extenderse hasta la mitad del diente o más.

Fenestración.- Es un orificio en la placa cortical sobre la raíz y no se comunica con el margen de la cresta. Se puede localizar en cualquier superficie y su tamaño es variable.

Migración Mesial Fisiológica

Con el tiempo y los movimientos funcionales, las áreas de contacto de los dientes se aplanan y los dientes tienden a moverse hacia mesial, así el hueso alveolar se reconstruye de acuerdo con la migración.

Vascularización, Inervación y Linfáticos

Contiene vasos sanguíneos, nervios y linfáticos que establecen unión entre el ligamento periodontal y la porción esponjosa del hueso. Los vasos provienen del li-

gamento parodontal, espacios medulares y pequeñas ramas -
de vasos periféricos.

C A P I T U L O II

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

Son muchas las causas que incitan a la enfermedad periodontal, pero la principal es la higiene bucal deficiente ya que da lugar a la acumulación de restos alimenticios, formación de placa bacteriana y cálculo dentario.

La lesión avanza a partir de la inflamación aguda seguida de la infiltración de productos de desecho, -- leucocitos, linfocitos al tejido conectivo, si la inflamación llega a la cresta alveolar empieza la resorción ósea marginal.

Si no se da tratamiento a ésta situación la fijación de los dientes se hace cada vez más precaria.

Los factores que ejercen influencia en la salud del periodonto son: **LOCALES Y SISTÉMICOS**

Los Factores Locales incluyen factores inconscientes y funcionales como la masticación, fonnación y deglución.

Los Factores Sistémicos comprenden aquellas enfermedades o alteraciones de tipo general que pueden tener manifestaciones bucales características. También se dice que son factores modificantes porque debilitan las defensas que protegen contra las agresiones locales (fac-

tores desencadenantes).

La cavidad oral tiene una microbiota natural -- que se adhiere a las superficies sin alterar el equili-- brio biológico, además siempre está presente una membrana muy delgada que es acelular y sin bacterias llamada Película Adquirida, formada de proteínas salivales.

PLACA BACTERIANA

Son depósitos bacterianos blandos de forma granular firmemente adheridos a los dientes pero que se pueden desplazar mediante el cepillado.

Los microorganismos forman masas densas que van incluidas en una matriz intermicrobiana. Al aumentar la concentración bacteriana aumenta la irritación e inflamación.

La colonización puede empezar a partir de los microorganismos y proteínas de la saliva y puede incrementar si la dieta es blanda; las partículas se adhieren en sitios favorables para su proliferación y desarrollo como en defectos del esmalte, en el surco marginal, en superficies rugosas, bordes desbordantes de obturaciones, prótesis desadaptadas, en la malposición dentaria, anatomía desfavorable, frenillos largos, aparatos de ortodoncia, diastemas y muchas otras situaciones.

La placa está compuesta de un complejo polisacárido, proteínas, lípidos, carbohidratos, calcio, fósforo, etc.; Las bacterias que se encuentran son Cocos facultativos Gram positivos estreptococos y estafilococos, los más numerosos son los primeros; Microorganismos facultativos Gram positivos como *Corynebacterium*, *nocardia*, *acting*

myces, lactobacilos etc.; Microorganismos anaerobios gram positivos como Corinebacterium, propiobacterium; Cocos - Gram negativos diplococos, Veillonella etc; Microorganismos Gram negativos bacteroides, fusobacterium, vibrio, - selenomas, leptothix; al final aparecen espirilos y espiroquetas.

Hay otros depósitos blandos que contienen microorganismos, restos epiteliales y otros componentes pero no tienen la estructura y organización de la placa como la Materia Alba.

CALCULO DENTARIO

Es la placa bacteriana mineralizada.

Los depósitos son masas duras adheridas a las coronas clínicas, prótesis y demás aparatos bucales.

La superficie del cálculo siempre está cubierta de placa no calcificada.

Los cálculos pueden ser supragingivales y subgingivales.

Los depósitos supragingivales son de color --- blanco cremoso o amarillo y se localizan regularmente --- frente a los orificios de las glándulas.

Los depósitos subgingivales no tienen una localización determinada en la boca, pero se encuentran donde hay bolsas paradentales, son más densos y de color pardo - oscuro o negro y su extensión indica la profundidad de la bolsa.

RESPIRACION BUCAL

Puede estar relacionado con problemas del aparato respiratorio o puede deberse a que existe cierre incompleto de los labios.

La encía se ve eritematosa agrandada y con brillo por la deshidratación. Hay hiperplasia.

HIGIENE BUCAL INADECUADA

Un cepillo horizontal y rotatorio ocasiona recesión o abrasión de los cuellos de los dientes y encía, dañando la superficie radicular y favoreciendo la acumulación de placa y alimentos.

IMPACTACION DE ALIMENTOS

La ausencia de área de contacto o la presencia de una relación interproximal defectuosa ayuda a que los alimentos se impacten o acumulen en el periodonto por las fuerzas oclusales.

Hay sensación de presión, inflamación gingival, sangrado, formación de abscesos periodontales y destrucción de hueso alveolar.

HABITOS

Los hábitos pueden ser:

1) For Neurosis.- Mordisqueo de toda clase de objetos como palillos, lápices, etc. así como uñas, labios y empuje lingual.

2) Ocupacionales.- Cortar hilo, sostener clavos en la boca, tocar instrumentos de viento.

3) Otros.- Mascar tabaco, usar pipa etc.

TRAUMA DE OCLUSION

Los tejidos periodontales dependen de la actividad funcional; si está ausente los tejidos se atrofián y si pasa la capacidad de adaptación los tejidos se lesionan a esto se le dice TRAUMA DE OCLUSION.

Influye mucho la dirección, intensidad, duración y frecuencia de las fuerzas oclusales.

Las fibras parodontales se adaptan mejor a las fuerzas axiales y las que más lesionan son las de rotación.

Los efectos son aflojamiento excesivo de los dientes, ensanchamiento del ligamento, defectos angulares (verticales) en hueso sin bolsas e hiperplasia.

BRUXISMO

Son contactos dentarios repetidos e inconscientes.

Hay dolor y cansancio en maxilar y músculos y se irradia a cuello y cabeza.

El rechinar de dientes se atribuye a anomalías oclusales y tensiones emocionales.

Los efectos son atrición dentaria excesiva, con ésta situación el periodonto responde favorablemente mediante el engrosamiento y densidad del hueso alveolar pero esto no sucede siempre ya que a veces no alcanza a recuperarse y se presenta la movilidad dentaria; otros ma--

lestares estan relacionados con la articulación temporo--mandibular, hay hipotonicidad de los músculos y reducción de la dimensión vertical.

Factores sistémicos

ENDOCRINOS

Las secreciones de las glándulas con las hormonas que ejercen un papel importante en la regulación y --coordinación sobre el desarrollo, metabolismo y funciones de la célula. Se ha visto que la mayoría intervienen en --la calcificación de huesos y dientes, por esto se estu---dian actualmente los efectos sobre la cavidad oral cuando hay una disfunción endocrina por ejemplo de tiroides, hipófisis, suprarrenales etc. En la mayoría hay osteopore--sis y variedades de estomatitis.

En algunas fases de la vida, cuando ocurre una alteración o ajuste de las hormonas sexuales (adolescencia, embarazo, menopausia) o en casos de empleo de anti--conceptivos las encías se inflaman, sangran con facilidad y pueden aparecer pigmentaciones y neoplasias benignas.

INFLUENCIAS NUTRICIONALES

El estado nutricional del paciente también pre--dispone a la enfermedad periodontal.

Deficiencia de Vitamina A

Manifestaciones Clínicas

- Irritación Gingival
- Hiperplasia Gingival
- Metaplasia Queratinizante

- Susceptibilidad a las Infecciones
- Formación de Bolsas.

Hipervitaminosis A

- Resorción Ósea Pronunciada

Deficiencia del Complejo B

Manifestaciones Clínicas

- Gingivitis
- Glositis, Glosodinia
- Queilosis e Inflamación de la Mucosa Bucal

Deficiencia de Vitamina C (ácido ascórbico)

Se presenta escorbuto, diatésis hemorrágica y -
retardo de la cicatrización de heridas.

Manifestaciones Clínicas

- Agrandamiento Rojo Azulado de la encía.
- Hace más profundas las bolsas.

Deficiencia de Vitamina D

Es esencial para la asimilación de calcio en el tubo gastrointestinal, y para el mantenimiento del equilibrio calcio-fosforo y formación de dientes y huesos. Es -
ayudada por la función de la glándula Paratiroides.

Manifestaciones Orales

- Osteoporosis del Hueso Alveolar
- Resorción con formación fibroblastos (reemplazo)

Deficiencia de Vitamina K

Es necesaria para la producción de protrombina en hígado.

La manifestación clínica es hemorragia gingival aunque el estímulo sea mínimo por ésta razón es importante este dato para los cirujanos.

DEFICIENCIA DE PROTEINAS

En recién nacidos a ésta deficiencia se le dice Síndrome Pluricarencial del Lactante. Las anomalías que se encuentran son atrofia muscular, anemia, leucopenia, pérdida de peso acompañada de debilidad.

En cavidad oral disminuye la capacidad generadora de anticuerpos predisponiéndola a infecciones.

Otros factores nutricionales importantes son algunos minerales como hierro y fluor.

La deficiencia de Hierro manifiesta en la boca palidez de toda la mucosa y encías.

La deficiencia de fluoruros se presenta osteoporosis del hueso alveolar.

DIABETES SACARINA

Esta enfermedad es causada por un transtorno en el metabolismo de los carbohidratos, debido a una disminución en la concentración de insulina en el organismo, y en consecuencia los tejidos no pueden asimilar la glucosa que les es llevada por la sangre.

Las características que se observan en la boca son sequedad, eritema difuso de la mucosa, lengua saburral y se percibe además olor cetónico.

Las alteraciones que provoca al parodonto son:

- Tendencia a la formación de abscesos Parodontales.
- Periodontoclasia Diabética
- Estomatitis Diabética.

La relación de ésta y las parodontopatias como resultado, no esta muy bien establecida, ya que la diabetes por si sola no provoca lesión, siempre tiene que existir un factor local irritante o desencadenante.

FACTORES HEMATOLOGICOS

Se han encontrado cambios patológicos bucales - en presencia de enfermedades de la sangre acompañadas de factores locales.

Los casos más difíciles de controlar o tratar - es en las hemofilias y leucemias, ya que cualquier intervención por sencilla que sea debe ser practicada bajo hospitalización y por cirujanos dentistas especializados en hematología o en su defecto ayudados por el médico que -- lleva el caso, todo esto se hace para no arriesgar la vida del paciente.

El tratamiento en estos padecimientos es la eliminación del irritante local.

En las leucemias hay infiltrado denso y difuso con predominio de leucocitos inmaduros.

Manifestaciones Bucales

- Color rojo difuso y cianótico de la mucosa
- Superficie brillante
- Se presenta lo que se dice Agrandamiento Gingival Leucémico.

Hay además diversos grados de inflamación, ulce

ración y necrosis. Si la ulceración es amplia y persistente es muy difícil su control y en ocasiones llega a provocar la muerte del paciente.

INTOXICACIONES METALICAS

Cuando ocurre esto la encía se presenta cambios, se puede tornar azulosa, gris, rojo intenso, etc, dependiendo del metal que ingirió la persona, también se presenta inflamación y puede uno dar el diagnóstico de intoxicación ayudados del interrogatorio, signos y síntomas generales.

RADIACIONES

La terapia por radiaciones provoca ulceraciones gingivales, hemorragia, supuración, periodontitis, denudación de dientes y hueso y aflojamiento de dientes.

