



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CIRUGÍA MUCONGIVAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

URIBE MENESES, MIGUEL

ASESOR: GUTIÉRREZ HIDALGO, JUAN DE DIOS

Ciudad Universitaria, México, Distrito Federal,

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I.— PROLOGO

II.— CONSIDERACIONES ANATOMICAS E HISTOLOGICAS DE LA MUCOSA BUCAL

- a).— Definición de encía libre o marginal
- b).— Definición de encía insertada o adherida
- c).— Encía alveolar
- d).— Ligamento Parodontal
- e).— Fibras Parodontales
- f).— Anatomía del surco vestibular maxilar
- g).— Anatomía del surco vestibular mandibular

III.— ETIOLOGIA DE LAS LESIONES MUCOGINGIVALES.

IV.— PRINCIPIOS E INDICACIONES DE LA CIRUGIA MUCOGINGIVAL.

V.— INSTRUMENTAL UTILIZADO EN CIRUGIA MUCOGINGIVAL.

- a).— Instrumental utilizado en Cirugía Parodontal inclusive
- b).— Instrumental utilizado en Cirugía Bucal inclusive
- c).— Principios de instrumentación
- d).— Posición del paciente
- e).— Posición del operador
- f).— Visibilidad del campo operatorio

- g).— Accesibilidad**
- h).— Iluminación**
- i).—Retracción de Tejidos blandos**
- j).— Estabilidad del instrumento**
- k).— Toma del instrumento**

VI.— TECNICAS QUIRURGICAS MUCOGINGIVALES.

- a).— Desplazamiento de frenillos e inserciones musculares**
- b).— Eliminación de inserciones musculares aberrantes y fenestraciones**
- c).— Profundización de vestíbulo**
- d).— Operaciones de reposición de colgajos**
 - 1) Reposición apical de colgajos**
 - 2) Reposición horizontal de colgajos**
- e).— Injertos gingivales libres**
- f).— Injertos deslizantes**

VII.— CONCLUSIONES.

VIII.— BIBLIOGRAFIA.

I

PROLOGO

Se dá el nombre de Cirugía Mucogingival, a los métodos quirúrgicos plásticos, relativos a la unión mucogingival, y a sus relaciones con la encía fija, la mucosa alveolar, las inserciones de los frenillos y de los músculos y la base del vestíbulo. La Cirugía Mucogingival, será el complemento de las técnicas quirúrgicas corrientes utilizadas para resolver el problema paradontal, teniendo por objeto establecer la correcta relación de las estructuras que constituyen parte del aparato estomatognático, fomentando así, la autoclisis y facilitando el autocontrol de Placa Dento Bacteriana.

La Cirugía Mucogingival, está indicada, en aquellos casos, en que sea necesario:

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

Las estructuras involucradas en la Cirugía Mucogingival, son:

- 1.— Encía marginal insertada
- 2.— Línea o unión mucogingival
- 3.— Mucosa alveolar
- 4.— Fondo del surco vestibular
- 5.— Hueso Alveolar o periostio

- 6.— Frenillo o inserciones musculares y vasos sanguíneos.
- 7.— Linfáticos y nervios regionales
- 8.— Bolsas Parodontales.

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

La Cirugía Mucogingival, abarca las siguientes técnicas:

- 1.— Plastia de frenillos
- 2.— Eliminación de inserciones, vestibular y lingual
- 3.— Extensión gingival, o reposición de encía insertada.
- 4.— Profundización de vestíbulo
- 5.— Injertos gingivales libres
- 6.— Injertos deslizantes.

El trauma quirúrgico es inevitable en todas las técnicas mucogingivales, la mayor parte del daño quirúrgico, se repara, pero algunos, pueden causar pérdida permanente de tejido. El aumento de profundidad vestibular, y de ancho de la encía insertada, creados por la operación, se reducen, pero generalmente, se mantienen lo suficiente, como para

justificar el tratamiento, La Cirugía Mucogingival es útil, pero debe ser hecha solo cuando de ella depende el mantenimiento de la salud Parodontal.

Las técnicas Quirúrgicas Mucogingivales, están siendo constantemente revaluadas y refinadas, lo que lleva a descartar algunas y crear nuevas; no se debe limitar a una sola técnica, sino que, a cada situación se debe adaptar lo mejor de todas las técnicas. Cuanto más largos sean los tratamientos, será mayor el malestar postoperatorio, mayores las posibilidades de resección gingival y pérdida ósea. Por lo cual, se optará por el tipo más simple de operaciones, consiguiendo de esta forma, los resultados deseados.

II

CONSIDERACIONES ANATOMICAS E HISTOLOGICAS DE LA ENCIA:

En la boca encontramos dos tipos de mucosa:

- a).— **Aquella que cubre la cara interna de mejillas, labios, el piso de la boca y parte del tejido laxo de los maxiliares, encontramos además:**
- b).— **Aquella mucosa que cubre los procesos alveolares hasta el cuello de los dientes, paladar y cóndilos maxilares.**

En la membrana que constituye la mucosa bucal encontramos las mismas características que en las de la encía con pequeños cambios que son; el poseer glándulas mucosas, que nó tienen tejido gingival, la superficie carece de capa queratinizada o paraqueratinizada, al contrario de la encía. Tampoco se encuentra tejido adiposo en su capa profunda. Esta constitución le dá consistencia de tejido laxo, sin inserciones internas con el tejido óseo.

La encía se divide Anatómicamente en:

- I.— **Encía libre o marginal**
- II.— **Encía insertada o adherida**
- III.— **Encía alveolar**

I.— Encía libre o marginal:

Tiene como límite hacia incisal el margen gingival o borde libre de la encía.

En apical, el surco gingival o el comienzo de la encía adherida, formando así la papila.

Es de color rosa obscuro, de superficie aterciopelada, y consistencia suave, siendo desplazable por medios mecánicos.

La adherencia epitelial es un elemento histológico especializado que incerta a la encía marginal con el diente.

Histológicamente, la encía marginal, es un núcleo central de tejido conjuntivo cubierto por un epitelio escamoso estratificado. Un lado del epitelio de la encía marginal, se continúa con el epitelio de la encía insertada y el otro recubre el surco gingival. Vamos a encontrar en el tejido conjuntivo de la encía marginal adyacente a la base del surco gingival, que siempre hay algún grado de infiltración leucocitaria. La constante infiltración, ha llevado a pensar de que ésta, es un componente normal de la encía, pero se puede opinar que esta infiltración leucocitaria, puede ser una respuesta patológica crónica a los productos químicos, resultados de la actividad bacteriana y alimentos en descomposición, que siempre se encuentran en algún grado en el surco gingival normal.

II.— ENCIA INSERTADA O ADHERIDA:

Tiene como límite hacia incisal, el surco gingival y hacia apical, el principio de la encía alveolar.

