

24 336



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

Iztacala U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

CIRUGIA PERIODONTAL

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

SALVADOR RODRIGUEZ GARCIA

San Juan Iztacala, México, 1982



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 PERIODONTAL
INDICE

I. CARACTERISTICAS ANATOMO-FUNCIONALES DEL PERIODONTO.

II. CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

- 2.1) REACCIONES INFLAMATORIAS
- 2.2) ESTADOS DISTROFICOS
- 2.3) TRASTORNOS TRAUMATICOS
- 2.4) ETIOLOGIA DESCONOCIDA

III. ETIOLOGIA.

- 3.1) FACTORES EXTRINSECOS
- 3.2) FACTORES INTRINSECOS

IV. DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

V. PASOS PRE-OPERATORIOS.

- 5.1) MATERIAL E INSTRUMENTAL
- 5.2) PREPARATIVOS PARA LA CIRUGIA PERIODONTAL
- 5.3) TECNICAS ANESTESICAS

VI. RASPADO Y CURETAJE.

- 6.1) OBJETIVO
- 6.2) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- 6.3) TECNICA
- 6.4) CUIDADOS POST-OPERATORIOS

VII. GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA.

- 7.1) OBJETIVO
- 7.2) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- 7.3) TECNICA
- 7.4) CUIDADOS POST-OPERATORIOS

VIII. COLGAJO PERIODONTAL.

- 8.1) OBJETIVO
- 8.2) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- 8.3) TECNICA
- 8.4) CUIDADOS POST-OPERATORIOS

IX. CIRUGIA OSEA.

- 9.1) OBJETIVO
- 9.2) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- 9.3) TECNICA
- 9.4) CUIDADOS POST-OPERATORIOS

X. CIRUGIA MUCOGINGIVAL.

- 10.1) OBJETIVO
- 10.2) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- 10.3) TECNICA
- 10.4) CUIDADOS POST-OPERATORIOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INDICE

INDICE ANALITICO

	PAGINA
INTRODUCCION	3
CAPITULO I	
CARACTERISTICAS ANATOMO FUNCIONALES DEL PERIODONTO	5
PERIODONCIA	5
ENCIA	6
ENCIA LIBRE O MARGINAL	11
INTERSTICIO O SURCO FISIOLÓGICO	14
LIGAMENTO PERIODONTAL	15
CEMENTO	19
HUESO ALVEOLAR	20
CAPITULO II	
CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	22
INFLAMACION	22
GINGIVITIS	23
DISTRIBUCION DE LA GINGIVITIS	24
CAPACTERISTICAS CLINICAS	26
PERIODONTITIS	27
DISTROFIAS	28
ESTADOS DEGENERATIVOS ATROFICOS	28
RECESION	29
ATROFIA POR FALTA DE USO	30
HIPERPLASIA GINGIVAL	31
TRAUMA PERIODONTAL	32
PERIODONTOSIS	33

CAPITULO III

ETIOLOGIA	36
FACTORES EXTRINSECOS LOCALES	36
FACTORES INTRINSECOS	38
CLASIFICACION DE FACTORES EXTRINSECOS E INTRINSECOS	41

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	44
DIAGNOSTICO	44
PRONOSTICO	48
PLAN DE TRATAMIENTO	52

CAPITULO V

PASOS PRE-OPERATORIOS	55
MATERIAL E INSTRUMENTAL	55
MATERIAL PARA APOSITOS PERIODONTALES	62
PREPARATIVOS PARA LA CIRUGIA PERIODONTAL	63
TECNICAS ANESTESICAS	64

CAPITULO VI

RASPAJE Y CURETAJE	65
RASPAJE	65
OBJETIVO	66
INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES	66
INSTRUMENTAL	66
TECNICA	67
CIUDADOS POST-OPERATORIOS	69
CURETAJE	70
OBJETIVO	70

INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES	70
TECNICA	71
CUIDADOS POST-OPERATORIOS	72

CAPITULO VII

GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA	73
GINGIVECTOMIA	73
OBJETIVOS	73
INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES	73
INSTRUMENTAL	74
TECNICA	74
GINGIVOPLASTIA	80
OBJETIVOS	80
INDICACIONES	80
CONTRA-INDICACIONES	81
TECNICA	81
CUIDADOS POST-OPERATORIOS	81

CAPITULO VIII

COLGAJO PERIODONTAL	82
OBJETIVOS	82
INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES	82
PASOS A SEGUIR	83
TECNICA	84
COLGAJO DESPLAZADO APICALMENTE DE GROSOR TOTAL	86
COLGAJO DESPLAZADO APICALMENTE DE GOSOR PARCIAL	89
COLGAJO DESPLAZADO LATERALMENTE O LATERAL DESLIZANTE	90
COLGAJO DESPLAZADO CORONALMENTE	92
CUIDADOS POST-OPERATORIOS	93

CAPITULO X

CIRUGIA OSEA	94
OBJETIVOS	94
INDICACIONES	94
CONTRA-INDICACIONES	95
TECNICA	96
CUIDADOS POST-OPERATORIOS	100

CAPITULO X

CIRUGIA MUCOGINGIVAL	101
OBJETIVOS	101
INSERCIÓN ALTA DE FRENILLO	102
TECNICA	103
CUIDADOS POST-OPERATORIOS	103
PROFUNDIZACIÓN DE VESTIBULO BUCAL	104
TECNICA	104
CUIDADOS POST-OPERATORIOS	108
FRENESTACION	110
TECNICA	110
CUIDADOS POST-OPERATORIOS	111
CONCLUSIONES	112
BIBLIOGRAFIA	113

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

El estudio de la prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal, tendrá mayor éxito si tenemos conocimiento de las estructuras que componen la unidad periodontal.

En la actualidad la periodoncia constituye un campo muy importante para el cirujano dentista, ya que en nuestro medio si bien es cierto que la población sufre de afecciones bucales, los trastornos de enfermedad periodontal forman la mayoría de esos problemas. Por lo tanto, el profesionista deberá estar preparado para aplicar sus conocimientos, pudiendo reconocer la enfermedad desde su inicio y hacer que el tratamiento sea el más apropiado para preservar la salud bucal.

En estudios realizados en México, indican que la gingivitis es la lesión periodontal de mayor prevalencia, y a pesar de que se ha observado que las formas agudas se presentan más comunmente de lo que se supone, la mayoría de las lesiones están constituidas por las formas crónicas de gingivitis.

La gingivitis comienza alrededor de los 5 años de edad y progresa rápidamente hasta la pubertad; de ahí en adelante declina levemente. Pero no se conoce bien la prevalencia de la gingivitis en la población adulta, porque la enfermedad está complicada por la presencia de enfermedad periodontal más avanzada.

Se estudia que la prevalencia y la gravedad de la enfermedad periodontal aumenta con la edad.

La frecuencia de la enfermedad periodontal afecta a:

79.1% de las personas entre 18 y 24 años de edad,

77.9% de las personas entre 35 y 44 años

94.4% de las personas entre 65 y 74 años,

Se registro que la enfermedad periodontal es la causa más importante de la pérdida de dientes en la población adulta.

Los factores etiológicos locales responsables de la enfermedad periodontal son los mismos en los niños que en los adultos, aunque hay agentes irritantes más frecuentes en las primeras etapas de la vida.

Mientras los efectos terminales de la enfermedad periodontal se manifiestan por lo general en la madurez, los procesos patológicos pueden haber empezado mucho antes, por lo que hay una continuidad entre el estado del periodonto en la niñez y la edad adulta.

Aunque el padecimiento sea causado por factores etiológicos sistemáticos, la eliminación de los irritantes locales es muy importante en el tratamiento de la enfermedad periodontal.

La cirugía se encamina principalmente a tratar los efectos de la enfermedad sobre el periodonto, pero tales efectos se convierten en causa tan pronto como se forma una bolsa. El progreso de la periodontitis es difícil de detener porque la bolsa formada proporciona un refugio cada vez mayor para las bacterias que allí viven. La cirugía periodontal puede ser una medida para erradicar la lesión provocada por la enfermedad y de esa manera prevenir su nueva aparición.

Por lo dicho anteriormente, hay numerosos temas y conceptos concernientes a la periodoncia. En este trabajo estarán presentes aquellos temas que constituyen en mi concepto, lo fundamental y necesario para el conocimiento de la cirugía, útil en el tratamiento de la enfermedad periodontal.

CAPITULO I

CARACTERISTICAS ANATOMO-FUNCIONALES DEL PERIODONTO

PERIODONCIA.

Rama de la Odontología que se dedica al estudio de los tejidos de soporte del diente, a la prevención de las enfermedades y a los cambios que ahí se suscitan, así como a la curación de los mismos.

PERIODONTO.

Formado por los tejidos que rodean y dan apoyo al diente, - puede dividirse en:

- a) Encía
- b) Ligamento Periodontal
- c) Hueso Alveolar
- d) Cemento Radicular

La mucosa bucal suele clasificarse en mucosa masticatoria y en mucosa de revestimiento. La mucosa masticatoria es una cubierta densa, fuertemente adherida, muy adecuada para resistir a la vigorosa actividad de fricción realizada durante la preparación del bolo alimenticio. Es un revestimiento epitelial grueso, y queratinizado que descansa sobre una submucosa compuesta por fibras colágenas, también densas. La mucosa masticatoria se extiende sobre la encía libre, la encía adherida, el paladar duro y el dorso ó parte superior de la lengua.

La mucosa de revestimiento cubre el resto de los tejidos blandos de la boca que no esten tapizados por la mucosa masticatoria. A diferencia de la membrana masticatoria, la mucosa

de revestimiento es un tejido delgado, bastante deslizante y que se desgarrar y lesiona con facilidad. Posee un epitelio delgado y no queratinizado y una submucosa formada en su mayor parte por tejido conectivo laxo, con fibras musculares y elásticas.

ENCIA.

Es la parte de la mucosa bucal que cubre el proceso alveolar y la parte cervical de los dientes, se divide en encía libre y encía adherida.

La encía libre está dividida por tres porciones comprendidas por: la encía marginal, el margen gingival y el intersticio gingival, así como tejido conectivo subyacente; la papila gingival es sinónimo de encía libre, el ancho de la papila gingival varía entre 0.5 a 2mm.

La encía marginal termina en filo de cuchillo contra la superficie del diente, incisalmente de 0.5 a 3mm a la unión de cemento y esmalte, describiendo un curso ondulado alrededor de las cuatro caras de los dientes, la parte interproximal es la que está situada más incisalmente.

La papila es la extensión de la encía que ocupa los espacios interdentarios, su dimensión y forma están dadas por las relaciones entre diente y diente, la unión de cemento y esmalte y el ancho de las superficies proximales.

En efecto, en los dientes anteriores, la papila interdental tiene la forma de una pirámide, cuya base es un plano horizontal - imaginario que pasa a través del fondo del intersticio gingival - interdental. La parte vestibular y lingual, así como la mesial y la distal de la encía marginal forman los lados de la pirámide, uniéndose en la punta. En los dientes posteriores, la papila se encuentra más redondeada en dirección vestibulolingual.

Esto ha sugerido que la papila es la unión de dos partes; - una vestibular y otras lingual, unidas por una depresión cuyo epitelio es muy delgado y poco queratinizado, a la que se llama "col".

La canaladura gingival es una depresión poco profunda en forma de "V" que corre paralela al margen gingival a una distancia de 0.5 a 2.0mm. La presencia de ésta canaladura no parece depender de que el margen gingival se encuentre situado en el esmalte del diente, ya que suele ocurrir que se presente cuando el margen gingival está situado varios milímetros por abajo de la unión de cemento y esmalte. La distancia desde el margen gingival a la canaladura gingival corresponde aproximadamente al intersticio gingival. La presencia y la localización de ésta canaladura depende de la disposición en forma de abanico de las fibras colágenas supraalveolares que van del cemento a la encía libre y adherida.

Al espacio que existe entre el epitelio que cubre la encía marginal y el esmalte del diente le llamamos intersticio gingival. La profundidad del intersticio gingival, medida desde el margen gingival varía entre 0.5 y 2mm; el epitelio que lo cubre se le llama epitelio del intersticio y su continuación es la inserción epitelial. (Fig. 1).

La inserción epitelial se encuentra situada en la mayoría de los casos a nivel de la unión de cemento y esmalte. La naturaleza de esta inserción entre el epitelio y el esmalte ha sido objeto de discusión durante años, y se han realizado innumerables estudios acerca de ellas. Existiendo varias hipótesis acerca de las morfología de esta inserción epitelial.

La encía adherida, es continuación de la encía libre y se extiende desde el fondo del intersticio gingival hasta la unión mucogingival. El ancho de la encía varía entre 1 y 9mm, exceptuando la zona del paladar duro que está enteramente cubierta de mucosa adherida, (Fig. 2).

En la región de los incisivos maxilares y mandibulares se encuentra la zona más ancha de la encía adherida, de ahí va decreciendo hacia la región de los molares, encontrándose la parte más angosta a nivel del primer premolar. Su ancho no parece variar con la edad, y las variaciones son casi iguales en la dentición primaria que en la permanente. Su consistencia es firme y resistente, está cubierta por epitelio queratinizado, la superficie, en la cual presenta pequeñas depresiones y elevaciones le dan aspecto de cáscara de naranja. Dentro de lo normal, existen variaciones respecto a este puntilleo, ya que cambia con la edad y el sexo, siendo menos notable en niños que en adultos y más frecuente en la región vestibular; su superficie es irregular y generalmente de color rosa coral, aunque hay variaciones según la raza.

La mucosa alveolar, está limitada incisalmente por la encía adherida en la unión mucogingival, apicalmente cubre el proceso alveolar y continúa sin ninguna demarcación hasta el fondo de saco y piso de boca.

En contraste con la encía adherida, la mucosa alveolar está menos sujeta al periostio y es, por lo tanto, muy móvil. Su superficie es lisa, cubierta por epitelio no queratinizado y más roja que la encía adherida.

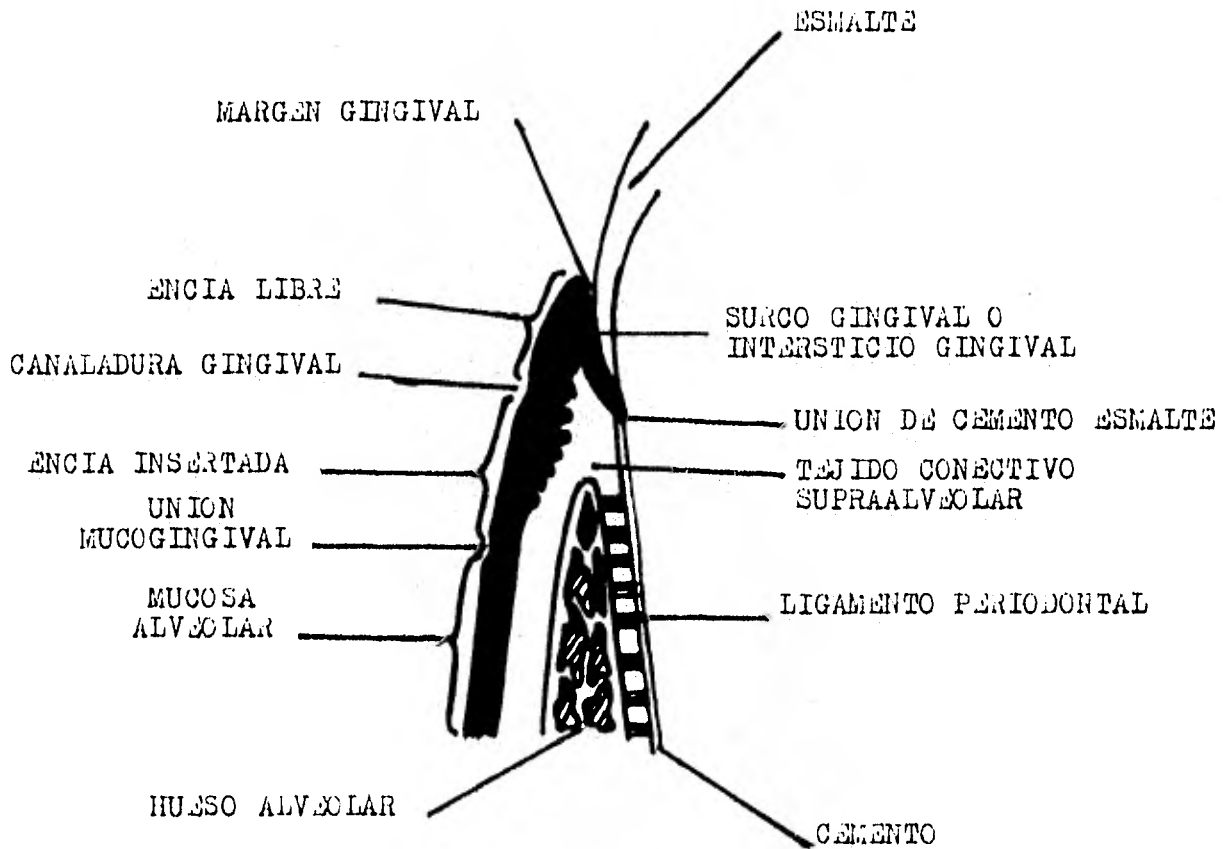


FIGURA 1,

RELACIONES ANATOMICAS DEL PERIODONTO.

