



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA**

U. N. A. M. 4

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

CIRUGIA PARODONTAL Y GINGIVAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
JUAN MANUEL ROBLES SANCHEZ

SAN JUAN IZTACALA,

MEXICO, 1980



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.

CIRUGIA PARODONTAL Y GINGIVAL

INTRODUCCION.

Se que adentrarse en el complejo, pero maravilloso mundo de la Parodóncia es un trabajo delicado, ya que éste mundo nos presenta múltiples facetas que de llevar a cabo la correcta aplicación de las mismas, podremos lograr un mejor diagnóstico y tratamiento parodontal en nuestro paciente.

Es sumamente necesario que sean comprendidos a fondo diversos temas, tanto para el especialista como para el práctico general que les permitan disponer de los conocimientos para el tratamiento de la enfermedad parodontal, como parte integral de la práctica dental.

Para mí, algunas de las partes más importantes de la Paróncia que representan gran responsabilidad para el práctico general, son la cirugía parodontal y gingival, ya que deben incluirse en el plan de tratamiento, porque es de vital importancia formularnos desde el prin-

cipio un proyecto de acción ordenado y claro, debido a - que en la actualidad se cuenta con gran cantidad de técnicas, que de no realizar éste plan debidamente daría origen a una conducta errática con disgregación de los es---fuerzos y sin obtener éxito de ningún procedimiento, porlo tanto el resultado más común de llevar a cabo éste método es el fracaso a cualquier terapéutica.

Ya que si nosotros contamos con un plan ordenado para cualquier tratamiento, podrá ser utilizado en - una secuencia lógica, obteniendo así un efecto máximo antes de realizar el próximo paso.

Ahora bien, haré incapie en otro punto importante, que si también lo es, el conocimiento que debemos de tener para la cirugía, también lo son los preparativos que se deben de llevar a cabo para la misma, dentro de - los cuales mencionaré como deberá llegar el paciente al - que se le quiera someter no solamente a cirugía sino a - cualquier tratamiento parodontal, que solo se logrará mediante un programa de enseñanza, donde motivaremos al paciente para que adquiriera el hábito de una higiene bucal -

adecuada, que de no hacerlo, cualquier terapéutica que — realizaremos en el parodonto sería un fracaso.

Por lo tanto, es mi intención hacer notar al práctico general lo importante que es el plan de — tratamiento debiéndolo hacer antes de dar principio a la — terapéutica, es decir; al terminar el diagnóstico y el — pronóstico del caso.

No puedo considerar por completo éste — pequeño compendio, ya que mi objetivo no es el de aportar — conceptos nuevos a los ya existentes, sino que por medio — de la lectura de diversos autores obtener una conclusión — razonada en cuanto a la cirugía parodontal y gingival.

Abrigando la esperanza que tanto para — el estudiante en Odontología como para el profesional, — éste pequeño compendio fomente un interés profundo y cre — ciente en la práctica diaria de la Parodoncia.

INDICE

I PARODONTO EN SALUD

- a) Encía
- b) Ligamento parodontal
- c) Cemento radicular
- d) Hueso alveolar

II PREPARATIVOS PARA LA CIRUGIA PARODONTAL Y GINGIVAL

- a) Higiene bucal
- b) Exámen clínico
- c) Educación a través de un programa de enseñanza para la higiene bucal del paciente
- d) Control personal de placa dentobacteriana
- e) Valoración y exámen prequirúrgico
- f) Indicaciones y contraindicaciones para la cirugía
- g) Planificación, premedicación e instrumentos
- h) Asistente quirúrgica

III CURETAJE GINGIVAL

- a) Indicaciones y contraindicaciones
- b) Objetivo
- c) Técnica
- d) Instrumentación
- e) Cicatrización

IV GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA

- a) Requisitos previos
- b) Indicaciones y contraindicaciones
- c) Técnica
- d) Electrocirugía
- e) Cicatrización
- f) Complicaciones

V CIRUGIA OSEA

- a) Corrección de defectos óseos mediante resección y remodelado (Osteotomía y Osteoplastia)
 - a') Características anatómicas normales
 - b') Clasificación de defectos óseos según localización y el tipo.
 - c') Indicaciones y contraindicaciones.
 - d') Procedimiento terapéutico
 - e') Cicatrización
- b) Corrección de exostosis
- c) Corrección de cráteres interdentarios
- d) Corrección de márgenes óseos engrosados

VI CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

BIBLIOGRAFIA

I - PARODONTO EN SALUD

Es necesario que lleguemos a comprender, que el parodonto se encuentra sujeto a variaciones morfológicas y funcionales durante la vida, por lo que haré mención tanto de las características clínicas, histológicas, anatómicas, así como de la irrigación e inervación de cada tejido que compone a nuestro parodonto, siendo importante detectar los cambios más incipientes producidos por la enfermedad parodontal y que el conocimiento de las características normales, sea esencial para que el práctico general pueda reconocerlas y proceda al tratamiento de cualquier alteración en parodonto.

A) ENCIA:

Parte de la mucosa oral que cubre los procesos alveolares de ambos maxilares y rodea al cuello de los dientes.

DIVISION MORFOLOGICA DE ENCIA

1. Encía libre o marginal

Es considerada como la parte coronaria no insertada que rodea al diente y forma el surco gingival, -

consta de un núcleo central compuesto por tejido conectivo y cubierto de epitelio escamoso estratificado, siendo de la superficie externa queratinizada y en ocasiones paraqueratinizada, contiene además prolongaciones epiteliales que se continúan con el epitelio de la encía insertada.

Por lo que respecta a la superficie interna de la encía marginal, diremos que el epitelio que le forma no es queratinizado y constituye el tapiz del surco gingival.

2. Encía papilar

Este tejido se extiende en el sector interdentario y forma las papilas gingivales, que son de vital importancia clínica y patológicas, porque en muchas ocasiones nos indican la existencia de enfermedad parodontal.

En la parte anterior de la boca su forma es piramidal y en la posterior es de cuña asimilando la forma de tienda de campaña y adaptándose perfectamente en el área de contacto interproximal, conocida también con el nombre de col o collado sin embargo, donde hay diastemas no se forma el tejido interproximal como cresta sino que

se origina un reborde romo.

3.- Encía insertada

Este tejido es la continuación de la encía marginal, siendo firme y resiliente estando estrechamente unida a hueso y cemento, la parte vestibular de ésta encía se extiende hasta la mucosa alveolar estando separadas por la unión mucogingival y por la línea del surco marginal libre.

Presenta un ancho variable en cada persona, así como en diferentes zonas de la misma boca, siendo más ancha en su parte anterior donde llega a medir cerca de cuatro milímetros, después en la zona de premolares es menos ancha y en la zona de segundos y terceros molares incluso no llega a existir, generalmente es también más ancha en el maxilar superior que en el inferior.

Hacia lingual termina en la unión con la mucosa que recubre al surco sublingual en el piso de boca, y en el paladar se encuentra unida imperceptiblemente con la mucosa palatina siendo igual de firme y resiliente.

La superficie de encía insertada se caracteriu

za por el aspecto de cáscara de naranja debido al puntillado existente, que puede ser fino o grueso y puede variar según edad y sexo, asimismo de una persona a otra y a la gran cantidad de protuberancias esparcidas en toda la superficie epitelial que ayudan a la textura de la encía.

4.- Mucosa alveolar

Esta mucosa difiere de la encía insertada en la estructura, función y color, siendo móvil y teniendo una unión laxa al hueso.

La pigmentación de la mucosa es frecuente en los negros, hindúes, etc. pudiendo ser generalizada o localizada así como distribuida uniformemente o sin regularidad, variando de un color leve a uno intenso sin que se llegue a confundir con alteraciones de cualquier enfermedad parodontal.

Además de haber variación en cuanto al color de un pardo claro al negro, las hay también en cuanto al contorno marginal, espesor y altura gingival, dependiendo de las variaciones de factores como: a) presencia de días

temas; b) grado de erección; c) dientes ausentes; d) posi
ción de los dientes en el arco dentario.

5.- Surco marginal libre

En gran parte de los casos, el fondo del surco gingival está marcado en la superficie externa de la encía por un fino surco que corre paralelo al margen gingival y demarca el límite entre encía insertada y la encía libre, denominado surco marginal libre.

6.- Unión mucogingival

La encía insertada se encuentra demarcada de la mucosa alveolar por ésta unión, encontrándose en las superficies vestibulares de ambos maxilares y estando sujeta también a variaciones de forma y posición.

7. Surco gingival

La pared blanda del surco gingival está forma
da por la parte interna de la encía marginal, encontrandose se unida al diente por la adherencia epitelial en la base de éste surco, cubierto por epitelio escamoso estratifica
do, que se extiende desde el límite coronario de la adhe-

rencia epitelial hasta la cresta del margen gingival, este epitelio es importante porque actua como una membrana semipermeable que a través de ella pasan hacia la encía productos bacterianos lesivos y líquidos tisulares de la encía se filtran hacia el surco gingival.

8. Adherencia epitelial

Es tejido a modo de collar, compuesto por epitelio escamoso estratificado, que se une al esmalte del diente por una membrana basal compuesta de una lámina densa y otra lúcida a la cual se le adhieren los hemidesmosomas, siendo estos, agrandamientos de la capa interna de células epiteliales, asimismo la adherencia epitelial — está reforzada al diente por fibras gingivales, que junto con la adherencia epitelial se consideran como la unidad funcional denominada unión dentogingival.

9. Fibras gingivales

El tejido de la encía es densamente colágeno, que contiene un sistema de haces de fibras colágenas llamadas fibras gingivales, las cuales mantienen adosada firmemente a la encía contra el diente, proporcionando rigi-

dez necesaria para soportar las fuerzas de masticación, uniendo a la encía marginal con el cemento y con la encía insertada, disponiéndose funcionalmente en:

a) Grupo dentogingival

Estas fibras se extienden desde el cemento radicular a nivel del cuello del diente hasta la inserción epitelial y se dirigen lateral y coronariamente hacia la lámينا propia de la encía.

b) Grupo circular

Este pequeño grupo de fibras rodean a los dientes sin que tengan un lugar específico de inserción.

c) Grupo transeptal

Se extiende en sentido interproximal del cemento de un diente al cemento del otro, por arriba de hueso y manteniendo la armonía de la encía ya que proporciona un estrecho contacto de ésta con el diente.

d) Grupo alveologingival

Estas fibras se extienden desde la cresta alveolar y se insertan en la lámينا propia de la encía.

e) Grupo dentoperiósticas

Tanto en la cara vestibular como por la lingual existen fibras que van desde el perióstico del hueso alveolar hacia el cemento del diente en su parte cervical.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS DE ENCIA

Se compone de epitelio escamoso estratificado y un estroma de tejido conectivo, diferenciandose a su vez el epitelio en cuatro capas que son:

1. Capa o estrato basal; se encuentra formado por células de forma cuboidal.

2. Capa o estrato espinoso; está formado por células de forma poligonal.

3. Capa o estrato granular; ésta capa se encuentra formada por múltiples estratos de células ligeramente aplanadas con granulos de queratohialina.

4. Capa o estrato córneo, formado también por capas de células un poco más aplanadas que en la capa granular.

La mitosis es realizada en el estrato basal y posiblemente en la porción inferior de la capa espinosa, constituyendo ésta zona el estrato germinativo, por otra parte tenemos que el epitelio es avascular, translúcido y que se nutre por difusión experimentando una renovación - continua cada veinticuatro horas.

UNION ENTRE CELULA Y CELULA DEL EPITELIO

Se realiza mediante los desmosomas, que a su vez están constituidos por dos placas de unión y después de éstas placas de unión hay una estructura laminar compuesta por cuatro capas separadas por tres más, y por encima de las placas de unión salen en forma de pincel unas tonofibrillas hacia el citoplasma celular.

UNION ENTRE EL EPITELIO Y EL TEJIDO CONECTIVO

Se da a través de una lámina basal, compuesta por una densa y otra capa lúcida, uniéndose al tejido conectivo por medio de los hemidesmosomas, que si antes ya describimos la estructura de un desmosoma, se comprenderá que el hemidesmosoma es la mitad de uno de los ya descritos.

TEJIDO CONECTIVO

Es densamente colágeno con pocas fibras elásticas, formado por dos capas una papilar que contiene proyecciones papilares entre los brotes epiteliales y una reticular contigua al periostio del hueso alveolar.