La encía insertada y la mucosa alveolar, están separadas por la unión mucogingival con excepción del paladar donde esta unión es casi imperceptible. Se encuentra firmemente adherida a la superficie del diente y al proceso alveolar por medio de bandas fibrosas de tejido conjuntivo limitado por el lado interno por el intersticio gingival que lo separa de la encía marginal y por el otro lado por la unión mucogingival que lo separa de la mucosa alveolar.

Su color es rosa pálido coral.

La encía es queratinizada y bastante más gruesa que la mucosa alveolar, se caracteriza por el aspecto de cáscara de naranja. Este aspecto se debe a los haces de fibras colágenas que entran en las papilas de tejido conjuntivo desde la mucosa: El punteado y la textura de fibras colágenas, pueden variar en las personas dependiendo el sexo y la edad.

III.— ENCÍA ALVEOLAR

Tiene como límite la terminación de encía insertada y hacia apical el fondo de saco: Tiene un color más rojo que el de la encía insertada, este color es debido al tejido conjuntivo laxo que permite los vasos sanguíneos de esta zona. La encía alveolar, es suave brillante y nó queratinizada.

En la evaluación clínica del color gingival, debe saberse que hay una amplia escala de variaciones normales. La intensidad o tono rosado normal, varía considerablemente en los individuos.

La pigmentación fisiológica de la encía es producida por el aumento en el número de células que contienen melanina, estas células están localizadas en la capa basal del epitelio y en número menor en el tejido conjuntivo subyacente.

RIEGO SANGUINEO.

La principal irrigación de la encía se encuentra en el lado del periostio de la cara bucal y lingual de la apófisis alveolar. El riego sanguíneo, viene también de los vasos que atraviesan el ligamento parodontal hacia la encía y de los vasos sanguíneos intra-alveolares, que van del hueso al tejido blando que los recubre.

LIGAMENTO PARODONTAL:

Es el elemento que rodea la raíz del diente conectándola con el hueso: Su origen es mesodérmico y proviene de la capa media del saco dentario. La función del ligamento, es mantener al diente en su alveolo y la relación fisiológica entre cemento y hueso, también tiene una función nutritiva, através de sus vasos sanguíneos y linfáticos y función sensorial por sus células nerviosas que originan impulsos propioceptivos. Los elementos más importantes del ligamento parodontal, son las fibras principales, dispuestas en haces de recorrido ondulado.

Las fibras principales, componen la mayor parte de la membrana y están formadas de tejido conjuntivo blando e inelásticos cuyos fascículos de fibras delicadas, se unen para formar bandas duras, fuertes, casi siempre paralelas entre si.

Se distinguen seis grupos de fibras principales:

- a).— Grupo gingival libre, que sale del cemento para después perderse en la masa fibrosa del tejido gingival. Su función, es la de presionar la encía y fijarla contra el esmalte evitando que los cuerpos extraños invadan el parodonto: Otra función, es, evitar la expulsión del diente.
- b).— Grupo de la cresta alveolar, fibras que van del cemento para insertarse después en la superficie externa del periostio, en la cara lingual y labial y en la cresta del proceso alveolar en la parte mesial y distal.
- c).— Grupo horizontal; qu se encuentra íntimamente ligado por debajo de la cresta alveolar su dirección es perpendicular a la superficie del cemento y tiene unos 3 mm. de extensión como los dos grupos anteriores, tanto estas fibras como las de la cresta alveolar, llevan por función la de mantener la posición central del diente, igual que las fibras apicales, pero esto es en sentido contrario.
- d).— Grupo oblicuo; constituye el resto de los fascículos del parodonto hasta la región periapical. Estas fibras se dirigen oblicuo-oclusalmente, del cemento al hueso alveolar y tiene por misión controlar la presión ejercida en el sentido del eje longitudinal del diente.
- e).— Grupo apical; constituido por haces de fibras

espaciadas que se dirigen en forma radial del cemento al hueso alveolar y su función es la de mantener el ápice en el centro del alveolo.

- f).— Grupo interdentario; está constituido por fibras que se dirigen de diente a diente por encima de la cresta alveolar interdientaria. Su función es la de mantener los puntos de contacto entre diente y diente, auxiliados por otros seis grupos de fibras.

FIBRAS PARODONTALES:

El diente en su función, no realiza movimiento de palanca, sino movimientos oscilantes con cambios. Y la dirección de las fibras será de acuerdo a la función que a ellas les toca desempeñar.

Grupo 1.— Supraalveolar perióstico (Vestibular. Palatino Lingual) corresponden al grupo de la cresta alveolar.

Grupo 2.—

a).— Supraalveolar perióstico interdentario; constituye con el anterior el ligamento circular, formando el grupo interdentario.

b).— Intraalveolar marginal; corresponde al grupo horizontal.

Grupo 3.— Intraalveolar intermedio

Grupo 4.— Intraalveolar apical

Grupo 5.— Intraalveolar infraapical

Según Black, ha considerado seis grupos principales de fibras agrupadas en haces, y una pequeña cantidad de tejido conectivo rodeado por vasos sanguíneos linfáticos y nervios.

Según Orban, las clasifica como sigue:

FIBRAS GINGIVALES:

- 1.— Alveologingivales
- 2.— Dentogingivales
- 3.— Circulares
- 4.— Transeptales
- 5.— Dentoperiósticas

FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL:

- 1.— Dentoalveolares
- 2.— Horizontales
- 3.— Oblicuas
- 4.— Apicales
- 5.— Interradiculares

Histológicamente, en el ligamento parodontal se encuentran:

Fibroblastos; que son células fusiformes, largas, delgadas con núcleos ovalados centrales, y son paralelas a las fibras colágenas, los fibroblastos al perder su núcleo se convierten en fibras, y éstas se dividen en principales y secundarias; las principales, se introducen en el cemento a expensas de un cemento joven llamado cementoide, que más tarde se calcifica y así se hace la fijación de la terminación de la fibra: La fibra no va de cemento a hueso sino que llegan a la mitad, y se entrelazan con las del lado contrario, formando así un plexo intermedio. Del lado del hueso, es igual.

CEMENTOBLASTOS: FORMADORES DE CEMENTO.

Osteoblastos: Células localizadas en el ligamento parodontal sobre el hueso alveolar en regiones donde ocurre la neoformación de hueso.

Osteoclastos: Células polinucleares de forma ovalada gigante, probablemente el citoplasma de los osteoclastos, elabora una substancia que disuelve el material orgánico del tejido óseo, así, como un agente químico capaz de llevar a cabo la disolución de las sales de calcio.

Vasos sanguíneos: Llevan a cabo la irrigación del parodonto.