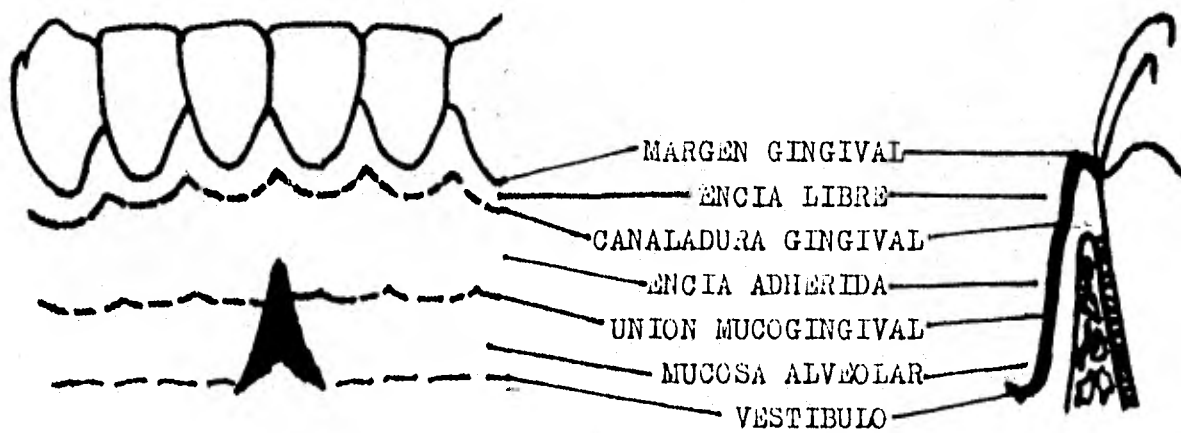


FIGURA 2.

RELACIONES ANATOMICAS DE LOS TEJIDOS GINGIVALES NORMALES.

HISTOLOGIA DE LA ENCIA.

Las características microscópicas de la encía son peculiares, por lo tanto lo describiremos de acuerdo a cada una de las partes enunciadas.

ENCIA LIBRE O MARGINAL.

Formada por un núcleo central de tejido conectivo (conjuntivo denso), cubierto por epitelio escamoso estratificado (queratinizado a nivel de premolares). El epitelio de la cresta y la vertiente externa de la encía libre o marginal, puede ser queratinizada y contiene prominentes papilas y continúa el epitelio con la encía adherida o insertada.

Las capas de células que componen el epitelio son:

1. Capa basal o interna en vertiente interna. El epitelio de la vertiente interna es de tipo escamoso estratificado, - carece de papilas y no esta queratinizado, lo forman sólo dos capas de células epiteliales:
 - a) Capa basal
 - b) Capa espinosa

El tejido conectivo de tipo conjuntivo denso es densamente colágeno, contiene un gran sistema de haces de fibras colágenas - llamadas fibras gingivales, y estas tienen como función:

1. Ajustar la encía libre fuertemente al diente.
2. Dar rigidez para soportar las fuerzas masticatorias.
3. Unir la encía libre y la encía adherida al cemento radicular.

4. Inhiben la migración apical de la inserción epitelial.

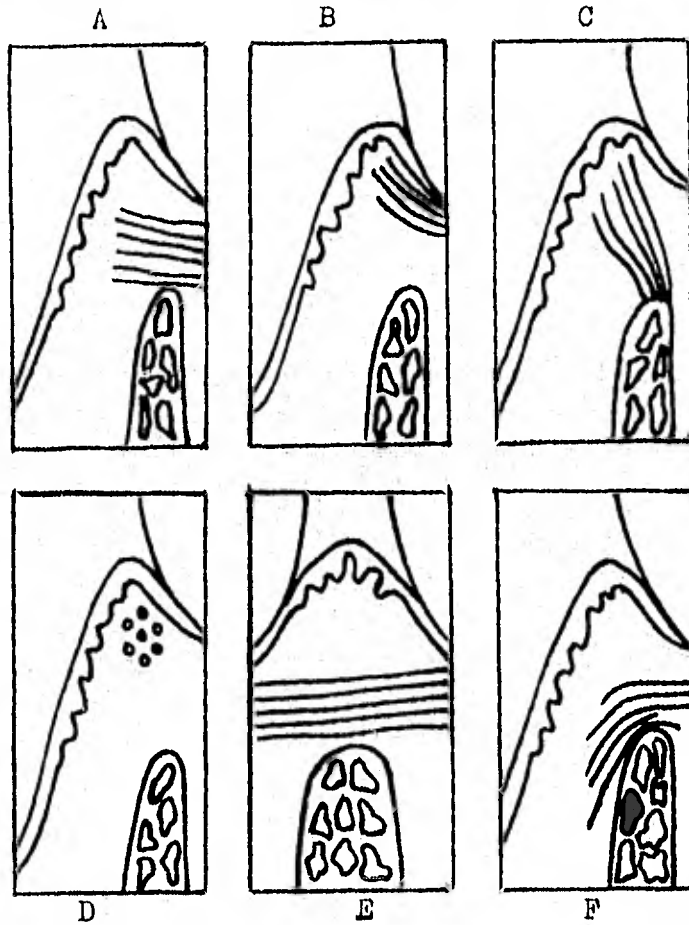
GRUPO DE FIBRAS GINGIVALES. (Fig. 3).

Están dispuestas en cuatro grupos principalmente.

1. GINGIVODENTALES.- Se encuentran en la cara vestibular y lingual así como interproximalmente, se insertan en el cemento del diente por debajo de la adherencia epitelial y van del cemento abriéndose en abanico en dirección de la cresta marginal, terminando poco antes del epitelio. Otras de este grupo van hacia la parte externa del periostio.
2. DENTOPERIOSTIO.- Se insertan en el cemento del diente en el mismo lugar donde lo hacen las dentogingivales, y van hacia el periostio de la cresta alveolar.
3. CIRCULARES.- Rodean al diente en forma de anillo.
4. TRANSEPTALES.- Se insertan en el cemento de un diente y van hacia el cemento del diente contiguo o vecino.

Todas estas fibras gingivales son de tipo colágeno.

ESQUEMA DE LOS GRUPOS DE FIBRAS GINGIVALES.



- A y B - Fibras Gingivodentales
- C y F - Fibras Dentoperiosticas
- D - Fibras Circulares
- E - Fibras Transeptales

PAPILA INTERDENTARIA

Esta constituida por epitelio y tejido conectivo igualmente que la encía libre en el collado el epitelio consiste en solo dos capas de células:

- a) Basal
- b) Espinosa

INTERSTICIO O SURCO FISIOLÓGICO

La característica principal es la adherencia epitelial, es una banda de células epiteliales que unen la encía con el cemento radicular por medio de tres factores:

1. Fuerzas de Vander Waals
2. Un puente tricálcico
3. Por puentes de hidrógeno
(Este último une fibras, fibrillas y manojos de fibrillas).

El origen embrionario de la adherencia es ameloblástico, o sea que proviene de restos de células ameloblásticas.

HISTOLOGIA DE LA ENCÍA ADHERIDA O INSERTADA

Está constituida igualmente que la encía marginal por epitelio escamoso estratificado y tejido conectivo (denso), el epitelio suele ser queratinizado en algunos lugares.

El epitelio de la encía insertada está formada por cuatro capas, de adentro hacia afuera:

1. Capa basal
2. Capa escamosa
3. Capa granulosa
4. Capa córnea

Granulos de Queratina. La función del epitelio es de protección y la zona más queratinizada es a nivel de premolares. Las células de la capa basal y espinosa, se unen entre sí por puentes intercelulares llamados desmosomas.

TEJIDO CONECTIVO.

Se conoce como lámina propia y está separada del epitelio por una membrana llamada basal. Es finamente filamentosa y la componen dos porciones, una capa densa y otra lúcida. El tejido conectivo laxo rodea a los vasos sanguíneos, sobre todo en esta región, la sustancia fundamental de este tejido conectivo y epitelial está formado por el Acido Hialurónico y Condroitinsulfúrico, y su constitución es de Gel.

IRRIGACION E INERVACION.

El aporte sanguíneo de toda esta porción de encía proviene de arteriolas supraperiosticas de la cara lingual y vestibular del hueso alveolar y además de arteriolas que emergen del septum.

La inervación proviene de los nervios del ligamento periodontal y de los nervios labial, bucal y palatino.

LIGAMENTO PERIODONTAL.

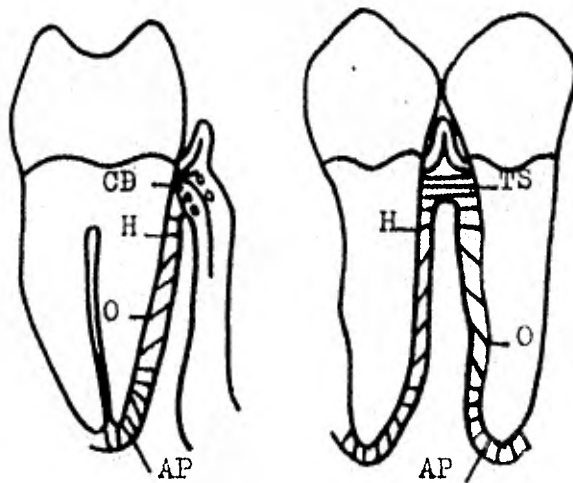
Es el tejido que fija al diente al alveolo; la porción principal del ligamento consta de haces de fibras colágenas que se extienden del segmento al hueso alveolar, sus elementos celulares, son células endoteliales, cementoblastos, osteoclastos, osteoblastos y fibroblastos largos y fusiformes, con núcleo oval, que se encuentran en unión de fibras colágenas dispuestos en grupos, entre los cuales hay espacios ovales conteniendo vasos sanguíneos y linfáticos, así como nervios rodeados de tejido conectivo. Estos haces de fibras colágenas forman cinco grupos que son: (Fig 4)

1. Fibras transeptales o dentodentales.- Van del cemento de un diente hacia el cemento del diente contiguo.
2. Fibras crestodental.- Del cemento a la cresta alveolar, - contrarrestan el empuje coronario y fuerzas laterales.
3. Fibras horizontales.- Van del cemento del diente al hueso en ángulo recto, contrarresta las fuerzas en sentido apical.
4. Fibras oblicuas.- Son las más numerosas, y van del cemento del diente al hueso, en dirección oblicua y coronaria, contrarrestan las fuerzas en sentido axial, sobre todo las - fuerzas masticatorias.
5. Fibras apicales.- Van del cemento dental al hueso alveolar en forma de abanico, se encuentran en el fondo del alveolo, y por lo tanto en raices no formadas completamente no se - encuentran o no existen, su función es la de servir como - cojinete a las fuerzas axiales. El ancho del ligamento - periodontal no es continuo, tiene la forma de un reloj de arena, en el centro es más delgada su distancia entre el - diente y hueso.

Otro grupo de fibras son Oxitalano, que se insertan solamente en cemento radicular del tercio cervical de la raíz, de estas fibras se desconoce su función y su existencia como entidad - separada es discutida.

Figura 4.

CRUPO DE FIBRAS PERIODONTALES.



TS - Grupo Transeptales o Dentodentales

CD - Grupo Crestodentales

H - Grupo Horizontales

O - Grupo Oblicuas

AP - Grupo Apicales

Las funciones del ligamento periodontal son:

1. Física.- Transmisión de fuerzas oclusales al hueso, inserción del diente al hueso, mantenimiento de tejidos gingivales en relación al diente y disminución del impacto de las fuerzas oclusales.
2. Formadora.- Ya que las células que derivan del ligamento periodontal participa en la formación y absorción del hueso y cemento.
3. Función de nutrición.- El ligamento periodontal aporta - sustancias nutritivas al cemento y hueso, así como a la encía por medio de vasos sanguíneos, y además provee drenaje linfático.
4. Sensorial.- Inerva esta zona dando sensibilidad táctil y propioceptiva.

Oclusal.- (No es función), cuando ésta aumenta, el ligamento se ensancha, las fibras se engrosan y las fibras de Sharpey aumentan en número y tamaño; esto sucede en condiciones normales, siempre y cuando la capacidad del periodonto deba resistir las fuerzas oclusales no se vean rebasado.

FIBRAS DE SHARPEY.

Es una porción de fibra que se inserta en el cemento y otra se inserta en el hueso. Estas fibras de Sharpey se entrecruzan y no son continuas.

IRRIGACION E INERVACION.

El ligamento periodontal tiene un aporte sanguíneo consistente en vasos provenientes de las arterias interdetales, interradiculares y de las ramas de la arteria dentaria. La arteria interdental proviene de la arteria alveolar y se extiende sobre la cresta ósea a través del tabique interdental, dando numerosos brazos que perforan el hueso alveolar y penetran al ligamento periodontal. Cada diente está irrigado por una arteria dental que penetran en el diente a través del foramen apical, antes de que esta arteria penetre en el conducto pulpar se ramifica, mandando ramas hacia el ligamento periodontal. La inervación se efectúa a través de nervios que pasan por los canales del hueso alveolar y desde la zona apical. Estos nervios son propioceptivos y comunican también la sensación de ubicación, pueden ser tanto mielinizados como amielínicos, presentan terminaciones de dos tipos: En forma de bolita, anillo o asa alrededor de los fascículos de fibras y como terminaciones libres cuando se hallan entre las fibras.

CEMENTO.

Es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la cubierta externa de la raíz anatómica del diente. Hay dos tipos de cemento:

- Celular
- Acelular

En los niños los tercios medio y cervical de la raíz están cubiertos por cemento acelular y en el tercio apical por cemento celular; son de poca dureza, la cual aumenta con la edad.

Las fibras del ligamento periodontal están insertadas en el cemento, y se llaman fibras de Sharpey, cuyo tamaño y número aumenta con la masticación, por lo que en los niños son pocas y pequeñas.

Existe cierta permeabilidad del cemento de la raíz y de la unión cemento-dentina, que es mayor en los dientes temporales y permanentes jóvenes, disminuyendo con la edad.

La unión amelo cementaria se lleva a cabo de tres formas:

1. Cuando el cemento cubre al esmalte.
2. Cuando ambos terminan borde a borde.
3. Cuando no se juntan o no se unen, dejando la dentina expuesta, pudiendo existir una gran sensibilidad a ese nivel.

Ambos tipos de cemento consisten en una matriz calcificada, que contiene fibras colágenas. La superficie del cemento está cubierta por una delgada capa de cementoide tapizada por cemento-blastos.

El índice de crecimiento del cemento se determina por las líneas oscuras que se forma durante los períodos de resección, de este modo se ve que su aposición es muy lenta.

HUESO ALVEOLAR.

El hueso alveolar es la parte del maxilar superior e inferior, que forma, sostiene y fija la raíz de los dientes. Se distinguen dos partes en el hueso alveolar;

1. Hueso alveolar, propiamente dicho, que consiste en una delgada lámina de hueso que rodea a la raíz.
2. Hueso de soporte, que rodea a la cortical ósea alveolar y se compone de placas corticales compactas en vestibular y lingual o palatino y hueso esponjoso que se halla entre estas dos placas y el hueso alveolar.

Radiográficamente, el hueso alveolar se ve como una línea opaca o radiopaca y se denomina lámina dura o cortical.

El hueso alveolar propiamente dicho, está perforado por infinidad de orificios, a través de los cuales pasan vasos sanguíneos linfáticos y nervios. Por tener esta estructura, el hueso se le denomina, hueso criviforme o Septum.

La cresta ósea alveolar depende de:

- a) El contorno del esmalte de los dientes vecinos.
- b) De las posiciones relativas de la unión amelocementaria.
- c) Del grado de erupción de los dientes.
- d) De la orientación vertical de los dientes.
- e) Depende del ancho vestibular de los dientes.

CAPITULO II

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

<u>INFLAMATORIAS</u>	<u>DISTROFICAS</u>	<u>TRAUMATICAS</u>	<u>ETIOLOGIA DESCONOCIDA</u>
Gingivitis	Edos. Degenerativos	Trauma periodontal	Periodontosis
Periodontitis	Atróficos	Primario	
	Recesión	Secundario	
	Por falta de uso		
	Hiperplasia gingival		

INFLAMACION.

Es la respuesta inespecífica de los tejidos ante cualquier - irritante. Son causa de inflamación las bacterias y otros agentes vivos, así como el calor y el frío, las energías radiantes y eléctricas, traumatismos, estímulos químicos, etc. La reacción inflamatoria tiene por objeto destruir o diluir al agente patógeno y a las células que se hallan lesionadas.

El carácter, la extensión y gravedad de los cambios tisulares propios de la inflamación, dependen de muchos factores relacionados con el huésped y con el agente piógeno.

GINGIVITIS.

Etiológicamente, gingivitis significa inflamación de la encía, es la forma más común de enfermedad gingival, y se define como el cambio que sufre la encía. La inflamación se halla casi siempre presente en todas las formas de enfermedad gingival, porque los irritantes locales que producen inflamación, como la placa dentaria, materia alba, y cálculos, son más comunes; los microorganismos y sus productos lesivos están siempre presentes en el medio gingival.

La inflamación causada por la irritación local, origina cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales.

En la encía, ocurren procesos patológicos que no son causados por la irritación local, como atrofia, hiperplasia y neoplasia. Con frecuencia, es preciso distinguir entre inflamación y otros procesos patológicos que pudieran hallarse en la enfermedad gingival.

El papel de la inflamación es casos aislados de gingivitis varia como sigue:

a) La inflamación, es el cambio patológico primario y único. Este es el tipo de enfermedad gingival de mayor frecuencia.

b) La inflamación, es una característica secundaria, superpuesta a una enfermedad gingival de origen general.

Por ejemplo: es común que la inflamación complique la hiperplasia gingival causada por la administración sistemática de Dilantina.

c) La inflamación es el factor desencadenante de alteraciones clínicas en pacientes con estados generales que por sí mismos no producen enfermedad gingival detectable, desde el punto de vista clínico.

Por ejemplo: La gingivitis del embarazo y la gingivitis leucémica.

Evolución y duración de la gingivitis.

Gingivitis Aguda: Dolorosa, se instala repentinamente y es de corta duración.

Gingivitis Subaguda: Una fase menos grave que la afección aguda.