La enfermedad parodontal predispone a la infección y al desarrollo de la osteorradionecrosis.

ENFERMEDADES DEBILITANTES

Las enfermedades debilitantes como la tuberculosis, sífilis, nefritis, etc, ayudan a la enfermedad periodontal, reduciendo la resistencia tisular a irritantes locales y hay tendencia a la resorción del hueso alveolar y otras manifestaciones más como sequedad de la boca, sensibilidad, edema, sangrado de encías.

LA HERENCIA EN LA ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Algunos investigadores aseguran de que no hay signos de que la herencia afecte la anatomía o morfología

de las estructuras periodontales. Garlín describió numerosos trastornos genéticos que generan cambios en la mucosa bucal.

El síndrome de Papillón Lefèvre es una enfermedad de herencia, que sigue un patrón autosómico recesivo y se caracteriza porque hay una destrucción temprana grave del periodonto, además de hiperqueratosis de palmas y plantas. Los cambios o manifestaciones bucales aparecen poco antes de los 4 años, y son afectadas las dos denticiones y el paciente queda desdentado a los 14 años.

INGESTION DE MEDICAMENTOS O DROGAS

La administración de algunos medicamentos como la Dilantina Sódica (difenilhidantoinato de sodio) anti-convulsivo para tratamientos de epilepsia, da lugar en ocasiones a un agrandamiento gingival en zonas dentadas.

La severidad no se relaciona necesariamente con la dosis o duración, ni tampoco con la presencia o ausencia de irritantes, hay enfermos que tienen en óptimas condiciones su boca y sin embargo se observa agrandamiento gingival; esto depende más que nada de la respuesta de cada organismo y la tolerancia hacia algunos medicamentos.

C A P I T U L O III

CLASIFICACION

La clasificación se basa sobre 3 criterios:

- 1.- Características Clínicas
- 2.- Cambios Histológicos
- 3.- Etiología

Las enfermedades se dividen en:

Inflamatorias

Gingivitis

Periodontitis

Distróficas

Estados periodontales atrófi-
cos.

Recesión

Por falta de uso

Atrofia Presenil

Hiperplasia Gingival

Traumáticas

Trauma de Oclusión

Por causa desconocida

Periodontosis

INFLAMACION

Es una respuesta normal de los tejidos a una lesión y se presentan cambios o alteraciones fisiológicas - o bioquímicas.

También se dice que es un recurso del organismo para defenderse de cualquier lesión.

Signos.- Enrojecimiento o inchasón, calor, dolor y pérdida de la función.

Mecanismo

Agente Causal

localizado

-----Destrucción -----Reparación

Después de la lesión hay una vasodilatación producida de vasoconstricción pasajera, luego hay un aumento de la permeabilidad vascular y acumulación de células inflamatorias, leucocitos polimorfo nucleares, macrófagos y linfocitos, después de esto sigue la reparación cuando -- cesa el irritante.

GINGIVITIS

En la inflamación de la gingiva e encía, se caracteriza por la presencia de células inflamatorias y edema de la lámina propia de la encía y destrucción de fibra gingival.

En la gingivitis los cambios clínicos son en el color, textura, y contorno o forma de la encía.

La gingivitis puede ser:

- a) Aguda
- b) Crónica

Y puede presentar hiperplasia, ulceración, necrosis, pseudomembranas, exudado purulento o seroso.

Las lesiones pueden ser Generalizadas o localizadas.

La gingivitis aguda se manifiesta con ulceraciones, necrosis etc., pero siempre hay dolor.

La gingivitis crónica tiene comunmente agrandamiento gingival por fibrosis y es indolora.

Bolsa.- Es cuando el surco gingival se profundiza por la infección; en la gingivitis puede ser originada por agrandamiento del margen gingival a consecuencia de edema o hiperplasia (bolsas falsas).

Absceso Gingival.- Se forma cuando las bacterias penetran en el tejido conjuntivo, debido a que hay drenaje insuficiente.

PERIODONTITIS

Resulta de la extensión de la inflamación desde la encía hacia los tejidos de soporte.

La periodontitis puede ser simple o compuesta

Simple.- También es llamada marginal y se origina de la inflamación crónica.

Compuesta.- Es cuando la inflamación va acompañada de trauma occlusal y la destrucción ósea es angular o vertical, generalmente acompañada de bolsas infrabucas.

El rango característico de la periodontitis es

la bolsa periodontal.

Acceso Periodontal.— Se forma en los tejidos de soporte más profundos debido a que no hay drenaje de la bolsa.

PERIODONTOSIS

Es una lesión no inflamatoria degenerativa crónica del periodonto, hay aflojamiento temprano de los dientes, migración, y pueden o no existir bolsas.

Este padecimiento es más frecuente entre la pubertad y los 30 años, afecta más a los incisivos superiores y primeros molares.

La etiología es desconocida, pero en varios casos se ha visto que está asociada a trastornos generales como la diabetes, sífilis o hipertensión.

Antes de dar el diagnóstico de periodontosis se tiene que hacer un buen examen clínico, pues en algunas circunstancias hay mala deglución o lengua grande que da lugar a la migración y aflojamiento de las piezas dentales.

ESTADOS PERIODONTALES ATROPICOS

La atrofia es un estado en el cual el órgano o sus elementos celulares disminuyen de tamaño una vez alcanzada la madurez normal.

No es necesariamente un proceso patológico. Se produce en diversas fases de la vida como resultado de influencias ambientales en el metabolismo orgánico y es común del paciente geriátrico.

Recesión Gingival

El efecto de la atrofia sobre la encía se manifiesta por la recesión gingival. La textura se torna delgada y fina, de color rosado pálido con margen gingival delgado y papilas puntiagudas, relativamente alargadas, además los surcos gingivales son poco profundos.

La recesión puede ser generalizada o localizada puede ser fisiológica o una expresión de enfermedad y a consecuencia de envejecimiento.

La atrofia por desuso es causada porque no hay reemplazo de dientes ausentes (puentes fijos o removibles) y la pieza antagonista es la afectada.

C A P I T U L O I V

DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

El diagnostico se basa principalmente en la interpretación de la historia clínica y los hallazgos clínicos de acuerdo con las características en salud y enfermedad, teniendo en cuenta los procesos patológicos y la etiología.

Para reunir más datos nos ayudamos además de otros estudios, ordenes de exámenes de laboratorio, biopsias y estudios radiográficos.

A primera vista se hace una apreciación del paciente; se observa marcha, postura, facias, piel, respiración y principalmente en su actitud.

HISTORIA CLINICA

Es el elemento necesario para cualquier tratamiento y hay múltiples razones por las que se elabora una de ellas es para averiguar si hay factores sistémicos que alteran al parodonto; otras, para saber si está tomando algún medicamento y para estar seguros de que el tratamiento no perjudicará la salud o bienestar del paciente y tener éxito.

La historia debe contener datos personales y hereditarios, por ejemplo: si tuvo o tiene algún familiar -

cercano diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedades infecciosas, fiebre reumática, tendencias hemorrágicas.

Se pregunta sobre el estado actual haciendo el interrogatorio por aparatos.

En la mujer se hacen preguntas respecto al comienzo de la pubertad, trastornos menstruales, embarazo, menopausia, abortos, etc.

Todas las preguntas estarán previamente elaboradas.

HISTORIA DENTAL

Incluye el motivo de la consulta y todos los síntomas bucales que ha venido sintiendo desde hace tiempo; se preguntará por ejemplo, si sangran las encías con facilidad, si hay mal gusto, si hay dolor a la masticación, hiperestecia dental, movilidad etc., también se le preguntará de sus anteriores visitas al dentista.

EXAMEN CLINICO

Se revisarán los tejidos blandos, color, consistencia y contorno, se observará las inserciones de los frenillos, piso de la boca, paladar, lengua etc., pero se dará más atención a la encía y tejidos de soporte. Hay que ver la posición de las piezas dentales, si hay caries y también la articulación temporomandibular, medio bucal, saliva y si existe mal olor (halitosis).

SONIDO

Se hace por medio de la sonda periodontal, ésta se introduce y se mueve suavemente hasta la base de la a-

dherencia epitelial, o sea, hasta que nos encontremos con una resistencia leve; la sonda debe estar paralela al eje mayor del diente, aunque en áreas interproximales no es posible, hay que colocarla lo más posible a la angulación

Hay diferentes tipos de sondas, pero todas están formadas de una parte activa generalmente afinada y de punta roma. Las variaciones residen en la finura de la sonda, el método de marcar milímetros y la angulación de la parte activa con respecto al mango.

MEDICION DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA

Las mediciones se hacen en 3 puntos por vestibular y 3 por lingual.

Muchas veces el parpadeo del paciente indica cuando se ha llegado a la adherencia epitelial o fondo de la bolsa.

Se dice que existe bolsa cuando la distancia entre la unión epitelial y el margen gingival es superior a 3 mm.

Los calculos que se tomen a veces suelen ser erroneos por la presencia de material extraño que entorpece la perfecta introducción de la sonda.

MOVILIDAD

Movilidad Fisiológica.- Todos los dientes presentan un poco de movilidad que apenas se puede percibir a la palpación. Es más notoria en las muelas y en los dientes incisivos.

Medición Clínica de la Movilidad

El diente se sostiene entre dos instrumentos o

dos dedos.

Novilidad Grado 1.- Es un poco más pronunciada que la fisiológica y se siente solamente.

Novilidad Grado 2.- Moderadamente mayor que la anterior y se puede palpar y ver.

Novilidad Grado 3.- Es intensa y hay movimientos de vestibular a lingual y de mesial a distal con desplazamiento vertical.

SUPURACION

Se efectúa con el dedo índice sobre el sector lateral de la encía marginal y se ejerce presión con movimientos circulares hacia la corona.

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS

Las radiografías no son indicadoras de la profundidad de la bolsa, pero si nos ayudamos con puntas de butapercha o con conos de plata calibrada colocadas dentro de la bolsa en el momento de tomar la radiografía, si se puede calcular su profundidad y además encontrar defectos óseos.

Las radiografías siempre son necesarias para cualquier tratamiento, en parodencia nos sirve para ver la altura del hueso alveolar, para ver la densidad y trabeculado óseo, observamos también si hay resorción y como es vertical (angular) u horizontal, y como en otros casos para saber el tamaño de las raíces, si hay dientes incluidos, rarefacciones etc.

En el caso que se encuentre oclusión alterada,-

mal posiciones dentarias, o un padecimiento temporomandibular se tomarán radiografías panorámicas y cefalometrias

BIOPSIA

Métodos de toma:

Si la lesión es pequeña debe ser totalmente excendida; la incisión debe ser lo suficientemente amplia incluyendo un borde de tejido sano.

Si la lesión es grande y no se puede hacer la excisión completa se seccionará la parte que demuestre todos los cambios patológicos.

Se pueden tomar muestras delgadas y profundas; el tejido se debe tomar de los bordes, más allá de estos y de la base de la lesión.

Técnica

Se puede hacer por incisión con bisturí común y corriente.

Por socavados, se hace la remoción de pequeñas muestras de tejido.

Por curetaje se toma en muestras de cavidades óseas e trayectos fistulosos.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Después de la entrevista si el dentista considera que hay que ordenar pruebas de laboratorio, pueden servirnos: la biometría hemática, análisis de biopsias, análisis de orina, y química sanguínea. Tolerancia a la glucosa.

Todos los datos se anotarán en la historia clínica; y los hallazgos en boca se anotarán en la ficha de

tal u odontograma.

Con toda la información se plantea el tratamiento y se proyecta el pronóstico.

El pronóstico es la valoración de la evaluación de la enfermedad y la predicción de la respuesta al tratamiento.

Se puede decir que es un sistema de proyección terapéutica basada en los éxitos y fracasos.