CARACTERISTICAS NORMALES DE ENCIA

1. Color; puede ser rosa pálido, pero varía - según el grado de irrigación, queratinización epitelial, pigmentación y espesor del epitelio.
2. Contorno papilar; las papilas deben de llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto.
3. Contorno marginal; en ésta zona la encía - debe afinarse hacia la corona y terminar en borde delgado con sentido mesio-distal, debiendo tener forma festoneada los márgenes gingivales.
4. Textura; está dada principalmente por diversos grados de puntilleo en las superficies vestibulares de la encía insertada, descrita en ocasiones como as-

pecto de cáscara de naranja.

5.- Consistencia; debe ser firme y estar perfectamente adherida al diente y hueso alveolar.

IRRIGACION E INERVACION

1.- Arteriolas suprapariosticas; irrigan toda la superficie vestibular así como también la lingual del hueso alveolar.

2. Vasos del ligamento parodontal; se extienden hacia la encía, anastomosándose los capilares en la zona del surco.

3. Arteriolas de la cresta alveolar; del tabique interdentario se extienden paralelos a la cresta ósea, para anastomosarse con vasos del ligamento parodontal, capilares del surco y vasos sobre la cresta alveolar.

El drenaje linfático empieza a realizarse en los linfáticos de los capilares del tejido conectivo, avanzando hacia la red colectora y después hacia los nodulos linfáticos regionales.

La inervación dada por las fibras que nacen - en los nervios del ligamento parodontal y de los nervios labial, bucal y palatino.

B) LIGAMENTO PARODONTAL

Es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y la une al hueso, siendo la función principal del ligamento la de mantener al diente en el alveolo, consiguiendo así una relación fisiológica entre el cemento y hueso, el ligamento parodontal tiene además propiedades nutritivas, defensivas y sensoriales.

El origen del ligamento es del mesénquima que rodea al primordio dental (vainas de Hertwig).

Tanto del hueso como del cemento, se desarrollan fibras alveolares y cementarias habiendo entre ellas y paralelas al eje longitudinal del diente otras fibras - colágenas laxas, que conforme aumentan en número y tamaño las fibras alveolares se ramifican en los extremos al igual que las cementarias hasta que parecen unirse, originando así un plexo intermedio que cuando entra en función el diente éstas fibras se ensanchan y son continuas entre hueso y cemento desapareciendo éste plexo intermedio.

Se le denomina fibras de Sharpey, a los extreu

mos de las fibras principales que se insertan en el cemento y hueso.

FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PARODONTAL

1. Cresto alveolares; se extienden en forma de abanico desde el cemento, por debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar, ayudando a resistir los movimientos laterales del diente.

2. Horizontales; se extienden en ángulo recto respecto al eje longitudinal del diente, dirigiéndose del cemento al hueso alveolar, siendo su función la de equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales.

3. Oblícuas; son las más numerosas, y van del cemento radicular en dirección coronaria y sentido oblicuo al hueso, soportando las fuerzas masticatorias para transformarlas en tensión sobre el hueso alveolar.

4.- Apicales; se abren en forma de abanico desde el cemento radicular a nivel del ápice del diente hacia el hueso.

FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL

Físicas; dentro de ésta función tenemos la resistencia al impacto de la fuerza oclusal, que según Parfitt no es el ligamento parodontal quien las resiste, sino cuatro sistemas de éste, que son:

a) Sistema vascular; amortigua el choque, absorbiendo las tensiones de las fuerzas oclusales bruscas.

b) Sistema hidrodinámico; son líquidos que - tanto del tejido como de pequeños vasos, pasan a través - de agujeros alveolares resistiendo fuerzas axiales.

c) Sistema de nivelación; está relacionado estrechamente con el hidrodinámico, controlando el nivel de diente en el alveolo.

d) Sistema resiliente; permite que el diente - tome su posición normal después que cesan las fuerzas - oclusales.

Otra función es, la transmisión de las fuer--zas oclusales al hueso. La disposición de las fibras per-

mite asimilar cualquier fuerza ejercida, originando una tendencia al desplazamiento de la raíz dentro del alveolo, ya que el diente puede girar sobre un eje, cambiando a medida que la fuerza aumenta, así tenemos que la parte apical de la raíz se mueve en dirección opuesta a la posición coronaria, ya que éste desplazamiento origina una de formación concomitante al hueso.

Función estructural y oclusal del ligamento;— tanto el diente depende del ligamento para someterlo a su función, como también del estímulo que proporcione la función oclusal al mismo para poder conservar su estructura, ya que sino existe ésta función o al disminuir, el ligamento parodontal se atrofiaría.

Formativa; en ésta función interviene el ligamento como periostio tanto para el cemento como para el hueso, estimulándolo durante los movimientos fisiológicos del diente, para que las células mesenquimatosas indiferenciadas reemplazando a otras células, den origen a la formación de hueso o cemento según el ritmo de la erupción.

Nutricional; el ligamento provee tanto a encía, hueso y cemento de elementos nutritivos mediante vasos sanguíneos, proporcionando también el drenaje linfático.

Sensoriales; está dada a través del ligamento parodontal, el cual detecta fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes, desempeñando un papel importante en el mecanismo que controla los músculos masticadores.

IRRIGACION

Dada por ramas de las arterias alveolares, - que penetran en los tabiques interdentarios por los canales nutricionales y otras ramas que llegan desde la encía hasta el ligamento parodontal.

INERVACION

Por haces del trigemino, que pasan al ligamento después de el área periapical a través de canales del hueso alveolar.

C) CEMENTO RADICULAR

Tejido conectivo calcificado que cubre la -
raíz anatómica del diente, teniendo como función fijar -
las fibras del ligamento parodontal al diente.

Formación; durante la formación de la raíz, -
la vaina epitelial de Hertwig es perforada por precemento
blastos, que depositan cerca de la dentina la primera -
capa de cemento, convirtiéndose así en cementoblastos fun-
cionales.

Por otra parte, el cemento sigue formándose -
mediante el depósito sucesivo de nuevas capas de cemento.

CEMENTO CELULAR Y ACELULAR

Al quedar completamente formada la raíz, la -
cementogénesis inicial concluye, siendo acelular el cemen-
to que primeramente es depositado y relativamente afibri-
lar.

Los depósitos secundarios sobre la capa prima
ria se denomina cemento celular, formando varias capas y-
encontrándose principalmente en el tercio apical de la -
raíz, mientras que la acelular se forma en los tercios -

restantes coronarios.

La superficie del cemento celular está cubierta por una capa de formación reciente y no calcificada y que a su vez es cubierta ésta capa por otra denominada cementoide.

CEMENTOCITOS

Se localizan en el cemento de tipo celular, - en lagunas semejantes a los osteocitos en el hueso.

Así como en el hueso, el cemento contiene fibras colágena y de hidroxapatita, originados por depósitos intermitentes aunque continuos de nuevas capas de cemento.

Como ya mencioné, los haces de fibras colágena del ligamento parodontal que penetran al cemento, se llaman fibras de Sharpey, variando el número y diámetro - en éstas fibras según el estado funcional y la salud del diente, habiendo diferencias bioquímicas entre las fibras de Sharpey del hueso y del cemento, ya que éstas últimas - están calcificadas, mientras que las del hueso no lo están.

IRRIGACION

Está dada a través del ligamento parodontal, -
ya que el cemento es avascular.

D) HUESO ALVEOLAR

Es la parte del maxilar superior e inferior, - que forma y sostiene a los dientes, dividiéndose en hueso alveolar propiamente dicho y hueso de soporte.

HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO

Es una lámina delgada de hueso, que rodea a - las raíces insertándose en ella fibras del ligamento parao dental.

HUESO DE SOPORTE

Es el hueso que rodea a la cortical ósea al- veolar dividiéndose en: placas corticales compactas tanto la vestibular como la lingual y hueso esponjoso, que se - halla entre éstas placas y el hueso alveolar propiamente- dicho.

La lámina dura o cortical y lámina cribiforme, radiográficamente se observa como una lámina opaca, estano do perforada y a través de estos orificios pasan vasos y nervios del ligamento parodontal. También se le denomina- lámina cribiforme debido a éstas perforaciones.

La forma de la cresta alveolar en condiciones normales depende de:

- 1) Contorno del esmalte y ancho del espacio interdental.
- 2) Grado de extrusión o intrusión del diente.
- 3) Mesialización o distalización de los dientes.
- 4) El ancho de los dientes.
- 5) Forma de la unión cemento-esmalte

La cortical externa es más densa en el maxilar inferior que en el superior, debido a que en el inferior hay menos cantidad de hueso esponjoso y que éste hueso está formado por trabéculas o vigas óseas llenas de médula ósea, también llamados espacios medulares, siendo de tejido hematopoyético que con la edad se atrofia y se transforma en una médula ósea amarillenta.

Por la parte externa de las corticales, el hueso está cubierto por un tejido conjuntivo fibroso llamado periostio, en el que hay células formadoras de hueso.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS DEL HUESO

Es tejido conjuntivo calcificado, formado a partir de unas células madres llamadas osteógenas y que se conocen también como osteoblastos, los cuales secretan una matriz orgánica intercelular, que al ir la secretando dan origen a unos pequeños canalículos dentro de los cuales van las prolongaciones citoplasmáticas de los osteoblastos, que al encontrarse rodeados de la sustancia se denominan osteocitos, y al conjunto de canalículos se les llama sistema haversiano.

II - PREPARATIVOS PARA CIRUGIA PARODONTAL Y GINGIVAL

Debemos tomar en consideración, que la preparación inicial previa a cualquier procedimiento, tiene una sola finalidad que es la de preparar la boca que se interviene, reduciendo en todo lo posible la patología para intentar promover lo más que se pueda la cicatrización.

Ya que la terapéutica inicial que logremos en el paciente no solo eliminará a los irritantes locales, sino además establece condiciones que favorecen la salud y estabiliza a los dientes móviles, debiendo subrayar la necesidad de obtener superficies bien pulidas para evitar y dominar la formación de cálculos.

Para mí, la aplicación de la preparación previa es un asunto de preferencia individual, según el estado de la boca del paciente y la opinión de nosotros sobre las ventajas que pueda aportar tal preparación, ya que debemos de conocer que los requisitos del cuidado varían de paciente en paciente e incluso en diferentes zonas de una misma boca.

Estos preparativos consisten en diversos puntos de suma importancia, para tomar una decisión respecto a la necesidad de la cirugía parodontal y las técnicas más apropiadas que utilizaremos.

A) HIGIENE BUCAL

La higiene bucal es el procedimiento que realiza el paciente para eliminar placa bacteriana y restos alimenticios en los dientes, siendo importante que el paciente adquiera un sentido de limpieza bucal al darsele instrucciones sobre fisioterapia bucal siendo el principal objetivo de ésta, mantener limpia la dentadura de cualquier retención a los depósitos blandos y duros a nivel de cuellos de los dientes y del margen gingival, ya que tienen influencia directa sobre la salud del parodonto, otro factor importante de la higiene bucal, es que favorece la cornificación del epitelio haciendo que los tejidos gingivales sean más resistentes a la irritación mecánica, así mismo favorece la circulación de la zona estimulada.

Tenemos en cuenta que el éxito o el fracaso del tratamiento parodontal, radica en la capacidad del pa

ciente para que comprenda y coopere en la realización de la higiene bucal, ya que para destacar la importancia de la misma, se aplican técnicas diversas que más adelante mencionaremos al tratar la educación del paciente.

B) EXAMEN CLINICO

Este exámen, permite al práctico general valorar las necesidades de cada paciente, además incluye la apreciación de la anatomía y alineación de los dientes, relación diente-encía así como la cantidad de depósitos presentes.

Le preguntaremos sobre los hábitos actuales de higiene bucal y durante la conversación debemos de tomar en cuenta las respuestas del paciente sobre su higiene bucal y sugerencias referentes al programa de cuidado dental casero.

Tomando en consideración que no todos los pacientes pueden tener enfermedad parodontal o ser resistentes a ella, éstas personas nos plantearán pocos problemas sobre higiene bucal.

C) EDUCACION AL PACIENTE A TRAVES DE UN PROGRAMA DE
ENSEÑANZA PARA LA HIGIENE BUCAL

Primeramente tenemos que observar la calidad de la higiene bucal y posteriormente le enseñamos al paciente la placa bacteriana en su boca, usando un explorador para obtener una pequeña cantidad de éste material, - si contamos con un microscopio de fase le enseñaremos las bacterias móviles, después pedimos que se enjuague con solución reveladora y con un espejo de mano y buena luz le mostraremos las zonas coloreadas sobre sus dientes, debiendo decirle que las pigmentaciones representan la placa bacteriana y que deberá eliminarla de todas las superficies por lo menos cada doce horas.