Gingivitis Recurrente: Enfermedad que reaparece después de haber sido eliminada, mediante tratamiento o que desaparece espontáneamente y reaparece.

Gingivitis Crónica: Se instala con lentitud, es de larga duración e indolora, salvo que se complique con exacerbaciones agudas o subagudas. La gingivitis crónica, es el tipo más común, y es una lesión fluctuante en la cual las zonas inflamadas persisten o se tornan normales y las zonas normales se inflaman.

DISTRIBUCION DE LA GINGIVITIS.

Localizada: Se limita a la encía de un solo diente o un grupo de dientes.

Generalizada: Abarca toda la boca.

Marginal: Afecta al margen gingival, pero puede incluir una parte de la encía insertada contigua.

Papilar: Abarca las papilas interdentarias y con frecuencia tiende hacia la zona adyacente del margen gingival. Es común que afecte a las papilas y no al margen gingival; los primeros signos de gingivitis aparecen en la papila.

Difusa: Abarca la encía marginal, la encía insertada y papila interdentaria.

La distribución de la enfermedad gingival en casos particulares se describe mediante la combinación de los nombres anteriores como sigue:

Gingivitis marginal localizada: Se limita a un área de la encía marginal, ó más.

Gingivitis difusa localizada: Se extiende desde el margen hasta el pliege mucovestibular, pero en un área limitada.

Gingivitis papilar: Abarca un espacio interdentario, ó más, en un área limitada.

Gingivitis marginal generalizada: Comprende la encía marginal de todos los dientes. También afecta papilas interdentarias.

Gingivitis difusa generalizada: Abarca toda la encía, también la mucosa bucal se halla - - afectada, de modo que el límite entre ella y la encía insertada queda anulado. Los estados generales están comprendidos en la etiología de,

la gingivitis difusa generalizada, exepcto en casos cuyo origen es una infección aguda o irritación química generalizada.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Al valorar las caracteríticas clínicas de la gingivitis, es preciso ser sistemático, observar los cambios de color y la forma de los tejidos, y sangrado. La inflamación puede ser aguda o crónica, y puede haber hiperplasia, ulceración, necrosis, pseudo-membranas y exudado purulento y seroso. Las lesiones, pueden ser localizada o generalizada.

La gingivitis aguda presentará una encía rojo brillante, - que suele estar ulcerada, hemorrágica y posiblemente dolorosa. El dolor, las úlceras y la hemorragia se ven en casos de absceso gingival, infección de Vincent, gingivitis estreptocócica, plasmacitosis o heridas gingivales, y a veces se ven en la gingivitis de embarazo, discrasias sanguíneas, deficiencias nutricionales (por ejemplo la vitamina C) y desequilibrios endocrinos.

La inflamación crónica se suele presentar junto con agrandamiento del tejido. La encía es de color magenta; puede ser más fibrosa y no tan hemorrágica como en la inflamación aguda. Es indolora.

Es posible que la inflamación aguda se superponga a la gingivitis crónica. Esos episodios agudos tienen su origen en factores extrínsecos (impacción de alimentos, heridas con las cerdas del cepillo dental, espinas de pescado, palillos dentales) o en estados de mala higiene bucal (acumulación de placa). Los factores intrínsecos agravan o modifican la inflamación. Estos factores incluyen el embarazo, deficiencias de la nutrición

(vitamina C), trastornos endocrinos, o discrasias sanguíneas que agravan o que modifican bastante la reacción inflamatoria existente.

Una vez observado el estado y el grado de inflamación, es factible establecer si la gingivitis es hiperplásica (encía agrandada o sobre crecida), ulcerativa, necrótica o pseudomembranosa. Puede haber exudado purulento.

Por ejemplo: un paciente puede presentar gingivitis necrotizante, ulcerativa, aguda, papilar y localizada.

Esta descripción significa mucho más que el simple término gingivitis.

PERIODONTITIS.

La periodontitis es la enfermedad inflamatoria de la encía y los tejidos más profundos del periodonto, se caracteriza por formación de bolsas y destrucción ósea. La periodontitis es considerada como la extensión directa de la gingivitis que avanzó y ha sido descuidada. La periodontitis es originada principalmente por factores irritativos extrínsecos, y puede estar complicada por enfermedades intrínsecas, trastornos endocrinos, deficiencias de la nutrición, traumatismo periodontal y otros factores.

Cuando la inflamación de la encía se extiende hacia los tejidos de soporte más profundos y se ha destruido parte del ligamento periodontal, se puede hacer el diagnóstico de periodontitis. El rasgo característico de la periodontitis, es la bolsa periodontal; esta no tiene su origen en el agrandamiento e hinchazón del margen gingival, sino en la invasión progresiva de la bolsa sobre el ligamento periodontal, siempre este proceso va acompañado de resorción de la cresta alveolar. El diagnóstico clínico de la periodontitis se basa en la inflamación gingival, la bolsa, el exudado de esas bolsas y la resorción alveolar.

Por lo general, la lesión es indolora; puede haber movilidad temprana, o puede ser un síntoma tardío. A veces, es mínima, e incluso después de pérdidas considerables de hueso alveolar.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las características clínicas más importantes de la periodontitis son la bolsa periodontal con exudado y la resorción de la cresta alveolar.

DISTROFIAS.

La distrofia es un término que se usa para designar estados patológicos producidos por nutrición anormal de los tejidos, lo cual lleva a trastornos del metabolismo celular, se manifiesta por degeneración, atrofia o hiperplasia.

ESTADOS DEGENERATIVOS ATROFICOS.

La atrofia es un estado en el cual el órgano o sus elementos celulares disminuyen de tamaño, una vez alcanzada la madurez normal. La atrofia suele ir acompañada de cambios degenerativos.

La atrofia no es necesariamente un proceso patológico. Se produce en diversas fases de la vida como resultado de influencias ambientales en el metabolismo orgánico. Es muy común en pacientes geriátricos.

Algunas otras causas de atrofia, son inanición, presión excesiva, e influencias tóxicas y químicas. Todos estos factores producirán una alteración del metabolismo celular.

RECESION.

El efecto de la atrofia sobre la encía se manifiesta por la recesión gingival; es frecuente que la textura sea delgada y fina, color rosado pálido, margen gingival delgado y papilas puntiagudas, relativamente alargadas, los surcos gingivales son poco profundos.

La recesión es generalizada o localizada en un sólo diente o grupo de dientes, puede ser una expresión de enfermedad o fisiológica, o si produce como consecuencia del envejecimiento.

La etiología de la recesión se debe a los siguientes factores:

1. Lesión por cepillado
2. Fuerzas ortodónticas diente movido exageradamente. (Irritación de las bandas o arcos de alambre).
3. Irritantes extrínsecos. (Químicos, físicos, bacterianos).
4. Traumatismo oclusal.
5. Alineación inadecuada de los dientes.
6. Anomalías anatómicas. (Corticales alveolares delgadas, inserciones altas de frenillos).
7. Hábitos lesivos. (presión de objetos extraños, uñas, lápices, horquillas).
8. Retenedores y barras protéticas inferiores orales. (Linguales) de prótesis parciales que se han encajado.
9. Envejecimiento.

MEDIDAS TERAPEUTICAS.

La más importante es la higiene bucal apropiada (método correcto de cepillado, cepillo blando con cerdas de puntas redondeadas y pulidas, dentífrico con agentes abrasivos muy finos). Los principios básicos son:

- 1) Control minucioso de la placa.
- 2) Aislado radicular frecuente y cuidadoso, sin que lesione la encía.

Se pueden precisar restauraciones para crear contornos dentarios desviantes apropiados para la protección del tejido blando. A veces, se usan injertos gingivales para corregir defectos localizados o crear una nueva zona de encía.

ATROFIA POR FALTA DE USO.

Los diferentes tejidos reaccionan a los cambios de función constante. El surco gingival libre, es el límite entre encía libre e insertada, también puede ser una expresión de una influencia funcional. Es posible que el epitelio de unión presente una orientación funcional de las células.

Los elementos del tejido conectivo del periodonto, (ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar), se hallan aún más sujetos a las influencias funcionales. El trabeculado del hueso esponjoso se dispone según las fuerzas funcionales. La atrofia por falta de uso aparece como un agrandamiento de los espacios medulares óseos y de separación de una gran parte del trabeculado óseo.

Cuando aparece osteoporosis en la atrofia por falta de uso, se produce mediante resorción osteoclástica de trabéculas óseas en zonas de inactividad funcional. Afecta a todo el tejido óseo, a la sustancia funcional orgánica y a las sales minerales. No habrá medicamento que ayude si la osteoporosis se origina por falta de función. El tratamiento adecuado sería restaurar la función.

PREVENCION.

La prevención comprende el reemplazo de dientes ausentes lo antes posible.

El reemplazo de dientes ausentes en una boca en la que los dientes se ha perdido hace muchos años, llevará cambios en las demandas funcionales de toda la dentadura, estos cambios habrán de ser muy radicales, especialmente en las zonas afectadas:

Los dientes que se utilizarán como pilares y los dientes que han estado sin función oclusal. Los tejidos periodontales deberán reconstruirse en concordancia con las nuevas demandas funcionales. Los dientes pueden tornarse sensibles a la percusión, o al uso oclusal. A su debido tiempo, por resorción ósea, el espacio periodontal volverá a adquirir su ancho normal, en respuesta a la función. Nuevas fibras del ligamento periodontal se orientarán en dirección de las fuerzas funcionales, el dolor y la sensibilidad desaparecerán, este proceso tarda entre cuatro y seis semanas.

HIPERPLASIA GINGIVAL.

La hiperplasia gingival es un crecimiento excesivo causado por aumento de los elementos del tejido fibroso de la encía, una hiperplasia fibrosa, no es una afección inflamatoria, aunque observaremos con frecuencia la hiperplasia y la inflamación de la encía se presentan juntas. Las dos producen agrandamiento gingival.

La hiperplasia localizada se presenta como un sobrecrecimiento, limitado a una determinada zona. La etiología de estos fibromas localizados, es desconocida. La irritación local asociada con un factor constitucional podría ser la causa de su aparición. Tales crecimientos se caracterizan por aumento de los elementos fibrosos y celulares.

El tratamiento indicado es la extirpación quirúrgica y la eliminación del factor irritativo local particular. El pronóstico es favorable, aunque a veces estas lesiones vuelven a aparecer. Para evitar la recidiva es suprimir completamente los factores locales (caries, contactos abiertos).

La hiperplasia (fibromatosis) generalizada idiopática es una enfermedad rara, afecta a personas jóvenes y puede ser bastante extensa, no es posible establecer un factor etiológico, es frecuente que un factor constitucional congénito desempeñe un papel importante, tal como se aprecia de muchos casos que se producen en niños de una misma familia. El agrandamiento gingival tiende a - recidivar después de la excisión (gingivectomía).

Entre la hiperplasia localizada y la generalizada están los casos de tuberosidades enormemente agrandadas que se extienden en sentido oral, a veces hacia la línea palatina, y hacia mesial en la zona de premolares.

TRAUMATICAS.

TRAUMA PERIODONTAL.

Es una lesión producida por fuerzas mecánicas repetidas - ejercidas sobre el periodonto que exceden de los límites fisiológicos de la tolerancia de los tejidos y contribuyen a la destrucción de los tejidos de soporte del diente. Estas fuerzas producen trastornos circulatorios locales en los tejidos periodontales, - cambios tisulares, tales como roturas y desgarres, esto se produce cuando el diente presiona sobre el hueso alveolar.

Los hábitos de apretamiento dentario, bruxismo, etc., son agentes de producción de fuerzas traumáticas. El esfuerzo generado por estos hábitos es relativamente grande y prolongado. Se - puede suponer con relativa seguridad que prácticamente todo el - daño de los tejidos de soporte por trauma oclusal es atribuible a dichas neurosis oclusales,

Las relaciones oclusales que constituyen factores del trauma periodontal son las siguientes:

1. Interferencia del plano inclinado y surco.
2. Desgaste oclusal disparejo, en especial si existen metales en las caras oclusales.
3. Desplazamiento e inclinación hacia mesial causada por pérdida de un diente vecino (habitualmente el primer molar inferior).
4. Alteración de la relación entre corona y raíz clínicas por enfermedad periodontal.
5. Dientes que sirven para prótesis en función incorrecta - (dientes con ganchos, dientes coronados con puentes con extremos libres, etc.).
6. Relación de sobre mordida excesiva.
7. Hábitos.

TRAUMATISMO PRIMARIO Y SECUNDARIO.

El traumatismo primario es causada por fuerza excesiva o mal orientada ejercida sobre un diente con soporte óseo normal. Si la enfermedad periodontal anterior produjo pérdida ósea y debilitamiento de los tejidos de soporte y el trauma oclusal había producido lesión periodontal, hablamos de traumatismo secundario o, en otras palabras, cuando la fuerza es excesiva para el soporte óseo disminuido.

En realidad, podemos suponer que si un diente pierde una determinada cantidad de su periodonto, incluso las fuerzas masticatorias normales se tornan excesivas.

ETIOLOGIA DESCONOCIDA.

PERIODONTOSIS.

Es una enfermedad poco frecuente del periodonto, que se caracteriza por pérdida ósea alveolar vertical rápida en torno a los primeros molares e incisivos permanentes. Su etiología y su

patología son desconocidas. La enfermedad afecta a adolescentes sanos en todo otro aspecto, y se le puede hallar en la edad adulta temprana. Puesto que se desconocen su etiología y patología, el diagnóstico se hace sobre la base de la especificidad de las características clínicas y la frecuencia. Aunque el hallazgo distintivo de pérdida ósea en molares e incisivos es patognomónico en jóvenes, pueden estar afectados otros dientes.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La encía no presenta signos clínicos manifiestos de inflamación. Las características clínicas tardías de la enfermedad son migración de los dientes, con aparición de diastemas, y extrusión de los dientes.

Varias características distintivas de esta enfermedad justifican su clasificación como entidad clínica separada de la periodontitis:

1. Edad de la instalación es insidiosa y se produce durante el período circumpuberal, entre las edades de 11 y 13 años.
2. Relación con el sexo, ataca más a mujeres que a hombres - (relación de 3:1).
3. Tendencias familiares, se produce en gemelos idénticos, - padres e hijos, hermanos, primos hermanos, tíos y sobrinos, Tiende a seguir la línea materna.
4. Falta de relación proporcionada entre los factores etiológicos locales (extrínsecos) y la magnitud de la respuesta (destrucción periodontal profunda).

5. Patrón radiográfico distintivo, al contrario de lo que sucede en ciertas manifestaciones bucales de enfermedad intrínseca (Síndrome de Down, neutropenia cíclica, hipofosfatasa, síndrome de Papillon-Lefevre), esta enfermedad parece atacar solo a la dentadura permanente.

6. Velocidad de avance, a diferencia de la periodontitis, que avanza con lentitud, la periodontosis avanza con rapidez.

CAPITULO III
ETIOLOGIA

- A) FACTORES EXTRINSECOS
- B) FACTORES INTRINSECOS

Los factores que ejercen influencia en la salud del periodonto se clasifican, en sentido amplio, en extrínsecos (locales) e intrínsecos (sistemáticos). Las causas extrínsecas incluyen los factores inconsistentes y funcionales correspondientes a masticación, deglución y fonación. Las causas intrínsecas son importantes, pero resulta más difícil comprobarlas. El tratamiento debe orientarse fundamentalmente hacia la eliminación o corrección de los factores extrínsecos, en ausencia de etiología intrínseca demostrable.

FACTORES EXTRINSECOS LOCALES.

Higiene Bucal.- La higiene inadecuada es responsable de un alto índice de gingivitis y parodontitis, un mal aseo bucal ocasiona la formación de placa dento-bacteriana y el cálculo o sarro.

El empaquetamiento alimenticio es síntoma de una higiene bucal defectuosa y se puede deber a las anomalías de forma y posición de los dientes o de los frenillos, principalmente el labio superior que pasa su límite de inserción (encía alveolar), ejerciendo una tracción constante sobre la encía insertada y la encía marginal, facilitando la acumulación de alimento, dificultando la higiene y produciendo desgarramiento en la encía marginal (fisuras).

El frenillo puede provocar también, la separación de los dientes, perdiéndose las área de contacto, y por tanto provocando alteraciones. La inserción normal del frenillo lingual produce anquiloglosia y dificultad en la higiene en la parte lingual de los dientes anteriores inferiores.

Si el proceso carioso altera la forma de las coronas dentarias, provoca una pérdida de áreas de contacto, retención de restos alimenticios en márgenes y surcos gingivales irritan la encía y generan cambios destructivos.

Consistencia de la Dieta.- En la dieta, los alimentos de consistencia blanda y adhesiva que tienden a acumularse entre los dientes y sobre la encía, esto origina irritación de los tejidos y es una causa prominente de la inflamación.

Posición y Anatomía de los Dientes.- A pesar de la consistencia de la dieta, sea esta dura o blanda, si la posición dentaria o la inclinación de las cúspides es irregular, se provoca la impactación de alimentos y con ello la irritación de los tejidos.

Tratamiento Dental Inadecuado.- Los márgenes desbordantes, prótesis mal adaptadas, amalgamas, tratamientos de ortodoncia inadecuados e inclusive la inadecuada manipulación del instrumental dental por parte del operador, causan frecuentemente irritación en los tejidos periodontales debido a la acumulación de placa dentro-bacteriana; de esta manera se produce la inflamación gingival y en estadios más avanzados de la misma, resorción de la cresta alveolar.

De tipo Función.- Como la no oclusión, el bruxismo, la mal oclusión, masticación indolente, trabamiento, y otros. Con frecuencia se atribuye a este tipo de patosis la enfermedad periodontal.

Anatomía de los Tejidos Blandos.- Inserción alta del frenillo, vestibulos pequeños y la encía de textura delgada, pueden predisponer a la enfermedad periodontal, ya que favorecen la acumulación de residuos alimenticios o bien lesionarse durante la masticación.