El concepto para lograr un pronóstico apropiado se basa en la capacidad del operatorio para poder reconocer, eliminar o controlar los factores que determinan la enfermedad, también de la ayuda o interés que preste el paciente para mantener sano su periodonto y por último de la habilidad y conocimiento para corregir lo que ha producido la enfermedad.

Se debe tomar decisión con respecto a las piezas que pueden salvarse y las que deben extraerse pero siempre se buscará la preservación de la dentadura.

En la evaluación correcta se toman en consideración algunos factores como son:

a) Tiempo de la afeción en el periodonto y dentadura, podemos calcular ayudandonos por la información y si se tienen radiografías viejas es mejor.

b) Edad del paciente.- es importante éste factor, en pacientes de edad avanzada los resultados después de una intervención dependen mucho del estado general del paciente, se dice que en estas personas la reacción inflamatoria disminuye y el proceso de resorción es más lento así como la cicatrización.

En una persona joven el tratamiento estará encaminado a proporcionar soluciones más definitivas por el tiempo que debe servir su dentadura.

c) Cantidad de soporte Oseo que queda alrededor de los dientes tomando en cuenta el tamaño, forma y posición de las raíces.

d) Tamaño, profundidad, localización de las bolsas; puede haber bolsas poco profundas pero que dificul--tan su acceso o eliminación y den pronóstico desfavorable

e) Forma y consistencia de la encia.

f) Grado de movilidad si los movimientos que se observan son del tipo movilidad grado 3 el pronóstico se--rá más negativo con respecto a una pieza con poca movili--dad.

C A P I T U L O V

PREOPERATORIO

Es la preparación para la operación a fin de asegurar un buen éxito y además evitar dolores o molestias a nuestros pacientes.

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS

Es el conjunto de circunstancias bajo las cuales se efectúa una cirugía y obrará como factor determinante al final de la operación.

Aproximadamente una semana antes se revisa el fichado inicial y se hace una nueva apreciación para fijar si hubo modificaciones de profundidad de bolsas como consecuencia del tratamiento preliminar.

PREPARACION DE LAS ZONAS A INTERVENIR

En primer lugar hay que lograr la desinflamación y la reducción de hemorragias y supuración.

Hacer posible que el paciente mejore su técnica de higiene dental logrando estimular la circulación capilar de las mucosas.

Se reduce la flora microbiana.

Se eliminan las caries existentes, restauraciones desadaptadas, prótesis etc.

Se verificará si el instrumental es el adecuado o necesario para el tipo de operación. Deberá estar todo estéril junto con fresas, campos etc.

MEDIDAS GENERALES

Si se sospecha de alguna enfermedad se complementarán pruebas o exámenes de laboratorio.

Se tomará tiempo de sangrado, de coagulación, de protrombina, glucosa en sangre, esto claro no es requisito son medidas preventivas auxiliares.

Tiempo de sangrado	I a 3 min.
Tiempo de coagulación	7 a 10 min.
Tiempo de Protrombina	I2 a I4 min.
Glucosa en sangre normal	70 a 110 mg/100 ml.

En casos de hipertensión y enfermedades generales como leucemia, hemofilia, diabetes, etc., debe someterse al enfermo a un tratamiento general previo.

La medicación antes y después de la intervención es muy aconsejable, para evitar infecciones, ansiedad e inflamaciones.

Es conveniente además tomar signos como presión arterial, pulso y temperatura.

C A P I T U L O VI

PRINCIPIOS BASICOS DE LA CIRUGIA PARODONTAL

Son una serie de fundamentos de los cuales se debe tener conocimiento antes, durante y después de la cirugía. Debemos saber planear y ejecutar una incisión, conocer el tipo de tejido que se va a operar y como va a responder, cual debe ser la extensión de los colgajos etc.

No hay principios especiales para la cirugía parodontal, solo existen principios de cirugía general que se aplican a la periodoncia.

El ignorar estos requisitos puede dar como resultado colgajos perdidos, necrosis marginal excesiva, cicatrización tardía, patrones de cicatrización aberrantes o complicaciones posoperatorias.

INDICACIONES

Las indicaciones del tratamiento quirúrgico de las gingivitis y parodontitis podemos definir las así: en la corrección de condiciones desfavorables, tanto en la encía superficial como en el soporte óseo.

CONTRAINDICACIONES

Son las mismas que en los demás tratamientos quirúrgicos y pueden ser locales o sistémicos.

OBJETIVO

El objetivo es establecer una morfología gingival tan aceptable como sea posible en relación con el nivel de destrucción ósea.

TRATAMIENTO PRELIMINAR

Es el detartraje más o menos profundo que se hace antes de operar y consta de raspaje radicular y curetaje gingival para mejorar el medio bucal.

La cirugía parodontal se divide en 2 grupos:

1.- Procedimientos destinados a corregir los márgenes gingivales.

2.- Procedimientos destinados a corregir o desplazar el límite mucogingival.

Dentro del primer grupo hay varias técnicas, algunas muy conocidas y practicadas y otras experimentales, las más usuales son:

- 1) Gingivoplastia
- 2) Gingivectomia
- 3) Gingivectomia con plastia ósea
- 4) Operación a colgajo (Osteoplastia, osteotomia)

En el segundo grupo tenemos:

- 1) Vestibuloplastia
- 2) Frenectomia y frenotomia
- 3) Injertes

El objetivo de estos procedimientos es lograr una zona de encía insertada más amplia.

ANESTESIA

La anestesia es por bloqueo en dientes inferiores y en superiores por infiltración, también se pueden aplicar puntos locales.

INCISIONES

Las incisiones deben hacerse en forma definitiva y sin equivocaciones para evitar laceraciones.

Se debe tener control sobre el bisturí, buscando un descanso estable digital firme en maxilar.

La extensión de la incisión no es precisa, deberá ser lo suficientemente larga para proporcionar un levantamiento del colgajo fácilmente y sin que sea traumatizado.

Una incisión corta dificulta el levantamiento del colgajo y requiere la tracción constante del mismo, provocando desgarramientos, mala visibilidad y molestias posoperatorias.

Si los colgajos que ocupan más de un cuadrante no deben llevar incisiones liberatrices o verticales.

INCISION INICIAL

Se hará una vez estudiada la dirección y tamaño tomando como referencia el tamaño de las bolsas, altura ósea y situación anatómica; una vez practicada puede hacerse la incisión secundaria.

Si existe encarnación de ensia bucal, la incisión deberá ser lo más coronaria posible.

En toda incisión del mucoperiostio, así como --

en la sutura debemos observar la interferencia que pueden tener los músculos masticadores a la altura de sus inserciones con el labio de la herida. Si la incisión del tejido blando estuviera expuesta a ser abierta durante los ejercicios musculares, se corre el peligro de favorecer a un enficema.

CONFORMACION OSEA

Se hace para corregir nichos óseos que ayudan a la persistencia de la bolsa, en los casos de contornos irregulares en el reborde alveolar y alveolitis verticales.

La osteoplastia se realiza con cinceles de hueso y fresas quirúrgicas de bola grande, acompañada de irrigación de suero fisiológico para evitar necrosis óseas originadas por calentamiento.

Para evitar la desecación del hueso alveolar -- puesto al desnudo durante la intervención, se protege la zona con compresas empapadas de suero fisiológico.

Una vez terminada la cirugía es muy importante que no quede hueso expuesto porque se provoca mucho dolor posoperatorio.

INSPECCION

Se verificará que no quede tejido de granulación y tártaro subgingival.

COLOCACION DEL COLGAJO

La captación del colgajo debe ser perfecta y no debe quedar hueso marginal e interproximal expuesto.

El colgajo se presiona con el dedo contra el --

diente durante 5 minutos para favorecer y reducir el grosor del coágulo y ayudar a la adherencia por medio de la fibrina.

SUTURA

Hay que tratar de no desgarrar los tejidos o colgajos, ya que da lugar a que las heridas queden abiertas y que la cicatrización sea desagradable. Si se provoca tensión sobre los tejidos lo que vendrá será una necrosis.

COLOCACION DEL APOSITO QUIRURGICO

El cemento debe de estar en contacto íntimo con la superficie cruenta para evitar la formación excesiva de tejido de granulación, y no debe abarcar más dientes de los necesarios (de I a 2 MM. más allá del corte).

Los cementos más utilizados están hechos a base de eugenol y óxido de zinc, y su consistencia debe ser parecida a una masilla. El Coepack, asegura una superficie lisa, y su manipulación es más fácil por su consistencia que es más o menos blanda y se puede forzar entre los espacios interproximales.

El cemento no debe de interferir en la oclusión para que no se fracture.

C A P I T U L O VII

INSTRUMENTAL

Los instrumentos para cirugía parodontal están fabricados en acero inoxidable, carburo de tungsteno y en acero rápido que no es inoxidable pero tiene mejor corte.

Un instrumento se compone de:

- HOJA.-** Diseñada para que se adapte en las mejores condiciones a la región para la que está destinada.
- CUELLO.-** Diseñada de tal manera que la parte activa quede en la prolongación del mango.
- MANCO.-** Puede tener superficie estriada o rugosa para que no se resbale entre los dedos; otro requisito es que el mango debe ser equilibrado.

CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS PERIODONTALES

- 1.- Instrumentos de examen
- 2.- Instrumentos para el tratamiento preliminar
- 3.- Instrumentos para marcar puntos sangrantes
- 4.- Instrumentos periodontales quirúrgicos
 - a) Para la Incisión (primaria o secundaria)
 - b) Para la eliminación de tejido excendido.
 - c) Para la eliminación de tejido de granulación

- e) Para la corrección del contorno de la incisión.
- f) Para el detartraje
- g) Para la plastia ósea
- h) Para cirugía mucogingival
- i) Instrumentos de sutura

5.- Instrumentos de cementación

6.- Instrumentos para pulido de dientes

I.- INSTRUMENTOS DE EXAMEN

En todo examen nos valemos de los elementos básicos como son el espejo bucal, pinzas de curación, y exploradores finos o gruesos (No. 17 y 23) y principalmente de sondas periodontales.

2.- INSTRUMENTOS PARA EL TRATAMIENTO PRELIMINAR

Raspadores superficiales (pesados)

Cinseles.- Sirven para desalojar depósitos cálcicos supragingivales grandes, se usa con movimientos de impulsión. (15 y 16 G).

Hoces.- Se utilizan para cálculos voluminosos - en zonas interproximales.

Raspadores Profundos (finos)

Aseñas.- Sirven para cálculos subgingivales y alineamiento de superficies radiculares (II a I4g, Mac Gal #3 y 4.).

Guarretas.- En la remoción de las superficies -- internas de la bolsa, de la adherencia epitelial y superficie radicular.

Los raspadores profundos 7 al 10 G quedan inclui

dos dentro de éste grupo.

Instrumentos Ultrasónicos.- Su acción se deriva de vibraciones físicas. En la instrumentación periodontal se usan instrumentos con puntas que generan más de 29 mil vibraciones por segundo, su utilización es magnífica para raspaje curetaje y remoción de pigmentaciones.

3.- INSTRUMENTOS PARA MARCAR PUNTOS SANGRANTES

Son pinzas especialmente adaptadas, que están formadas por dos picos, uno doblado en ángulo recto en su extremo, que coincide con el pico opuesto que es recto.

En zonas interproximales los puntos se marcan con una sonda periodontal.

Las pinzas pueden ser del número 276 o las de -
Clase Kaplan.

4.- INSTRUMENTOS PERIODONTALES QUIRURGICOS

a) Para la incisión (primaria o secundaria)

Bisturios para Gingivectomia

Bisturi de Kaplan.- Instrumento de hoja fuerte, presenta un corte convexo y otro concavo.