Todo esto se hará con la finalidad de establecer un procedimiento de educación, adiestrando al paciente para que cumpla un programa de visitas periódicas para fomentar cada vez más la retención de lo que aprenda para establecer nuevos hábitos en él.

Esta instrucción repetida es valiosa, ya que-

nuestro paciente interviene activamente en el tratamiento, le mostraremos que debe hacer y después dejaremos que lo haga por sí mismo.

En una visita haremos que se enjuague con solución reveladora y tomaremos el índice de placa, señalando cada vez las zonas de buena limpieza y las de higiene-defectuosa.

Después haremos una demostración del manejo del hilo dental y posteriormente nuestro paciente hará una segunda demostración del uso del mismo, si se lastima con el hilo le indicaremos que en ese sitio utilice cinta dental plana, premiando sus éxitos y corrigiendo los errores.

Nuestro paciente puede quedar abrumado cuando queremos enseñarle todo procedimiento al mismo tiempo para la higiene bucal que pueda necesitar, por lo tanto le enseñaremos una técnica cada vez que asista, en éste caso el uso del hilo.

Y cuando demuestre progreso en el empleo del hilo, comenzará la enseñanza del uso del cepillo dental, utilizará un cepillo de cerdas suaves durante la instruc-

ción para evitar el traumatismo de la encía y ajustándose a las necesidades de cada paciente, por lo menos deberá practicar el cepillado al levantarse para eliminar cualquier acúmulo de la noche y también lo hará después de cada comida y antes de acostarse.

Es inútil pensar que puede tener éxito la enseñanza de una sola técnica para todos los pacientes, ya que no todos tienen el mismo grado de destreza manual y por lo tanto hay que enseñar un método que pueda realizarse fácilmente, debiendo tener como primordial objetivo, la remoción de irritantes locales en la preparación inicial durante la terapéutica parodontal ya que nos ofrece la oportunidad de observar la capacidad de curación que pueda tener el paciente.

D) CONTROL PERSONAL DE PLACA

Sabemos perfectamente que existen diversas clases de depósitos que se acumulan en la superficie dentaria, pudiendo ser duro, blando, coloreados o incoloros, incluso firmemente unidos o poco adhesivos, uno de ellos es la placa dentobacteriana considerada como factor desen

cadena de enfermedad periodontal.

La placa bacteriana es un depósito blando, amorfo, granular, que se acumula sobre las superficies dentarias, restauraciones y cálculos dentarios.

Formación: En un diente acabado de limpiar, se forma en pocos minutos de éste expuesto a la saliva una película adquirida la cual se encuentra exenta de bacterias llamada también matriz adhesiva interbacteriana, el paso siguiente en la formación de la placa bacteriana es la colonización de bacterias, debido a la afinidad existente entre la hidroxiapatita adamantina a las glucoproteínas que atrae las bacterias al diente, existiendo en suspensión gran cantidad de ellas y de varios tipos.

Creciendo la placa por:

1. Agregado de nuevas bacterias
2. Multiplicación de las bacterias
3. Acumulación de productos bacterianos.

Uniéndose entre sí las bacterias de la placa, mediante la matriz interbacteriana y por una superficie adhesiva protectora que producen.

Ahora bien, el control de la placa es la prevención de la acumulación de la misma y los diversos tipos de depósitos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes.

Los métodos de eliminación de la placa con cepillo e hilo dental se llevan a cabo durante una serie de sesiones.

Se entrega al paciente una tableta reveladora indicándole que la mastique y haga circular los fragmentos por la boca durante 30 a 60 segundos, eliminando el exceso de colorante al enjuagarse la boca con agua, quedando teñidas de rojo la placa y deberemos enseñárselas al paciente mediante el espejo de mano.

El método de cepillado se enseñara primero en el modelo, luego el paciente utilizará el cepillo para eliminar el colorante en una área elegida de la boca del paciente mientras él se observa en el espejo, al igual, el uso del hilo dental se enseña primero en el modelo y después en el paciente, corrigiendo los errores a medida que actúa.

Posteriormente se le entrega un paquete de -
pastillas para que las use en casa, dandosele un espejo -
dental barato para que se examine las caras linguales de-
los dientes en busca de la placa teñida.

Sabemos que deberemos insistir en el uso con-
tinuo del colorante, pues muchos pacientes dejan de utili-
zarlo una vez que terminan con el primer paquete, siendo-
de suma importancia lograr el control personal de placa -
de nuestro paciente a intervenir, ya que de no hacerlo sa-
bemos perfectamente que cualquier técnica utilizada en él
será difícil de pronosticar su resultado.

E) VALORACION Y EXAMEN PREQUIRURGICO

Aproximadamente una semana antes de emprender
la cirugía, deberemos de examinar nuevamente la historia-
clínica del paciente, para hacer una nueva valoración y -
así determinar toda modificación de la profundidad de la
bolsa como consecuencia de procedimientos que realizamos,
como lo son: raspaje y curetaje, higiene bucal, debiendo-
valorar atentamente la capacidad que tiene el paciente -

para el cuidado de su boca, ya que en nuestro exámen prequirúrgico incluiremos el control del fichado para valorar modificaciones de la profundidad de la bolsa y observación de la forma, contorno, color y textura de encía, - debido a que la cirugía parodontal se relaciona principalmente, con la membrana mucosa con el tejido conjuntivo - laxo y denso, con los músculos y huesos, la encaminaremos principalmente a tratar los efectos de la enfermedad sobre el parodonto pero tales efectos se convierten en causa tan pronto como se haya formado la bolsa, siendo el objetivo principal de ésta valoración tratar de prevenir su aparición y la prevención de la propagación y en los casos que existe la bolsa es demasiado tarde para prevenir su aparición.

F) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Indicaciones: Se llevará a cabo la cirugía - parodontal con la presencia de bolsas y cuando no sea fisiológica la forma de la encía.

Contraindicaciones: está contraindicada en pacientes que sufren enfermedades generales que hacen que -

el tratamiento quirúrgico ponga en peligro su vida.

Cuando el paciente presenta una infección aguda, posponiendo el tratamiento hasta que la boca se halle en buenas condiciones para la intervención quirúrgica.

En pacientes embarazadas es preferible posponer el tratamiento, hasta después del parto y si a pesar de lo dicho la gestación va acompañada de complicaciones, antes de establecer un plan de tratamiento parodontal se debe consultar con el ginecólogo de la paciente.

En pacientes de edad avanzada, a veces se — hace dudoso el éxito del tratamiento y los pacientes con tensión emocional se han de tratar con métodos paliativos hasta presentarse la oportunidad favorable para el tratamiento adecuado.

Los alcohólicos son malos pacientes para la terapéutica parodontal y los pacientes incapaces de practicar la higiene bucal, sea por enfermedad mental o dificultad física, probablemente no obtendrán beneficios del tratamiento quirúrgico parodontal.

Cuando hay trastornos sistemáticos o hemorrágicos o simplemente se encuentra bajo tratamiento de anticoagulantes, siendo obligatorio consultar al médico y realizar los análisis de laboratorio adecuados.

G) PLANIFICACION - PREMEDICACION E INSTRUMENTOS

Planificación: si está indicada la cirugía, - haremos la valoración prequirúrgica, la zona a operar, el tipo y extensión de la cirugía y los pasos comunes, todo lo planificaremos con mucho cuidado registrandolo en la - ficha de tratamiento de nuestro paciente.

Le comunicaremos al paciente los planes res-
pecto a las cirugías venideras para que él las pueda acomodar a su horario social y comercial de tal manera que - nosotros podamos trabajar sin ningún tipo de urgencias.

Premedicación: se usa antes de la interven-
ción para la comodidad general del paciente y para prevenir efectos secundarios que podría producir el preparado-
anestésico sobre todo en pacientes nerviosos.

Algunos pacientes con ansiedad o aprensión - sienten alivio por medio de barbitúricos o tranquilizantes como el pentobarbital (Nembutal) o el secobarbital sódico (Seconal) una noche anterior a la cita, la premedicación deberá incluir también un preparado anticolinérgico, como la atropina para disminuir secreciones salivales y - bronquiales.

Puede ser suficiente una dosis de 10 cg. de - pentobarbital, complementado con una inyección intramuscu - lar de 50 mg de mepiridina clorhidrato (Demerol) en la - cual se disuelve una tableta de atropina de 0.5 mg. admi - nistrándose por lo menos el pentobarbital veinte minutos - antes de la inyección, debido a que la mepiridina produce vasodilatación, náuseas, vértigos y ocasionalmente un sin - cope, siendo oral la administración del pentobarbital.

Actualmente se usa 10 mg de diasepam, siendo - eficaces y si durante la intervención el paciente no se - encuentra relajado, le inyectamos 1cc de Demerol en la re - gión sublingual consiguiendo un efecto rápido.

Otro tipo de premedicación es la de antibiótiti

cos a pacientes con cardiopatía valvular u otras enfermedades que demanden el uso de antibióticos, es en estos casos donde la medicación empieza 24 horas antes de la cirugía para así proporcionar los niveles adecuados, debiendo ser en cantidades moderadas y proseguir días después de la cirugía.

Debiendo contar además del oxígeno, con diversos preparados de urgencia.

Instrumentos: Existe una amplia variedad de instrumentos satisfactorios para la cirugía parodontal, debiendo de disponer de un juego que además de práctico sea cómodo para el uso que se le destina.

Este conjunto puede complementarse con varios instrumentos que se usan con menor frecuencia y con algunos instrumentos especiales que se utilizarán en determinadas ocasiones, debiendo tener instrumentos extras del equipo normal, para sustituirlos rápidamente si pierden el filo, se rompen o caen al suelo otros instrumentos. Aquí una lista de el material con que debemos contar para la cirugía parodontal:

1. Espejos dentales planos No. 4
2. Sonda parodontal fina (Fox)
3. Bisturí Goldman/Fox No. 7
4. Instrumento No. 10 de Goldman/Fox
5. Elevador y separador periódstico de Prichard
6. Cinceles para esmalte 20,81 y 84
7. Cinceles
8. Fresas redondas
9. Piedras de diamante para gingivoplastia
10. Pinzas para sutura parodontal
11. Cucharillas Mc Call
12. Escariodontos
13. Bisturí Bard-Parker
14. Separador de tejido Kirkland
15. Pinzas para torundas
16. Pinzas dentadas para algodón
17. Portaagujas
18. Tijeras Sharp de 7"
19. Cucharillas quirúrgicas de Prichard
20. Escariodonto Trowner
21. Boquillas cavitron
22. Guantes de vinilo desechable
23. Materiales adicionales como:

- a) Martillo quirúrgico
- b) Raspadores para exodoncia

24. Materiales de anestesia:

- a) Jeringas de cartucho tipo aspirador
- b) Aguja calibre 30 cortas y 27 largas
- c) Anestésico

25. Otros:

- a) Gasa estéril
- b) Boquillas intercambiables.

Las pinzas para torundas se utilizan para aplicar soluciones anestésicas, reveladoras y solución de betadina, empleada para inundar el surco gingival antes de hacer una incisión y para limpiar el campo, las pinzas de algodón de Dixon se emplean para eliminar los puntos de sutura y para apretar algodón en sitios como espacios interdentarios.

Las cucharillas grandes fueron diseñadas para eliminar el tejido de granulación durante las técnicas por colgajo en cirugía parodontal.

Los raspadores se emplean en la extirpación -

de hueso, sobre todo cuando es peligroso el uso de fresas bajo un colgajo mucoperióstico, en ocasiones son útiles - para eliminar secciones de hueso después de haber tallado con fresa algunas ranuras en la masa ósea hipertrófica, - pero normalmente se recurre al cincel y martillo.

El separador perióstico de Fox, es delgado y sostiene además de proteger al tejido sin tensionarlo.

Las fresas y piedras se utilizan para modelar adecuadamente bajo los colgajos mucoperiósticos, sin necesidad de hacer incisiones laterales extensas ni disecciones amplias.

El eyector de saliva presta servicio eliminando las secreciones y la solución del piso de boca, pero - su función es la de inmovilizar al paciente evitando que intente utilizar la escupidera.

Y para eliminar los depósitos densos de cálculo en las raíces se utilizan escariadores robustos y cucharillas del No. 29 y 30 así como instrumentos ultrasónicos como el cavitron.