Cepillado defectuoso.- Una mala técnica de cepillado o un cepillo de cerdas muy duras pueden provocar abrasión de las superficies dentarias, generalmente las vestibulares, la resección de márgenes gingivales e inflamación de la misma.

Hábitos.- Hay diversos hábitos, como llevarse objetos a la boca y morderlos tales como morder hilos, uñas, lápices, etc., estos ejercen presión sobre los dientes y su soporte, y contribuyen a la gingivitis, periodontitis, o las alteraciones distroficás. El uso descuidado de medicamentos y productos para la higiene lesiona los tejidos y disminuye la resistencia a la agresión bacteriana. El empuje lingual causa malposición dentaria o recesión gingival. La respiración bucal o el cierre incompleto de los labios, tiende a conferir un aspecto eritematoso brillante a la encía.

FACTORES INTRINSECOS.

Diabetes Mellitus.- Es una enfermedad caracterizada por un insuficiente aporte de insulina, alteración del metabolismo de los hidratos de carbono caracterizado por glucemia y glucosuria.

Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad son poliuria, polifagia, polidipsia, disminución en el peso, y un olor característico del aliento a acetona, parecido al olor de las manzanas.

Este trastorno metabólico tiene como consecuencia la disminución de la resistencia de los tejidos a la infección; presentándose casos de parodontitis fulminantes y papilas gingivales irritadas y aún hemorrágicas.

Epilepsia.- Es un estado anormal del sistema nervioso central - caracterizado por disritmias cerebrales persistentes. Hay dos tipos principales de ésta enfermedad: el petit mal, caracterizado por la pérdida de la conciencia y ligeras sacudidas de los músculos faciales y el grand mal cuyas características son convulsiones

tónicas y luego clónicas, pérdida de la conciencia y dilatación pupilar. Esta enfermedad no afecta a los tejidos periodontales por sí misma, pero el tratamiento que se emplea para ella sí lo hace.

El dilantín sódico es una droga anticonvulsiva que produce hiperplasia fibrosa de la encía, se presenta en menos de la mitad de los casos tratados y si se mantiene una buena higiene bucal, puede disminuir su incidencia.

Acrodinia.- Es una enfermedad poco común, cuya causa es una reacción tóxica al mercurio. La fuente de mercurio puede ser algún medicamento que lo contenga como es la loción de calomel o algún unguento mercurial amoniacado.

La acrodinia tiene notables manifestaciones cutáneas como son: enrojecimiento de la piel y manos, pies, orejas y mejillas. Las zonas afectadas se encuentran frecuentemente descamadas durante el transcurso de la enfermedad. Sus síntomas son sudoración profusa, irritabilidad, lagrimación, debilidad muscular, hipertensión, trastornos gastrointestinales y estomatitis. En la boca se aprecia sialorrea, tejidos gingivales sensibles y dolorosos y algunas veces ulcerados.

Leucemia.- Es una enfermedad característica por la producción progresiva de leucocitos inmaduros, siendo considerada como una neoplasia maligna. Se clasifica en mieloide, linfoide y monocítica. Su etiología es desconocida.

Las manifestaciones clínicas bucales son: hiperplasia gingival, hemorragia y ulceración de las mucosas. La hiperplasia, suele ser generalizada, en ocasiones los dientes están ocultos por completo y se encuentran en estos tejidos gingivales una filtración de leucocitos inmaduros. Las hemorragias se deben principalmente a las úlceras existentes y a la necrosis. Hay movilidad dentaria debida a la necrosis de los tejidos periodontales.

Neutropenia Cíclica.- Es una forma de la agranulocitosis caracterizada por una disminución periódica de los neutrofilos. Su etiología es desconocida.

Se presenta en cualquier edad, hay una gran cantidad de casos observados en niños. Sus síntomas son fiebre, malestar, irritación de la garganta, linfadenopatía regional y estomatitis.

Las manifestaciones bucales son: gingivitis aguda y estomatitis por la invasión bacteriana, ya que el mecanismo de defensa en estos pacientes esta muy debilitado.

Hipofosfatasa.- Presenta un patrón hereditario, está caracterizada por desmineralización y actividad de la fosfatasa alcalina sérica disminuida; el calcio sérico puede estar elevado y la cantidad de fosfatasa alcalina en los huesos disminuida. Se le ha relacionado repetidamente con la parodontosis.

Sus manifestaciones bucales son: pérdida prematura de los dientes primarios y posiblemente de los permanentes, hipoplasia, cámaras pulpares alargadas, detina irregular y calcificación deficiente. El examen microscópico de los dientes exfoliados, revela ausencia, hipoplasia o displasia del cemento. Esta exfoliación prematura se debe por lo tanto, a la aplasia del cemento que impide el desarrollo normal del ligamento periodontal.

Disfunciones Endocrinas.- Existen algunos estadios en la vida que producen cambios hormonales con la consecuente predisposición a la enfermedad periodontal, esas etapas son: pubertad, embarazo, menopausia (post-menopausia).

Enfermedades Metabólicas.- Hay enfermedades que una vez establecidas en el organismo, pueden producir la enfermedad periodontal, entre otras encontramos, a deficiencias nutricionales o avitaminosis, enfermedades debilitantes, diabetes no controlada y otras.

CLASIFICACION DE FACTORES EXTRINSECOS E INTRINSECOS.

Factores extrínsecos (locales)

- A) BACTERIANOS
 - 1. Placa
 - 2. Cálculo
 - 3. Enzimas y productos de descomposición
 - 4. Materia alba
 - 5. Residuos de alimentos

- B) MECANICOS
 - 1. Cálculo
 - 2. Impacción y retención de alimentos:
 - a) Contactos abiertos y flojos
 - b) Movilidad y dientes separados
 - c) Dientes en malposición
 - d) Mecanismo de cúspide impelente
 - 3. Márgenes desbordantes de obturaciones, prótesis mal diseñadas o desadaptadas
 - 4. Consistencia blanda o adhesiva de la dieta
 - 5. Respiración bucal, cierre incompleto de los labios.
 - 6. Higiene bucal inadecuada
 - 7. Hábitos lesivos
 - 8. Métodos de tratamiento dental inadecuado
 - 9. Trauma accidental

- C) BACTERIANOS Y MECANICOS COMBINADOS:
 - 1. Cálculo
 - 2. Margen desbordante

- D) PREDISPOSICION ANATOMICA:
 - 1. Mala alineación dentaria, malposición, anatomía alterada
 - 2. Inserción alta de frenillos o músculos
 - 3. Vestíbulo somero
 - 4. Zona de encía insertada funcionalmente insuficiente

5. Encía delgada, de textura fina, o márgenes gingivales abultados y gruesos
6. Exostosis o rebordes óseos, placas óseas muy delgadas
7. Relación corona-raíz desfavorable

FUNCIONALES:

1. Función insuficiente
 - a) Falta de oclusión
 - b) Masticación indolente
 - c) Parálisis muscular
 - d) Hipotonicidad muscular
2. Sobrefunción y parafunción:
 - a) Hipertonicidad muscular
 - b) Bruxismo
 - c) Trabamiento y rechinamiento
 - d) Trauma accidental
 - e) Cargas excesivas sobre dientes pilares

Factores intrínsecos (sistemáticos)

A) DEMOSTRABLES

1. Disfunciones endocrinas
 - a) De la pubertad
 - b) Del embarazo
 - c) Posmenapáusica
2. Enfermedades metabólicas y otras:
 - a) Deficiencia nutricional
 - b) Diabetes
 - c) Hiperqueratosis palmoplantar
 - d) Hipofosfatasa
 - f) Enfermedad debilitante
3. Trastornos Psicobomáticos o emocionales
4. Drogas y venenos metálicos
 - a) Difenilhidantoína

- b) Efectos hematológicos
- c) Alergia
- d) Metales pesados
- 5. Dieta y nutrición
- B) NO DEMOSTRABLES
 - 1. Resistencia y reparación insuficientes
 - 2. Deficiencias nutricionales, emocionales, metabólicas, hormonales:
 - a) Fatiga
 - b) Stress

CAPITULO IV.

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico consiste en reconocer e identificar las anomalías que puedan presentarse, y poder así efectuar la diferenciación de una enfermedad con otra.

Para determinar cualquier tipo de enfermedad, será necesario relacionar los signos y síntomas clínicos y hacer un diagnóstico inteligente, valiéndose de los conocimientos previos para poder llegar al tratamiento más apropiado.

Realizaremos un examen minucioso y deberá comprender desde el primer encuentro que tengamos con el paciente.

Primeramente valoraremos su estado físico para podernos formar un criterio general del tipo de individuo con quién trataremos; su estado mental, emocional y temperamento. Sus expresiones faciales pueden ser reveladoras de ansiedad, depresiones, y estado de ánimo en general; asimismo, observaremos su forma de caminar, actuar, su postura y su agilidad. Después debemos considerar la comodidad, tanto del paciente como de nosotros mismos.

Debemos emplear siempre un lenguaje claro, sencillo, y - nuestras preguntas invariablemente deberán llevar como objetivo un firme orientación para que el paciente experimente un cierto alivio; tendremos calma con los pacientes poco comunicativos y al - empezar el interrogatorio se deberán formular preguntas concretas: ¿Cuál es el motivo de la visita? ¿Donde siente la molestia? ¿Que es lo que está sintiendo? ¿Está acompañado de otro tipo de - complicaciones? etc.

Se elaborará una historia clínica, la cual deberá ser lo - suficientemente extensa para tratar de recabar el mayor número de datos y de esta forma poder orientarnos a un diagnóstico más precoz.

La historia clínica deberá abarcar:

1. Ficha de identificación.- Nombre, sexo, fecha de - nacimiento, estado civil, lugar de nacimiento, ocupación, etc.
2. Antecedentes hereditarios y familiares.
3. Antecedentes personales no patológicos.
4. Antecedentes personales patológicos. Aquí se confirmarán todas las enfermedades posteriores e intervenciones quirúrgicas.
5. Antecedentes ginecoobstetricos.- (características del ciclo menstrual, si es regular o no, si ha habido abortos provocados o espontáneos, si hay embarazo o es que está en etapa menopáusica, etc.).

Es muy importante abarcar claramente estos puntos, ya que se establece una comparación con las mujeres con probables cambios gingivales correspondientes a su estado natural.

6. Padecimientos actuales.- Que enfermedad padece en esos momentos, si esta en tratamientos médico, y si esta tomando un medicamento.
7. Interrogatorio de aparatos y sistemas digestivos, cardiovascular, respiratorio, genito-urinario, endocrino, hematopoyético y nervioso.
8. Exámen extrabucal.
Cabeza.- Observar postura y posición, movimientos, tamaño y forma.
Rostro o Cara.- Observar color, rasgos faciales, expresiones, tono de la piel, tono muscular, simetría, palpar-nódulos linfáticos, parótidas, tiroides y vasos.
Articulación temporomandibular.- Observar desviaciones en la apertura, grado de apertura, palpar-chasquido y deslizamiento, sensibilidad, simetría de movimientos, auscultar chasquidos.
9. Exámen Intrabucal.- Labios, encía, carrillos, paladar lengua, piso de boca, faringe, frenillos, dientes, oclusión y forma del arco.

Verificar si hay movilidad dentaria y porque, si hay sensibilidad a la percusión, migración patológica de los dientes, inflamación, exudados purulentos, etc.

La serie radiográfica siempre será un requisito indispensable por ser un medio que nos reafirma ciertas dudas que pudiera haber y así confirmar y rectificar decisiones, que en ocasiones cambian nuestro diagnostico inicial.

Las radiografias proporcionan la siguiente información:

1. Altura ósea interdientaria y presencia de cortical.
2. Patrones trabeculares.
3. Zonas radiolúcidas que indican destrucción ósea y que se pueden confirmar mediante sondeo.
4. Pérdida ósea en las furcaciones.
5. Ancho del espacio del ligamento periodontal.
6. Relación entre corona y raíz.
7. Forma y longitud de la raíz.
8. Caries, calidad general de las restauraciones y depósitos grandes de cálculo.
9. Localización del seno maxilar respecto a la cresta alveolar.
10. Dientes ausentes, dientes supernumerarios y retenidos.

Si se estimara incompleto todo lo anteriormente señalado, será indispensable entonces valernos de procedimientos auxiliares tales como: Biopsias, análisis de sangre, de orina, etc.

Cuando se conjuntan estas observaciones con un criterio serio y oportuno, se puede tener la plena seguridad de efectuar un diagnóstico valioso y por lo tanto mayores oportunidades de éxito en el plan de tratamiento.

PRONOSTICO.

Pronóstico es la apreciación de la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Por ello, la precisión del pronóstico depende de la exacta y completa que sea la información recogida durante el exámen.

El pronóstico es hecho una vez que ya se ha fijado bien el diagnóstico y deberá basarse en el grado de avance de la enfermedad y sus secuelas, en observar la magnitud de las lesiones, en el grado de movilidad que tenga el diente y en la pérdida ósea y su extensión.

El pronóstico se puede hacer ya generalizado toda la cavidad oral como una sola entidad (gingivitis, o bien, diente por diente, con su respectiva zona de soporte, ya que en ocasiones un diente tiene diferente pronóstico que los otros, y no podríamos regirnos en un caso semejante por el pronóstico generalizado.

Además, siempre debemos tomar en consideración que el grado de avance de la lesión ira en relación directa con el pronóstico.

Los factores que alteran el pronóstico serán:

a) Grado de avance de la enfermedad.

Bolsas perodontales.- Será el pronóstico más favorable, cuando las bolsas están poco profundas, aunque la importancia principal está en localización y profundidad, pues si hay daño óseo es probable un pronóstico malo. Las bolsas de dientes de una sola raíz son más fáciles de eliminar que las bi o trirradiculares y por lo tanto entre más accesible sea la bolsa, el pronóstico resulta más favorable.

b) Magnitud de las lesiones.

Lesiones de furcaciones.- Los dientes multirradiculares que presentan lesiones en sus bi ó trifurcaciones, tienen menos posibilidades de mantenerse en la boca, puesto que hay mayor destrucción del tabique intarradicular, se encuentra con pronóstico malo. El pronóstico cambia cuando se hace hemisección o amputación radicular.

c) Grado de movilidad del diente.

Cuando existe movilidad de grado tres, el pronóstico ya es calificado como dudoso, este aspecto es importante por lo general, si hay movilidad se puede pensar en destrucción ósea, inflamación del ligamento, además de traumatismo parodontal.

El pronóstico favorece cuando se puede controlar esa movilidad.

d) Pérdida ósea y su extensión.

Es de gran importancia la cantidad de hueso que se ha perdido, así como lo es la distribución de éste en torno al diente, se pueden intentar injertos o trasplantes óseos si es que la extensión es excesiva.

Con respecto a la determinación del pronóstico, deberá ser posterior al estudio y examen de cada caso en particular, lo cual deberá ser de acuerdo a una clasificación:

1. Muy bueno.

Cuando la lesión ha sido pequeña y el diente es considerado como casi normal.

2. Bueno

El caso es de ligera variante con la anterior y las posibilidades de conservar el diente son suficientes.

3. Regular o dudoso

Aquí habrá lesiones marcadas en los tejidos parodontales - que pondrán en duda el tratamiento; habrá que esperar la - evolución de éste.

4. Malo

Son mínimas las posibilidades de conservar el diente, ya - que las lesiones aquí son severas.

5. Muy Malo

Los tejidos de soporte están excesivamente dañados y no hay posibilidad alguna de conservar el diente.

Los puntos anteriores son consideraciones propias que no constituyen de ninguna manera regla general para terminar un pronóstico justo, pues si tenemos que pudiera ser catalogado en bueno, regular y malo, esto sólo dependerá del determinio individual, y lo que se busca es establecer una clasificación a modo de esperar el pronóstico más inteligente.

Todo pronóstico deberá ser informado al paciente con el fin de lograr una comunicación mucho más efectiva, y no brindarle nunca falsas esperanzas.

PLAN DE TRATAMIENTO.

El plan de tratamiento es un programa organizado de procedimientos para eliminar los signos y síntomas de la enfermedad y restablecer la salud.

Un plan de tratamiento se basa en los hallazgos del exámen, en el diagnóstico, en la etiología presuntiva de la enfermedad y en el pronóstico.

Para llevar a cabo el tratamiento de las enfermedades periodontales, se debe establecer un plan bien definido y organizado que nos permita culminar con el restablecimiento de la salud en la cavidad oral.

Para esto, será necesario valorar al enfermo y empezar por lo más elemental, que sería su control personal de placa, al igual que la eliminación de procesos inflamatorios si es que existen, posteriormente, se debe tratar las lesiones cariosas, las prótesis y obturaciones defectuosas.

Eliminaremos las bolsas periodontales y las causas que las originan, así como los frenillos defectuosos, los vestíbulos poco profundos, etc.

Se requerirá hacer ajuste oclusal y corregir los hábitos - del bruxismo. Se corregirán los procesos ortodónticos que favorezcan a contribuir la enfermedad periodontal, los dientes con pronóstico malo deberán extraerse a tiempo para evitar complicaciones posteriores, y cuando sea necesario el empleo de la cirugía nos valdremos de éste medio.

Será necesario que en cada sesión que se trate al enfermo, se haga una valoración de lo que se ha hecho para poder seguir lo más fielmente posible el plan inicial, y tener la certeza de haber corregido y mantenido la salud oral hasta donde nos haya permitido el caso.