Bisturi de Urban.- Su forma es de lanceta es utilizado en espacios interproximales y cara lingual de la mandíbula.

Bisturi de Kirkland.- De tres cortes y buena angulación, no tiene límites para su utilización.

Bisturi de Barkan.- Tiene una hoja corta y no tiene más que un solo corte.

Bisturí en forma de lanza de Goldman Fox #8
espacios interproximales.

Interdent 22 y 23G para espacios interproxi-

Bisturías de Hojas desechables o intercambiable

Bard Parker No. 15 (estandar básica), I2B (de -
forma de lanza) y la IOB con forma de disco.

b) Instrumentos para la eliminación de Tejido -
Excendido.

El tejido se puede desalojar con los instru-
mentos de 4 Der e Izq. y 6 Der. e Izq.

c) Instrumentos para la eliminación de tejido -
de granulación.

Curetas de Hollst #1 y 2 finos y 3 y 4 medianos

Curetas de Gracey P 3 y P4.

Curetas quirúrgicas de Prichard.

La hoja se introduce en el fondo de la bolsa y
el instrumento se activa hacia la corona de modo que el -
borde cortante tome el revestimiento de la pared de la --
bolsa.

d) Instrumentos para la corrección del contorno
de la incisión.

Se puede hacer mediante bisturías, tijeras, cure-
tas puntiagudas y fresas de bola grande.

e) Instrumentos para deturtraje

Faplan 6 Izquierdo y derecho (ya citados)

Curetas de Gracey P3 y P4 etc.

f) Instrumentos de Osteoplastia

Cinzel para hueso de Wiedelstadt o de Chandler

No. I.

Fresas de bola grande #8

Piedras de diamante #1, 2 y 3 grano grueso.

g) Instrumentos para cirugía mucogingival

Los bisturíes que se utilizan son los de hojas intercambiables (ya mencionados).

Elevador perióstico #24G o legra de Nordberg

h) Elementos de Sutura

Porteagujas standar con bocados de carburo.

Seda No. 2, 3, y 4-0s.

Nylon. Ethicon No. 5-0s.

5.- ELEMENTOS PARA PREPARAR EL CEMENTO QUIRURGICO

Placa de vidrio.

Espatula de cementos.

6.- INSTRUMENTOS PARA PULIDO DE DIENTES

Tazas de caucho

Piedra pomex, pasta dentifrica y glicerina hasta lograr una consistencia adecuada (material).

tiras de papel, cepillos de cerda de rueda o de tasa.

Se utilizan además otros instrumentos auxiliares como cánulas de aspiración, forceps de tejidos para sujetar colgajos, pinzas de campo etc..

La selección de instrumentos es personal y está basada sobre la experiencia, sensibilidad y equilibrio.

El número de instrumentos deberá ser tan pequeño como sea compatible con la operación ya que un gran número de ellos congestionaría el campo de acción.

Resulta mejor emplear instrumentos de uso múltiple porque promueven mejores hábitos operarios.

C A P I T U L O V I I I**TÉCNICAS QUIRÚRGICAS**

La primer técnica que se utilizó desde los principios de la cirugía parodontal fué la gingivectomia ---- (1884), a ésta técnica siguieron el colgajo simple, injertos libre, pediculados, osteoplastias y otros avances más complicados.

El desarrollo de una técnica, digamos de la gingivectomia se ha venido renovando con el paso del tiempo debido a nuevos descubrimientos sobre la respuesta de los tejidos.

GINGIVECTOMIA

Definición.- Sus raíces son griegas y significa excisión o extirpación de la encía.

La gingivectomia es la resección cuidadosa de la encía con falta de soporte, hasta el punto en que está firmemente adherida, a modo de establecer un nuevo margen gingival un poco más hacia apical que el antiguo y que -- tenga un surco superficial o nulo.

No solamente es la extirpación de la encía, incluye odontosexis y curetaje.

Objetivo

Eliminación de las bolsas, acceso y visibilidad a las superficies dentarias, crear un margen gingival normal y fisiológico.

Condiciones para efectuar una gingivectomia

1.- La sonda de la encía insertada debe ser lo suficientemente ancha, para que la excisión de parte de ella deje una sonda adecuada desde el punto de vista funcional.

2.- La forma de la cresta alveolar subyacente debe ser normal, si hay pérdida ósea debe ser horizontal, para dejar la cresta ósea regular en el nuevo nivel.

3.- No debe haber defectos o bolsas infraóseas.

Indicaciones

- 1.- En la eliminación de bolsas supraalveolares y bolsas falsas.
- 2.- En agrandamientos fibrosos o edematosos (hiperplasia).
- 3.- En la transformación de márgenes redondeado o engrosados a lo normal.
- 4.- Para la creación de una forma más estética o para lograr más retención en los pilares que van a soportar una prótesis.
- 5.- En los casos en los que no se ha efectuado una cirugía completa de la corona anatómica.
- 6.- En la corrección de craters gingivales y grietas.
- 7.- En lesiones de las furcaciones y en determinadas bolsas infraóseas.

Contraindicaciones

- 1.- En presencia de bolsas intraalveolares o infraóseas.
- 2.- Si la excisión de la encía dejara una porción de encía inadecuada.
- 3.- Cuando la higiene bucal es mala.
- 4.- Si existen afecciones que pudiesen deteriorar la buena cicatrización o complicar la cirugía.
- 5.- Si hay mucha sensibilidad dentaria.

TECNICA DE LA GINGIVECTOMIA

ANESTESIA

Si se ejecuta sola la gingivectomia sin otros procedimientos de restauración, ni desgaste de dientes no se requiere de anestesia profunda a menos que haya sensibilidad. Por lo tanto se utiliza el método de infiltración local, papilar y si se requiere anestesia regional.

Las ventajas de la técnica de infiltración local es que se provoca isquemia lo cual reduce la hemorragia por el efecto del vasoconstrictor del anestésico.

MARCACION DE LA PROFUNDIDAD DE LAS BOLSAS

Se puede hacer por 2 métodos:

- 1.- Con las pinzas marcadoras de puntos sangrantes
- 2.- Con sonda

Si se hace con pinzas marcadoras se introduce el extremo recto hasta el fondo de la bolsa y con el extremo para punzar (el externo) se marca la profundidad de la bolsa.

El extremo marcador de la pinza debe estar alineada con el eje mayor del diente.

Las bolsas se marcan sistemáticamente comenzando por la superficie distal del último diente, siguiendo por la superficie vestibular yendo hacia la línea media; así mismo se efectúa por la superficie lingual.

Cada bolsa se marca en varias partes para dibujar su curso sobre cada superficie.

Si se hace con Sonda.

Se introduce la sonda a lo largo del diente hasta el fondo de la bolsa, dando una angulación a la sonda para su perfecta introducción; se mide en la referencia o escala de la misma.

Esta medida se lleva sobre el exterior partiendo del margen de la encía.

Después de rotar 90° se pincha la encía.

Se trata de marcar lo más posible el curso de las bolsas por lingual y vestibular; y se prestará especial atención a las zonas interproximales que son a menudo las más afectadas.

Si se le da cierta angulación a la sonda cuando se introduce, hay que encontrar la misma inclinación al momento de medir o llevar la medida por la superficie externa, si no se hiciese así se grabarían los puntos heteróneamente.

En la cara palatina resulta más difícil marcar los puntos debido a la inclinación del paladar.

INCISION PRIMARIA

Una vez trazada la línea de puntos sangrantes que señala el nivel de la adherencia de la encía, y que a su vez con el reflejo del contorno óseo, se efectúa la incisión primaria.

El corte se hace apicalmente a los puntos sangrantes y en la relación del reborde óseo, con el fin de evitar rebordes posoperatorios, ésta incisión debe ser oblicua según una dirección apico-cervical. La distancia -

entre los puntos sangrantes y el corte dependerá del espesor del tejido y de las características anatómicas de la zona. Un tejido grueso requiere un bisel más largo y el corte inicial deberá estar más hacia apical del punto sangrante. En una encía delgada el bisel se hará lo más corto posible para no provocar dehiscencias.

Normalmente es de 1 a 2mm.

La incisión se hace sirviéndonos de bisturios para gingivectomía, de hoja ancha y porción convexa, de los ya mencionados en el capítulo anterior. En todos los casos la hoja debe llegar hasta hacer contacto con las superficies radiculares.

Este tipo de escalpelo o bisturios para gingivectomía de hoja ancha y porción convexa actúan muy bien sobre el terreno hallado ya que se puede deslizar muy bien sobre tejido irregular.

La incisión se traza en línea recta a través de todo el campo operatorio guiada por las marcas y en una curvatura proximal que en lo posible cree las vías de escape verticales. El corte se debe hacer con decisión para tomar casi todo el tejido gingival en el movimiento inicial del bisturí.

Es difícil cortar el tejido palatino si no es con una presión firme e intensa.

Al realizar la gingivectomía no solo se deben tomar en cuenta las exigencias fisiológicas sino también las estéticas, con esto se refiere a que si un diente estuviera afectado por tener una bolsa muy profunda y los dientes vecinos no, la incisión debe fundirse hacia los tejidos adyacentes sin formar rebordes. Esto se puede le-

grar si se hace más pronunciada la angulación del bisel - de modo que se produzca una papila interproximal cónica.

La incisión puede ser continua o discontinua

La incisión continua se empieza en la superfi- cie vestibular del último diente y se extiende hacia la - línea media sin interrupción, siguiendo el curso de las - bolsas.

La incisión discontinua comienza también en la superficie distal del último diente del cuadrante escogido y se lleva por vestibular hacia la parte media, siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose a través de la encía interdientaria.

Las inserciones de los frenillos que estén en la trayectoria de las incisiones se recolecarán.

Una vez terminadas las incisiones vestibular y lingual, se unen por una incisión en la superficie distal del último diente erupcionado y se bisela, el ángulo de inclinación es aproximadamente de 45° con la superficie dentaria.

Este tipo de incisión se llama de "bisel externo"

INCISION SECUNDARIA

Con ayuda de bisturíes más finos (forma de lanceta) se hacen estos cortes, se llevan hasta los espacios interproximales donde no penetra la incisión primaria.

En la medida de lo posible la incisión debe --- crear la forma festoneada normal de la encía sin dejar intacta la parte de la pared de la bolsa.

EXCISION

Se desprende el margen gingival por la línea de corte con una azada quirúrgica o raspadores superficiales (kaplan) el instrumento se coloca profundamente en la incisión, en contacto con la superficie del diente y se le mueve en dirección coronaria con un movimiento lento y -- firme.

También se puede desprender el tejido con una -- pinza para tejidos y cortando la unión remanente con un -- bisturí.

A medida que se retira el tejido gingival se -- van observando restos de tártaro, tejido de granulación y a veces ablandamiento de la superficie radicular e indenta -- ciones por la resorción.

ELIMINACION DEL TEJIDO DE GRANULACION

El tejido de granulación se elimina antes de co -- menzar el raspaje minucioso para que la hemorragia que -- proviene del tejido de granulación no entorpezca el logro -- de de las superficies radiculares.

En este procedimiento se utilizan las curetas -- y se introducen por la superficie dentaria por debajo del -- tejido de granulación para separarlo del hueso subyacente.

ELIMINACION DEL CALCULO Y SUPERFICIE RADICULAR -- NECROTICA.

El éxito de la gingivectomia depende en gran me -- dida de la minuciosidad con que se raspe y alise la raíz. -- Se hace con la ayuda de instrumentos de detar--

traje y con curetas se eliminan todos los restos de tártaro y se pulen las superficies radiculares.

CORRECCION DE LA INCISION Y FORMA

Si nos hallamos en presencia de un corte discontinuo con proyecciones remanentes; se puede corregir con bisturíes haciendo movimientos de vaivén. Pero resulta -- más fácil utilizando tijeras rectas o curvas.