H) ASISTENTE QUIRURGICA

Debemos tomar en cuenta que la asistente es - una participante activa de los procedimientos quirúrgicos y que hace el papel de un segundo par de manos para el - práctico general, y que la calidad del servicio prestado - por un auxiliar, depende de los conocimientos que tenga - sobre la técnica operatoria y de la actitud de él frente - a nuestro paciente.

Siendo sus obligaciones, desde ajustar el sillón dental para que el paciente se sienta cómodo y se obtenga una buena visión del campo operatorio, así como la de leer cuidadosamente la historia clínica del paciente y mantener tranquilo al mismo durante la intervención y sobre todo otras tareas importantes como aspirar, pasar y - recobrar instrumentos y limpiar la superficie quirúrgica - etc.

Durante la anestesia: deberá preparar jerin- gas con solución anestésica a medida que sean necesarias - y permanecer junto al paciente después de haber aplicado - el anestésico.

Como tranquilizar al paciente: Deberá evitar las expresiones faciales entre el personal que realiza la operación, evitar además el cambio de miradas sin motivo alguno, así como movimientos innecesariamente rápidos, ya que todo esto puede excitar la imaginación de nuestro paciente y provocar un estado de tensión desagradable, así como también dará al paciente una breve explicación del uso de el aspirador y que si se le cansan los músculos por tener la boca abierta, se le dará a menudo oportunidad de cerrarla para que descanse.

Colocación de instrumentos: los instrumentos también llamados de suerte, son los que utilizará el asistente y deberá de colocarlos a la derecha sobre la mesa quirúrgica, ya que los instrumentos que utiliza el operador, irán del lado izquierdo, los instrumentos de suerte son: boquillas del aspirador, espejos, retractores y gomas.

Iluminación del campo operatorio: deberá cuidar que éste campo siempre se encuentre iluminado en todo momento, aunque en ocasiones es necesario la utilización de lámparas intrabucuales o frontal para tener más luz.

Separación del carrillo: ésta operación es difícil, especialmente porque se debe realizar con suavidad, distendiendo al mínimo el tejido, el separador simple es fácil de usar debido a que se aplica en una sola posición pero permite pocas maniobras, otro aditamento que permite la separación del carrillo así como de labios y lengua es el espejo dental, que debido a su forma podemos emplearlo facilitando el trabajo de nuestra asistente, sobre todo cuando utilizamos fresas, piedras para modelar evitando así un posible traumatismo.

Uso del aspirador: Se emplea para eliminar las secreciones orales, sangre, agua o solución salina que se irriga, el tamaño dependerá de las exigencias de cada caso.

Al igual que otros instrumentos la punta del aspirador se debe usar con suavidad, ya que el uso inadecuado del aspirador puede llegar a traumatizar la mucosa oral.

Extirpación del tejido: Después que el operador elimine una porción de tejido, el asistente debe de

pinzar el extremo libre con un hemostato y mantenerlo fuera de la línea visual del operador sin que produzca un desgarramiento del fragmento suelto.

Retracción del colgajo: En ocasiones el ayudante separa los colgajos mucoperiosticos mientras que efectuamos el remodelado óseo, usando con una mano el aspirador y con la otra separará el colgajo.

Otra tarea importante del asistente quirúrgico es la de mantener en condiciones asépticas el campo operatorio, ya que con ello favorece cualquier intervención que realizáramos no solamente en boca, sino en cualquier parte del cuerpo.

Para esto ha de disponer de un área de esterilización que se usará exclusivamente para la limpieza, esterilización y conservación de los instrumentos y materiales quirúrgicos.

Todos los instrumentos que se emplean, serán sumergidos en solución detergente frotándose con un cepi-

llo duro, después se enjuagarán y se secarán para posteriormente llevarlos al autoclave.

Que de no hacer esto, los instrumentos van acumulando una película que impide la esterilización completa.

Después de retirarlos del autoclave se guardarán en los cajones de la mesa quirúrgica y para que no pierdan su esterilidad, el paquete no se abrirá hasta el momento en que se inicie la intervención.

Ya que los únicos métodos aceptables de esterilización del instrumental, son la exposición al vapor de agua en el autoclave o el calor seco en la estufa.

III - CIRUGIA GINGIVAL

La finalidad primordial en la cirugía gingival, es la corrección de trastornos menores en el parodonto cuando la enfermedad no causa todavía defectos óseos sin existir aberraciones anatómicas del proceso alveolar, como es el caso de los rebordes marginales gruesos.

Y esta cirugía comprende de un raspado y un curetaje así como de la gingivectomía y gingivoplastia, sabiendo diferenciar perfectamente el procedimiento con las que se lleva a cabo cada una de ellas.

CURETAJE GINGIVAL

El término curetaje, se refiere únicamente al tratamiento realizado en el tejido blando de las bolsas gingivales y parodontales es decir, que el curetaje gingival es también una operación planificada y sistemática, para poder eliminar parte o todo el revestimiento gingival, el cual nos presenta inflamación crónica y úlceraación de la bolsa.

A) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

En la mayoría de los casos el curetaje gingival se deberá hacer simultáneamente con el raspaje radicular.

1) Eliminación de las bolsas supraóseas en las que la profundidad es tal, que los cálculos adheridos a la raíz pueden examinarse por completo mediante la separación de la pared de la bolsa con aire tibio o con una sonda.

2) Está indicado en la mayoría de las gingivitis, excepto en el agrandamiento gingival.

3) El curetaje y raspaje es una de las diversas técnicas del tratamiento de las bolsas infraóseas.

Así tenemos que para obtener éxito en el paso uno, la bolsa deberá ser edematosa para que se contraiga hasta la profundidad del surco normal, ya que si la pared es firme y fibrosa, es precisa el tratamiento quirúrgico para eliminar la bolsa, sea cual sea la profundidad.

Por lo tanto, los pacientes con inflamación -

edematosa y granulomatosa responden mejor al curetaje, que los que presentan cuadros que se caracterizan principalmente por hiperplasia fibrosa.

Asimismo, éste tratamiento es valioso en pacientes que está contraindicada la cirugía de mayor extensión a causa de resistencia emocional o afección sistémica.

Unas de las contraindicaciones del curetaje son: La presencia de una fibrosis muy antigua, cuando la finalidad del curetaje, es la retracción de la encía marginal.

Las bolsas intraalveolares anchas y tortuosas no se prestan para el curetaje, asimismo, cráteres óseos ya que estos son tratados principalmente por los injertos óseos.

B) OBJETIVOS

Para que nuestro curetaje sea eficaz, deberemos de basarnos en indicaciones claras, objetivos delimitados y un procedimiento disciplinado, estando en última instancia encaminados los objetivos a los de todo tratamiento parodontal, que son; eliminación de la inflamación,

erradicar la bolsa y restaurar la salud gingival.

C) TECNICA

Primeramente anestesiaremos localmente la zona a intervenir, puesto que es un procedimiento quirúrgico - que corta o desprende el revestimiento de la bolsa y eliminará el tejido inflamatorio subyacente.

Deberemos planificarlo muy bien para trabajar en un solo diente o un segmento del arco dental en una - sola sesión, ésto se podrá hacer según la accesibilidad y la topografía de las bolsas y características del tejido, nunca deberemos de curetear encía delgada y friable ya - que se corre el peligro de perforar o desgarrar el tejido.

Sostendremos el instrumento con presión en lá piz modificada, usando como apoyo el dedo medio o el anular, debiendo de cortar y no desgarrar o mutilar la pared blanda de la bolsa.

Colocaremos los dedos pulgar e índice contra la superficie vestibular o lingual de la encía, ayudándonos a sostener el tejido y a realizar el curetaje median-

te movimientos llevando el tejido enfermo a la superficie, limpiando cada vez la hoja de la cureta con gasa esterilizada.

Después del curetaje, lavaremos las bolsas - con solución salina estéril, con una jeringa Luer-Lok y - aguja roma, inspeccionando la zona para asegurarnos que - se hizo la limpieza completa de las superficies radiculares, Después acercaremos los tejidos con cuidado a la su perficie dentaria, y cuando sea necesario colocaremos el - apósito quirúrgico.

A las dos semanas, es posible valorar los resultados y determinar la necesidad de proseguir con el - tratamiento.

D) INSTRUMENTACION

La cantidad de dientes que se incluye en cada sesión varía según la habilidad del operador, la clase de cada paciente y la intensidad de la lesión parodontal.

Primeramente anestesiarnos la zona y aislamos - con rollos de algodón o gasas pincelando la zona con un -

antiséptico suave, como el merthiolate o metaphen, después limpiando la zona intermitentemente con torundas de algodón saturadas con una mezcla a partes iguales de agua tibia y agua oxigenada al tres por cien durante el procedimiento de raspaje y curetaje.

Segundo: Eliminaremos los cálculos supragingivales con raspadores superficiales, teniendo como consecuencia la retracción de la encía debido a la hemorragia que se desencadena hasta por la instrumentación más suave que se realice, debido a que cerca de la superficie se encuentran vasos sanguíneos ingugitados, que con frecuencia están separados del contenido de la bolsa únicamente por una capa delgada de residuos tisulares.

Tercero: eliminaremos los cálculos subgingivales introduciendo un raspador profundo hasta el fondo de la bolsa, por debajo del borde inferior del cálculo y lo desprendemos.

Cuarto: Alisamos la superficie dentaria utilizando azadas para asegurar la eliminación de depósitos -

profundos de cemento necrótico, el alisado final lo obtenemos con curetas que dejan la superficie más suave de las que dejan las azadas.

Con éste objeto preparamos a la raíz del diente para que se deposite en ella tejido nuevo sobre la superficie avivada, siendo factible que durante la cicatrización se deposite cemento nuevo sobre la superficie dentaria limpia, que sobre el cemento necrótico.

Finalmente utilizamos curetas con bordes cortantes en ambos lados para evitar que el epitelio de la cresta gingival proliferare a lo largo de la pared cureteada y se una a la adherencia epitelial e impida toda posibilidad de reinserción del tejido conectivo a la superficie radicular.

La eliminación del revestimiento interno de la bolsa y la adherencia epitelial, se hace introduciendo la cureta de modo que tome el tapiz interno de la bolsa y se desliza por el tejido blando hacia la cresta gingival, sosteniendo la pared blanda por medio de presión digital suave sobre la superficie externa, eliminando así por medio del curetaje el tejido degenerado, brotes epiteliales

en proliferación y tejido de granulación que en conjunto forman la pared interna de la bolsa y crean una superficie de tejido conectivo cortado y sangrante.

Otros tipos de instrumentación son:

Instrumentación ultrasónica; estudios histológicos han demostrado que el ultrasonido es eficaz en la remoción de la pared blanda de la bolsa y que la separación del epitelio y del tejido conectivo parece ser en la membrana basal.

En la unión de estos tejidos la energía sónica absorbida, adquiere la forma de calor, produciendo coagulación y que probablemente, el epitelio coagulado es eliminado por la acción mecánica del instrumento vibratorio o por el chorro de agua, e incluso de ambos, produciendo la epitelización a los tres días de llevar a cabo el curetaje.

Instrumentación por electrocauterio bipolar; éste método consiste en la eliminación del epitelio del surco y cierta cantidad de tejido subyacente, que al lo-

grar esto, se forma en coágulo llevándose la reepitelización en una semana.

E) CICATRIZACION

Inmediatamente después del curetaje, un coágulo llena el surco gingival, a esto le sigue la proliferación rápida de tejido de granulación, con la disminución en cantidad de vasos sanguíneos pequeños a medida en que madura el tejido.

Por lo general la restauración y epitelización del surco, se lleva a cabo en un tiempo de tres días a siete y la restauración de la adherencia epitelial en cinco días y a las tres semanas aparecen fibras colágenas inmaduras.

Aspecto de encía después de una semana: la encía desciende por efecto de la contracción y desplazamiento de la posición del margen gingival, también se encuentra más enrojecida de lo normal debido a la mayor vascularización asociada a la cicatrización.

Aspecto de encía después de dos semanas: Se -

hace en éste momento en el paciente la fisioterapia adecuada, se consigue el color, consistencia, textura superficial y contorno de la encía normal y además el margen gingival se encuentra ya bien adaptado al diente.

IV - GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA

Entendamos por gingivectomía, la excisión de la pared interna de la bolsa paradontal cuya finalidad es la eliminación de la misma, y por gingivoplastia, la remodelación de la encía que ha perdido su forma externa, siendo su finalidad crear una encía más fisiológica, y no la de eliminar las bolsas paradontales.