Nervios: Tienen una función propioceptiva de las terminaciones nerviosas. Dan sensibilidad y sintomatología de dolor.

Linfáticos: Su función es la de absorber infecciones, y desembocan en los linfáticos mayores como son: Los submaxilares, carotídeos y sublinguales.

Restos epiteliales de Malassez: Son cordones de células epiteliales que descansan cerca del cemento sin llegar a tener contacto con él; Son los restos del epitelio de la vaina radicular de Hertwig.

Irrigación del ligamento Parodontal:

El riego sanguíneo, viene de los vasos que nacen en la arteria interdental, interradicular y dental.

La arteria interdental, nace de la alveolar, y se extiende hacia la cresta a través de la septum interdental, de numerosas ramas que perfora el hueso alveolar y entran al ligamento parodontal, la rama interradicular es similar a la arteria interdental. Cada diente tiene una arteria dental, que pasa por el foramen apical. Antes que la arteria dental, entre al conducto pulpar, nacen ramas que llegan al ligamento Parodontal.

Anatomía del surco vestibular del maxilar:

El vestíbulo, es un espacio en forma de herradura limitado por los labios y la parte interna de las mejillas anterolateralmente, y por los arcos alveolodentarios en su parte

postero interna ambas mitades, se unen en el surco vestibular superior e inferior, la unión de la mucosa oral con la encía insertada se llama unión mucogingival.

En el surco vestibular, se presenta en la línea media un repliegue mucofibroso: El frenillo labial, más prominente para el labio superior que para el inferior. Los frenillos, actúan como su nombre lo indica, a manera de freno, limitando la acción muscular. Son repliegues mucosos soportados por tejido conjuntivo que a su vez se encuentra soportado por periostio.

El frenillo labial, es un haz fibroso de 2 o 3 mm. de ancho que partiendo del punto central de inserción de los tejidos móviles, a los estacionarios, se dirige cuando el labio está en reposo, hacia arriba y adelante, para pasar por encima del surco vestibular, e ir a perderse en el espesor del labio superior.

A partir de la línea media, se halla la inserción del músculo mirtiforme e inmediatamente por fuera de éste, la inserción del haz incisivo del orbicular de los labios; más hacia afuera, y algo más alto, se encuentra la inserción del músculo canino, que queda generalmente exactamente sobre la inserción del frenillo lateral. Este frenillo, se inserta inmediatamente por debajo y a una distancia que va de 5 a 7 mm. del borde inferior de la inserción del músculo canino, los frenillos laterales, pueden debridarse en una extensión de 5 a 7 mm. sin correr riesgo de incidir algún músculo.

Por detrás del músculo canino, en un espacio de 1 a 1.5 mm. está un espacio libre de inserciones musculares hasta llegar al límite anterior de la inserción del buccinador.

A partir de la región del primer molar, más o menos desde la porción anterior del borde inferior de la apófisis piramidal del malar, está formado por la inserción del buccinador.

Anatomía del surco vestibular mandibular:

En este surco, en la parte media, se puede observar un haz fibroso que corresponde al frenillo central que tiene cuando se disecciona una estructura y disposición semejante a la del frenillo superior.

A los lados del frenillo, se insertan los músculos borlas y por fuera los haces incisivos inferiores del orbicular de los labios. Por detrás de los premolares y hasta la región del primer molar inclusive, la línea límite entre tejidos estacionarios y móviles, está libre de inserciones musculares, construyendo el surco vestibular.

Más hacia atrás a partir de la región distal del primer molar, el buccinador cubre la línea oblicua externa para ir a insertarse directamente en el borde alveolar, exactamente en el límite entre tejidos móviles y estacionarios.

En la cara lingual, el milohioideo, se inserta en la línea oblicua interna y su inserción se extiende en algunos casos por encima de ésta.

III

ETIOLOGIA DE LAS LESIONES MUCOGINGIVALES:

La etiología de la enfermedad Parodontal, es la causa principal de las lesiones mucogingivales. Siendo la principal, la Placa Dento Bacteriana, resultando de una higiene oral inadecuada. Además tenemos causas coadyuvantes como son; el desplazamiento gingival, debido a inserciones musculares, y frenillos aberrantes. Y causas hiatrogénicas debidas principalmente a gingivectomías efectuadas indiscriminadamente.

La Placa Dento Bacteriana actúa sobre el epitelio de la encía, y ésta, reacciona en forma de una inflamación inespecífica la cuál es una respuesta agresiva a la lesión celular, en la que elementos celulares y humorales, intentan destruir, neutralizar o disminuir la acción irritante, y a continuación, tratan de reparar los daños que se produjeron. La infiltración de la inflamación, contiene factores que a la vez, que obstaculizan la acción de las bacterias, pueden lesionar el tejido, originando con ello la extensión de la enfermedad parodontal, representando esto, una gingivitis.

Al extenderse esta infección, hay migración de la adherencia epitelial con resorción de la cresta ósea, formando así una bolsa parodontal infraosea. Esto es una parodontitis.

La Placa Dento Bacteriana, es una mezcla de varias sustancias que forman el sustratum, y además los microorganismos de la boca. El sustratum se forma por la oposición progresiva de mucoides sobre el diente, provenientes de la saliva, de los alimentos y del metabolismo bacteriano y de sacarosa proveniente de la ingesta.

Los microorganismos, proliferan en el siguiente orden:

Cocos y bastones grampositivos; producen exotoxinas que no dañan al parodonto pero tienen una gran adherencia.

Cocos y bastones gramm negativos; producen endotoxinas siendo éstas muy peligrosas y perjudiciales, y están formadas por un compuesto de proteínas con lipopolisacáridos que forman parte de su membrana celular. Estos microorganismos, liberan la hialuronidasa, la cuál al ponerse en contacto con la substancia fundamental, que tiene compuesto principal el ácido hialurónico, es disgregada por éste, y pasa del gel a sol, abriendo paso a las demás toxinas y enzimas como la condrosulfatasa (Condrointisulfatasa, condroitinasa) que canaliza la hidrolisis del mucopolisacárido sulfato de condroitina, que también forma parte de la substancia fundamental, esto permite la migración o penetración del epitelio, formando bolsas paradontales.

Otros microorganismos existentes son:

Borelia, treponemas, Fusobacterias, Espirilas, Bacterioide melaninogénico; que produce la colagenasa, que destruye la colágena de las fibras, creando así un espacio muerto que posteriormente a va ser ocupado por la migración de la adherencia epitelial.

Entre los filamentos, tenemos al leptotrix, el Actinomicetes, que establecen su permanencia, sobre la superficie en ángulo recto, permitiendo así, atrapar más microorganismos.

Veillonella, que produce una substancia que necrosa los tejidos, Salemonona sputigena, etc., etc.

Todos los productos de los microorganismos antes citados, van a actuar sobre el metabolismo celular.