En los casos que no se haya dado el bisel correcto a la encía, las correcciones se pueden hacer con frezas redondeadas grandes de diamante o tijeras curvas.

La corrección exige en ocasiones de la regularización ósea.

INSPECCION

Es necesario verificar que sobre el campo operatorio no hemos dejado tártaro, ni tejido de granulación; debemos asegurarnos de que no haya posibles bolsas infraóseas en los espacios interproximales, comunmente basta con la aspiración quirúrgica para lograr una buena visibilidad, pero si hay hemorragia que no nos deje ver, se hace presión sobre la zona con pequeños trozos de gasa.

Se lava la herida con agua tibia o suero fisiológico.

COLOCACION DEL APOSITO

Es obvio que la herida quirúrgica debe ser cubierta y protegida de los líquidos bucales e irritantes, hasta que la granulación ya este bien adelantada y las superficies expuestas hayan comenzado a epitelizar.

La mayoría de los cementos periodontales disponibles constan de Oxido de Zn. y eugenol con modificadores.

El cemento quirúrgico común consiste en un polvo y un líquido que se mezclan dando una consistencia al gusto del operador. El profesional debe conocer la naturaleza del producto que emplea, de modo que se adapte bien a su procedimiento.

Regularmente utilizan el Wonderpak y Coepak, su consistencia permite desde el momento de la aplicación -- forzarle entre los espacios.

Para colocar el cemento se hacen dos tiras de longitud aproximada al cuadrante y porciones de tamaño necesario para cubrir nichos gingivales.

Primero se colocan las porciones de cemento en los nichos; se compactan firmemente en la zona proximal. Ya colocados se colocan las tiras primero la vestibular iniciando por distal siempre. Por último se comprime todo el conjunto con torundas de algodón húmedas.

Hay que checar que el cemento no interfiera en el cierre de los maxilares y movimientos de las inserciones musculares.

Se le explica al paciente el propósito que se persigue, dándole instrucciones para su comportamiento, señalando las precauciones a tomar y las posibles complicaciones que puedan surgir en los próximos días.

INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

No comer, ni beber 2 hrs. después de la cirugía

No tocar el apósito con lengua o dedos.

Evitar comidas ácidas o condimentadas.

Tomar alimentos fríos semisólidos.

Compresas frías a intervalos de 15 min. cada 4 hrs.

Si hay dolor tomar Demerol 50 mg. cada 4 hrs.

No fumar.

El cepillo dental a usar debe ser blando, humedecido en agua sin dentífrico.

Si se rompe un trozo de apósito y siente dolor favor de hablar al consultorio, para que se le cambie.

Al día siguiente hacer enjuagues ligeros.

El apósito se deja de 7 a 10 días.

ELIMINACION O CAMBIO DEL CEMENTO

El apósito se retira una semana después de la gingivectomia, éste período se basa en el tiempo de cicatrización y la experiencia clínica; no es requisito dejarlo una semana, algunas veces se retira hasta los 15 días, esto depende de si hay dolor, sensibilidad, cicatrización lenta, etc.

El apósito se desaloja introduciendo una azadaquirúrgica en el margen, ejerciendo una presión lateral suave; los restos de curación que quedan en la superficie dentaria se eliminan con raspadores y los que quedan en la herida se desprenden con pinzas muy finas. Se lava la zona.

Ya expuesta el área se observa la superficie gingival cubierta por una trama friable de nuevo epitelio. La mucosa vestibular y lingual cubierta por una capa amarilla grisácea resultado de residuos de alimentos que han escurrido por debajo del apósito.

Ciertas veces, el paciente nos refiere que hay-

sensibilidad sobre las superficies dentarias, y notamos - que hay mayor movilidad que cuando se inicio, hay que pensar en una posible ferulización, aunque generalmente disminuye todo malestar con el paso de las semanas.

Si persiste tejido de granulación o protuberancias rojas de aspecto globular, es que no se eliminaron - por completo los cálculos. En estos casos hay que volver a curetear.

GINGIVECTOMIA TOTAL

Se hace en una sola sesión y bajo hospitalización; se realizan todos los tratamientos periodontales - que sean necesarios.

En pacientes aprensivos.- se mandan tranquilizantes una noche anterior.

La hospitalización es un día antes.

La sala debe estar totalmente estéril para reducir las infecciones.

La anestesia que se usa es local o general; si es local en el maxilar inferior se inyecta rana mandibular bilateral y vestibular larga, en maxilar superior inyecciones bilaterales del nervio palatino anterior en el foramen palatino posterior y la inyección del nervio maxilar lateral en el foramen incisivo, además de infiltración vestibular en las regiones de molares.

Errores de la Técnica

- 1.- Sondeo y marcación de bolsas impreciso.
- 2.- Titubeo al hacer la incisión primaria.
- 3.- No darnos cuenta de que quedan bolsas residuales
- 4.- No hacer el bisel adecuado
- 5.- No hacer el festoneado adecuado.
- 6.- Mal colocación del apósito

GINGIVOPLASTIA

Es la remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos.

Por lo general se realiza como segunda operación sobre la encía cicatrizada en la que persisten anomalías después del tratamiento preliminar.

Este procedimiento no está destinado a obtener la salud gingival por la eliminación de las bolsas, sino a dar forma a los tejidos después del curetado.

INDICACIONES

La indicación más común es la necesidad de corregir el margen gingival engrosado, debido al depósito de colágeno, que es una tentativa de curación de la naturaleza, es común en trastornos gingivales crónicos.

En contornos del margen gingival irregulares.

Cuando hay pérdida del tejido interproximal con formación de crater en vez de la pirámide normal de la papila gingival.

TÉCNICA

Anestesia. - Se ponen puntos aislados en la zona el líquido se inyecta bajo presión, es muy recomendable en los tejidos blandos dándoles más rigidez (temporaria) para que así puedan soportar el bisturí e instrumentos rotatorios.

El acto operatorio se corresponde con los principios de la gingivectomía.

Cuando la gingivoplastia está indicada en dien-

tes aislados se puede proceder al remodelado gingival con fresas de bola grande de diamante grano grueso o tijeras-curvas, y cuando la operación tiene que extenderse a la - región más amplia se utilizan bisturios o escalpelos.

También resulta muy útil la utilización de la - electrocirugía ya que se puede hacer buen festoneado.

OPERACION A COLGAJO

Es una intervención de la cirugía parodontal -- que nos facilita una visión completa de las características de la zona operada y una mejor apreciación de las irregularidades del contorno óseo. Hay mejor restablecimiento del contorno gingival fisiológico.

Colgaje Pericardial. -- Es una parte de encía o mucosa o de ambas, separada quirúrgicamente de los tejidos adyacentes, dejando su base insertada para poder mantener el segmento irrigado.

Los colgajes se pueden hacer de diferentes maneras y reciben por esto varias denominaciones.

Hay clasificación de acuerdo al diseño; son colgajes completos aquellos que tienen 2 liberatrices verticales unidas por una incisión horizontal en el margen gingival.; y colgajes Modificados son los que observan una incisión vertical u oblicua.

La base del colgaje debe ser por lo menos tan ancha como el tejido desprendido sin dañar innecesariamente estructuras adyacentes.

En lo que se refiere a la manera de rechazar el colgaje se puede hacer por disección Rona o Aguda.

Disección Rona. -- Se hace introduciendo un elevador periódico entre el diente e hueso y la encía, dejando la superficie al descubierto. Colgajes de espesor total.

Disección Aguda. -- Se hace con hojas quirúrgicas reemplazables o bisturios, y, no se expone hueso, se uti-

liza con más razón cuando nos encontramos con tablas óseas finas, para reducir la extensión de la resorción ósea posoperatoria.

La incisión aguda se puede hacer por el corte vertical o liberatriz, cuando se tiene que disecar, adelgazar o desplazar un colgajo.

OBJETIVO

Detener la destrucción ósea y eliminar la enfermedad periodontal por medio del curetaje subgingival y remodelado óseo, además de la obtención de reinsertión de fibras de la membrana periodontal y del epitelio gingival a superficie dental y formación de nuevo cemento y hueso.

INDICACIONES

En bolsas infraóseas

En la corrección de defectos mucogingivales.

Restauración de tejidos destruidos por la enfermedad.

Lesiones de bifurcaciones y trifurcaciones

En abscesos paradontales

El colgajo es muy indicado en pacientes jóvenes ya que se logra mejor reinsertión o adhesión.

CONTRAINDICACIONES

En los casos en los que los métodos de reinsertión y resección puedan eliminar ventajosamente un surco profundo. Por factores sistémicos.

TECNICA

MARCACION DE PUNTOS SANGRANTES

Se marca la profundidad de las bolsas, haciendo un mínimo de puntos sangrantes, con el fin de evitar toda lesión inútil a la mucosa.

INCISIONES

Las incisiones más practicadas son las de Neuman y las de Widman.

Características indispensables.- Deben crear visibilidad, buena irrigación, deben ser de un solo trazo y sin ángulos agudos.

INCISION

Se dirige la punta del bisturí al fondo de la bolsa guiándose por los puntos sangrantes y se hace una incisión partiendo de la ensia marginal; por lo tanto en las bolsas más profundas la incisión será más alejada del margen gingival. Seguidamente se hacen las incisiones verticales que pueden ser una o dos dependiendo de la extensión de la incisión horizontal. No se hacen cuando es muy grande la zona por operar.

Las incisiones verticales deben de extenderse desde el margen gingival hacia la mucosa alveolar y deben de encontrarse lo suficientemente alejadas para exponer la totalidad del defecto óseo y tienen que ser lo suficientemente profundas para permitir el rechazo de un col-

gajo mucoperióstico. .

RECHAZO DEL COLGAJO

La liberación del colgajo deberá ser adecuada a la situación clínica.

Se levanta el colgajo mucoperióstico con legrador o elevador. También se puede hacer con cureta partiendo de una de las incisiones verticales.

Los movimientos son suaves tratando de no desgarrar los tejidos, ya que esto hace más difícil volver a colocar el colgajo en su posición.

Una vez elevado el colgajo, se observa la encía marginal acompañada de epitelio de la bolsa y del tejido de granulación con tártaro.

ELIMINACION DEL TEJIDO DE GRANULACION Y RESPOSITOS.

Se hace por curetado, se desaloja la pared adherida de la bolsa y todo el tejido de granulación con restos de encía.

Se lava la zona y se controla la hemorragia.

Si es necesario se practica la osteoplastia, o resección radicular con hemisección y trasplantes óseos.

Reinserción

La reinserción se puede conseguir por medio del curetaje quirúrgico por colgajo; en defectos infraóseos - de 3 ó 2 paredes.

También se hace por curetaje subgingival más allá del epitelio del surco y de inserción, en dirección - hacia el hueso, siguiendo la luz de la bolsa, quitando to - do el epitelio de inserción, tejido conectivo blando adya - cente y subyacente de la boca.

Después de curetear se presiona la encía contra el diente para coaptar el tejido blando al diente y redu - cir el volúmen del coágulo.

Se coloca el apósito.

Resección Radicular y Hemisección.

Esta indicado en las lesiones de las furcacio - nes y únicamente se hace en dientes firmes con destruc - ción ósea concentrada alrededor de una raíz.

El método puede ser empleado en cualquier raíz - de un diente multirradicular. Las raíces que más se pres - tan para éste son las vestibulares de molares superiores.

Lo que se hace es obturar los conductos radicu - lares, levantar un colgajo, y cortar la raíz afectada, -- enseguida colocar una restauración en el conducto radicu - lar seccionado y pulir o alisar con piedra de diamante el muñón y recolocar el colgajo.