Sabemos perfectamente que en muchas de las ocasiones la gingivectomía y gingivoplastia se realizan juntas, aunque se les considere por separado, únicamente por fines didácticos, por lo tanto haré mención tanto de la gingivectomía y gingivoplastia como una sola técnica - debido a que son dos finalidades del mismo procedimiento.

A) REQUISITOS PREVIOS

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

- 2.- La forma de cresta alveolar debe ser normal, debido a que si hay pérdida ósea, - debe ser horizontal dejando a cresta ósea de forma regular en el nuevo nivel más inferior.
- 3.- No deberá de haber defectos o bolsas infraóseas.

B) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

- 1.- Se emplean en la eliminación de bolsas supraóseas y en pseudobolsas.
- 2.- En la eliminación de agrandamientos fibrosos o edematosos de encía.
- 3.- También cuando la encía cubre una porción relativamente grande de corona anatómica de los dientes.
- 4.- Se emplean en la corrección de cráteres gingivales.
- 5.- Cuando existe residiva de la GUNA que altera la arquitectura gingival.
- 6.- Están indicadas para la encía hiperplásica que requiere una extirpación.

- 7.- Indicadas también cuando se requiere la -
exposición mayor de la corona anatómica,-
cuya finalidad es ganar la retención pro-
tética y también para permitir el acceso-
a caries subgingivales, o para la coloca-
ción de una grapa durante el tratamiento-
endodóntico.
- 8.- No están indicadas en rebordes alveolares
gruesos, tampoco lo están en cráteres in-
terdentarios, tal vez porque el fracaso o
el éxito de una gingivectomía y gingivo-
plastía depende de un factor importante -
como lo es la forma ósea.
- 9.- Contraindicadas en las bolsas parodonta-
les infraóseas.
- 10.- También lo están cuando la higiene bucal-
es defectuosa.
- 11.- En pacientes con Diabetes no controlada,-
con enfermedad de Addison, o en pacientes
con tratamiento a base de anticoagulantes
también están contraindicadas.

12.- En pacientes que se quejan de sensibilidad dentaria antes de la cirugía, no están indicadas.

C) TECNICA

Un cuidadoso exámen de la forma de los tejidos y la medición de la profundidad de la bolsa, darán al operador una visión tal que permitirá al mismo la ejecución más precisa de la cirugía.

Marcaremos la bolsa con una sonda parodontal- o con pinza marcadora de bolsas, en caso de utilizar éstas pinzas, la introducimos con el extremo recto hasta el fondo de la bolsa y marcamos la profundidad con el extremo - para punzar, haciendo puntos sangrantes en toda la extensión de la bolsa, incluso en la papila interdientaria.

Incisión: se hace por apical a los puntos sangrantes y la extendemos hasta el final a nivel del fondo de la bolsa. Donde nuestra encía sea gruesa el bisel puede ser largo, por el contrario, en presencia de encía delgada nuestro bisel será corto.

La incisión inicial se hace con un bisturí - arriñonado de hoja gruesa, pudiendo ser el número 20G ó - 21G, utilizando ya sea la incisión continua o la discontinua según lo prefiera el operador.

Incisión discontinua: Se comienza en el ángulo distovestibular del último diente avanzando hacia adelante, y siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose a través de la encía interdientaria hasta el ángulo distovestibular del diente que sigue.

Después, la otra incisión la comenzamos igual que la anterior cruzando el espacio interdentario, y llevándola hasta el ángulo distovestibular del otro diente, repitiendo las incisiones individuales hasta que alcancemos la línea media.

Incisión continua: se inicia en la superficie vestibular del último diente y se lleva hacia adelante - sin interrupción siguiendo el curso de las bolsas, hasta llegar a la línea media.

Los frenillos que estén en la trayectoria de-

la incisión, se recolocarán para evitar tensiones sobre la encía durante la cicatrización. Una vez que se realizan las incisiones en la superficie vestibular, el proceso se repite en la superficie palatina o lingual, únicamente teniendo cuidado de no lesionar vasos y nervios del conducto incisivo, por lo tanto las incisiones se harán a los lados de la papila incisiva y no en un sentido horizontal a través de ella.

La incisión distal: Una vez que realizamos las dos incisiones tanto por vestibular como lingual o palatino, las uniremos mediante una incisión en la superficie distal del último diente erúpcionado, haciéndola con el bisturí 20G y por debajo del fondo de la bolsa, debiendo de biselar a modo que coincida con las otras dos incisiones.

Debemos de percibir, que la hoja hace contacto en lo profundo del corte con la superficie dentaria, con esto tendremos, que, si realizamos y planificamos bien las incisiones, eliminamos así las bolsas, dejándonos la incisión una superficie convirtiente hacia la corona (bisel), debiendo de terminar ésta superficie en un

margen en forma de filo de cuchillo, y el tejido restante quedará féstoneado alrededor de cada diente.

Una vez hechas las incisiones, procedemos a eliminar la encía marginal e interdientaria comenzando en la parte distal del último diente erúpcionado, desprendiendo el margen gingival por la línea de incisión con una azada quirúrgica y raspadores superficiales 3G y 4G, colocándolo profundamente en la incisión y en contacto con el diente y moviéndolo en dirección coronaria, lenta y firmemente.

A medida que eliminamos la bolsa y se limpia el campo, deberemos de ir observando: tejido de granulación de aspecto globular, cálculos que se extienden hasta la inserción de la bolsa, observaremos además una zona blanca sobre la raíz en forma de una banda, donde se insertaba la bolsa.

Otras características que llegamos a observar, son el ablandamiento de la superficie radicular, indentaciones producidas por la resorción celular y las protuberancias cementarias existentes.

Para la eliminación del tejido de granulación utilizaremos curetas, introduciéndolas por debajo de éste tejido para separarlo del hueso subyacente, con el objeto de evitar la hemorragia que proviene del tejido de granulación y no entorpezca la operación del raspado radicular.

Posteriormente eliminaremos el cálculo existente y la substancia radicular necrótica con curetas y raspadores superficiales y profundos, ya que el éxito depende también de la minuciosidad con que se raspe y alise la raíz, haciendo esto inmediatamente después de que se retira el tejido de granulación y no se postergará para sesiones futuras debido a:

1.- Las raíces son más visibles y accesibles una vez que se elimina el tejido de granulación.

2.- La encía no cicatriza adecuadamente si dejamos depósitos sobre las raíces hasta la siguiente sesión, cuando se encuentren rodeadas de encía inflamada.

3. La postergación, involucra una operación -

más, siendo inecesaria.

Ahora bien en ocasiones es preciso acentuar -- el festoneado, para asegurarnos que la forma fisiológica persista después de la cicatrización, para realizarlo -- utilizaremos el bisturí arriñonado con movimientos de -- raspado para retocar los biseles, si hacemos apropiada-- mente esto, nos ayuda a crear un festoneado más pronun-- ciado. Por otra parte, también las tijeras y alicates -- para encía nos brindan gran ayuda para realizar la gingi voplastía.

De igual manera podemos utilizar piedras de -- diamante, para el festoneado y biselado de las superfi-- cies cuando nuestro tejido sea firme y resistente, ha-- ciendo girar la piedra en dirección opuesta al diente, a una velocidad moderada para no dañar tejido alveolar -- laxo de vestibular y el diente, dirigiendo un chorro de agua o solución salina sobre la piedra y el tejido, como un refrigerante, previniendo así el empastamiento del te jido con la piedra de diamante.

Una vez que se ha inspeccionado con atención-- la herida y las superficies dentarias, y que se ha reti-- rado todo depósito y remanente de tejido, es preciso conseg

guir una buena hemostasia antes de colocar el apósito, lo grándolo por medio de la colocación de gasa estéril en - toda la zona, previa limpieza con solución salina tibia - de la zona intervenida.

Colocación del apósito: La finalidad del apósito es brindar mayor comodidad posoperatoria e impide la formación excesiva de tejido de granulación, debiendo descubrir y proteger a la herida del trauma durante la masticación y de la irritación, a la vez no deberá convertirse en irritante, colocándose a lo largo de los cuellos de - los dientes, sin que cubra las superficies oclusales.

Ya que el exceso de apósito irrita el pliegue mucovestibular y el piso de boca, dificultando además los movimientos de la lengua.

Funciones del apósito:

1. Controla la hemorragia posoperatoria.
2. Minimiza la posibilidad de infección.
3. Proporciona cierta ferulización de dientes móviles.
4. Facilita la cicatrización, al prevenir el-

traumatismo superficial durante la masticación y la irritación de placa y residuos de alimentos.

Como regla general, el apósito se deja una semana después de la intervención, pero, no es requisito -rígido, ya que la zona puede llevar apósito durante una -semana o más.

D) ELECTROCIRUGIA

En ocasiones el cirujano prefiere usar la -electrocirugía para realizar la gingivectomía y gingivo--plastía.

Este método consiste en utilizar electrocoagu-lación bipolar o electrodos de un solo polo, utilizándose los dos como complemento del bisturí, sobre todo en zonas donde el acceso es limitado y difícil.

La electrocirugía presenta mayor dolor poso--peratorio que la cirugía con bisturí, pero, se realiza -una operación carente de sangre, lo cual en parte es cierto. Sin embargo, hay otras maneras de dominar la hemorra-gia quirúrgica sin recurrir al cauterio.

Otra de las desventajas de la electrocirugía es la formación de secuestros, éste proceso retarda considerablemente la cicatrización, pudiéndose originar cuando la corriente que se emplea es muy intensa, cuando se aplica durante mucho tiempo o cuando el instrumento se usa cerca del hueso.

E) CICATRIZACION

Después de la cirugía, la primera respuesta - es la formación de un coágulo superficial de protección y el tejido subyacente presenta inflamación aguda con cierta necrosis.

El coágulo es reemplazado por tejido de granulación, y entre las primeras 12 y 24 horas, las células - epiteliales de los márgenes de la herida, presentan un aumento de glucógeno.

Por lo general, la epitelización superficial - termina entre 5 y 15 días, observándose que durante las - primeras cuatro semanas después de la cirugía, la querati - nización es menos completa que antes de la operación, sien - do común apreciar paraqueratinización.

A las 12 horas, hay una disminución leve de - la continuidad de la capa osteoblástica en la parte exter - na de la cresta alveolar, pero, al cuarto día hay neofor - mación de cresta alveolar, y entre los 10 y 15 días el ce - mentoide nuevo aparece.

A las 24 horas, existe aumento de células nuevas de tejido conectivo, principalmente angioblastos, por debajo de la capa superficial de inflamación y necrosis - al tercer día se aprecia gran cantidad de fibroblastos jóvenes.

El tejido de granulación prolifera en dirección coronaria, siendo altamente vascularizado creando un margen gingival y surcos nuevos.

Los capilares de la zona que derivan del ligamento parodontal migran hacia el tejido de granulación y a las dos semanas se conectan con vasos gingivales.

La vascularización y vasodilatación decrecen después del cuarto día y al decimosexto día se encuentran casi normales.

Y al vigésimo octavo día el tejido conectivo todavía sigue reparándose.

Los cambios que se producen durante la cicatrización, son cambios tisulares iguales en todos los individuos, pero, el tiempo que requiere la cicatrización - varía según la zona a intervenir y la interferencia que -

provenga de la irritación local y la infección.

También se ha podido registrar la siguiente - sucesión cronológica para la cicatrización después de la cirugía.

DOS DIAS: coágulo formado, el hueso se encuentra cubierto por tejido conectivo en proliferación desde los lados de la herida y se encuentran numerosos leucocitos y fragmentos de fibrina.

CUATRO DIAS: Queda una parte todavía de coágulo cerca de la superficie dentaria, la parte subyacente - del coágulo se reemplaza por tejido de granulación, extendiéndose además sobre la superficie epitelio sin prolongaciones y encontrándose un infiltrado inflamatorio denso.

SEIS DIAS: Toda la herida está cubierta por - epitelio escamoso estratificado, habiendo además consolidación del tejido de granulación y cierta formación de coágulo, todavía hay inflamación.

DECIMO SEXTO DIA: El epitelio se encuentra maduro y con prolongaciones, hay tejido conectivo muy colá-

geno y aún hay inflamación leve.

VEINTIUN DIAS: Las prolongaciones espitelia--
les están bien desarrolladas, con cierto engrosamiento -
del estrato córneo, hiperplasia y espongirosis del epite--
lio. Hay mayor colagenización del tejido conectivo y la
encia se encuentra clínicamente normal.