IV

PRINCIPIOS DE LA CIRUGIA MUCOGINGIVAL

- 1.— La encía fija existente, debe conservarse.
 - 2.— El hueso marginal no debe dejarse expuesto si hay una zona adecuada de encía fija.
 - 3.— Para formar nueva encía fija, debe dejarse el hueso expuesto.
 - 4.— Si hay una zona adecuada de encía fija, no se debe aumentar la profundidad del vestíbulo.
 - 5.— Es adecuada la encía fija, si impide la tensión sobre el borde gingival.
-

Indicaciones de la Cirugía Mucogingival

- 1.— Aliviar la tensión que ejercen los frenillos y las inserciones musculares.
- 2.— Eliminar las bolsas que apicalmente rebasan la unión mucogingival.
- 3.— Eliminar bolsas y crear nueva encía fija en los puntos en que el tejido marginal está constituido por mucosa alveolar.
- 4.— Eliminar bolsas y aumentar la anchura en la encía fija donde es inadecuada.
- 5.— Aumentar la profundidad del vestíbulo, si es necesario proporcionar una zona adecuada de encía fija.
- 6.— Trasladar la encía fija en sentido apical para que se adapte al hueso marginal después del remodelado óseo para corregir las irregularidades marginales.

V

INSTRUMENTAL UTILIZADO EN CIRUGIA MUCOGINGIVAL

El instrumental que se usa para la Cirugía Mucogingival, por lo regular es el mismo que se utiliza para Parodontia y parte del de Cirugía Bucal.

Exploradores para localizar depósitos sobre los dientes.

Sondas y pinzas marcadoras, para encontrar, medir y marcar las bolsas paradontales.

Raspadores profundos para eliminar el tártaro subgingival.

Azadas, para eliminar el tártaro subgingival y alisar la superficie radicular.

Limas, para alisar y terminar la superficie radicular.

Instrumentos para eliminar el tejido gingival

Bisturíes

Escapelos

Electrocirugía

Electrocauterio

Raspadores "CI", en el "CI" Número 1, la hoja y el cuello, están en línea recta con el mango, se usan en la parte anterior de la boca.

El "CI" Número 2 y el "CI" Número 3, son un par de instrumentos, con el cuello angulado para facilitar la accesibilidad a todas las superficies dentarias, se usan en la parte posterior.

Raspadores Jacquete:

El Número 1, tiene la hoja y el cuello en línea recta con el mango, usándose en la parte anterior de la boca.

El Número 2 y el Número 3, tienen el cuello angulado para facilitar la accesibilidad a todas las superficies dentarias, se usan para la parte posterior.

Raspadores Profundos (de Younger-Good).

Números 7 y 8, se usan para eliminar los depósitos profundos, son más delgados que los raspadores superficiales facilitando la accesibilidad en bolsas profundas con un mínimo de trauma de los tejidos blandos.

Raspador en cincel, llega a los depósitos situados en las superficies proximales de los dientes anteriores.

Azadas (de Mc. Call), se usan para alisar la superficie radicular, esto comprende la remoción de los fragmentos adherentes de tártaro subgingival y del cemento reblandecido con los raspadores del número 3, 4, 5, 6, 7, 8, llegamos a todas las caras dentarias.

Curetas, tratan la pared blanda de la bolsa y alisan la superficie radicular al hacer el curetaje gingival.

Curetas, Julian Smith, números 5 y 6, de hoja alargada en forma de cuchara, que termina en curva redondeada, la superficie externa de la hoja, es redondeada y la interna, tiene dos planos de ancho desigual que convergen en una prominencia angular.

Curetas de terminar de Gracey, tres juegos números: 3 y 4, 9 y 10, 13 y 14, difieren en el ángulo que forma el cuello con el mango, la hoja consiste en una delgada curvatura redondeada en el extremo del cuello con los bordes cortantes y la unión de la superficie externa redondeada. Además, de utilizarse en los tejidos blandos, eliminan pequeños depósitos sobre la superficie radicular.

Cureta C.K. 6, utilizada para eliminar sarro, epitelio interno de la bolsa, y además para alisar la raíz.

Limas, alisan, o terminan la superficie dentaria.

Limas de Tufts, Números 3, 4 y 5, instrumentos rectos y angulados, para utilizar en todas las caras de los dientes la hoja es chata y rectangular con el extremo redondeado.

Limas de Hutchinson, con hoja ovoide para evitar así, a los tejidos blandos.

Bisturíes Word Parket, de hojas intercambiables números 10, 12, 15, etc.

Bisturíes de Kir Kland, Números 15 K y 16 K, que son los más importantes en cirugía mucogingival, se utilizan para hacer incisiones en la técnica de gingivectomía y en algunos casos de cirugía mucogingival. Son un par de hojas delgadas en forma de triángulo escaleno, cada una unida a un mango por el cuello, en ángulo tal que permite la accesibilidad a todas las partes de la boca. El borde cortante, se extiende alrededor de toda la superficie de la hoja y está formado por la unión de las superficies interna y externa.

Bisturíes de Fish, para zonas interproximales.

Aspiradores:

La punta aspiradora de Frazier, Número 3, es simple y eficiente. El aspirador de Kir Kland Bronson, es más grande, pero provee tanto una atomización para limpiar el campo operatorio como una succión.

Instrumental de Cirugía Bucal:

Pinzas hemostáticas

Porta Agujas.

Tijeras curvas de Auficht.

Tijeras con un brocado puntiagudo.

Pinzas rectas de Grafe, de fijación.

Sonda quirúrgica para aspiración.

Aguja 3/8 de Círculo.

Sutura de algodón.

Jeringa de cartuchos.

Agujas calibre 30 cortas.

Agujas calibre 27 largas.

Anestesia.

Torundas de gasa estéril.

Principios de instrumentación:

Deberá tomarse en cuenta las siguientes consideraciones:

Posición del paciente.

Para trabajar en mandíbula, la inclinación del cabezal, del sillón, deberá ser tal, que el plano oclusal de los dientes mandibulares, estén en relación paralela al piso, y la boca del paciente, quede a la altura del codo del operador.

Para trabajar el maxilar, la inclinación del sillón, debe ser hacia atrás según la región de que se trate, el maxilar, debe estar inclinado hacia arriba.

Posición del operador:

Será según la región de la boca a tratarse:

De pie, enfrente y ligeramente al costado derecho del paciente; de costado, a un lado del paciente. Atrás del paciente.

Visibilidad:

Nos ayuda a descubrir anomalías, depósitos de sarro o destrucción de una pieza, en sitios donde la visibilidad es nula.

Accesibilidad:

Con una correcta utilización de los instrumentos, evitando tratamientos largos y cansancio inmediato.