Al absceso periodontal es muy indicado tratarlo

por medio del colgajo parodontal, para una mejor apreciación y eliminación de tejido de granulación, purulento esponjoso y secreciones que se encuentran en el orificio de la fistula.

REPOSICION DEL COLGAJO

Se adelgazan las porciones abultadas, con curetas o tijeras.

Se limpia la zona con agua tibia ó suero fisiológico antes de volver el colgajo en su sitio.

La coaptación debe ser perfecta y no debe quedar hueso marginal o interproximal expuesto. El colgajo se presiona suavemente con el dedo durante 5 min., para reducir el grosor del coágulo.

La sutura puede ser de papila a papila pasando por proximal uniendo los 2 labios de la incisión, en puntos aislados (sutura interrumpida), con nudos de cirujano o nudos cuadrados.

Se puede hacer también con puntos continuos pero tenemos que asegurarnos de la estabilidad del colgajo.

Sea cual fuere el tipo de sutura, no se debe efectuar mucha tensión sobre los tejidos para evitar una necrosis.

Sobre la sutura se coloca el cemento quirúrgico si es necesario, para mantener en posición al colgajo.

A la semana se retira cemento y sutura.

La operación a colgajo puede asociarse a una vestibuloplastia de la siguiente forma: Antes de suturar el colgajo se desliza apicalmente; el deslizamiento está indicando cuando el fondo de la bolsa está situado apical-

mente en relación con la posición de la unión mucogingi--
val e inserciones ligamentosas, y cuando la encía inserta
da es muy corta.

Errores de la Técnica

- 1.- Mal diseño del colgajo
- 2.- Desgarre de tejidos
- 3.- No curetear o pulir bien las superficies
- 4.- Ligar los colgajos en posición de retracción --
con sutura o pinzas, ya que deshidratan.
- 5.- No hacer bien el remodelado de hueso
- 6.- No adaptar bien el colgajo
- 7.- Mal suturado y colocación del apósito.

RESECCION OSEA

Son procedimientos quirúrgicos efectuados sobre hueso con la finalidad de remodelarlo.

La necesidad de remodelar hueso hasta darle forma ideal, se basa en la idea de que si se dejan persistir los defectos después del tratamiento periodontal, deformarán la encía que los cubre, dando un resultado negativo.

La forma de reconformar hueso puede ser mediante osteoplastia u osteotomía.

OSTEOPLASTIA

Es la remodelación sin eliminar hueso de soporte dentario.

Este remodelado consiste en adelgazamiento de -margenes gruesos del hueso y el establecimiento de un contorno bucal ondulado mediante la creación de surcos interradiculares.

INDICACIONES

En la corrección de defectos óseos producidos - por enfermedad periodontal, como bolsas infrabucales, craters interproximales, defectos angulares, masetas óseas - gruesas ó irregulares, principalmente en hueso interproximal, en anomalías anatómicas (torus), y en exostosis.

CONTRAINDICACIONES

En tablas óseas muy delgadas
Cuando se puede lesionar tejidos delicados cercanos.

En dehiscencias y fenestraciones
 En enfermedades sistémicas
 Por características anatómicas que dificultan -
 la cirugía ósea.

La textura blanda del hueso exige precauciones especiales y cuidados extraordinarios porque hay peligro de cortar excesivamente hueso. Por esto se utilizan piezas de mano de baja velocidad o intermedia.

La fresa de carburo es el medio más lógico y -- menos traumático que un instrumento de diamante. La fresa de carburo elimina fragmentos de hueso y genera menos calor que el diamante (es abrasivo).

Es conveniente reducir grandes masas de hueso - con fresas de carburo y terminar con una de diamante. No olvidar que el procedimiento se acompaña de refrigeración por medio de agua, de preferencia suero fisiológico.

La utilización de instrumentos de mano como el cincel, es más lento, pero menos irritante y requiere de mayor manipulación digital.

La lima y el cincel, se emplean regularmente acompañados con instrumentos giratorios de diamante que -- son adecuados en el terminado.

La osteoplastia y la osteotomía se combinan -- frecuentemente en la práctica, utilizando primero instrumentos de mano se efectúa la osteotomía y con instrumentos rotatorios la plastia ósea.

En la corrección de craters interproximales, se reduce la pared vestibular ó lingual ó las dos, hasta que de la base del crater se termina, se adelgasa el hueso -- hacia adentro y en dirección a la corona.

Hay que calcular la cantidad de hueso que se va a eliminar, si dejamos margenes demasiado delgados, puede dar lugar a dehiscencias o fenestraciones después de la actividad osteoclástica posoperatoria.

OSTEOTOMIA

Es la eliminación de hueso con soporte dentinario.

INDICACIONES

En craters interproximales

Defectos intraalveolares

En festoneado cuando existen distintos niveles de hueso.

La osteotomia no se práctica con tanta frecuencia como con la osteoplastia.

Antes de eliminar el soporte alveolar de un diente, el periodencista debe aplicar todos los criterios de supervivencia de un diente.

OBJETIVO

Obtener una forma fisiológica.

PROTECCION DEL HUESO

Terminada la cirugía el hueso debe ser cubierto por la encía. Si no tenemos encía en ese lugar, se elige el colgajo desplazado ó injerte gingival libre.

Cuando es inevitable la exposición posoperatoria se cubrirá con gelfoam o cera para hueso antes de colocar el apósito.

El apósito se cambia cada 5 días y la sutura se

se quite a la semana.

Se dan al paciente instrucciones para el cuidado posoperatorio.

Errores de la técnica

- 1.- Eliminación incompleta de las bolsas, por no --
crear la forma ósea ideal**
- 2.- Resorción por trauma quirúrgico excesivo**
- 3.- Exposición de tablas óseas delgadas.**
- 4.- -Infección posoperatoria.**

CIRUGIA MUCOGINGIVAL Y REPARATIVA

Son procedimientos quirúrgicos destinados a corregir las relaciones entre la encía y membrana mucosa -- que complican la enfermedad parodontal, y pueden obstaculizar el éxito del tratamiento (ya sea gingivoplastia, - operación a colgajo etc.).

Se busca crear una zona de encía insertada funcionalmente adecuada; aveces también se modifica la posición de un frenillo, se eliminan si su inserción es muy - alta.

El término de reparativa se atribuye a la cirugía plástica porque se realiza para restaurar o reparar - tejidos periodontales destruidos.

La cirugía mucogingival se realiza como complemento de los procedimientos corrientes de la eliminación- de bolsas, ya que en algunas circunstancias la bolsa alcanza los límites mucogingivales.

La encía insertada proporciona una barrera que impide que la musculatura de la expresión y la de la movilidad de los labios y carrillos, retraigan el margen gingival libre. Por esto la anchura de la encía insertada es un factor de gran importancia.

La encía es más ancha en la zona de incisivos - y disminuye gradualmente hasta la zona de molares, con variaciones en caninos y premolares, en donde se puede reducir hasta 1 mm.

Interesa también la posición de los dientes, se

ha observado que mientras más prominentes son las raíces en su alineación regular y ordenada, más en dirección apical se encontrará el margen gingival.

El vestibulo se puede reducir debido a la migración de la encía marginal hacia apical (recesión gingival); por mal posición dentaria, frenillos etc.

La mayoría de las recesiones se encuentran en la cara labial.

VESTIBULOPLASTIA

Hay varias formas para proporcionar más profundidad al vestibulo, algunas de las cuales ya no se usan, porque provocan pérdida de tejido y molestias posoperatorias.

El objetivo es proporcionar espacio para una zona aumentada de encía insertada, profundizando el vestibulo y recolocando inserciones musculares altas, para favorecer a una mejor higiene y salud gingival.

Indicaciones. - En recesiones gingivales que disminuyen la profundidad mucogingival.

En bolsas parodontales que invaden la línea mucogingival o la rebasan.

En vestibulos cortos que provocan tensión sobre la encía marginal.

TÉCNICAS

Anteriormente se efectuaba la extensión vestibular por medio de la denudación mediante colmajos de espesor total o disección roma, de la siguiente manera: se -

hace la denudación de la placa labial mediante disección roma, y el levantamiento de la encía marginal y la mucosa alveolar, entonces el apósito quirúrgico se inserta profundamente en el espacio cavernoso, en dirección apical - en el margen de la herida.

Denudación Parcial (disección aguda)

Es más aceptable y consiste en levantar un colgajo de espesor parcial.

Se hace gingivectomía si hay bolsas.

Se separa el colgajo penetrando hasta la unión mucogingival; mientras se sostiene se va separando tejido subyacente profundizando el vestibulo bucal, alcanzada la profundidad deseada, se aplica presión lateral leve en carrillos y labios, llevando el colgajo hacia apical, hasta que su borde esté en la posición apropiada.

Se eliminan inserciones musculares y de frentillos proporcionando en ésta, una base lisa para el tejido de granulación.

El borde del colgajo puede ser suturado o no -- (se puede adherir por medio del colgajo, haciendo presión con una gasa sobre la superficie). Se coloca el apósito quirúrgico.

Extensión Vestibular con combinación de Colgajo de Granor Total con Parcial.

El nivel hasta donde se desnuda el hueso de presión, determina el ancho postoperatorio de encía insegura.

La porción coronaria del colgajo incluye perio^{stio} y la apical es de espesor parcial.

Técnica.

Se marcan puntos sangrantes

Se hacen incisiones verticales cortas desde el margen gingival al hueso.

Se efectúa la gingivectomia en presencia de bolsos.

Se rechaza el colgajo de espesor total exponiendo como 4mm. de hueso.

Se extienden las incisiones verticales pero ya no se hacen profundas.

Se continua el colgajo, dejando periostio sobre el hueso.

Sutura y apósito.

Procedimiento de Fenestración

Esta operación disminuye la pérdida de altura ósea. Comprende un colgajo de espesor parcial, excepte en una zona, en la base del campo operatorio donde se levanta el periostio y se expone hueso (zona de fenestración); esto es con el fin de crear una cicatriz firmemente unida al hueso, que impedirá su separación y el estrechamiento de la zona insertada.

Colgajos Resplazados Apicalmente En la Profundización del Vestíbulo

Los colgajos pueden ser de espesor parcial o to

tal.

Su finalidad es eliminar las bolsas, ensanchar la zona de encía insertada, profundizar el vestibulo y --desplazar apicalmente el frenillo.

El colgajo parcial evita la exposición de hueso.

El colgajo total se usa cuando se quiere tener más visibilidad.

FRENOTOMIA Y PRENECTOMIA

FRENOTOMIA es la eliminación parcial del frenillo; consiste en separar o cortar un extremo de su inserción y de esta manera profundizar el vestibulo y encastrar la encía insertada. Generalmente este procedimiento es suficiente para finalidades periodontales.

PRENECTOMIA es la eliminación completa del frenillo, incluso su inserción al hueso subyacente. Se utiliza en la corrección de distancias anormales entre los dientes incisivos centrales superiores.

Frenillo es un pliegue de membrana mucosa, que encierra fibras musculares; uniendo el labio y las mejillas a la mucosa alveolar, encía y periostio subyacente.

El problema es que si el frenillo se encuentra cerca del margen gingival, ejerce tracción provocando una recesión gingival y favoreciendo que se acumulen con facilidad los irritantes.

Las distensiones y retracciones originadas por estas inserciones altas, se presentan con más frecuencia en las regiones medias vestibulares inferiores y superiores, y en zona de caninos y premolares.

Las inserciones pueden ser largas y angostas; anchas y planas; y todas las variedades intermedias.

Los frenillos medios superiores suelen ser largos y angostos y los frenillos inferiores amplios y pla-

nos .

Existen varias técnicas quirúrgicas para corregir los problemas de frenillos; están las de Federspiel, Wassmud, Mead, etc.