F) PROCEDIMIENTOS POSOPERATORIOS

Instrucciones para el paciente: Le indicaremos al paciente que no coma ni beba en una hora después de la cirugía, hasta que endurezca bien el apósito.

Evitará alimentación ácida o condimentada, el cepillado en la zona intervenida se limitará a las superficies dentarias incisales y oclusales, el apósito lo limpiará por medio de un cepillo blando de penachos múltiples, siendo recomendable los enjuagues suaves después de las comidas.

A veces es preciso dar medicación posoperatoria para eliminación del dolor, inflamación o infección, usando normalmente analgésicos y narcóticos para el dolor, haciendo la receta el cirujano y prescribiendo el medicamento de elección para cada paciente.

Cambios de apósito: Se le indica al paciente que regrese de tres a cinco días para el cambio de apósito, o antes si se mueve, el cambio de apósito se realiza cuantas veces sea necesario, inspeccionando y limpiando cuidadosamente la superficie de la herida y las superficies radiculares.

Si hay cambio de apósito: Al hacerlo definitivamente, se aconseja al paciente que no reduzca su higiene bucal, ya que algunos pacientes temen la hemorragia - y suspenden el cepillado.

La técnica empleada puede fracasar si la higiene normal posoperatoria no es apropiada, es por eso - que inmediatamente al hacer la remoción del apósito, se usan cepillos muy blandos durante una o dos semanas.

G) COMPLICACIONES DE LA TECNICA QUIRURGICA

Las únicas complicaciones que pueden existir después o durante la cirugía, son producidos por las siguientes situaciones:

- 1.- Sondeo y marcación de las bolsas paradontales imprecisos, que originan únicamente la eliminación incompleta de las bolsas.
- 2.- Timidez al hacer la primera incisión o las sucesivas, originándose una defectuosa eliminación de las bolsas.
- 3.- El no examinar la bolsa que queda después de la cirugía y el no eliminarlas posteriormente.
- 4.- No hacer el bisel apropiado, dejando así márgenes gingivales romos.
- 5.- No hacer el festoneado apropiado, pudiendo originar un margen gingival horizontal, o lo que es peor, en forma invertida.

6.- Falta en la eficacia técnica: Cuando utilizamos instrumentos desafilados y en lugar de cortar, laceramos el tejido, también si nuestro raspaje quirúrgico fué inadecuado, o la mezcla y colocación del apósito no es correcta.

7.- Si no retiramos nuestro apósito en el momento adecuado, los líquidos tisulares, células descamadas, saliva y bacterias subyacentes entran en putrefacción.

Cualquiera de éstas situaciones nos lleva a la proliferación coronaria o lateral de tejido de granulación y al restablecimiento de la bolsa, haciéndose necesaria una nueva intervención.

En muchas de las intervenciones, por lo general, la gingivectomía es un procedimiento de consultorio, que lo realizamos por cuadrantes a intervalos semanales, pero, en ocasiones al paciente le interesa que la boca le sea tratada en una sola sesión, debiendo de ser hospitali

zado y al mismo tiempo se le harán los procedimientos parodontales que sean necesarios.

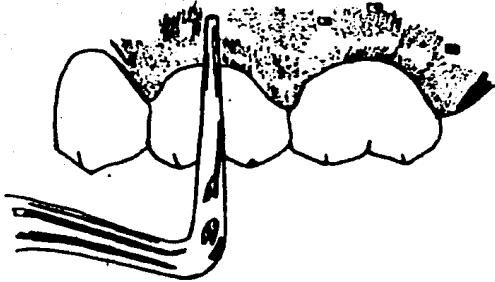
Por otra parte tenemos, que si nosotros practicamos adecuadamente la incisión para la gingivectomía, - en muchas ocasiones se hace innecesaria la remodelación - posterior al corte de la encía.

A continuación, una serie de dibujos que muestran paso a paso la realización de la técnica de la gingivectomía y gingivoplastia.

A PARTIR DE

ESTA PAGINA

**FALLA
DE
ORIGEN**



Con nuestra pinza marcadora de bolsas parodontales haremos perforaciones puntiformes que nos indiquen la profundidad de la bolsa a eliminar.

A

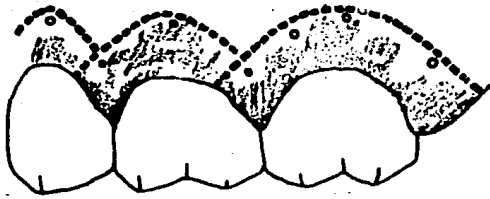


B

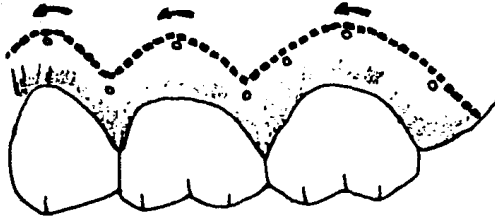


En nuestra figura A nos indica que la incisión biselada se debe de extender hacia apical de nuestra perforación - hecha por la pinza marcadora.

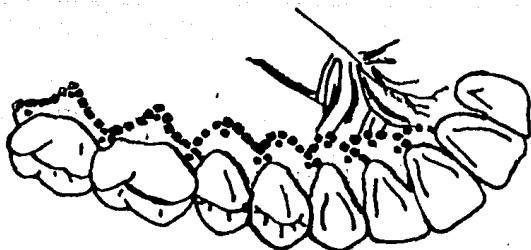
Y la figura B nos muestra la posición que debemos de colocar nuestra pinza.



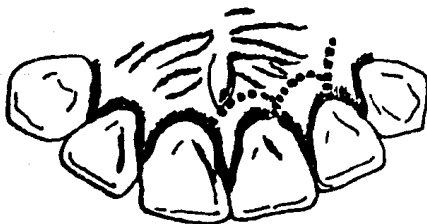
La incisión discontinua debe hacerse apical al fondo de la bolsa indicada por las marcas puntiformes.



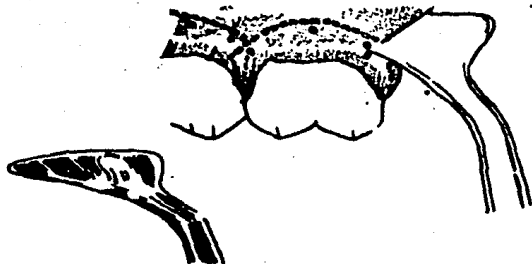
La incisión continua comienza al igual que la discontinua en la porción distal del último molar y se extiende hacia adelante sin interrupción, siendo ésta la única diferencia entre las dos clases de incisión.



Incisiones discontinuas en la superficie palatina que siguen los contornos de las bolsas paradontales profundas en todos los dientes.



Incisión discontinua hecha a los lados de la papila incisiva, - observando que dicha incisión evita cortar a través de la papila incisiva.

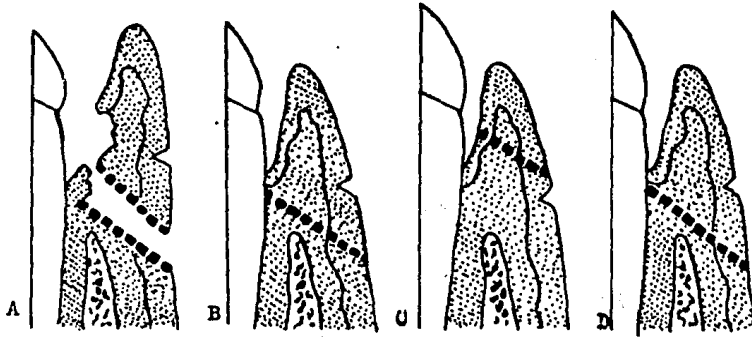


La incisión en el maxilar superior de la porción distal es también biselada y se hace con un bisturi paradontal núm. 206.

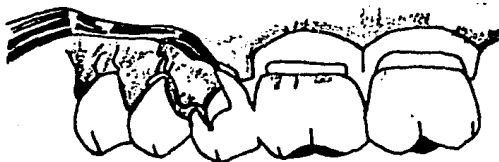


La incisión distal en el maxilar inferior debe unir a las incisiones vestibular y lingual, además también se bisela de modo que coincida con los biseles de las superficies vestibular y lingual, según se aprecia en el círculo.

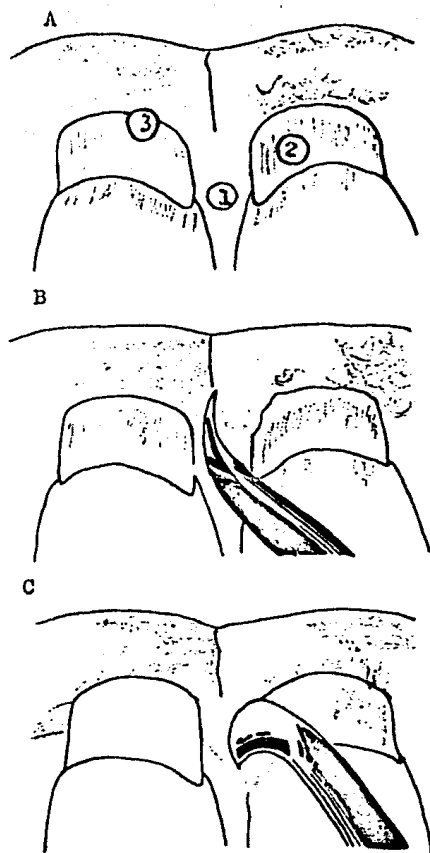
Tipos de incisión.



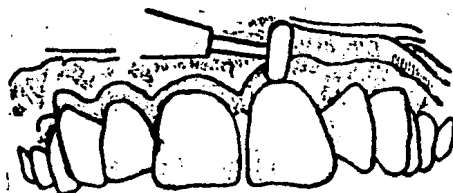
A, La incisión incorrecta no atravieza los tejidos blandos, dejando lengüetas de tejido adheridas al diente. B, Incisión correcta por de bajo de nuestra marca y atravezando los tejidos blandos. C, La inci sión es incorrecta debido a que no es lo suficientemente profunda, - dejando parte de la bolsa parodontal. D, La incisión es correcta - ya que se encuentra apical al fondo de la bolsa, es biselada y atravez completamente el tejido blando.



Desprendimiento de la encía con una azada quirúrgica. Cuando realizamos la incisión discontinua en la gingivectomía, la encía marginal y la encía interdentaria se eliminarán como una sola unidad, observándolo en éste dibujo.

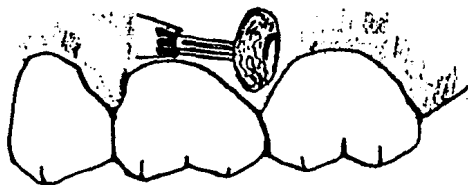


Dentro de la técnica de la gingivectomía una vez que eliminamos la pared de la bolsa, observamos lo siguiente: A. Inmediatamente después de eliminar la pared de la bolsa encontramos tejido de granulación 1; - cálculos y otros depósitos radiculares 2; y observamos un espacio claro donde se insertaba el fondo de la bolsa. B. Quitamos al tejido de granulación eliminado para ver con claridad las superficies radiculares C. La superficie radicular se encuentra raspada y alisada.

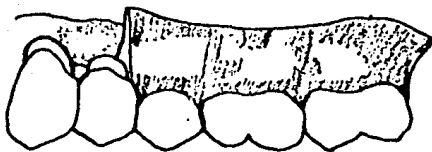


Una incisión de gingivectomía produce la misma arquitectura gingival que la incisión inadecuadamente contorneada seguida de una gingivoplastia posterior.

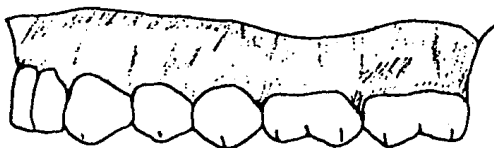
En la gráfica se puede observar que el cuadrante superior derecho es tratado únicamente por gingivectomía y que en el cuadrante superior izquierdo se trata además con gingivoplastia, teniendo como resultado que el cuadrante donde se utilizó la gingivoplastia la cicatrización era más lenta.



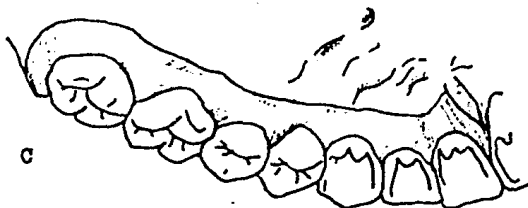
Remodelado del tejido gingival mediante gingivoplastia realizado con una piedra de diamante de grano grueso.