Iluminación:

Si es luz natural, dependerá mucho de la orientación del consultorio. Si es luz artificial, deberá ser directa.

Retracción:

Para una mejor y fácil afluencia al campo operatorio, los instrumentos utilizados son: Dedos, espejos dentales, abatelenguas, separadores.

Estabilidad:

Es controlar eficientemente el instrumento evitando así, lesiones al paciente. Para tal efecto, se considerarán, los siguientes factores:

Toma del instrumento:

En forma de lápiz.

Toma en lápiz modificada.

Toma palmar y pulgar.

El apoyo digital, sirve para estabilizar el instrumento, y la mano activa para guiarlo. Generalmente, el dedo medio actúa de apoyo y palanca al mismo tiempo. En algunos casos el dorso de la mano puede descansar en un lado de la cara o tal vez el dedo medio descansa sobre el diente cercano al que está lesionado.

VI

TECNICAS QUIRURGICAS MUCOGINGIVALES:

Antes de efectuar cualquier tratamiento quirúrgico, se deberá implantar en el paciente un control de placa bacteriana eficiente; para lo cual usaremos:

Cepillo dental, con las siguientes características: Cuatro hileras de cerdas, que sea plano, suave.

Pastillas o soluciones reveladores de P.D.B.

Hilo dental.

Técnicas de cepillado.

El control personal de placa, es aquel, por medio del cual el paciente aprende a eliminar la P.D.B. utilizando todos los medios posibles.

Teniendo ya un adecuado control de P.D.B., se podrá efectuar la Cirugía Mucogingival deseada.

Desplazamiento de frenillos e inserciones musculares:

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

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

Esta estructura anatómica, puede ser fácilmente observada cuando los labios se hayan puestos hacia adelante es una banda en forma de hoz, compuesta de tejido conectivo y algunas fibrillas rodeadas de epitelio.

La consistencia, volúmen, ancho, forma, tamaño y altura del frenillo, varía desde una ligera masa de tejido, fibroso, ancha y en forma de abanico, hasta una angosta semejante a una hoja de navaja. Y desde una inserción alta a

nivel de la encía libre a una inserción baja en el fondo del vestíbulo. Puede estar a nivel de la mucosa alveolar sin ninguna inserción gingival, o bien en la encía insertada sin estar conectada con la mucosa alveolar.

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

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

Si los labios se encuentran en descanso, no habrá acción del frenillo sobre la encía. Si se jalan los labios, el frenillo se pondrá en tensión y el efecto se mostrará en la zona de la encía marginal y pared externa, la unión alta del frenillo obra y también como obstáculo real para una buena colocación del cepillo dental.

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

La desinserción temprana del frenillo, está avocada a prevenir el desarrollo de la enfermedad Parodontal cuan-

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

do la bolsa Parodontal está presente, y la altura del frenillo está incluida en la pared gingival de la bolsa, la resección del frenillo está indicada, para prevenir futuras destrucciones de la estructura de soporte. Una inserción alta del frenillo, también deberá prevenirse, con el fin de lograr una buena higiene bucal, ya que la condición gingival y la movilidad de los tejidos en ese caso, hacen al paciente difícil, cepillarse dicha área, por lo cuál, es necesario, corregir dicha condición mediante la resección del frenillo impidiendo, el movimiento inadecuado de la encía, lo que facilitará la higiene bucal.

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

En condiciones normales, la tabla externa, del hueso alveolar, que cubre las raíces de los incisivos y caninos inferiores, es muy delgada. En algunas áreas se encuentra parcial o totalmente destruida, y el cemento, no tiene protección ósea como en los casos de fenestración o deshiscencia Alveolar, ambos factores, la condición anatómica del hueso y la acción de tracción que ejerce el frenillo, contribuyen a la rápida destrucción de estructuras Parodontales la cuál es más rápida que en otras áreas. La base del frenillo, en la terminación del labio, no se encuentra demarcada. Algunas veces hay muchas ramificaciones, y el vestíbulo poco profundo. El frenillo puede ser doble o triple. En otros casos, hay un gancho y pequeña banda de mucosa en el vestíbulo; profundamente, a ambos lados del vestíbulo, la inserción de esta membrana puede encontrarse a nivel de la encía insertada sin presencia de mucosa alveolar y cerrando la encía marginal. Cuando la inserción del frenillo es demasiado

alta, o demasiado gruesa, como medida profiláctica, el nivel de la inserción, deberá bajarse para eliminar la bolsa, o para controlar la resección de la encía, deberá ser eliminada la resección del frenillo a la pared gingival, o al margen gingival.

En caso de que se encuentre poca encía insertada, o bien ausencia de ella, y en caso de vestíbulos cortos, el tratamiento deberá ser complementado con un aumento de encía insertada y extensión del fondo mucobucal incrementando la profundidad vestibular.

Indicaciones:

1.— En casos de frenillo extenso que por su inserción interfiere anormalmente con los movimientos funcionales y fisioterapia casera.

2.— Cuando la inserción del frenillo a la encía, se encuentra muy cerca de la encía marginal.

3.— En casos de resección gingival debida a frenillos que jalan a la encía.

4.— Cuando el frenillo se encuentra insertado a la pared de la encía de la bolsa Parodontal o inmediato al fondo de la bolsa infraosea.

5.— Cuando hay diastema entre los dientes.

Diagnósticos:

La presencia, altura, movimiento y acción del frenillo, son demostrados clínicamente, mediante la distensión del labio inferior hacia arriba y adelante y hacia abajo, según se trate de superior o inferior. Si la inserción es alta, la pared gingival estará bajo tensión por la fuerza de tracción que se ejerce, y que tratará de separar los tejidos blandos de los duros.

Las fuerzas funcionales no son tan exageradas como la acción extrema de la acción de la tracción, pero éstas es-

tán presentes continuamente en algunas funciones de la musculatura, por lo cual actuarán como irritantes. Las musculaturas de labios y mejillas son fuerzas importantes que afectan la acción de tracción del frenillo.

Esta situación permanecerá mientras la inserción del frenillo a la encía permanezca unida a la encía marginal por lo que esta inserción, deberá ser removida de su nivel, de tal modo que las fuerzas funcionales sean amortiguadas por la encía insertada con lo cual, prevenimos cualquier formación de bolsa o profundización de intersticio.

Procedimientos:

Se hará junto con la eliminación de la bolsa si hay el espacio suficiente, la operación se limita al frenillo, pero puede ser necesario profundizar el vestíbulo adyacente para acomodar el frenillo recolocado.