Los métodos son diferentes en la forma de incidir el frenillo.

En la de Federspiel se pide incisión en forma de ovalo llegando hasta hueso; Wassmund, la incisión se hace a ambos lados del frenillo, de modo que se junten éstas en el borde inferior del frenillo, también incluye osteotomía, que se hace por medio de perforaciones que rodean al hueso (mediante fresa de bola y escoplo). Generalmente en todas las técnicas la desinserción se hace por disección roma.

TECNICAS

Frenotomía

1.- Incisión horizontal en la línea mucogingi-- val, que debe abarcar por lo menos un diente a cada lado de la zona por operar.

2.- Se disecciona y se adelgaza la mucosa.

3.- En el extremo inferior de la zona expuesta se raspa una banda horizontal angosta de periostio.

4.- Se sutura la mucosa al periostio en la zona inferior.

5.- Se coloca el apósito periodontal

Se quita sutura y cemento a las dos semanas.

Frenectomia'

- 1.- Anestesia local infiltrativa**
- 2.- Se toma el frenillo con pinza hemostática, in--
troducida hasta la profundidad del vestibulo**
- 3.- Se hace una incisión en la superficie superior--
del hemostato.**
- 4.- Luego en parte inferior**
- 5.- Se elimina la porción triangular del frenillo -
con el hemostate; se separan las fibras que tienen inser--
ción en el hueso, mediante disección roma.**
- 6.- Se limpia el campo operatorio y se taponea con--
trozos de gasa hasta que cese la hemorragia.**
- 7.- Se coloca el apósito quirúrgico, adaptando pri--
mero, la porción marginal y después las tiras que abarque
la profundidad de la incisión.**

El apósito se renueva a las dos semanas. Se requiere un mes a partir del momento de la operación, para que se forme mucosa sana.

En la superficie lingual, se trata de no afectar -- las estructuras del piso de la boca, separando aproxima-- damente la inserción 2mm. desde la mucosa, con un bisturí periodental, a intervalos semanales hasta alcanzar el nivel adecuado; además se cubre la zona durante el trata-- miento. Este tratamiento está muy adecuado para personas con problemas generales de salud.

Frenectomia en Incisivos Centrales Superiores

- 1.- Las incisiones son paralelas al frenillo.**
- 2.- Se elimina la parte interdientaria y frenillo -
(excisión del frenillo).**

3.- Se suturan los bordes de la herida y se coloca-
apósito periodontal.

Se retira la sutura y el apósito a las dos sema

nas.

INJERTOS

Un injerto es tejido vital tomado de una zona dadora que se traslada a otro sitio para reemplazar es---
estructuras destruidas.

Los injertos en boca pueden ser de encia, mucosa bucal, hueso y médula ósea.

Estructuralmente los injertos pueden ser libres o pediculados.

Injertos Libres.- Son tejidos completamente eliminados de un lugar y transferidos a otro, sin conservar conexión con la zona dadora.

Estos injertos pueden ser autoinjertos (del mismo individuo); Homoinjertos (de otro individuo de la misma especie); y heteroinjertos (de otras especies).

Injertos pediculados.- Son los que permanecen unidos con su origen, por una base o pedículo. Así la supervivencia del tejido que ha sido separado de su sitio original depende de la existencia del intercambio de líquidos, establecido por medio del pedículo

El injerto libre solo vivirá si yace sobre un lecho lo suficientemente vascularizado para proporcionar-le mediante la difusión el intercambio de líquidos, con los requerimientos mínimos de metabolitos y productos de desecho.

Por lo tanto un injerto libre exige un lecho --

cuidadosamente preparado.

El injerto pediculado se transfiere al sitio receptor mediante deslizamiento o transposición, ó por rotación sobre su base.

Las desventajas del injerto pediculado son:

Que el colgajo se encuentra limitado en su movimiento por el tallo o pedículo.

Que el sitio donador no puede encontrarse alejado del sitio receptor; así el tipo y cantidad de tejido requerido debe encontrarse cerca de la zona, en donde está la deficiencia.

Las ventajas son:

Que no hay otra forma de cubrir denudaciones -- radicales, con masa firmemente adherida.

Los requisitos circulatorios son completamente satisfactorios.

El sitio donador y el sitio receptor se encuentran lado a lado.

Los injertos pueden ser además de grosor parcial o total.

Los de grosor parcial constan de epitelio y una capa delgada de tejido conectivo.

Los de grosor total constan de epitelio, tejido conectivo, periostio del hueso subyacente.

Los pedículos de grosor total pueden tolerar -- con mayor seguridad un tallo delgado.

La estrangulación del tallo del pedículo deberá evitarse para que la circulación hacia el injerto no sea

limitada. La presión sobre los vasos vitales en su base, pueden condenar todo el pedículo a la necrosis.

Si junto a la zona deficiente, hay una zona desdentada y tiene suficiente encía en su parte labial para satisfacer los requisitos clínicos, puede realizarse entonces el diseño del colgajo pediculado; iniciando la incisión cerca o en la cresta del reborde alveolar.

Al diseñar la forma y longitud del injerto pediculado es necesario reserbar ciertos principios y objetivos:

1.- Se hace el intento para movilizar y levantar un colgajo de tejido, que deberá ser girado en dirección mesial o distal, según sea el caso, para cubrir el defecto.

2.- La base o tallo no debe ser muy estrecho. -

A una proporción de 4 a 1 longitud:base. Esto no es una regla pero sí es lo más aceptable.

3.- Tratar de no ahorcar el tallo o base.

4.- Antes de hacer cualquier incisión, deben tomarse ciertas medidas para realizar el diseño adecuado.

Al girar un pedículo, se notará que existe dimensión lineal vertical adecuada en el colgajo; pero ésto se acorta cuando se gira a la posición diagonal, por esta razón se recomienda buscar la angulación más apropiada al girar el colgajo.

1.- Entre de los injertos pediculados tenemos:

2.- Colgajo desplazado lateral

3.- Injerto pediculado de doble papila

4.- Colgajo deslizante de espesor parcial, desde una zona desdentada.

5.- Colgajos desplazados coronariamente.

COLGAJO DESLIZANTE LATERAL

Indicación.- En recesiones gingivales localizadas, donde queda muy poca o nada de encía en la superficie vestibular de un solo diente; en grietas gingivales y en dientes en mal posición.

Si el espesor y ancho de la encía adyacente es bueno, se escoge como zona dadora.

TECNICA

- 1.- Se prepara el lecho, recortando el tejido que rodea al defecto y se raspa a fondo la superficie vestibular.
- 2.- Si la raíz es prominente, se raspa o desgasta lo suficiente.
- 3.- Se hace la incisión distal, extendiéndose en dirección apical, hasta donde se crea el injerto pediculado se puede movilizar. El ancho del colgajo debe ser 1.5 del ancho del defecto, o lo equivalente a la dimensión de un diente.
- 4.- El colgajo puede ser de espesor total o parcial
- 5.- Se desliza el colgajo a la zona del defecto, y se sutura con seda en puntos aislados.
- 6.- Se ejerce presión suave y continua sobre el injerto con una torunda húmeda; para disminuir el tamaño del colgajo y favorecer la adherencia -- por fibrina.
- 7.- Se coloca el apósito sobre la superficie y se retira en 10 días.

INJERTO PEDICULADO DE DOBLE PAPILA (oblicuo)

Para cubrir una raíz desnuda.

Se emplea cuando existe suficiente tejido gingival en la papila interproximal.

Consiste en utilizar las papilas a ambos lados de la raíz desnuda, como encía donadora.

Se pueden hacer los injertos de grosor total o parcial aunque resulta mejor de total ya que cicatriza -- con mayor rapidez.

Ambos segmentos papilares deben ser aproximados y suturados sobre la raíz desnuda.

Se coloca apósito, se deja 10 días.

INJERTO GINGIVAL LIBRE (autogeno)

Es de los procedimientos más empleados, debido a sus ventajas, y son: que no necesariamente tiene que -- ser tejido vecino; se pueden colocar injertos de más di-- mensión del que puede ofrecer un injerto pediculado.

Resultan ser superiores los injertos más delgados y de mayor dimensión mesiodistal; Se recortan los re-- tos de lámina propia y periostio hasta alcanzar dimensiones extremadamente delgadas.

La preparación del lecho para el injerto libre delimita el tamaño y la forma de éste injerto.

Indicaciones.- Se usan para aumentar el ancho -- de la encía insertada, en el caso de que no haya bolsa -- periodontales; En recesión y grietas.

Técnica

1.- Se prepara el sitio receptor, eliminando todo el tejido no deseable, y recortando los fragmentos con tijeras hasta que el lecho quede terso y delgado.

2.- Se elige el sitio donador; por lo general se toma de la mucosa palatina ya que es una fuente abundante de tejido paraqueratinizado y queratinizado y es muy útil para márgenes alveolares. También se puede tomar de zonas desdentadas y encías bucal.

En estos injertos se utiliza el papel estéril como molde o matriz para delimitar el corte, que es poco profundo. Esta matriz se coloca al paladar lo más cerca del margen gingival como sea posible. La profundidad del corte debe ser homogénea, de aproximadamente 1 mm. de grosor o menos y debe ser nivelado con tijeras o bisturí.

El injerto se desprende con escalpelo o bisturí para gingivectomía.

3.- Se coloca el injerto en el lecho y se sutura en la mejor posición (si es posible se utilizan agujas oftálmicas grandes con sutura de seda 5-0). La sutura solamente es indispensable en la fijación del margen superior o coronario.

Los injertos pueden ser fijados totalmente mediante el coágulo de fibrina.

Se coloca el apósito sobre la zona, después de haber presionado por un tiempo de 3 a 5 minutos.

Se pone apósito en la zona donadora.

Cuidados Postoperatorios.

Se retiran los puntos a los 7 ó 10 días.

Si es necesario se coloca un protector de acrílico o resina sobre el paladar, para retener mejor la curación.

MANTENIMIENTO

Después del tratamiento se hacen programas intensivos de visitas periódicas de control, con el fin de evitar una recidiva de la enfermedad.

El mantenimiento varía en grado, dependiendo del paciente y la terapia realizada. Y se basa en la valoración de la severidad de la destrucción existente; en la edad; susceptibilidad a la caries y nivel demostrado de control de placa.

El mantenimiento y el tratamiento primario activo, deben ser introducidos conceptualmente al mismo tiempo. Se debe enseñar al paciente el control de placa y su importancia, es indispensable que el paciente comprenda la finalidad del programa de mantenimiento, y lo favorable que es su cooperación.

Se dice que el mantenimiento es la continuación del tratamiento activo, y estas dos etapas forman la atención total del paciente.

Generalmente los programas de visitas son a largo plazo.

El aspecto psicológico, tanto del paciente como del terapeuta es también importante; el mantenimiento con éxito es una actitud mental positiva por ambas partes. El odontólogo debe generar fuerza de voluntad, por lo tanto su voluntad debe ser más firme, mostrando interés en -

en el tratamiento y mantenimiento.

Objetivo

Reducir la cantidad de microorganismos, eliminar placa y residuos accesibles al margen gingival, favorecer la circulación, la cornificación del epitelio, para que la encía sea más resistente a los irritantes locales. En resumen el objetivo es la conservación de los resultados benéficos del tratamiento y el descubrimiento temprano de lesiones nuevas.

El mantenimiento del paciente, con tratamiento quirúrgico, comienza tan pronto como se retira el último apósito de la primera zona quirúrgica; y si no se emplea la curación, al final de la primera semana después de la cirugía.

Los dientes, en cada zona tratada, requieren curetaje y pulido periódico, especialmente en la zona de la estructura dentaria adyacente al nuevo margen gingival.