Resumiendo, los procedimientos a seguir en el exámen, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento son los siguientes:

1. Exámen
 - a) Entrevista
 - 1) Molestia principal
 - 2) Historia clínica
 - b) Exámen intrabucal
 - c) Exámen radiográfico
2. Diagnóstico
3. Pronóstico

4. Plan de tratamiento

- a) Raspaje y aislamiento radiculares
- b) Instrucción del control de la placa
- c) Ajuste oclusal preliminar
- d) Eliminación de otros factores extrínsecos (margenes desbordantes), extracciones, obturaciones temporales
- f) Revaloración
- g) Ferulización temporal
- h) Cirugía
- i) Pequeños movimientos dentarios
- j) Ajuste oclusal definitivo
- k) Raspaje radicular y enseñanza del control de placa
- l) Exámen posterior al tratamiento
- m) Plan de tratamiento restaurador
- n) Establecimiento de un programa de mantenimiento (después del tratamiento) de atención periodontal preventiva

CAPITULO V

PASOS PRE-OPERATORIOS

MATERIAL E INSTRUMENTAL

La elección del material e instrumental en gran parte es cuestión de gustos, ya que han sido diseñados en base a los años previos de experiencia, y debemos basarnos en aquellos que nos reditúen el máximo beneficio para cubrir nuestros fines y trabajos específicos.

El instrumental deberá estar en una bandeja quirúrgica y clasificado para un determinado procedimiento. En una posición de fácil acceso se colócara la bandeja para el operador y la asistente. El instrumental deberá de estar lejos de la vista del paciente, o detrás de él, para que no haya un ambiente intranquilo y desfavorable.

Todo instrumental cuenta con tres partes de componentes que son:

El mango, cuello y su parte activa.

INSTRUMENTAL PERIODONTAL.

Sonda periodontal.- Se usa para medir las bolsas periodontales, su profundidad y su forma. Su forma es característica por ser una varilla que presenta en su longitud marcas cada milímetro, precisamente para medir la profundidad de cada bolsa. La bolsa es medida colocando el instrumento pegado al diente alineándolo con un eje mayor, y si es necesario auxiliándonos con los rayos X.

Pinzas marcadores.-

Las pinzas marcadoras de bolsas vienen siendo el instrumento que complementa el trabajo de la sonda periodontal. Su diseño es exactamente igual a las pinzas de curación, una de sus hojas está ligeramente arqueada por su parte externa, a modo de que se adapte a la corona de los dientes, mientras que la otra presenta un doblez de 45 grados que nos permite marcar la profundidad de la bolsa previamente alineada igualmente con el eje longitudinal del diente, al ejercer presión y unir los dos extremos. La parte del cuello tiene forma de cuello de ganso, que nos permite un más fácil acceso a la superficie de los dientes.

Cinzel periodontal.-

El cinzel ha sido creado exclusivamente para la remoción del tártaro supragingival, en porciones gruesas. Es usado sobre todo en los dientes anteriores inferiores con movimiento de expulsión, de vestibular a interproximal, seccionando grandes capas de cálculo.

Hoz.-

La hoz es un instrumento que tiene forma de gancho, debido a su tamaño y grosor, no es posible usarlo en profundidades mayores a un milímetro. Se utiliza principalmente en caras proximales y en las superficies linguales de incisivos inferiores, usados con movimientos de impulsión o de tracción.

Azada.-

El instrumento en forma de azada, es empleada para la remoción de cálculo accesible en todas las superficies libres de los dientes. Se usa supragingivalmente, pero lo puede hacer subgingival siempre y cuando la encía se puede separar con facilidad. La parte activa del instrumento está doblada en un ángulo de 95 grados - aproximadamente, y es usado con movimientos de tracción.

Lima.-

Presenta en una misma hoja pequeñas azadas. Es usada en bolsas periodontales - profundas de estrecha entrada. El uso de este instrumento es considerado sólo - auxiliar, y su utilidad se ve limitada, ya que su afilado resulta dificultoso. Los movimientos serán de tracción.

Cureta.-

La cureta es un instrumento que tiene - forma de cucharilla, y las hay de diversos tamaños. Como presenta dos bordes - activos, tiene dos finalidades:

Eliminar la pared blanda de la bolsa y al mismo tiempo alisar la superficie radicular. Están diseñadas para hacer movimientos de impulsión o de tracción.

Se considera a la cureta como un instrumental básico en periodoncia; de su nombre se deriva la técnica de la remoción de tejido gingival enfermo (curetaje).

Los instrumentos quirúrgicos de Kirkland, son juegos de - instrumentos destinados a la limpieza de las superficies radiculares, así como la remoción del tejido enfermo y del cálculo.

Son instrumentos muy similares a los anteriormente señalados que están numerados.

Todos los instrumentos mencionados hasta aquí, son usados en forma conjunta, su validez en periodoncia radica en la remoción de cálculo y elementos irritantes que pudieran hacer.

Bisturíes periodontales.- Son instrumentos para la sección de los tejidos blandos, que en periodoncia son usados también para eliminar los sobrantes de tejidos y - proporcionar corrección a la forma gingival.

Uno de los bisturíes más usados en cirugía periodontal, es el que presenta hojas intercambiables, que se van eligiendo en base a las necesidades de la operación por efectuar; se trata del bisturí Bard-Parker, y la hoja en cuestión casi siempre es la número 15.

Existe otro bisturí muy útil en la práctica periodontal, - que presenta dos hojas, una en cada extremo que tiene sus cuellos angulados. El filo lo tienen a todo lo largo de la periferia, y la punta de las hojas es alargada con el propósito de alcanzar las zonas interproximales; tiene una forma arriñonada.

Este instrumento es sumamente útil para desarrollar la - gingivoplastia, y se le conoce como el bisturí periodontal número 20G,

El bisturí de Mead presenta una curvatura en la hoja, teniendo la forma de una hoz; tiene filo tanto por la parte externa, como por su parte interna y su uso es destinado a los lugares de poco acceso dadas sus características.

Orban tiene dos bisturíes destinados a alcanzar los espacios interproximales, teniendo la hoja dos bordes cortantes que terminan uniéndose en una sola punta y con cuello en angulación. Los bisturíes tienen el número 1 y el número 2.

El bisturí de Buck es un instrumento muy delgado y fino, tiene dos hojas que están en cada extremo, inclinadas ligeramente, una para el lado derecho y la otra para el izquierdo. Sus bordes son afilados e igualmente su hoja es alargada terminando en punta, asemejándose mucho este instrumento al recortador de amalgama.

El bisturí periodontal 15K y 16K.- Son usados para efectuar la incisión y para colocar la hoja contra la superficie gingival durante el proceso de la gingivectomía. Tiene su hoja forma de riñón estando afilada por todos los bordes, y como casi todos los demás bisturíes tiene angulado su cuello.

El bisturí de Goldman-Fox.- Tiene su cuello angulación espacial para el bisel requerido en la incisión primaria. Es instrumento doble que tiene dos hojas que están en angulación de 45 grados, y que tiene filo a lo largo de todos sus lados.

Los periostomos.-

Los periostomos o elevadores periósticos son instrumentos que vienen por tamaños, pero por lo general son pequeños y con hojas finas, una a cada lado, ya sea con extremos redondeados, o bien, con hoja recta. Son muy útiles, desprenden y separan la fibromucosa.

Este instrumento complementa la acción del bisturí; es introducido entre los labios de la herida.

Tijeras.-

Las tijeras son instrumentos que sirven para distintas finalidades. Secciona festones gingivales, corta pedazos de encía sobrante, agranda incisiones, recorta tejido gingival necrótico, elimina inserciones de frenillos, etc.

Las tijeras pueden ser chicas o grandes, rectas o curvas; sin embargo, las tijeras pequeñas y curvas parecen ser las más accesibles y más cómodas de usar, sobre todo en pequeñas deformaciones de tejido blando y lugares de poco acceso.

INSTRUMENTAL EXCLUSIVAMENTE PARA TEJIDO OSEO.

Limas para Hueso.-

Es un instrumento que en cada uno de sus extremos tiene una hoja, las cuales presentan sobre su superficie diversas hojas pequeñas llegando a cubrir completamente. Es usada para corregir los sobrantes en los bordes muy prominentes y rugosos con el fin de dejar limpia y tersa la superficie ósea.

Cinzel para hueso.-

Este ejecuta la resección del hueso una vez que se han hecho las perforaciones - con fresas, uniéndolas formando una ventana ósea.

Es un instrumento con una sola hoja recta que en su punta presenta un bisel.

Fresas quirúrgicas.-

Las fresas quirúrgicas son un poco más - grandes que las comunmente usadas, y presentan las mismas formas y estas nos permiten el paso a través del hueso, nos eliminan sobresalientes y dan formas más fisiológicas.

Porta-agujas.-

Está destinado a sujetar la aguja firmemente por su superficie plana, llevándola a través de los tejidos, es imprescindible este instrumento.

Hilo de sutura.-

Se clasifica en hilo absorbible, que es el que se conoce como catgut, y tiene un grosor que va de 3 a 10 ceros; hilo no absorbible, que puede ser de muchos - materiales, pero por lo general es de nylon, e igualmente se clasifican de acuerdo al grosor del hilo. Generalmente se usa hilo no absorbible y de un grosor de cuatro ceros.

MATERIAL PARA APOSITOS PERIODONTALES.

Los apósitos periodontales se usan para cubrir y proteger la herida después de la cirugía. Son semejantes al cemento y protegen los tejidos incididos de la irritación de los alimentos, - aire, movimientos de la lengua o carrillo, etc.

TIPOS DE APOSITOS.

- a).- Apósito a base de óxido de cinc y eugenol.
- b).- Apósito de mezclado rápido (Peripack "De Trey"). (Estos no contienen eugenol). Los ingredientes son sulfato de calcio, óxido de cinc, mejoradores del gusto y colorante.
- c).- Rosinas.
- d).- Combinaciones de óxidos metálicos hidrosolubles y ácidos - carboxílicos no ionizantes (Coe Pak). (Estos no contienen eugenol).
- e).- Apósitos a base de grasas.

Los apósitos de óxido de cinc y augenol son los más usados, una formula de uso muy difundida es:

<u>POLVO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Oxido de cinc	43.5
Rosina	45.0
Caolín	3.0
Fibras finas de amianto	4.0
Acido tánico (en polvo)	3.0
Acetato de cinc (en polvo)	1.5

<u>LIQUIDO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Eugenol	85.0
Aceite de semilla de algodón	14.0
Timol	1.0

Fórmula sin eugenol.

<u>POLVO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Rosina	0.52 g
Oxido de cinc	0.41 g
Bacitracina	3.000 unidades

<u>LIQUIDO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Oxido de cinc	5 por 100
Grasa hidrogenada	95 por 100

PREPARATIVOS PARA LA CIRUGIA PERIODONTAL.

Una semana antes de emprender la cirugía, se volverá a examinar la historia clínica del paciente y se hará una valoración nueva para determinar toda modificación de la profundidad de la bolsa como consecuencia de procedimientos previos de raspaje radicular, curetaje y enseñanza de la higiene bucal, para ayudar a mejorar su estado de salud periodontal y proporcione la oportunidad de establecer la eficacia de la cooperación del paciente en el tratamiento a seguir.

En estos preparativos para la cirugía periodontal, debemos incluir la eliminación de todo irritante local desfavorable, como restauraciones desbordantes y zonas de impacción de alimentos.

Así mismo, investigaremos estados sistémicos que puedan perturbar el proceso de cicatrización, ordenando previamente exámenes clínicos de laboratorio de los cuales obtendremos datos tales como:

Biometría hemática, tiempo de coagulación, si es normal o alterado, si la glucosa en sangre es normal o alterado, tiempo de sangrado, etc.

Si está indicada la cirugía, todo se planificará con cuidado, la zona a operar, el tipo y extensión de la cirugía y los pasos comunes.

La premedicación se hará cuando esté indicada. La ansiedad o aprensión es un estado común en la mayoría de los pacientes que se someten a una cirugía, algunas veces, la tranquilización verbal alivia la ansiedad o la medicación de tranquilizantes.

TECNICAS ANESTESICAS.

No es posible obtener una anestesia eficaz, si no se emplea una técnica adecuada para la inyección.

Para lograr una analgesia completa, hay que depositar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa - que va a anesthesiarse.

Las variaciones que pudiera haber en la posición de la aguja, se compensan en parte con las cualidades excelentes, en cuanto a profundidad y difusión, que son características de las buenas - soluciones anestésicas.

La anestesia por infiltración, tiene que difundirse desde el sitio de la inyección, a través del periostio y del hueso compacto, hasta llegar a las estructuras nerviosas que inervan la - pulpa, el periodonto y el maxilar.

Tanto en la anestesia por infiltración como en la anestesia por bloqueo, la solución debe ser aplicada correctamente para obtener el efecto máximo.

CAPITULO VI

RAPAJE Y CURETAJE

El raspaje y curetaje tiene como finalidad la eliminación de la bolsa periodontal y la restauración de la salud gingival, ya que este tipo de tratamiento periodontal detiene la destrucción de los tejidos de soporte del diente.

Hay dos tipos de tratamientos para eliminación de las bolsas periodontales:

1. Raspaje y curetaje
2. Gingivectomía

Para saber que tipo de tratamiento vamos a emplear para la eliminación de la bolsa; observaremos el estado y consistencia de la bolsa, si la pared de la bolsa es edematosa, efectuaremos el raspado de la raíz y el curetaje de la pared blanda de la bolsa, ya que es capaz de contraerse por sí misma hasta el fondo del surco normal.

Si la consistencia de la pared de la bolsa es firme, y sobre todo fibrosa, emplearemos el método de la gingivectomía, por que la pared fibrosa no llegará a contraerse lo suficiente con el raspaje y curetaje.

RASPAJE.

Raspaje radicular es el tratamiento adecuado para eliminar bolsas, además de ser el más común. Su finalidad consiste en raspar la superficie radicular con el fin de eliminar cálculo, tártaro dentario y otros depósitos, ya que los cálculos son

irritantes mecánicos que proporcionan retención de placa bacteriana, por ello, es preciso alisar el cemento blando o rugoso en la raíz.

OBJETIVO.

Eliminar la inflamación, placa dentaria, cálculo, pigmentaciones y otros depósitos.

Producir una superficie radicular lisa y libre de factores que provocan la inflamación.

INDICACIONES.

Cuando las bolsas son profundas y las encías están adematizadas.

CONTRAINDICACIONES.

Si las encías y las bolsas son totalmente fibrosas.

INSTRUMENTAL.

El raspaje es llevado a cabo mediante instrumentos adecuados que se adopten a las exigencias del trabajo, ya que cada uno de estos, está elaborado para uso específico en determinado sitio y su manejo correcto nos llevará al éxito del tratamiento.

1. Explorador.- Nos indica la extensión y dirección de la bolsa para la introducción de los instrumentos.
2. Cíncel.- Se usa para la remoción del tártaro supra-gingival en porciones gruesas.

3. Azada.- Remueve el cálculo de todas las superficies libres de los dientes.
4. Hoz.- Se usa en la superficie lingual y proximal de los incisivos.
5. Limas.- Se usa en las bolsas profundas de entrada - estrecha.
6. Curetas.- Elimina la pared blanda de la bolsa y alisa la superficie de la raíz.

TECNICA.

Esta técnica de raspaje, es laboriosa y sencilla, pero se requiere de habilidad y destreza para obtener buenos resultados.

Para llevarla a cabo, llevaremos un orden de trabajo, seleccionaremos determinado cuadrante. Este procedimiento demanda cuatro secciones; es decir, un cuadrante por cada sesión (depende del estado de los tejidos y de la cantidad de cálculo).

Empezaremos con la azada superior, partiendo de la línea - media, ya sea derecha o izquierda, luego se procederá a ir a la - arcada inferior, partiendo igualmente de la línea media hacia uno u otro cuadrante.

Al efectuar la técnica, el correcto apoyo de los dedos es importante para impedir una lesión de los dientes, de laceración y desgarres.

El instrumento se debe de sostener con el dedo índice, medio y pulgar, en la forma de tomar un lápiz. Con esto lograremos sensibilidad digital y un apoyo correcto listo para ejercer una - instrumentación minuciosa. (Fig. 1).

Se coloca después el borde activo del instrumento sobre el diente, se remueve el cálculo con movimientos cortos y rígidos - hasta conseguir una superficie lisa.

Los movimientos más utilizados en el raspado de la superficie radicular son los de impulsión y tracción.

Cuando se hace movimiento de tracción, la parte activa del instrumento toma el borde del cálculo en apical, desprendiéndola en dirección incisal.

El movimiento de empuje se ejerce gracias a que los dedos activan el instrumento, este se posa en los bordes laterales del cálculo y los mismos dedos hacen el empuje necesario fracturando el tártaro.

La extensión del raspado dependerá del estado en que se encuentran los tejidos, al igual que la cantidad de cálculo que exista.

En el raspado subgingival se llega a eliminar, a veces, parte del cemento, por lo cual será necesario evitar el raspado excesivo para el control de la sensibilidad.

Evitaremos empujar el instrumento en sentido apical, pues esto ocasiona la introducción del tártaro hacia los tejidos de sostén y cada vez que se desprendan cálculos, pasaremos una gasa en la zona, con el fin de eliminar residuos, saliva y sangre, y lograremos una mejor visión.