A



B



C

Colocación del apósito. A, ésta figura nos muestra un -
 corte transversal del apósito que se extiende inmediatamente encima -
 de la zona cortada, sin sobreextenderse hacia la mucosa no afectada.-
 B, el apósito se encuentra ya colocado. C. el apósito palatino tampoco
 deberá de tener ninguna sobreextensión hacia el paladar, porque se
 desprendería y debemos de evitarlo.

V - CIRUGIA ÓSEA

Este término se refiere a procedimientos quirúrgicos efectuados sobre hueso, con la única finalidad de remodelarlo o restaurarlo.

Y se ocupa de la corrección de defectos óseos producidos por enfermedad parodontal o anomalías anatómicas, o por una combinación de ambas, la cirugía ósea parodontal consta de procedimientos que: eliminan el hueso alveolar para suprimir las bolsas y crear contornos óseos fisiológicos, y permiten que la encía se mantenga en estado saludable.

Por otra parte clasificaremos a la resección ósea en osteotomía y osteoplastia: A la eliminación de hueso que proporciona inserción a las fibras del ligamento parodontal se le llama osteotomía, y la osteoplastia es la remodelación de hueso, que proporciona inserción a las fibras ya mencionadas.

Por lo común, los dos procedimientos se realizan juntos al igual que la gingivectomía y gingivoplastia, denominándoseles como cirugía ósea.

A) CORRECCION DE DEFECTOS OSEOS MEDIANTE RESECCION Y REMODELADO

Como ya sabemos la osteotomía incluye la eliminación de hueso de soporte dentario, siendo estos procedimientos una forma radical y drástica del tratamiento - que supone más que el mero remodelado mecánico de una estructura, ya que los procesos biológicos que intervienen en la respuesta ósea, pueden producir alteraciones más intensas en la morfología ósea que las que intenta el operador, de ahí la considerable diferencia de opiniones respecto a la prudencia en remodelar artificialmente al hueso, durante el tratamiento de la enfermedad parodontal, y remodelarlo hasta darle una forma ideal, basándose en la suposición de que si se dejan persistir los defectos después del tratamiento parodontal, deformaran a la encía - que los cubre, seguido de la retención de placa irritativa y residuo, sin embargo al cicatrizar y después del tratamiento, la encía no sigue necesariamente el contorno de hueso subyacente, ya que depende más de la forma de las superficies dentarias proximales y de su contorno.

Siendo frecuente que tanto en vestibular como

lingual, el nivel de inserción y el contorno de la encía - no guarden relación con la altura de la forma del hueso - radicular subyacente.

Debemos hacer el mayor esfuerzo posible para conseguir el remodelado natural y el relleno de los defectos antes de recurrir a la resección ósea, ya que en muchos casos a pesar de los esfuerzos de la reparación, tenemos por consecuencia, pérdida ósea y una morfología imprevisible y que a pesar del riesgo que supone, hay casos en que es preciso remodelar el hueso y en otras no hay - que remodelarlo, sino hasta que otros procedimientos terapéuticos combinados con la cooperación concienzuda del paciente, fracasen en la obtención de los resultados adecuados.

Osteotomía: Las deformidades que causan al - hueso marginal o interalveolar la enfermedad parodontal, - no pueden ser corregidas sin suprimir cierta cantidad de hueso de soporte de los dientes afectados, siendo variable la cantidad de hueso que se extirpa en la cirugía, - con el objeto de preparar una base de apoyo de la encía - que sea congruente con la misma, ya que el tejido blando no se adapta bien a las irregularidades de la estructura-

ósea rígida y busca un nivel a través de éstas irregularidades óseas. Después de la escisión quirúrgica, la encía retorna a su forma festoneada con papilas que penetran en los espacios interproximales.

Osteoplastia: las técnicas entre osteoplastia y osteotomía son similares, pero la primera es más fácil de realizar, logrando eliminar hipertrofias óseas, exostosis y torus asociados con bolsas parodontales no complicadas, por defectos producidos por absorción ósea en áreas interproximal o marginal. En tales casos, la única corrección ósea necesaria para eliminar las bolsas parodontales, es el remodelado superficial.

Este remodelado quirúrgico, acentúa las características propias de la forma arquitectónica ideal, el reborde óseo se reduce a un espesor aceptable con fresas redondas y piedras de diamante, debiendo de proceder con precaución para evitar la pérdida no deseada de la posición del hueso marginal por absorción tras la intervención quirúrgica, ya que si adelgasamos demasiado produciríamos una recesión.

A') CARACTERISTICAS ANATOMICAS NORMALES

La forma del hueso marginal depende de:

1. Forma de la raíz
2. Forma de las uniones amelocementarias
3. Relaciones proximales de los dientes entre sí

Por otra parte, las crestas de los tabiques - interdentarios deben ser ligeramente arqueados de vestibular a lingual según sea:

1. La forma y las relaciones proximales de - las uniones amelocementarias.
2. La forma de las coronas.
3. Las relaciones de contacto de los dientes.

B') CLASIFICACION DE DEFECTOS OSEOS SEGUN LOCALIZACION Y TIPO

Estos defectos los encontramos tanto en el -
hueso interalveolar como en el marginal.

Defectos del hueso interalveolar: el cráter,-
es un defecto en forma de copa, de boca ancha y situado -
en el hueso interalveolar, la destrucción es parecida jun-
to a las raíces de los dientes contiguos. Las paredes de-
los lados del cráter, están formadas por el hueso margi-
nal en la cara vestibular y lingual.

El cráter óseo interproximal es una deformi-
dad causada por la enfermedad parodontal, apareciendo -
cuando la cresta del tabique interalveolar es absorbida,-
siendo en ocasiones necesario, bajar los márgenes óseos -
de los dientes adyacentes para que el festoneado sea ade-
cuado y los bordes óseos los biselaremos según se necesi-
te.

En el hemiseptum la destrucción ósea, suele -
dejar únicamente las paredes mesiales o distales del tabi-
que o septum interdentario éste defecto se trata mediante
la osteotomía o cuando es posible mediante el injerto -

óseo, a veces el diente está tan afectado que se opta por la extracción.

En los defectos intraalveolares de tres paredes someros, su tratamiento es mejor por erradicación del defecto para reestablecer tabiques planos o convexos, debiendo de bajar la tabla lingual o vestibular al nivel de la cresta ósea, o si es posible algo apical.

DEFECTOS EN EL HUESO MARGINAL

La arquitectura invertida, es un defecto común y aparece cuando la resorción ósea es mayor en la zona interdientaria que en las caras vestibulares u orales, teniendo como consecuencia, que los márgenes óseos por vestibular y oral, quedan más coronarios que el tabique interdental.

Ahora bien, algunos casos de torus o exostosis está indicado hacer una reinserción o injerto de hueso, más sin embargo, la eliminación profiláctica del torus y las exostosis no está indicada.

Otros de los defectos óseos, son las lesiones que sufren los dientes con furcaciones cuyo tratamiento -

dependerá del diente, de la extensión y forma de la pérdida ósea, de la anatomía de la zona afectada y adyacente, y de la accesibilidad de la zona para el tratamiento sin olvidar la higiene bucal.

El pronóstico también dependerá de la extensión y forma de la destrucción ósea de la furcación, del ancho del espacio, de la longitud radicular y de la movilidad dentaria.

C') INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La resección ósea está indicada cuando es preciso cambiar el perfil óseo alveolar, facilitando así la eliminación de bolsas paradontales y hacer posibles los contornos gingivales fisiológicos.

Existen características anatómicas locales, que en ocasiones dificultan la cirugía ósea y son:

1. Cuando la zona a intervenir se encuentra muy cerca del seno maxilar.
2. En la zona de apófisis cigomática
3. En el triángulo retromolar y en las líneas oblicuas, tanto interna como externa.
4. En el agujero mentoniano y agujero palatino anterior.
5. Cuando existen tablas óseas delgadas.
6. Cuando existan dehiscencias o fenestraciones alveolares.
7. Cuando se encuentran los espacios medulares agrandados.
8. Otra contraindicación, se refiere a la mala salud del paciente.

D') PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO

Planificación de la cirugía: Podemos decir - que son similares a los de otra cirugía parodontal, con - excepción de que debemos de preparar instrumental espe- cial y una posible premedicación antibiótica y previo a - esto, la valoración del hueso subyacente en cuanto a su - forma y establecer así entre hueso y la profundidad de la bolsa una relación que permite, que el operador pueda pla- near la intervención quirúrgica con una mayor precisión.

Es conveniente cuando planeamos procedimien- tos extensos, la limitación de la cirugía por cuadrantes- haciendo con esto más cómodo para el paciente el período- posoperatorio.

Instrumental: Requiere de un instrumental muy especial, que incluye un bisturí de forma arriñonada, uno interdentario y uno con hoja removible No. 12B, además - unas curetas curvas e instrumentos de raspaje, también re- quiere de un elevador y separador perióístico, fresas re- rondas, lima para hueso y cinceles para hueso, alicates, - un porte agujas y sutura.

Asimismo, utilizamos aparatos de alta velocidad bajo un chorro de solución salina, los alicates los utilizamos para grandes reducciones en zonas desdentadas y en exostosis, los cinceles y la lima para hueso se emplean para hacer correcciones de hueso marginal cerca de la superficie dentaria, y la cureta de Molt se usa para recoger virutas de hueso para injertos y procedimientos de transplante, evitando el operador rayar o hacer muescas en la superficie dentaria.

Técnica de remodelado: El remodelado de hueso alveolar demanda acceso, el cual lo conseguimos mediante un colgajo obteniendo así, una visión directa a la superficie ósea y poder colocarlo para cubrir el hueso después de la cirugía.

Frecuentemente se remodela con piedras de diamante de grano grueso, irrigándolo con un chorro de agua-tibia para que disminuya el daño proveniente del calor por la fricción.

Colgajos para el acceso: Se hará un colgajo completo o modificado según sea el caso, el colgajo -

puede ser de espesor parcial o total, pero el criterio quirúrgico y el espesor de la tabla ósea determina que tipo de colgajo y que longitud se le dará al mismo.

Cuando únicamente la corrección es marginal, es conveniente el colgajo de espesor parcial, asimismo, cuando el hueso es sumamente delgado.

Por el contrario, si se prevé la realización de correcciones óseas extensas, reinserción, injertos o trasplantes óseos, lo apropiado es un colgajo de espesor total que conserve a la encía incluyendo las papilas.

Una vez separado el colgajo, se quita el tejido blando de los defectos óseos por medio del curetaje, se inspeccionan las raíces y se retira todo cálculo remanente.

A continuación hacemos las correcciones óseas necesarias sin que descartemos el hueso removido, debiéndolo de colocar en vasos dappen esterilizados para posibles injertos.

Reproducción de la forma ósea: el biselado lo utilizamos para adelgazar márgenes óseos y crear vertientes inclinadas hacia la corona.

El festoneado modifica la forma ósea mesiodistal y crea una forma marginal ondulada.

El modelado de vertientes crea vías de escape interdientarias, surcos cóncavos o vertientes graduales - como son las de las zonas desdentadas vecinas a dientes - inclinados.

Debemos procurar la mínima exposición completa de hueso, ya que varios experimentos, han demostrado - que la exposición ósea produce mayor pérdida de la misma, siendo las zonas donde el hueso es grueso las únicas que toleran bien la exposición ósea, ejemplo de ello es el tabique interdentario.

Protección del hueso: Una vez que termina la - cirugía, el hueso deberá ser cubierto por la encía, de no ser así el cirujano ha de elegir el colgajo desplazado lateralmente o el injerto gingival libre para cubrir al hueso y lograr una adecuada zona para encía.

Cuando es inevitable la exposición posoperatoria de hueso, se cubrirá con Gelfoam, Telfa, antes de colocar el apósito quirúrgico.

Colocación del apósito: Cuando es buena la coaptación del colgajo, no es preciso colocar apósito, debiendo únicamente lograr la hemostasia adecuada.

Sin embargo cuando es necesario, la consistencia deberá ser más blanda que la utilizada en las gingivectomías, permitiendo al cirujano no desplazar los bordes del colgajo.

Medicación posoperatoria: únicamente se prescribirá si fuera necesaria la eliminación de dolor e inflamación.