Los pacientes con un tratamiento quirúrgico periodontal, también necesitan una revisión de su oclusión a intervalos frecuentes. Los dientes tratados permanecen móviles durante un período prolongado, por esta razón es preferible hacer un desgaste selectivo, para evitar o reducir el traumatismo secundario. (el desgaste se hace en dientes opuestos al segmento tratado).

A los pacientes que reciben tratamientos de ortodoncia, también se les aplica el mantenimiento a base de curetaje, ya que muestran un alto nivel de placa, bolsas e inflamación gingival.

En pacientes cuyo formación de placa es muy intensa, las visitas deberán ser más frecuentes, de 2 a 6 semanas.

Cuando hay poca formación de cálculo cada 6 meses.

Los que están bajo tratamiento ortodóncico cada 3 meses.

Hay pacientes que son susceptibles a la enfermedad periodontal, pero que no pueden realizar su higiene bucal; pero están dispuestos a recibir y pagar la atención profesional, en este caso el mantenimiento deberá ser programado cada 6 o 2 meses.

Dentro de las personas que experimentan un deterioro en su capacidad para controlar la placa, están las que sufren de artritis, senilidad etc. Esto limita su destreza manual.

Una técnica improvisada o descuidada en el mantenimiento es motivo de sorpresas desagradables, por eso debemos cumplir con los Requisitos Previos y son:

Concesión de tiempo suficiente

Es el requisito previo más importante para la visita de mantenimiento efectivo. Tiempo para informarse, derivar, organizar, y aplicar la información.

Registro de las observaciones de importancia y datos adicionales

El registro sirve para evaluar el estado actual del paciente; desde el punto de vista Oclusión e higiene bucal, y ayuda a determinar el tratamiento adicional.

El mantenimiento es un procedimiento ordenado que se inicia en la revisión del expediente, para hacer

una comparación de los hechos significativos, entre la última visita y la actual; se hace el examen clínico y registro parcial del estado actual, y si es necesario se toman radiografías; después se hace ajuste oclusal si es necesario (desgaste selectivo); se da instrucción en higiene; se hace la instrumentación de los dientes de acuerdo con el examen; se anota en el registro la información y proyecto del tratamiento adicional.

Cada dos años se toman series radiograficas completas, para comparar los niveles óseos a diferentes etapas.

Las primeras radiografías, después del tratamiento, se toman después de 3 meses regularmente ya que el hueso ha tenido el tiempo suficiente para demostrar una reacción al tratamiento empleado.

Todas las radiografías deben ser montadas y ordenadas cronológicamente.

CONTROL DE PLACA

Incluye

Motivación del paciente

Educación " "

Instrucción y Supervisión.

El modo más efectivo de controlar la placa, es la limpieza mecánica; con cepillos de dientes, dentífricos (no son necesarios) y elementos auxiliares de limpieza como el hilo dental y limpiadores interdentarios.

Para que nuestro paciente y nosotros mismos podamos localizar la placa dentobacteriana y determinar los lugares en donde es más fácil su acumulación, se utiliza-

la solución de fuscina básica al 2% ó pastillas reveladoras, como indicadores; se ofrece al paciente un espejo de mano, para que vea la cantidad de placa que tiene (se observa de color rojo, por la tinción); se le dice que use su cepillo para saber que técnica usa y se corrige, si es indicado se le enseña el uso de otros limpiadores.

La enseñanza del uso de elementos de limpieza - debe ser poco a poco, y sin abrumar al paciente.

El control se revisará y corregirá hasta que el paciente demuestre su eficiencia. Esto es un factor decisivo.

INSTRUCCIONES

Limpiará sus dientes por lo menos 2 veces al día, después de comer, principalmente antes de acostarse; por un tiempo mínimo de 5 minutos ó más, mientras no haya la habilidad suficiente.

La cita se hace a la semana y se hace lo mismo para reforzar el aprendizaje y establecer nuevos hábitos en el paciente.

El principal requisito en una técnica de cepillado debe ser la minuciosidad.

Las necesidades de determinados pacientes, son mejor satisfechas mediante la combinación de características seleccionadas de diferentes métodos. Por lo general - los individuos desarrollan modificaciones individualizadas de la técnica de cepillado enseñada.

En todos los métodos la boca se divide en dos cuadrantes, superiores e inferiores; y siempre se empieza

por la zona del molar superior derecho.

Existen varios métodos de cepillado, los más -- conocidos son:

Método de Bass ó Intersurcal

En ésta técnica las cerdas se colocan a 45° res_{pecte} al eje mayor de los dientes, y se fuerzan los extre_{mos} de las cerdas dentro del surco gingival y sobre el -- margen gingival, asegurandonos de que las cerdas penetran todo lo posible en el espacio interproximal se ejerce pre_{sión} suave en el sentido del eje mayor de las cerdas, y -- se activa el cepillo con movimientos vibratorios hacia a_{delante} y atrás, sin descolocar las puntas de las cerdas.

Método de Stilman

Se coloca el cepillo de modo que las puntas de_{las} cerdas queden en parte sobre la encia y en parte so_{bre} la porción cervical del diente; las cerdas deben que_{dar} oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sen_{tido} apical; se ejerce presión lateralmente contra el mar_{gen} gingival hasta que se empalidezca, se separa el cepi_{lle} para permitir que la sangre vuelva a la encia. Se e_{jerce} presión varias veces y se imprime al cepillado un -- movimiento rotatorio suave.

Método de Stilman Modificado

Es una acción vibratoria combinada con el movi_{miento} del cepillado en sentido del eje mayor del diente.

El cepillo se coloca en la línea mucogingival con las cerdas dirigidas hacia la corona y se mueve frotando la encía insertada y la marginal; apoyando las cerdas firmemente contra la encía, se efectúa un movimiento de vibración mesiodistal leve, simultáneamente con el movimiento gradual del cepillo hacia el plano oclusal; éste movimiento limpia los dientes con eficacia, en especial cuando el movimiento vibratorio fuerza las puntas dentro de los espacios interproximales y a la vez da masaje a la encía.

Método de fones

El cepillo se presiona firmemente contra los dientes y la encía, con las cerdas perpendiculares a las superficies dentarias vestibulares, se mueve el cepillo en sentido rotatorio, con maxilares ocluidos.

Método Fisiológico

Comprende movimientos suaves de barrido, que comienzan en los dientes y siguen sobre el margen gingival y encía insertada.

Método Circular

Las cerdas se colocan sobre la encía insertada con una angulación de 45° , se presiona el costado de las cerdas contra el tejido y al mismo tiempo se mueve el cepillo hacia incisal u oclusal, contra encía y dientes con movimientos circulares.

Los elementos auxiliares de limpieza son:

Cepillos dentales

Pueden ser de diversos tamaños y diseños, dureza de cerdas, longitud y distribución.

La elección es cuestión de preferencia personal y de acuerdo a las necesidades.

Deben ser reemplazados periódicamente antes de que las cerdas se deformen.

Hilo Dental

Puede ser encerado o no; se usa cortando de 60- a 90 cm., y se envuelve 3 veces en los dedos medios de ambas manos (un extremo en cada mano), se pasa el hilo sobre el pulgar derecho e índice izquierdo, y se introduce en la base del surco gingival; se le da movimiento vestibulolingual, firme, hacia atrás y adelante y se lleva el hilo hacia oclusal para desprender toda acumulación o placa.

Limpiadores Interdentarios

Pueden ser de caucho, madera y plástico.

Son de gran utilidad cuando se han creado espacios interdentarios por la pérdida de tejido gingival, pero no se deben de forzar las puntas entre la papila dentaria intacta y los dientes.

Los conos de caucho vienen en algunos cepillos (en el extremo del mango) ó pueden conseguirse separadamente.

Los conos se colocan con una angulación de 45° . La punta se activa mediante un movimiento de rotación lateral, limpiando la superficie dentaria proximal y presionando contra la superficie gingival para limpiarla. Estos elementos son muy útiles en las lesiones de furcaciones - y también para eliminar residuos en el período postoperatorio, cuando el estado de los tejidos no permite cepillado vigoroso.

También existen en el mercado, aparatos de irrigación bucal que desalojan los residuos y placa mediante chorro de agua a presión.

Ayudan mucho a la queratinización gingival.

Los cepillos eléctricos también se utilizan pero son aparatos sofisticados.

Enjuagateries

Son coadyuvantes del cepillado. Tienen un sabor agradable; y eliminan residuos de alimentos después de las comidas (pasajeramente)

Agentes químicos Inhibidores de Placa y Cálculo

Dentro de este grupo se encuentra el Ascorbil, - (ácido ascórbico) que ayuda a prevenir y reducir significativamente la formación de placa y cálculo y aminora (poco) la dependencia a la limpieza mecánica; Su acción es - que alteran la química de la placa de manera que impiden su calcificación.

CONCLUSIONES

Gracias a la buena utilización de las diferentes técnicas quirúrgicas se han podido resolver situaciones patológicas en el parodonto bastante difíciles o complicadas que ponían en peligro la preservación de la dentadura.

En la cirugía parodontal, se aplican las bases de la cirugía general, por ésto, se requiere de todos los datos y estudios necesarios como en la práctica general, para poder así realizar un diagnóstico preciso y aplicar la técnica adecuada para el caso que se nos plantea.

Con lo que respecta a la realización de la técnica los procedimientos que efectuemos deben ser seguros, presumibles de destreza manual, con la convicción de que lo que se esta haciendo es lo correcto ya que contamos -- con conocimientos fundamentales.

No solo es importante el papel del odontólogo, ya que de poco serviría que hubiera interés y dedicación-sible de parte de éste. si el paciente no colabora en el tratamiento y mantenimiento.

Para que el paciente pueda cooperar con nosotros debemos de informarle explícitamente del estado en que se encuentra su boca, aclarando si es necesario todas las dudas y ofreciendo instrucciones exactas.

La aplicación de cualquier técnica quirúrgica pa
rodontal no siempre debe ser exacta o rígida, se pueden =
hacer cambios en los procedimientos dependiendo del caso;
con los instrumentos que nosotros hayamos escogido como -
más cómodos y funcionales, teniendo como referencia las -
reacciones de los tejidos

Son muchos los factores que intervienen para --
que tengamos éxito en el tratamiento, pero a menudo olvi-
damos uno que también es importante, y es comprender los-
sentimientos y necesidades del paciente, y no olvidar ---
que es un ser humano que busca en nosotros la resolución-
a su problema.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Grant, Stern, Everett.; PERIODONCIA DE ORBAN
4a. Edición.- Interamericana 1975
- 2.- Goldman, Walter Cotten.; PERIODONCIA.- 4a. Edición.- Editorial bibliográfica Argentina.
- 3.- Irving Glickman.; PERIODONTOLOGIA CLINICA.- -
4a. Edición.- Interamericana 1980
- 4.- Eusebio H. Kardel.; CIRUGIA PERIODONTAL.- H.P. -
M. de Murguía.
- 5.- TECNICAS QUIRURGICAS FUNDAMENTALES en Cavidad-
oral.- Edición Salvat.
- 6.- Arthur W. Ham.; TRATADO DE HISTOLOGIA.- 7a. -
Edición.- Interamericana.
- 7.- Fermín A. Carreras.; DIAGNOSTICO DE LAS ENFER-
MEDADES PERIODONTALES.- Madrid.
- 8.- Fermín A. Carreras.; COMPENDIO PERIODONTAL.- -
España 1970.
- 9.- Dr. Shacter.; PATOLOGIA BUCAL.

10.- Saul Schluger, Ralph A. Yuodelis, -
Roy C. Page.; ENFERMEDAD PERIODONTAL.-
Primera edición en Español.-CBUSA. 1981.