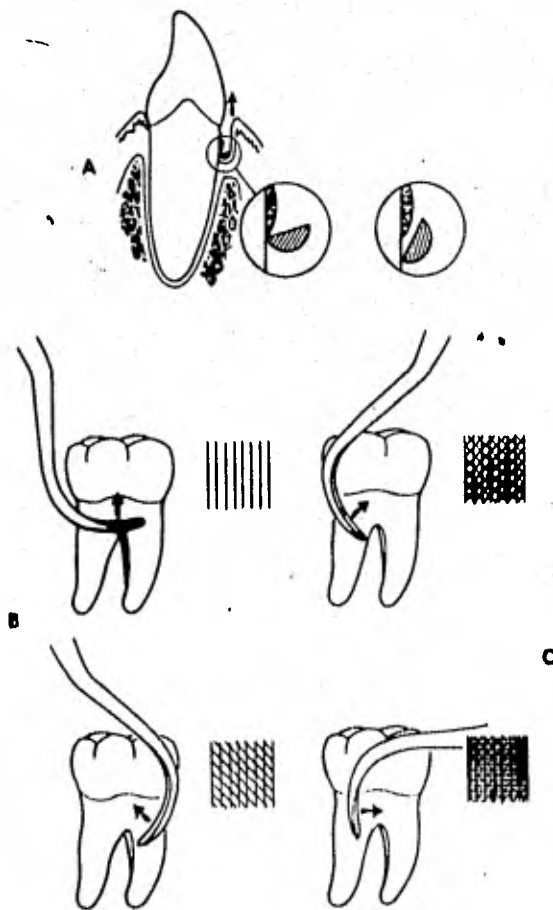
Otro factor importante los es la elección del tamaño de cada instrumento, tomando en cuenta la magnitud del tamaño del tártaro. La adaptación más exacta del instrumento a la superficie

por tratar, y el buen afilado del instrumental, son factores básicos para lesionar menos los tejidos y realizar una técnica mucho más efectiva.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Será necesario ejercer una buen lavado de la zona, así mismo como la aplicación de un apósito quirúrgico y la administración de fármacos analgésicos que sean capaces de controlar las molestias al paciente.

Fig. 1



CURETAJE.

El curetaje gingival es la técnica por medio de la cual - eliminamos parte o todo el revestimiento del tejido gingival degenerado y necrótico, que recubre la pared de la bolsa periodontal.

Mediante esta técnica acelera la cicatrización, desaparece la inflamación y la ulceración de la bolsa.

La presencia de la bolsa periodontal, incrementa la separación entre la inserción epitelial y el diente. La eliminación del tejido granulomatoso que interfiere al proceso de cicatrización de los tejidos, la acción conjunta del tejido conectivo y el diente se normaliza con aspectos además estético y el nivel de la encía se regulariza y se conserva.

OBJETIVO.

Eliminar la inflamación, erradicar la bolsa y restaurar la salud gingival (principalmente retraer la encía libre).

INDICACIONES.

¶ Cuando las bolsas periodontales no son muy profundas, y - tienen un trayecto fácil.

También esta indicado siempre y cuando se haya ejecutado - previamente el raspado radicular, aunque a veces el procedimiento es simultáneo.

CONTAINDICACIONES.

Presencia de una fibrosis muy antigua o por la resistencia emocional del paciente.

TECNICA.

Antes de empezar, debemos de planificar si se trabaja en un diente o en un segmento del arco en una sesión.

Emplearemos una cureta con los bordes muy afilados en ambos lados de la hoja, para que al mismo tiempo se alise la raíz.

Se corta la pared de la bolsa periodontal y debemos tener cuidado de no desgarrarla.

Se tiene que cortar hasta la adherencia epitelial, puesto que si se deja, el epitelio proliferaría a lo largo de la pared - cureteada, para unirse, impidiendo la nueva readherencia. (Fig. 2).

Las curetas se llevan hasta el fondo de la bolsa, por medio de movimientos cortos y siempre firmes, con dirección de apical a cervical; se retiran restos de tejido enfermo y cálculo que pudiese existir. La cureta se deberá limpiar con una gasa, al igual - que la zona donde se hace la intervención, previa irrigación.

De nuevo volvemos a introducir la cureta y la desplazamos de una cara proximal a otra, ayudándonos con el apoyo necesario - que encontramos con los dedos anular y meñique.

Con los dedos pulgar e índice de la mano contraria, se colocarán haciendo presión sobre las superficies vestibulares y lingual, ayudando al sostén del tejido y a mejorar el curetaje.

Las indicaciones antes descritas se repetirán cuantas veces sea necesario, sin abusar de la frecuencia; con esto se ha logrado eliminar la pared de la bolsa, la remoción del cálculo y el alisado de la superficie radicular.

Una vez efectuado el curetaje, el surco gingival es llenado por sangre, formándose así el coágulo y por debajo de éste, se inicia la readherencia epitelial, la cual culmina a los cinco días, mientras la cicatrización final lo hará de los doce a los quince días.

Como una medida preventiva, será necesaria la aplicación en la zona afectada, de un apósito quirúrgico que evite una posible infección y a su vez actúe como protector al tejido regenerativo.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Las visitas post-operatorias del paciente serán aproximadamente a los 7 u 8 días y antes si hubiese molestias exageradas o algo que se considere anormal.

Fig.2



Una vez efectuado el curetaje, el surco gingival es llenado por sangre, formándose así el coágulo y por debajo de éste, se inicia la readherencia epitelial, la cual culmina a los cinco días, mientras la cicatrización final lo hará de los doce a los quince días.

Como una medida preventiva, será necesaria la aplicación en la zona afectada, de un apósito quirúrgico que evite una posible infección y a su vez actúe como protector al tejido regenerativo.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Las visitas post-operatorias del paciente serán aproximadamente a los 7 u 8 días y antes si hubiese molestias exageradas o algo que se considere anormal.

Fig. 2



CAPITULO VII

GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA

La gingivectomía se puede definir como la excisión de la pared blanda de la bolsa.

OBJETIVO.

Consiste en la eliminación de la bolsa periodontal.

INDICACIONES.

1. Hiperplasias, causadas en pacientes que utilizan medicamentos del tipo Dilantin.
2. Eliminación de bolsas supraóseas y bolsas muy profundas.
3. Presencia de lesiones de furaciones.
4. Cuando se requiere corregir cráteres gingivales.
5. Fibrosis gingival densa que no mejora con curetaje.
6. Cuando existe abscesos periodontales.
7. Cuando haya casos en que la destrucción ósea ha dejado sin soporte al tejido periodontal.
8. Creación de una forma más estética, por no haber exposición completa de la corona anatómica.

CONTRAINDICACIONES.

Cualquier alteración que comprometa el tratamiento durante y después del tratamiento.

REQUISITOS PREVIOS.

La encía insertada deberá ser suficientemente ancha para que la excisión de parte de ella deje una zona normal desde el punto de vista funcional.

La forma de la cresta alveolar debe ser normal. Si se ha producido pérdida ósea, debe ser horizontal, no debe haber defectos o bolsas infraóseas.

Una de las desventajas en este tipo de tratamiento es de que se elimina una gran cantidad de tejido y la adherencia epitelial se reinsertará por debajo del nivel que actualmente tiene o poseía.

INSTRUMENTAL.

Instrumental Básico:

- Sonda periodontal
- Explorador
- Bisturíes periodontales
- Curetas
- Tijeras curvas

TECNICA.

Hay dos procedimientos diferentes en ésta técnica de la gingivectomía.

La primera es de gingivectomía de bisel externo y la segunda es de bisel interno.

La técnica de la gingivectomía de bisel externo es de importancia cuando se quiere eliminar la profundidad de la bolsa periodontal y exponer más corona clínica del diente. Si la encía insertada es de espesor ancho y el hueso no ha sido afectado, el éxito del tratamiento es más favorable.

Se inicia con una anestesia regional o por infiltración, dependiendo de la región por intervenir.

Ya anestesiado, con la sonda periodontal se mide y se determina la forma de la bolsa periodontal previamente alineada al eje mayor del diente.

Con las pinzas marcadoras se hace la marcación de la profundidad, en cada diente se hacen tres puntos de sangría (Fig. 1).

Con ésto delimitaremos perfectamente la bolsa, para seguir su contorno al momento de la incisión.

Ya que se han marcado los puntos de sangría, se hace una incisión, la efectuaremos con los bisturíes periodontales, se pueden usar los KIRKLAND 15K y 16K o el BARD PARKER, colocando la hoja 1 ó 2mm hacia apical por debajo del punto sangrante, a modo de que quede en una angulación de 45 grados sobre el tejido gingival, y se deje un bisel en dirección al cuello de los dientes.

Las incisiones pueden ser de dos tipos:

1. Incisión continua.- Sigue el curso de las bolsas, - empezando por los dientes posteriores, hasta extenderse hacia la parte anterior sin ninguna interrupción y siguiendo un contorno ondulado. (Fig. 2).
2. Incisión discontinua.- Empieza en la superficie distal del último diente, siguiendo su trayecto hasta - alcanzar el ángulo distovestibular del siguiente; - llevando la incisión hasta el margen gingival y se empieza nuevamente con la superficie distal del anterior. (Fig. 3).

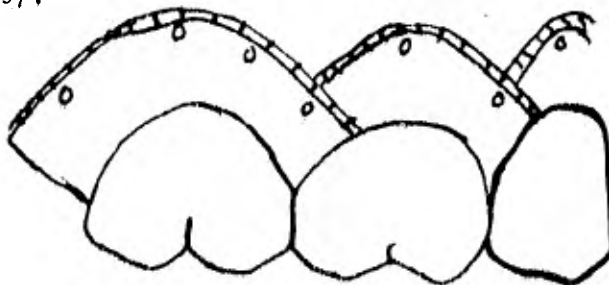


FIG. 1

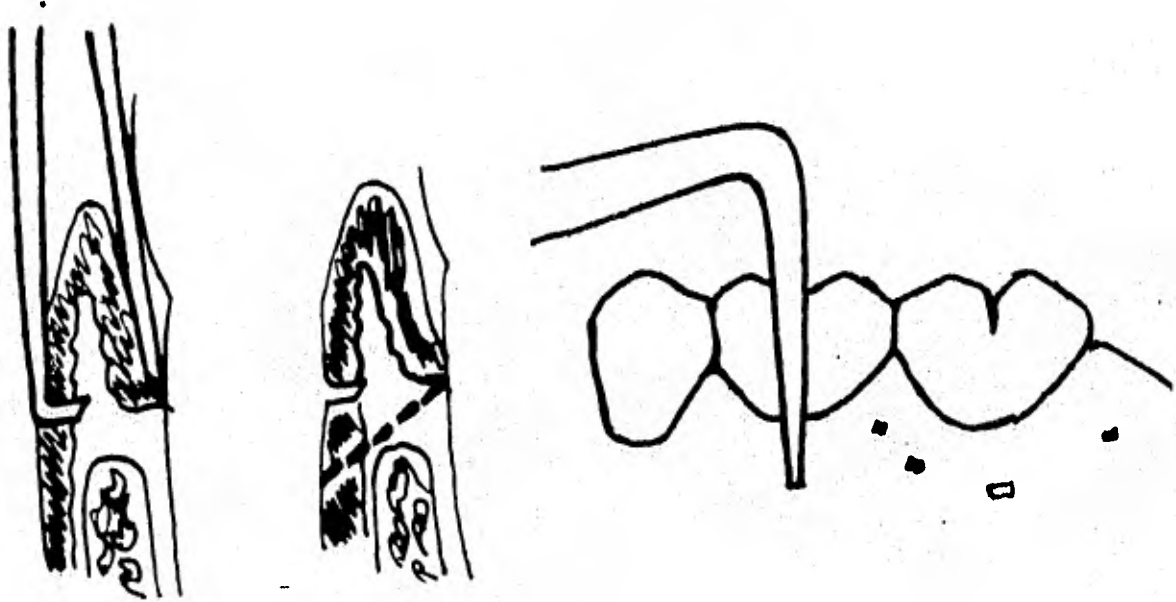
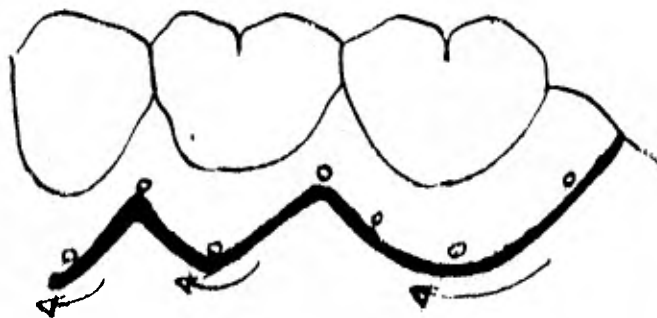


FIG. 2



Estos trazos deben de estar por debajo de los puntos de -
sangría o puntos sangrantes.

La incisión deberá ser siempre firme y de una sola inten-
ción, siguiendo el festoneado normal de la encía, cercano al hue-
so, para eliminar el tejido que se localiza entre éste y el fondo
de la bolsa.

El propósito de hacer este tipo de bisel, es de lograr un
contorno mucho más fisiológico.

También se hace incisión por interproximal con el bisturí
de FISH o el de BUEK, se introduce interproximalmente con movi-
mientos de lateralidad, debe de iniciarse en la región mesial del
primer diente y en distal del último por vestibular y por lin-
gual. (Fig. 4).

Posteriormente, por medio de una cureta, se hará la remo-
ción de la porción del tejido incidido, se observará el campo ya
al descubierto, previamente lavado y secado, luego procedemos a -
eliminar el cálculo y el tejido de granulación sobre todo en -
interproximal. Se irriga la región constantemente (con suero fi-
siológico).

Se puede observar fácilmente el tejido granulomatoso que -
aparece como una pequeña masa sobresaliente, blanda y enrojecida
que tiene puntos sangrantes en la superficie. (Fig. 5).

Debe ser eliminado por medio de curetas que irán insertadas
por debajo de éste, para separarlo del hueso, quedando al des-
cubierto tejido fibroso.

En el área interproximal se contornea el tejido y si queda
tejido adherido al diente, se eliminará con tijeras o de lo

FIG.4



FIG.5



contrario puede ocasionar una recidiva de la bolsa periodontal, - por acumulación y empaquetamiento de restos alimenticios.

Al terminar se deberá lavar y secar, la hemorragia se cohibirá con una gasa presionando al tejido.

Se prepara el apósito quirúrgico, se manipula con los dedos hasta que quede como chicle y se hace una tira en forma de 'U'. (Fig. 6).

El paciente no debe de tener hemorragia o coágulo, puede - interferir al colocarlo impidiendo su adaptación.

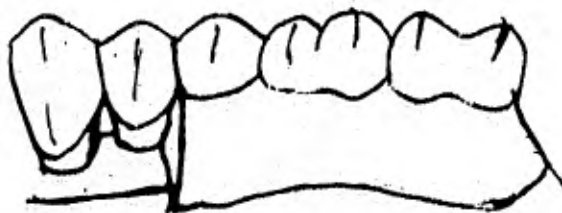
APOSITO QUIRURGICO.

El apósito quirúrgico tiene funciones de:

- a) Controlar la hemorragia y disminuye las posibilidades de infección post-operatorias.
- b) Actúa como sedante al cubrir la región incidida para evitar dolores causados, ya sea por traumatismos originados en la masticación, sustancias químicas que - contengan los alimentos, o cambios térmicos.
- c) Inmoviliza los dientes, en caso de tener movilidad de primer grado.
- d) Estimula la formación de tejido de granulación y por lo tanto regulariza la cicatrización.

El apósito quirúrgico puede ser de muchas clases, pero - deberán tener ciertos requisitos básicos, que son:

FIG. 6



1. Fácil manipulación
2. Fácil adaptación
3. No deberá ser irritante a los tejidos que están en franca recuperación.
4. Deberá tener firmeza para soportar los efectos en el momento de masticar.
5. Deberá controlar las molestias post-operatorias y el sangrado.

La presentación de los apósitos quirúrgicos es de forma líquida y polvo. El polvo debe incorporarse lentamente al líquido, hasta producir una masa firme y consistente que endurece al poco tiempo de ser colocada.

El polvo contiene óxido de zinc, ácido tánico en escamas y pequeñas fibras de asbesto que le den cuerpo. El líquido contiene, aceite de cacahuete, eugenol y colorante vegetal.

En una loseta de combinan polvo y líquido, hasta hacer una mezcla uniforme, que se recogerá con los dedos y se amasará hasta lograr un rollo. La consistencia que deberá tener, será de masticable para que pueda ser más manejable y pueda adaptarse mejor.

Se coloca el rollo en la zona afectada, procurando que no sea de mucho grosor, para que no llegue a provocar molestias. Una vez colocado, se cogen labios y carrillos y se hacen movimientos para liberar inserciones de frenillos y adaptarlo mejor.

Se deben recortar los excedentes, sobre todo de las coronas y espacios interproximales. Se observará de nuevo que todo esté en orden, y sin molestias para el paciente; entonces se remite a descansar.

El apósito debe permanecer en la boca, como mínimo una semana, debido a los cambios histológicos que ocurren durante la cicatrización.

La gingivectomía de bisel interno es usada cuando se requiere la exposición de la superficie coronaria adicional, o se requiere reducir la profundidad de bolsas periodontales, estando ausente una zona suficiente de encía adherida.

También es usada cuando hay necesidad de corrección de anomalías óseas, que frecuentemente requiere de la operación por colgajo.

Esta técnica de gingivectomía de bisel interno se efectúa cuando se necesita conservar el ancho de la encía, por exposición de hueso alveolar para corrección de su anatomía.

TECNICA.

Se hacen dos incisiones previamente decidido su diámetro, hacia la cresta ósea, para lograr un colgajo mucoperióstico uniforme recortado. Una vez que se ha llegado hasta tejido óseo, con la ayuda de un periostomo, levantamos el colgajo y exponemos todo el resto del hueso. Si la incisión fue correcta, conservaremos el ancho máximo de encía y por consiguiente, el colgajo resultante quedará adelgazado de manera uniforme.

Después haremos la corrección ósea, siempre y cuando esté indicada, así como la eliminación de agentes irritantes y tejido fibroso.

Al terminar, se lava y el colgajo está listo a retirarlo de su lugar de origen, así como al nivel deseado. Se sutura y se coloca el apósito quirúrgico, si hubiese necesidad, se le

prescribirán analgésicos para contrarrestar las molestias postoperatorias.

GINGIVOPLASTIA.

La gingivoplastia es el método terapéutico por medio del cual se restablece la forma y arquitectura normal de la encía marginal e insertada.