Se harán los siguientes pasos:

- 1.— Anestesia de la zona.
- 2.— Tomar el frenillo con una pinza hemostática hasta el fondo del vestíbulo.
- 3.— Incidir a lo largo de la superficie superior de la pinza hasta su punta.
- 4.— Incidir en forma similar por la cara inferior de la pinza.
- 5.— Sacar con el hemostato la porción triangular, reseca del frenillo.
- 6.— Incidir horizontalmente separando las fibras y haciendo una disección roma hasta el hueso.
- 7.— Profundizar el vestíbulo, extendiendo la disección lateralmente en una distancia de tres dientes de cada lado. Esto evitará la formación de una depresión en el vestíbulo.

- 8.— Limpiar el campo operatorio y colocar gasas hasta que pare la hemorragia.
- 9.— Colocar apósito quirúrgico.
- 10.— Después de 2 semanas, se cambia el apósito (2 veces más).

Eliminación de inserciones musculares aberrantes y fenestraciones:

Estas inserciones musculares, se encuentran ocasionalmente en las regiones de premolares y molares.

Se tratan del mismo modo que la operación de profundización del vestibulo, combinada con plastia de frenillo. Al operar la zona inferior se debe tener mucho cuidado en la región de caninos y premolares donde se puede cortar algún nervio o vaso mentoniano, por lo que esta región se debe de tratar con mucha precaución.

FENESTRACION:

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

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

TECNICA:

Se eliminan las bolsas Parodontales por gingivectomía, observando que el fondo del vestíbulo, o el piso de la boca, quedan muy cerca, o sobre la encía marginal, no existiendo casi encía marginal alveolar, debido a que existen inserciones musculares altas; se hace una incisión en fondo de saco aproximadamente 1 2 mm. la cuál se profundiza hasta periostio y se repite como haciendo un rayado al periostio; esto se hace principalmente a la altura de caninos y premolares por la parte vestibular, tanto en superiores como en inferiores, y a la altura de la apósis guía mandibular.

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

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

Extensión gingival o aumento de encía insertada:

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

Cuando la cantidad de encía insertada es inadecuada, es decir, que la encía marginal casi alcanza, o se encuentra cerca de la línea mucogingival, la encía se encontrará bajo constantes fuerzas de irritación, ya que la presencia de fibras elásticas en la mucosa alveolar y el hecho de que la submucosa no esté insertada en el hueso subya-

cente, será motivo de irritación la movilidad de la mucosa y la recesión de los tejidos causada por el tratamiento colocará el fondo del surco en áreas de irritación cuando los labios o las mejillas se muevan.

Los objetivos de esta técnica quirúrgica, es el de desplazar apicalmente la unión mucogingival y el de reponer la mucosa alveolar por encía insertada.

Esta condición se presenta con más frecuencia en la parte anterior de la mandíbula y en la región de molares superiores como inferiores.

Indicaciones:

Cuando la bolsa Parodontal se extiende cerca o apicalmente de la unión Mucogingival. Varios procedimientos han sido aplicados para corregir la posición del fondo de la bolsa alrededor de la línea mucogingival.

I).— Cuando la encía insertada no alcanza la línea mucogingival, profundamente hasta el periostio. Se retrae apicalmente un colgajo mucoperióstico exponiendo en esta forma el hueso cortical. Retraído el colgajo mucoperióstico y suturada se procede a proteger la zona con apósito quirúrgico. El apósito, se cambia cada semana por un término de 3 a 4 semanas, y durante el primer cambio se eliminan las suturas.

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

La profundización del vestíbulo, la cirugía osea y la plastia de frenillo, pueden ser realizadas simultaneamente.

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

II).— Cuando no hay encía insertada y la mucosa alveolar está en el fondo de la bolsa. Se despegan los tejidos haciendo un colgajo mucoperióstico al cual se retira y se coloca en dirección apical. El tejido es suturado firmemente contra el hueso y tejidos vecinos dejando cerca de 2 o 3 mm. de hueso expuesto coronalmente a la línea mucogingival original.

Si es necesaria una profundización de vestíbulo, el colgajo mucoperióstico, se extiende en dirección apical, removiendo toda la superficie de hueso, periostio, músculo e inserciones fibrosas, la disección del colgajo se hará hacia apical y gran parte de hueso estará expuesta por lo que se protegerá, se colocará apósito quirúrgico con una consistencia densa, y se deberá tener la seguridad de que el apósito se mantendrá en su lugar. Se podrán utilizar férulas de acrílico cuando no haya retención natural entre dientes, las que se sostendrán mediante ligaduras interproximales. La desventaja principal de este tipo de operación, es el de un apósito operatorio muy doloroso.

Se ha ensayado su procedimiento de doble colgajo para la extensión de la zona de la encía insertada y para la profundización de vestíbulo en la zona posterior.

Ultimamente se han utilizado colgajos gingivales libres con el mismo objeto.

Profundización de Vestíbulo:

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

Indicaciones:

a).— Cuando el pliegue mucogingival a cada lado del frenillo se aproxima al borde gingival, tan cerca, que se forma un vestíbulo superficial.

b).— Cuando el frenillo es doble o triple, formado por pequeñas bandas reflejadas, lo que dá por resultado un vestíbulo superficial.

c).— Cuando el vestíbulo es tan superficial que el labio o la mejilla, al retraerse se encuentran insertados cerca de la línea mucogingival no existiendo una zona de mucosa alveolar, de encía insertada y de pliegue mucobucal.

d).— Cuando la inserción muscular es muy alta.

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

ANESTESIA.

Se completa la cirugía del tejido blando marginal.

Osteoplastía (cuando es necesario).

Osteotomía (cuando es necesario).

Se efectúa una incisión en la mucosa alveolar hasta alcanzar el proceso alveolar cerca del fondo del surco vestibular.

Se eliminan con tijeras, los remanentes de encía y se deja el periostio así como delgado tejido conjuntivo sobre el hueso subyacente.

Se ensancha el fondo del vestíbulo bajo presión digital sobre un trozo de gasa.

En toda la extensión de la zona operatoria, se coloca apósito quirúrgico.

A los 7 días, se cambia la curación, lavando antes toda la zona con agua caliente.

A la segunda semana se retira esta curación y se inspecciona la zona para asegurarse de que todas las zonas del hueso expuestas por la cirugía han quedado cubiertas por completo.

Colocando un nuevo apósito, por una semana más, ayuda a reducir la posibilidad de que se reduzca el vestíbulo durante la curación.

El objetivo de este procedimiento no consiste únicamente en la eliminación de la bolsa y de las deformidades óseas sino también en la profundización del surco vestibular.

Otra Técnica es:

ANESTESIA.

Gingivectomía en todo el campo operatorio como fase inicial del procedimiento. Con esto se elimina gran parte o toda la encía adherente.

Con un elevador de periostio adecuado, se separa la mucosa remanente de la superficie del hueso alveolar. Aquí es donde se realiza un debridamiento general del hueso maxilar, de tal modo de que queden visibles los cráteres y escalones.