Cambios de apósito: se cambia cada cinco días, se limpia la herida y se quitan los puntos de sutura colocando nuevamente el apósito. Una semana después se vuelve a retirar y se inspecciona la cicatrización de la herida, una vez que se ha eliminado el apósito se examina de nuevo la higiene bucal del paciente y se le advierte que sense

tirá sensibilidad al cepillado, es en éste momento cuando trataremos la sensibilidad radicular.

Causas de los fracasos: éste fracaso tiene relación con la reaparición de las bolsas o con la pérdida-excesiva ósea, cuyas causas son:

1. La eliminación incompleta de las bolsas — por no haber creado una forma ósea ideal.
2. La manipulación inadecuada del colgajo.
3. La aparición del secuestro o resorción de hueso por trauma quirúrgico excesivo.
4. Por una manipulación inadecuada del apósito.
5. Por la exposición posoperatoria de márgenes óseos adelgazados.
6. Debido a una infección posoperatoria.
7. Por una eliminación incompleta de los cálculos.
8. Debido a una mala higiene bucal después de la cirugía

9. Y por caries radical o lesiones pulpares-incidentales a la cirugía o a la exposición radicular.

E') CICATRIZACION

Por lo general, ésta cirugía genera pérdida ósea, cuando al hueso lo cortamos o se deja desprovisto de tejido conectivo blando mucha cantidad de hueso que se extiende a partir de la superficie operada, se necrosan.

Este hueso necrótico es resorbido por osteoclastos, asimismo puede aparecer tejido de granulación procedente del ligamento parodontal y de los márgenes de la herida.

Así, la herida ósea se cubre de tejido conectivo proliferante joven de hueso vital, ligamento y de los márgenes de la herida de tejido blando que se resorbe, socava y elimina hueso necrótico y cierta cantidad de hueso vital.

B) CORRECCION DE EXOSTOSIS

Se hace una incisión vertical desde el margen gingival hasta el pliegue mucovestibular mesial y distal a la zona a intervenir y hagase un colgajo gingival que incluya periostio.

Con una piedra de diamante de grano grueso - bajo un chorro de agua, reducimos el volumen de hueso y remodelamos en concordancia con las prominencias de las raíces, creando surcos interdentarios y afiando el hueso interproximal hacia adentro en dirección a la cresta y eliminamos irregularidades marginales, después retiramos todos los restos de tejidos y colocamos de nuevo el colgajo, suturando y cubriendo con el apósito quirúrgico.

Retiramos después de una semana el apósito y repetimos a intervalos semanales hasta que el paciente no sienta ya molestia alguna.

C) CORRECCION DE CRATERES INTERDENTARIOS

Podemos corregirlos mediante reducción de la pared vestibular o lingual hasta la base del cráter y el adelgazamiento del hueso hacia adentro y en dirección a la corona.

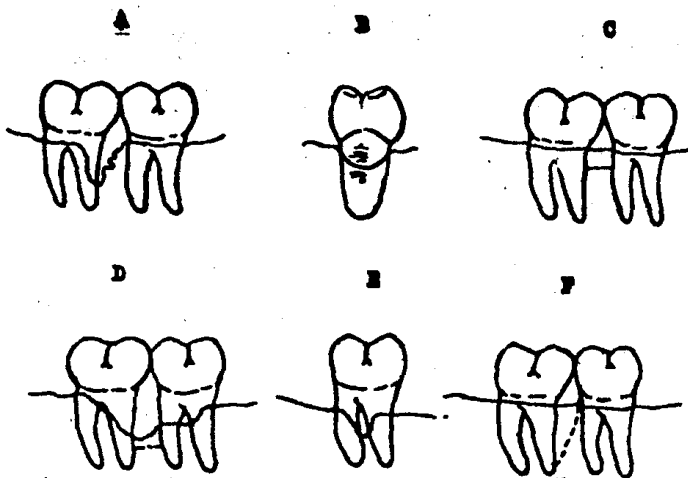
Y para evitar pérdida ósea y denudación de las raíces vestibulares de molares superiores, la corrección se hace en la superficie lingual más que en la vestibular, reduciendo el cráter y remodelándolo en plano inclinado y adelgazando el hueso hacia adelante.

D) CORRECCION DE MARGENES OSEOS ENGROSADOS

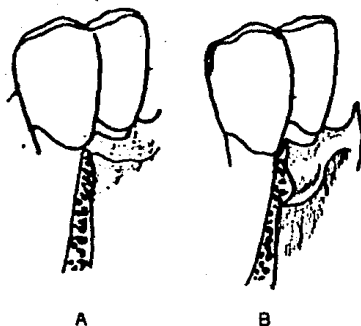
Estos márgenes se adelgazan y se afinan hacia adentro, reduciéndolos con el fin de crear continuidad entre el hueso interdentario y el radicular.

Haciéndolo principalmente con piedras de diamante de grano grueso y estando bien irrigada la zona donde trabajamos para disminuir cualquier daño que podamos ocasionar por la fricción.

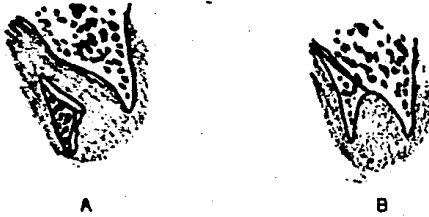
Anexando a continuación una serie de dibujos-
que nos muestran las diferentes clases de defectos óseos-
y su corrección.



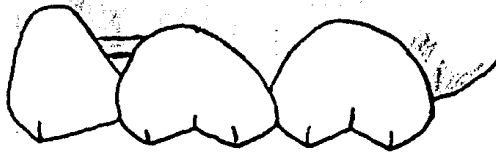
Defectos óseos. A. Hemisepto interproximal, observando - al hueso alveolar destruido en un diente sin afectar al hueso del diente contiguo. B y C. Cráter interproximal en forma de copa de el - hueso interalveolar. D. Borde irregular con una destrucción del hueso interalveolar formando un cráter apical al borde. E. Invasión de la - furca con destrucción del hueso marginal originando un borde irregular. F. Defecto intraóseo originando por un hemisepto en el hueso marginal.



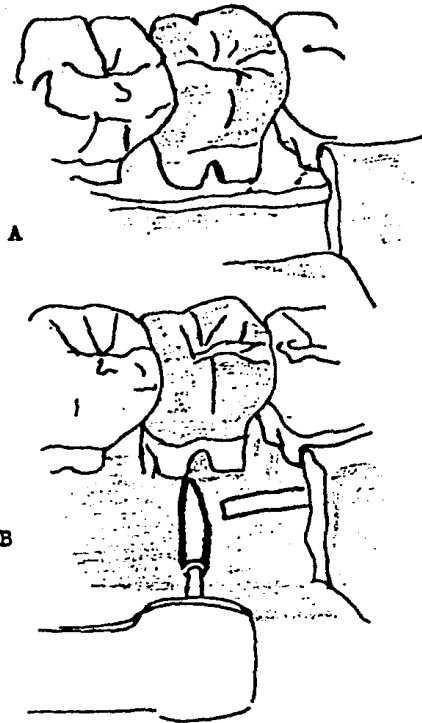
Corrección de exostosis mediante osteoplastia, es común -
el observarlas en pacientes con enfermedad periodontal como un contorno
gingival abultado en el maxilar inferior. Al realizar nuestro colgajo-
descubrimos que se trata de una exostosis, la cual reduciremos y afir-
maremos tanto los surcos interdentarios hacia adentro y en dirección -
a la cresta. El dibujo nos muestra una vista lateral de la exostosis.
B, y A, la exostosis ya se encuentra reducida al remodelar el hueso -
y proporcionar surcos interdentarios, obteniendo con esto la elimina-
ción de las bolsas periodontales y un contorno gingival fisiológico res-
tablecido.



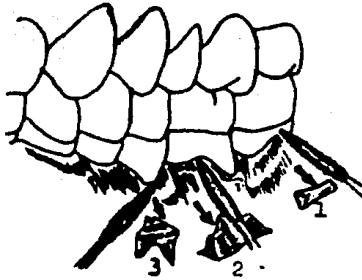
Corrección del cráter interdentario. A, contorno óseo corregido, consiguiéndolo mediante la eliminación del hueso. B, éste cráter interdentario está entre los incisivos superiores y la corrección está indicada por la línea negra.



Defecto interdentario reducido mediante el acceso palatino. Se trata de un cráter situado en la cara distal del segundo premolar superior y la pared palatina del cráter es reducida y adelgazada con una piedra de diamante.



Remodelado de márgenes óseos engrosados. A, el margen óseo entorpece la cicatrización adecuada de la zona de bifurcación. B, hueso remodelado y afinado con piedra de diamante, para así poder eliminar el margen en forma de meseta.



Hueso remodelado por osteoplastia. Podemos observar deformidades óseas que nos revela en el número 1 un reborde óseo ancho y en los números 2 y 3 irregularidades óseas.

VI - CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Uno de los aspectos más importantes que pude darme cuenta durante el desarrollo de mi tesis, fué el - como podemos obtener resultados similares al realizar dos técnicas muy diferentes, una donde se realiza corte de la encía, como es el caso de la gingivectomía y por otro - lado la técnica del raspaje y curetaje donde únicamente - hacemos el raspado de las superficies radiculares y el curetaje de la parte interna de encía, con el único objetivo que es el de eliminar el agrandamiento que sufre el tejido gingival y a la vez la erradicación de las bolsas parodontales, logrando como resultado de esto: Que si son - bien elaboradas éstas dos técnicas, nuestra encía tiende - siempre a generar o crear nuevos contornos gingivales fisiológicos y no, anormalidades gingivales.

Siempre y cuando las condiciones locales no - perturben el proceso de cicatrización, por lo tanto significa esto que: además de la cirugía debemos corregir dientes mal alineados, restauraciones mal contorneadas y zo--nas de impactación a los alimentos.

Por otra parte, pude darme cuenta claramente de lo rebatido que es el uso de la gingivectomía, debido a que los extensos cortes para realizarla suprimen gran parte de la encía insertada, originando por lo tanto una reinsertión gingival más apical al cuello de los dientes y por consecuencia un posoperatorio molesto para el paciente.

Y por último, el objetivo que debe de alcanzar el práctico general al realizar cualquier tratamiento parodontal y sobre todo una cirugía, es el de lograr un estado de salud tal, que el paciente sea capaz de conservar.

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|---|--|
| PERIODONTOLOGIA CLINICA
CUARTA EDICION 1974 | DR. IRVING GLICKMAN
EDIT. INTERAMERICANA |
| PERIODONCIA DE ORBAN
CUARTA EDICION 1975 | DR. DANIEL A. GRANT
EDIT. INTERAMERICANA |
| ENFERMEDAD PERIODONTAL
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
PRIMERA EDICION 1976 | DR. BENJAMIN S. D.
DR. BAEZ P. N.
EDIT. MUNDI |
| ODONTOLOGIA PEDIATRICA
ENERO 1973 | CLINICAS OCONTOLOGICAS DE N.A.
EDIT. INTERAMERICANA |
| REVISTA DE PERIODONTOLOGIA
PAGINAS 239-305 1972 | EDIT. MUNDI
BUENOS AIRES |
| CIRUGIA BUCAL O.A.M.C.B.
NUMEROS 5 Y 6 1970 | DR. JOSE GOMEZ CORREA
DR. MELITON CROOS LECANDA |

- | | |
|--|---|
| ENFERMEDAD PERIODONTAL
TERCERA EDICION 1977 | DR. PRICHARD JHON F.
EDIT. LABOR S.A. |
| MEDICINA BUCAL
SEXTA EDICION 1973 | DR. W. BURKET LESTER
EDIT. INTERAMERICANA |
| PATOLOGIA E. Y FUNCIONAL
PRIMERA EDICION 1975 | DR. STANLEY L. ROBBINS
EDIT. INTERAMERICANA |
| PERIODONCIA
SEXTA EDICION 1973 | DR. HENRY M. GOLDMAN
EDIT. INTERAMERICANA |
| BOLETIN TERAPEUTICO DEL
SERVICIO BUDDENTOMAXILAR
HOSPITAL GENERAL C.M.N. | DR. SAMUEL SENTIES LAVALLE
VOLUMEN II No. 1
1o. DE ENERO 1970 |
| PERIODONCIA
ENERO 1973 | CLINICAS ODONTOLOGICAS DE N.A.
EDIT. INTERAMERICANA |
| APUNTES PERSONALES DE LA
CATEDRA DE PARODONCIA | IMPARTIDA POR:
DR. CESAR FCO. REDONDO C. |