La gingivoplastia puede ser efectuada sin gingivectomía, cuando la bolsa periodontal es pequeña o mínima, y cuando el contorno gingival está fibroso. Es una técnica que se emplea mucho más que la anterior, pero la gingivoplastia viene aunada a la gingivectomía, y es la parte que completa el tratamiento de ésta.

OBJETIVO.

Eliminar las deformaciones que produce la enfermedad periodontal.

INDICACIONES.

1. Erupción pasiva alterada, en la que la encía cubre una porción relativamente grande de la corona anatómica.
2. La gingivitis ulceronecrotizante aguda recidivante que ha alterado la arquitectura gingival.
3. Existencias de bolsas periodontales poco profundas que requieren su eliminación, cuando no es necesario corregir la arquitectura ósea.
4. La encía hiperplásica que requiere su extirpación.

CONTRAINDICACIONES.

Son las alteraciones de la salud del paciente.

TECNICA.

Se anestesia la zona, los márgenes gingivales y las papilas, al mismo tiempo con la misma anestesia, se logra rigidez en la encía, para darle mejor forma.

Se usan los mismos bisturíes periodontales que se usan en la técnica de la gingivectomía y curetas grandes.

La encía marginal o insertada es adelgazada pasando varias veces los bisturíes. Las papilas deberán ser rebajadas, dándoles una forma cóncava y creando los espacios interdientales en forma vertical; se festonean adecuadamente los contornos gingivales, y se tallan todas las superficies con fresas o bisturíes.

Cualquier sobresaliente deberá ser eliminado con tijeras y verificada la superficie por medio de presión digital.

Una vez establecida la hemostasia se cubre el área con apósito quirúrgico periodontal.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Se cubre el área con el apósito quirúrgico y se prescribe analgésicos para evitarle molestias a nuestro paciente.

CAPITULO VIII

COLGAJO PERIODONTAL

La técnica de colgajo periodontal, es uno de los procedimientos quirúrgicos periodontales, que se realiza con el objeto de obtener acceso al tejido óseo subyacente y de levantar el tejido gingival, para reubicarlo en una posición diferente a la que tenía.

OBJETIVO.

1. Establecer un colgajo del campo a operar.
2. Eliminar los irritantes locales.
3. Contornear el hueso alterado.
4. Eliminar el epitelio ulcerado y el tejido conjuntivo expuesto al medio bucal de la pared lateral de la -bolsa periodontal.
5. Preservar la instrucción de un coágulo sanguíneo, a través del cual puede formar los diferentes elementos histológicos del tejido periodontal.

INDICACIONES.

1. Abscesos periodontales
2. Bolsas infraóseas
3. Cráteres interdenciales y otras irregularidades óseas
4. Algúnos problemas mucogingivales

CONTRAINDICACIONES,

1. Bolsas periodontales poco profundas, en donde no hay necesidad de efectuar remodelación ósea,

2. Bolsas supraóseas que no lleguen a la línea mucogingival
3. Pacientes que presentan condiciones sistemáticas no controladas que puedan arriesgar su salud o su recuperación como anemia, diabetes y hemofilia.

INSTRUMENTAL.

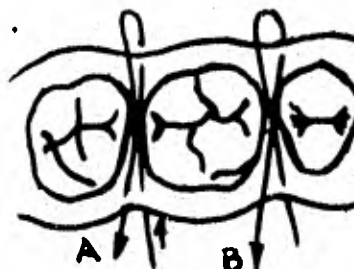
1. Parodontometro
2. Bisturios Bard-Parker (hojas 11, 12 ó 15)
3. Retractores de tejido
4. Elevador peróístico No. 9 de Hu-Frieday
5. Hoces (CK6)
6. Curetas (13-14 Mc. Call, 8K / 9K)
7. Limas Sugerman, Schluger
8. Tijeras periodontales (Goldman Fox)
9. Cinceles para hueso
10. Fresas quirúrgicas No. 6 y 8 de baja velocidad
11. Sutura 4-0

PASOS A SEGUIR.

1. Asepsia del área operatoria.- Se hará con una gasa - impregnada de antiséptico.
2. Anestesia del área por intervenir.
3. Incisión
4. Levantamiento del colgajo
5. Se procede hacer lo mismo por palatino
6. Eliminación de factores irritantes
7. Lavar con suero y control de la hemorragia del área
8. Reposición del colgajo
9. Suturar. Hay tres tipos de suturar

- a) Sutura Interrumpida o Puntos Aislados.- Esta es la que se usa más frecuentemente y puede ser directo o en ocho (Fig. 1).

Sutura Interrumpida (A)
Sutura Directa (B)
Sutura en Ocho



- b) Sutura Suspensoria.- Esta técnica es utilizada cuando se quiere suspender el colgajo a una determinada altura, usándose los dientes como soporte. (Fig. 2).



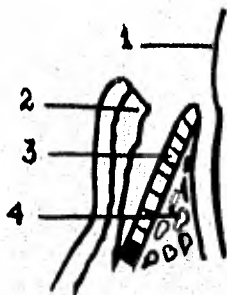
- c) Sutura Continua.- Es usada para suturar colgajos a una determinada altura, pero que abarcan todo un cuadrante. (Fig. 3).



TECNICA.

De acuerdo a los tejidos que lo componen, el colgajo puede ser de espesor parcial o mucoso (al levantar el colgajo, el hueso queda cubierto por su periostio y tejido conectivo), (Fig. 4) o de espesor total o mucoperióstico (al levantar el colgajo, el hueso queda desnudo, pues el periostio queda incluido en el colgajo - (Fig. 5).

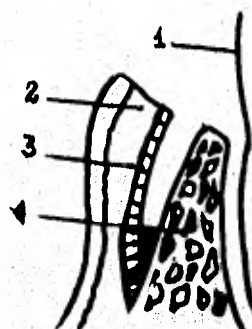
FIGURA 4.



Colgajo de espesor parcial.

1. Diente 2. Mucosa levantada -
3. Periostio 4. Tejido ósea

FIGURA 5.



Colgajo de espesor total.

1. Diente 2. Mucosa -
3. Periostio 4. Tejido ósea

Hay dos tipos básicos de colgajo:

- a) Simple.- Cuando el colgajo es suturado en su posición original.
- b) Desplazable.- Cuando el colgajo es suturado en una nueva posición.

Los colgajos desplazados, pueden ser colocados de nuevo en tres direcciones: apical, lateral y coronal; y de ésta forma, - contamos con las siguientes técnicas:

- A) Colgajo desplazado apicalmente (de grosor parcial o - total).

Este es el procedimiento más usado en la actualidad (Figs. 6 y 7).

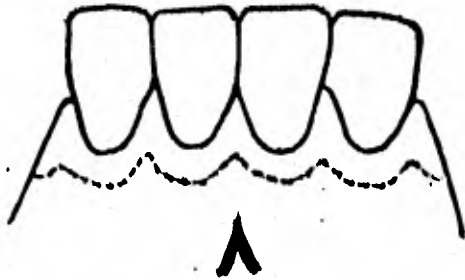


FIGURA 6.
Vista preparatoria

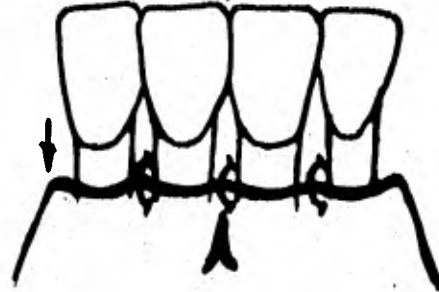


FIGURA 7.
Colgajo desplazado apicalmente y suturado

La finalidad de ésta técnica es, además de la eliminación de las bolsas periodontales, aumenta la zona de encía insertada, profundizar el vestibulo bucal y desplazar apicalmente el frenillo - (en caso de incisión).

1. COLGAJO DESPLAZADO APICALMENTE DE GROSOR TOTAL.

Esta técnica es empleada cuando hay necesidad de remodelar el tejido ósea como parte de la operación. Esta técnica también preserva la encía funcional y proporciona un buen pronóstico para establecer una adecuada encía insertada.

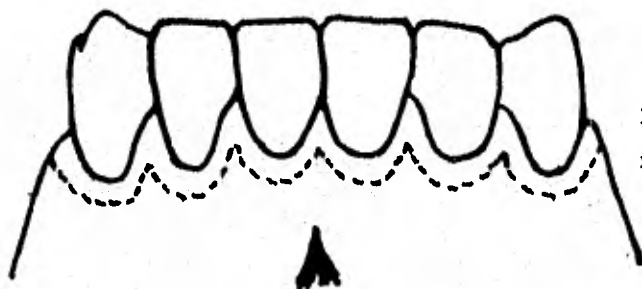
Se procede a hacer la incisión a bisel interno con un bisturí de Bard-Parker y hoja No. 15 en el interior de las bolsas periodontales, desde 1 a 2mm del margen gingival, hasta cresta ósea (Fig. 8).



Vista lateral de la incisión a bisel interno.

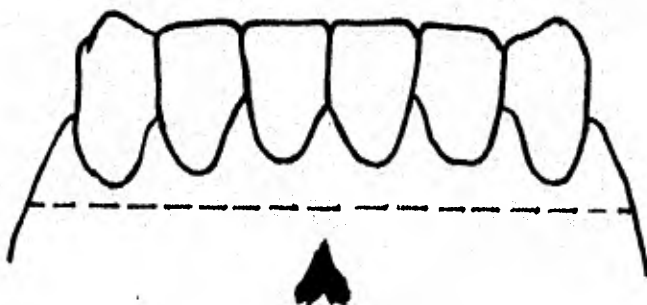
La incisión a bisel interno puede ser de dos direcciones;

- A) Festoneado.- Nos dará un post-operatorio muy bueno y una morfología gingival resultante buena. (Fig. 9).



Incisión a bisel interno festoneado.

- B) Recta.- El post-operatorio que se obtiene con el uso de ésta incisión es bueno y la morfología gingival resultante es muy buena. (Fig. 10).



Incisión a bisel interno recta.

Esta incisión difiere de la incisión de gingivectomía en que elimina la parte interna de las bolsas, pero conserva la parte externa y en su dirección.

Una vez hecha la incisión, se procede a levantar el colgajo con un elevador perióstico 24G. El colgajo deberá incluir el periostio, dejando el hueso descubierto.

Como paso siguiente, se procede a eliminar las paredes internas de las bolsas periodontales con escareadores y curetas y se realiza el raspado y alizado de las superficies radiculares.

Se desplaza el colgajo apical y se coloca sobre la tabla vestibular. El borde del colgajo puede ser colocado en dos posiciones en relación a la cresta ósea.

a) Nivel de la cresta
(Fig. 11)



Colgajo suturado a nivel
de la cresta

b) Apical a la cresta
(Fig. 12)



Colgajo suturado apical
a la cresta

Antes de proceder a suturar el colgajo, nos aseguramos de que éste se encuentre firmemente apoyado sobre el tejido óseo; hecho ésto, suturamos el colgajo con suturas interproximales con hilo de seda 4-0.

Por último, aplicamos un apósito de gasa hasta que cese la hemorragia y cubrimos la zona con cemento quirúrgico. Este cemento se retirará a la semana siguiente junto con las suturas, y dependiendo del grado de cicatrización se decidirá si es conveniente volver a colocar el apósito por espacio de otra semana.

Los resultados que se han obtenido con el uso de ésta técnica son los siguientes:

1. La cicatrización es principalmente de primera intención y sin problema de tejido de granulación.
2. Se conserva el máximo de encía insertada y/o obtenemos la misma.

3. Usando el corte de bisel interno festoneado, se obtiene un post-operatorio muy bueno con una morfología gingival resultante buena. Cuando se utiliza el corte a bisel interno recto, se obtiene un post-operatorio bueno y una morfología gingival resultante muy buena.

2. COLGAJO DESPLAZADO APICALMENTE DE GROSOR PARCIAL.

Un colgajo de grosor parcial deberá ejecutarse, cuando existe el riesgo de destruir el tejido conectivo adherido al diente y cuando se desea aumentar la dimensión de la encía insertada sin exponer el hueso marginal.

Este procedimiento proporciona varias ventajas sobre la técnica de colgajo de grosor total, y la más significativa es que el tejido óseo no se expone y se deja cubierto de periostio, por lo que la cicatrización es más rápida y hay menor reabsorción de áreas delgadas de hueso marginal. También se ha encontrado que hay un significativo aumento de la encía adherida, mediante el uso de ésta técnica, esto se debe al desplazamiento hacia apical que sufre la unión mucogingival.

TECNICA.

La técnica para realizar esta operación es la misma que la que se usa para la técnica de colgajo desplazado apicalmente de grosor total, a excepción de lo siguiente:

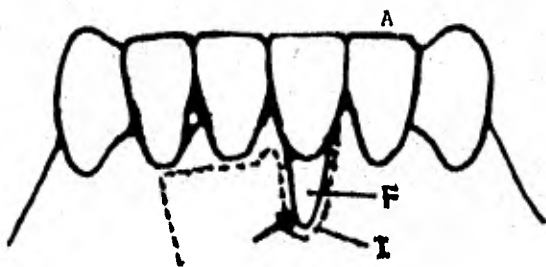
Al momento de levantar el colgajo, se deberá introducir un bisturí Bard-Parker con hoja No. 15 en la incisión interna y se separa la pared externa de las bolsas periodontales; de ésta manera separaremos un colgajo que consta de epitelio (de grosor regular). Se prosigue disecando hasta aproximadamente la línea mucogingival.

Los resultados que obtenemos con el uso de ésta técnica, son los mismos que los que obtenemos con la técnica de colgajo desplazado apicalmente de grosor total, sin embargo, la falta o ausencia de encía insertada con una adecuada profundidad vestibular, es tratada mejor con ésta técnica.

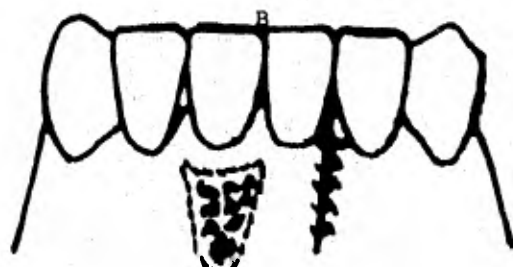
COLGAJO DESPLAZADO LATERALMENTE O LATERAL DESLIZANTE.

El colgajo lateral deslizante, es una técnica para lograr cubrir aquellas áreas que han sufrido recesión, pero también es útil para aumentar el tamaño de encía insertada.

Esta técnica está indicada para corregir estética y las fisuras gingivales. (Fig. 13).



Se observa la fisura gingival (F) que se desea cubrir y el trazo de la incisión (I).



Colgajo desplazado lateralmente y suturado.

TECNICA.

Se prepara la zona receptora, haciendo una incisión rectangular, eliminando los márgenes gingivales alrededor de la raíz expuesta. La incisión deberá extenderse hasta el periostio e incluirá una distancia de 2 a 3mm alrededor de la raíz, para proporcionar una base de tejido conectivo a la cual puede adherirse el colgajo.

Eliminamos el tejido blando incidido sin traumatizar la zona angosta de periostio alrededor de la raíz, y procedemos a raspar y alisar la superficie radicular.

Para obtener el colgajo, es indispensable que la zona de donde va a ser tomada, esté periodontalmente sana.

Para tomar el colgajo, se procede a la siguiente manera:

Con una hoja No. 15 de Bard-Parker, se hace una incisión vertical a partir del margen gingival, para delimitar un colgajo adyacente a la zona receptora.

El colgajo deberá ser más amplio (ancho) que la zona receptora para cubrir la raíz y proporcionar un margen amplio para la inserción del tejido conectivo alrededor de la raíz, se incluirá la papila interdientaria del extremo distal del colgajo, para asegurar el colgajo en el espacio interproximal entre el diente donador y el receptor.

Hacemos una incisión vertical a lo largo del margen gingival y la papila interdientaria e introducimos una hoja Bard-Parker No. 15 en la incisión y dirigimos la hoja apicalmente separando el colgajo y dejando la membrana perióstica sobre el hueso. Tomamos el borde del colgajo con una pinza y continuamos la disección hasta la profundidad deseada. A veces, es necesario hacer una incisión liberadora para evitar tensiones en la base del colgajo que dificulten la circulación cuando el colgajo sea movido de lugar. Para ello, hacemos una incisión oblicua en la mucosa alveolar (en el ángulo distal del colgajo), con dirección hacia la zona donadora.

A continuación, desplazamos lateralmente el colgajo sobre la raíz adyacente, con la seguridad de que éste quede firme y sin exceso de tensión en la base. Suturamos el colgajo colocando suturas interrumpidas en la encía adyacente y la mucosa alveolar.

Cubrimos la zona operada con un apósito periodontal blando, extendiéndolo interdentalmente y hacia la superficie lingual - para asegurarlo.

El apósito periodontal y las suturas se retiran después de una semana, y en caso necesario, se vuelve a colocar apósito por otra semana.

Esta técnica es el procedimiento de elección para cubrir una área radicular avascular, donde se localiza una área de recesión gingival, ya que el colgajo recibe una adecuada irrigación sanguínea de su base.

COLGAJO DESPLAZADO CORONALMENTE.

El colgajo desplazado coronalmente es una operación creada para mejorar la estética de paciente con dientes denudados, que consiste en cubrir las raíces denudadas de los dientes mediante colgajos pediculados desplazantes de la encía adyacente y mucosa alveolar no afectadas.

TECNICA.

Se raspan y alisan las superficies radiculares y posteriormente separamos un colgajo mucoperóstico, del ancho como las superficies radiculares expuestas y delimitado por una incisión horizontal a través de la parte anterior del maxilar (superior e inferior).