Luego de corregirlos, se extiende el colgajo remanente por disección roma, de modo de crear un espacio profundo hacia apical del antiguo fondo de surco, aproximada-

mente 1 cm. o más, se coloca, entonces, el colgajo resultante dentro del proceso más profundo recién creado en la herida, de modo que se convierta en una prolongación de la mucosa vestibular.

Se coloca apósito quirúrgico, de una consistencia suficientemente firme, en la parte más profunda de la herida y se le extiende en sentido marginal y lateral de tal modo que queden protegidas por completo todas las zonas expuestas.

Se puede colocar una película plástica inerte llamada telfa entre el cemento y el hueso expuesto. Esto facilitará la curación por debajo de la misma, pues se trata de una superficie lisa, que no atrapa al tejido de granulación fresco como sucede al retirar el apósito quirúrgico para cambiarlo.

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

Habrá que hacer cambios semanales de apósito quirúrgico.

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

El anterior, es un procedimiento básico que rindió muy buenos resultados, pero ha sido mejorado con otros medios menos traumáticos y más fáciles de efectuar.

Operaciones de reposición de colgajos.

Reposición apical de colgajos:

Se levanta un colgajo de encía mucosa alveolar, y frenillos, y se desplaza apicalmente de modo que en una operación se profundice el surco y se recolocuen apicalmente los frenillos. En lugar de eliminar la pared de la bolsa, como se hace en la gingivectomía, se hace una incisión de bisel invertido que conserva la pared externa de la bolsa.

Pasos:

Se hacen incisiones verticales en los extremos del campo operatorio hasta el fondo del vestíbulo.

Se reseca la cara interna de las bolsas con una incisión oblicua desde el márgen gingival hasta el diente y ligeramente apical al fondo de las bolsas. La incisión, es paralela a la cara interna de las bolsas, y crea un bicel invertido.

Por lingual, se hace la incisión corriente de la gingivectomía. Comenzando desde la línea de incisión vestibular.

Se separa el hueso con un elevador de periostio, la encía insertada y el periostio.

Se extiende el colgajo separando la encía del hueso.

Si el vestíbulo es plano, se desprende la mucosa más allá del nivel existente del surco para evitar que el colgajo

El colgajo se desplaza apicalmente hasta que su borde llegue al nivel oseó sobre las raíces e interproximalmente.

Se elimina el tejido marginal y se alisan y raspan las superficies radiculares.

Se recorta el colgajo para que siga el contorno oseó y se fija el nivel oseó con suturas suspensorias y laterales.

Se cubre la zona con gasa hasta que para la hemorragia, y luego se pone el apósito quirúrgico, que se retira a los ocho días junto con las suturas.

Con este procedimiento, hay menos malestar postoperatorio, se requiere menos tiempo para la cicatrización y la vuelta de los tejidos a su posición normal, y el apósito quirúrgico, se lleva por menos tiempo.

Con esta técnica, aumenta el ancho de la encía insertada, y se desplaza apicalmente a los frenillos.

Reposición horizontal de colgajos.

Técnica para cubrir superficies vestibulares de raíces de dientes aislados, denudadas por un defecto gingival, o por enfermedad parodontal.

Pasos:

Se incide el defecto gingival, por medio de una incisión en forma de "V" o por dos incisiones verticales, unidas por una incisión horizontal.

Se elimina la encía encerrada por las incisiones y se raspa y alisa la raíz.

Se hace una incisión a una papila de distancia del defecto y del margen gingival hasta la mucosa alveolar.

Se debe de cuidar, de no iniciar la incisión en la papila interdental.

En este momento, pueden eliminarse los frenillos que interfieran en el campo operatorio.

Se desprende el colgajo gingival y mucoso circunscrito por las incisiones, incluyendo el perióstio, y se sutura con las ligaduras laterales y suspensorias sobre el defecto.

Se cubre la zona por una semana con apósito quirúrgico, pasada esta, se retiran las suturas y se vuelve a colocar apósito quirúrgico, por una semana más.

Con esta operación, se obtiene una inserción y recubrimiento radicular. La encía puede contraerse de modo que parte de la raíz inicialmente cubierta, durante la operación quede expuesta. O sea, queda cubierto normalmente de 40 a 50% del defecto por cubrir, transcurrido el tiempo, aunque en algunos casos un porcentaje más alto.

Injertos gingivales libres:

La necesidad de hacer injertos en cirugía Parodontal, no fué estudiada, hasta después de que se reconoció, la importancia de fijar la unión mucogingival, con una zona adecuada de encía insertada.

La importancia de un injerto en Parodontia, es el de incrementar la zona de encía insertada y de proveer encía insertada donde no existe, así, como de profundizar el vestibulo.

La corrección del frenillo, resuelve únicamente parte de las dificultades, por lo que el problema tiende a repetirse. En la zona de los incisos centrales, en donde comunmente aparece esta situación. Para evitar la recidiva del problema, se ha incrementado en los últimos años el uso de injertos gingivales libres con los cuales se han obtenido resultados satisfactorios.

Pasos:

Profilaxis.

Asepsia y antisepsia del campo operatorio.

Anestesia local por infiltración, tanto en la zona receptora como en la zona donadora.

Cirugía Parodontal marginal.

Separación de la encía insertada del periostio princi-

piando por la zona en que solamente existe membrana mucosa, y dividiendo apicalmente, seguiremos separando la encía insertada, si existe, así como las fibras elásticas y musculares del periostio, hasta que encontremos que el tejido está libre de tensión durante los movimientos labiales.

Se coloca gasa a presión para cohibir la hemorragia.

Se procede a la obtención del injerto, el cual generalmente se obtiene de la mucosa palatina y de la zona paralela a la cresta alveolar lingual, mucosa del paladar blando y glándulas salivales accesorias, lo más cerca de la encía libre palatina incluyendo la porción mesial del primero y segundo molares.

El injerto deberá ser lo más delgado posible, pero abarcando epitelio y tejido conectivo, debiendo ser más fino en la periferia y un poco más grueso en la zona central.

Se elimina la capa amarilla, y el tejido glandular de la superficie del tejido conectivo del injerto, para facilitar que éste prenda.

Se coloca inmediatamente el injerto sobre la zona receptora.

Se recorta y adapta perfectamente el borde marginal sobre la encía insertada por poner.

Se sutura con seda 6 "ceros" con puntos aislados interproximales y algunos laterales para dejar perfectamente fijo el injerto.

Se protege el injerto con papel de estaño, el cual, además servirá como amortiguador entre el injerto y el apósito quirúrgico.

El apósito quirúrgico, se coloca sobre toda la zona intervenida. Este apósito, se cambia cada tercer día durante 15 días y se retirarán las suturas durante el primer o segundo cambio de apósito, según el caso.

Se instruirá al paciente, para que tome una dieta blanda durante 15 días, y de ser muy cuidadoso, con el fin de no desalojar el apósito.

El malestar se controlará con algún analgésico durante las primeras 24 horas y después con ácido acetil salicílico, ocasionalmente.

La zona donadora se protegerá con apósito quirúrgico, que puede ser removido a los ocho días.

Injertos deslizantes:

Este método, es de lo más reciente en Cirugía Mucogingival, se usa para la corrección de fisuras y otros defectos gingivales que exponen la superficie radicular, en una área limitada. El procedimiento consiste en separar un colgajo gingivomucoso del área vecina, a fin de corregir el defecto, dejando en el lado distal, hueso con periostio expuesto y cemento, que luego se cubrirá con nueva encía.

Se denomina injerto deslizante, por que la mucosa que se separa de la capa fibrosa, periostica subyacente, es transportada al diente vecino con el defecto por corregir, dejando del lado donador periostio expuesto que posteriormente, se cubrirá por nueva encía fija, permitiendo así, la corrección marginal necesaria.

El colgajo mucoso delgado, nos dará las siguientes ventajas; permite un colgajo mucosa largo y de fácil manejo; permite que el hueso marginal denudado esté bajo control preciso del profesional; acarrea un mínimo de dolor post operatorio y es de fácil inserción y sutura.

Técnica:

Se realiza a expensas de un colgajo mucoso, previa realización de cirugía Parodontal marginal

Se incide oblicuamente desde el margen gingival hasta el fondo del surco vestibular desde el extremo distal del diente donador.

Se hace una disección roma extensa de un colgajo mucoso que exponga el periostio del hueso marginal, teniendo cuidado de solo seccionar la mucosa y no el periostio.

Se principia por el ángulo marginal, utilizando un bisturí parodontal, dividiendo la mucosa y separándola del periostio subyacente.

Se hace un legrado hacia abajo del colgajo, mucoso exponiendo hueso alveolar, con el objeto de colocar la mucosa vestibular profundamente y evitar que la distensión del carrillo y los labios, puedan interferir con el éxito del tratamiento.

Se transporta el colgajo hacia el diente receptor, el cual se prepara avivando los bordes que hacen contacto con el colgajo deslizante.

Se sutura con puntos aislados, y se coloca apósito quirúrgico. El cual se cambiará periódicamente hasta lograr la cicatrización y granulación de la zona intervenida.

La zona cubierta por periostio, cura con toda rapidez en cambio, el hueso denudado no se cubre con el mismo ritmo siendo esta zona, la última en sanar.

Al igual que todos los procedimientos de la Cirugía Mucogingival, este procedimiento, se puede efectuar en combinación con cualquier tipo de terapia Parodontal.

VII

CONCLUSIONES:

En cualquiera de los procedimientos usados en Cirugía Mucogingival, se deberá tener un completo conocimiento Anatómico e Histológico de la región por tratar.

Es de gran importancia, llegar a un diagnóstico correcto, el cual se fundamentará, en el estudio de dos tejidos principales: La encía, la inserción al diente y al hueso alveolar. Dicho estudio, debe estar basado en la Histología de estos tejidos, por lo tanto es necesario efectuar un buen diagnóstico, además de un acertado pronóstico, antes de intervenir en el padecimiento.

La Cirugía Mucogingival, complementa las técnicas quirúrgicas Parodontales, además de fomentar la autoclisis y el control personal de placa.

Cuando sea necesaria una doble operación, se puede realizar en la misma sesión, lo que traerá por resultado, una mejor inserción de los tejidos, además de un menor trauma para los mismos, lo que causará una menor molestia al paciente.

La función del frenillo, consiste en guiar y limitar el movimiento de los labios en la línea media.

Se hará plastía de frenillo, en presencia de problemas Parodontales, Ortodónticos, Protésicos, Fonéticos, de deglución, etc., etc.

El objetivo que se persigue en la reposición de encía, es la de desplazar hacia apical la unión mucogingival, y reemplazar mucosa alveolar, por encía insertada.

La profundización del vestíbulo, consiste en hacer más apical al surco vestibular con el objeto de facilitar la autoclisis, además del control personal de placa, y evitar que las fuerzas musculares recaigan en la encía marginal principalmente.

Hasta que se conoció la importancia de fijar la unión Mucogingival, con una zona adecuada de encía insertada, se reconoció la necesidad de injertos Parodontales.

El injerto, debe estar constituido de epitelio y tejido conectivo más fino en la periferia que en el centro eliminando la capa amarilla y el tejido granular con el fin de que pegue.

El método de injerto deslizante, se utiliza para la corrección de fisuras y otros defectos gingivales que exponen la superficie radicular.

VIII

BIBLIOGRAFIA

Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Periodoncia
Págs. 3—5, 35—39, 107—127, 131—137, 155—158
199—203
Editorial Interamericana 1976

Dorothy Permar
Oral Embryology and Microscopic Anatomy
Caps. VII, IX, X
Págs. 81—87, 103—117, 120—128
Henry Kimpton Publishers, London 1972

Glickman Irving
Periodontología Clínica
Caps. 37, 39, 46
Págs. 6—31, 533, 694
Editorial Interamericana 1974
4a. Edición

Goldman — Schuluger — Cohen — Chaikin — Fox
Terapéutica Periodontal
Cap XIV
Págs. 94—101
Editorial Prensa Médica Mexicana 1967

H. Archer W.
Cirugía Bucal y Atlas detallado de Técnicas
Quirúrgicas
Págs. 652—660, 1062—1074, 1083—1091
Caps. XIV, XXI, XXII
Editorial Mundi, Buenos Aires 1968

Lozano Rafael Jr.
Apuntes Inéditos de Parodontia
1972

Orban Blaint
Histología y Embiología Bucodental
Caps. VII, IX, XV
Págs. 173, 209, 376
Tosho Printing Co. Ltd. Tokio Japón 1976

Orban B.
Periodoncia Clínica
Cap. VI
Págs. 257—261, 290—315
Editorial Labor 1975

Peña Cruz Oscar M.
Cirugía Mucogingival
Tesis 1965

Prichard T. John
Enfermedad Parodontal Avanzada
Cap. XII
Págs. 371—386
Editorial Labor 1971

Quiroz Gutiérrez Fernando
Anatomía Humana
Cap. XV
Págs. 372—396
Editorial Porrúa México 1959

Ries Centeno G. A.
Cirugía Bucal
Cap. XXXVI
Págs. 525—527
Editorial El Ateneo 1975 7ª. Edición

Sánchez Torrè Javier
Revista A.D.M.
Vol. 25 Núm. 2
Abril 1968

Silva Herzog Daniel
Padecimientos Parodontales
Tesis 1969