El colgajo se divide en dos, mediante una incisión en forma de 'V' en la línea media (en el frenillo), y los dos colgajos se trasladan sobre las raíces y se suturan con puntos proximales - (Fig. 14).



- A.- Vista preoperatoria y el trazo para la incisión (I)
 B.- Vista post-operatoria con el tejido óseo superior (A) descubierto al desplazar el colgajo hacia la porción coronal.

Esta operación tiene la finalidad de obtener una reinserción de la encía a las superficies radiculares previamente expuestas.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Se coloca un apósito quirúrgico, y se prescriben analgésicos para evitar molestias. El apósito se retira al cabo de 10 días. Se mandará dieta blanda al paciente.

CAPITULO IX

CIRUGIA OSEA

La cirugía ósea periodontal consta de procedimientos de eliminar hueso alveolar para suprimir las bolsas y crear contornos óseos fisiológicos y permiten que la encía se mantenga en estado de salud.

La cirugía ósea comprende dos procedimientos quirúrgicos, la ostectomía y la ostioplastía.

Ostectomía es la eliminación de hueso que proporciona inserción a las fibras del ligamento periodontal.

Ostioplastía es la remodelación de hueso que no proporciona inserción a las fibras del ligamento periodontal.

Estos dos procedimientos se hacen juntos y se les denomina cirugía ósea.

OBJETIVO.

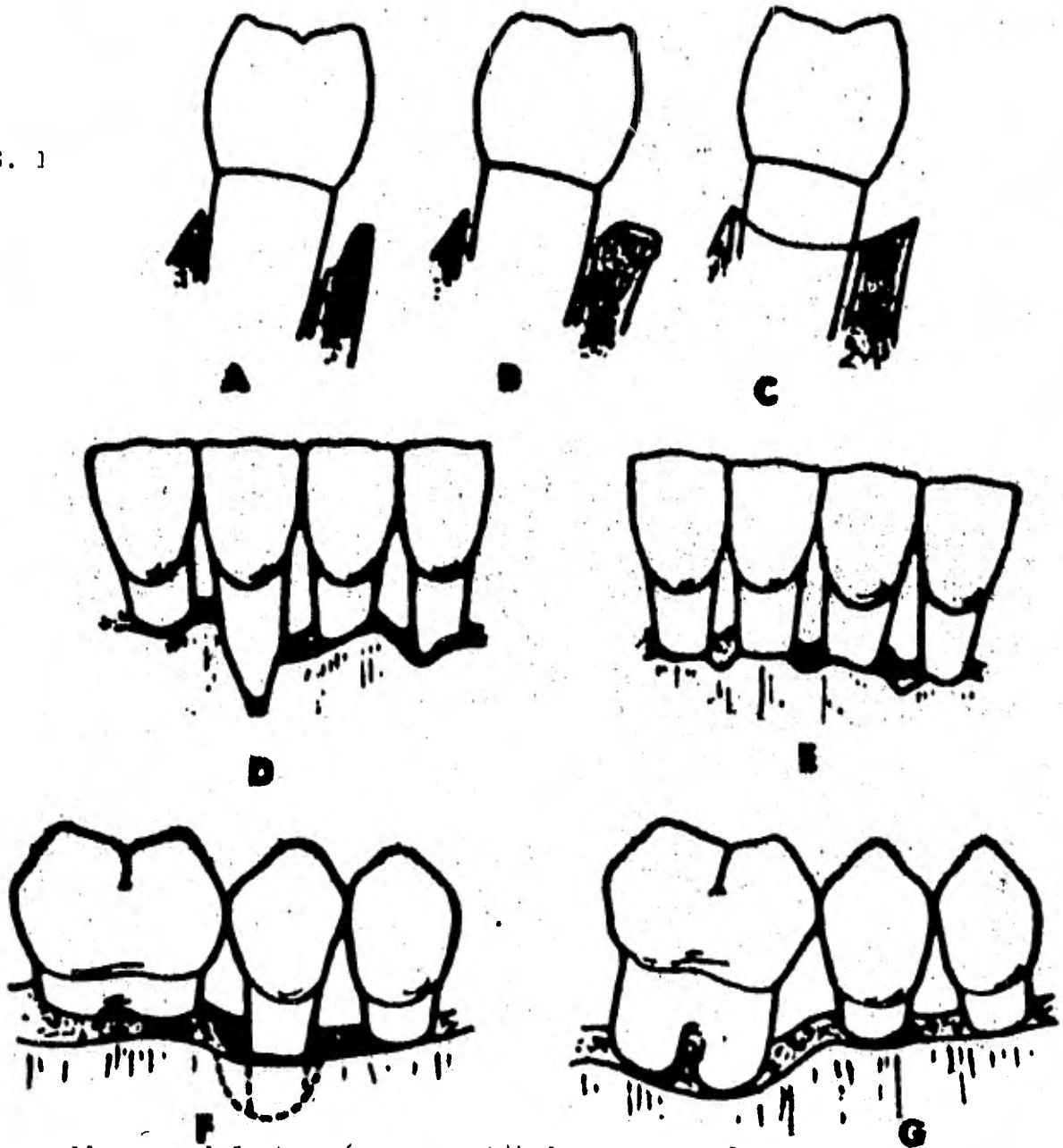
Eliminación de hueso enfermo.

Restablecimiento del contorno funcional, ya que la encía remodelará la forma del hueso subyacente, que le sirve como sostén y patrón.

INDICACIONES.

1. Defectos óseos interdientarias. (Fig. 1),
 - a) Cráteres someros.

FIG. 1



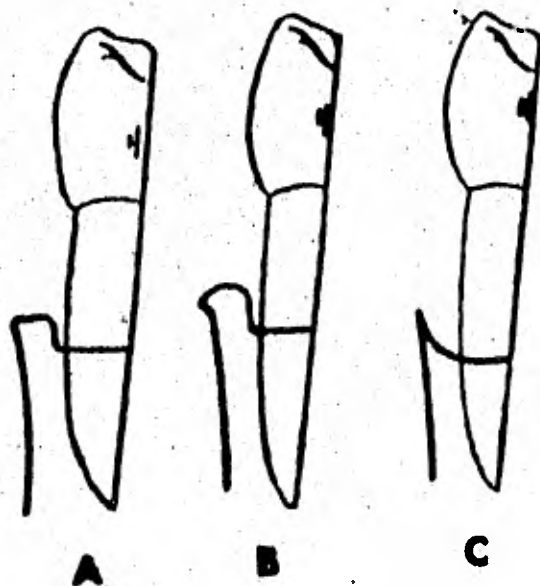
Algunos defectos óseos vestibulares y orales como producto de la enfermedad periodontal. A, Defecto vestibular intraalveolar. B, Reborde vestibular grueso. C, Reborde grueso con espina. D, Grieta o hendidura vertical (dehiscencia), arquitectura invertida y hemiseptum. E, Arquitectura invertida. F, Defecto óseo intraalveolar circunferencial, ahuecado. G, Tabique inclinado asociado a diente inclinado.

- b) Hemiseptum (defecto intraalveolar de una pared o dos).
 - c) Defectos intraalveolares (infraóseos) de tres - paredes.
 - d) Combinaciones de los anteriores.
2. Defectos óseos o característicos anatómicos orales o vestibulares. (Figs. 2 y 3).
- a) Arquitectura invertida.
 - b) Rebordes óseos gruesos, márgenes redondeados, - espinas, hendiduras y otras resorciones irregulares.
 - c) Exostosis y torus.
 - d) Tablas óseas delgadas y dehiscencias.
3. Lesiones de furcaciones.
- a) Lesiones de bifurcaciones parciales o completas (de lado a lado).
 - b) Lesiones de trifurcaciones parciales o completas.
4. Resorción ósea que bordea zonas desdentadas.
- a) Defectos intraalveolares (infraóseos) someros o profundos de una, dos o tres paredes.
 - b) Vertientes óseas (defectos) angulares o verticales mesiodistales cerca de dientes inclinados y emigrados.

CONTRAINDICACIONES.

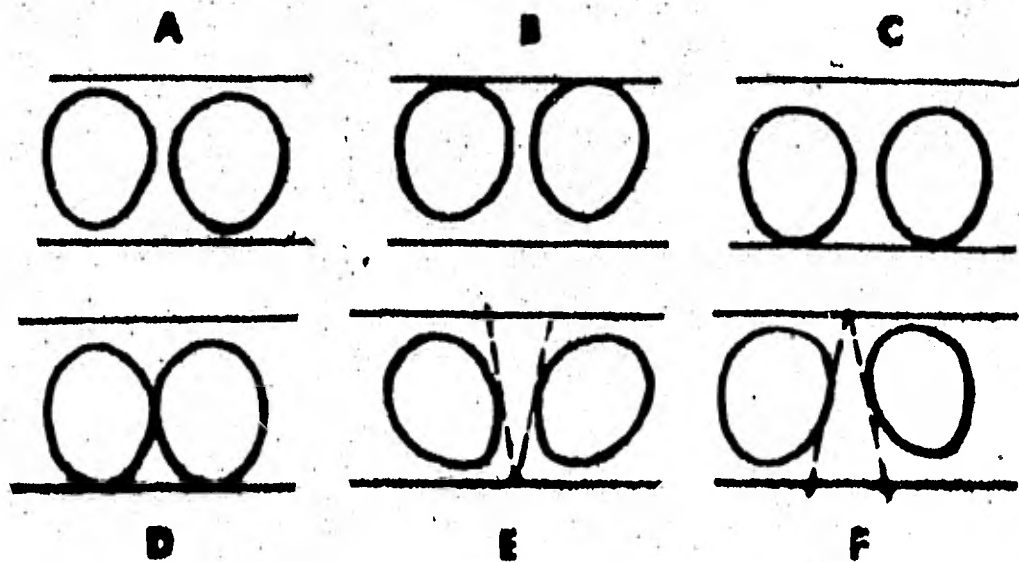
- 1. Seno maxilar
- 2. Apófisis cigmática

FIG. 2



Algunos defectos vestibulares y orales corrientes. A, Cresta aplanada y ahultada. B, Márgen óseo redondeado. C, Espina.

FIG. 3



Vista oclusal de la localización de las raíces dentro del proceso alveolar. A, Localización normal o ideal de las raíces en relación con el hueso oral, vestibular y septal. B, Raíces mal alineadas, hacia la superficie oral (lingual); dejan una tabla ósea delgada en oral y una tabla ósea gruesa en vestibular. C, Dientes en malposición hacia la superficie vestibular; crean una tabla ósea vestibular delgada y lingual gruesa. D, Raíces muy juntas o que se tocan; el tabique es muy delgado o no existe. E y F, Dientes girados. Las malposiciones dentarias predisponen a la patología gingival. El grosor del hueso influirá en la forma de toda resorción ósea que se produzca. La localización del hueso remanente influirá en la elección de la técnica quirúrgica. Cuando el hueso es delgado en una superficie (v. g., lingual o vestibular) y grueso en la opuesta, el colgajo por lo general se hará allí donde el hueso es más grueso.

3. Triángulo retromolar y líneas oblicuas interna o externa.
4. Agujero mentoniano y agujero palatino anterior.
5. Tablas óseas delgadas.
6. Dehiscencias o frustaciones alveolares.
7. Espacios medulares agrandados.
8. Laminas hamular y oterigoidea.
9. Mala salud del paciente.

TECNICA.

Antes de realizar la cirugía ósea, se inspecciona la zona de nuevo, para establecer una relación entre la profundidad de la bolsa y la forma del hueso, para lograr una mejor planificación de la intervención, quirúrgica.

Una vez observada la zona a intervenir, se coloca anestesia por infiltración, en el lugar que va a ser intervenido.

Se diseña y se levantará un colgajo que abarque toda la zona que será intervenida, y la haremos mediante dos trazos iniciales en forma vertical, que irán desde el margen gingival, hasta llegar a la unión de la mucosa insertada con la mucosa alveolar (mucoperiostio), y unirlos mediante una incisión horizontal que irá por la línea imaginaria de unión de las dos mucosas anteriormente señaladas.

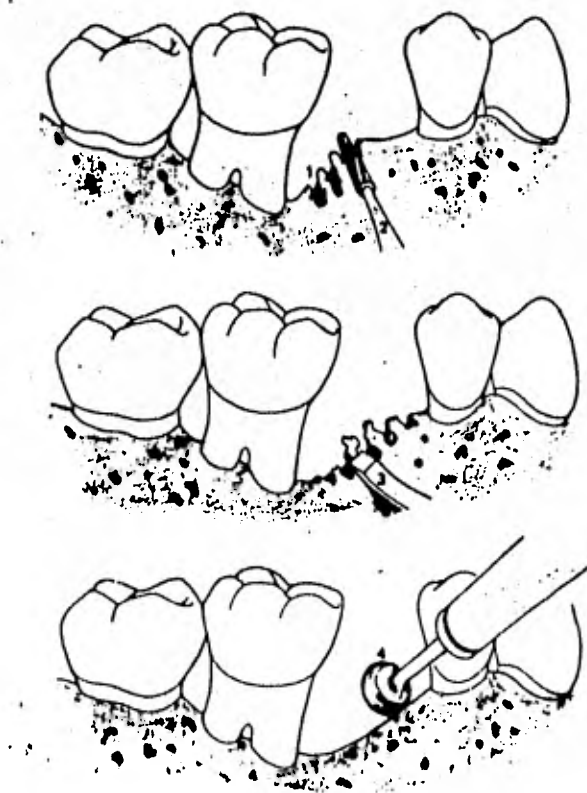
Una vez elevado el colgajo, se elimina el tejido de granulación con curetas quirúrgicas, o una cureta No. 13/14 para exponer el defecto y establecer su morfología.

Usaremos instrumentos de raspaje y curetaje para retirar todo material extraño de las raíces, tal como cálculo, cemento ablandado y tejido blando.

Luego continuaremos con la cirugía ósea, tratando de seguir la misma forma de anatomía que el hueso alveolar, incluyendo los procedimientos de biselado, festoneado y modelado.

Cualquier defecto que puede haber en el ángulo óseo, mediante una fresa (2), un rongeur, un escoplo (3), o una piedra de alta velocidad (4).

(Fig. 4).



El desgaste que se hace con piedra de diamante, nos llega a retardar el proceso cicatrizante, puesto que al efectuar la rotación, llega a hacer algunas veces necrosis por degeneración ósea superficial, lo cual implica que el espesor que existe en el proceso óseo venga en relación directa con el resultado final.

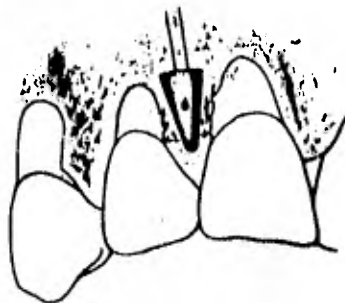
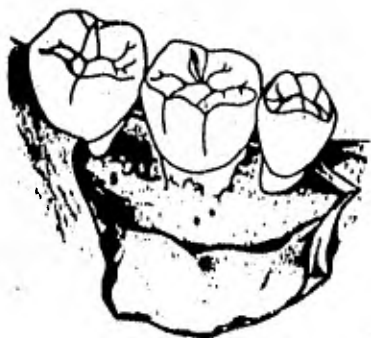
Mediante instrumentos rotativos de alta velocidad, con fresas de No. 557 o 558L, es la mejor manera de eliminar el exceso de tejido óseo. (Fig. 4J).

Según GLIKMAN, que los instrumentos de alta velocidad, proporcionan un mejor resultado que los de baja velocidad, en la neoformación ósea de los espacios vasculares, cercanos a la necrosis superficial que fue provocado por el desgaste rotatorio.

Se eliminan las grandes masas óseas mediante escoplo, una - ves completada la socavación. (Fig. 4K).

Finalmente se reducen las prominencias por bucal o lingual (Fig. 5) con una piedra conica de diamante (Fig. 6).

Fig. 5A



También la piedra conica de diamante se usa para crear canales interdentarios.

Se establece un contorno festoneado continuo en el hueso por bucal y lingual, a fin de eliminar la deformación ósea. (Fig. 7).

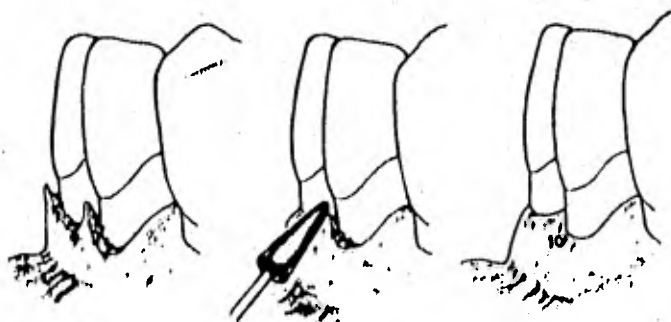
Reducimos las paredes del cráter por bucal y/o lingual hasta la base de la deformación interproximal. (Fig. 8).

Fig. 7'



Por lo general el abordaje de los dientes posteriores es desde el paladar, a fin de no perturbar el fino hueso bucal por encima de las raíces bucales y el área de bifurcación bucal. Para ello se emplea un escoplo de OCHSENBEIN (Fig. 8).

Luego se corrige el defecto angular de pared unica que pudiera existir en el hueso facial, reduciendo esta pared de la deformación. (Fig. 9).



Finalmente, se sutura con hilo de seda de grosor 4-0, y se coloca un apósito para cubrir la herida.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Administración de analgésicos, y a la semana se cambia y se revisa la cicatrización, hasta lograr la entera recuperación.

CAPITULO X

CIRUGIA MUCOGINGIVAL

La cirugía mucogingival comprende la corrección y prevención de las anomalías que se presentan en la mucosa gingival y el surco vestibular, mediante procedimientos quirúrgicos.

Cuando existe una inserción anormal de frenillo, el margen gingival se ve afectado, creando problemas por la retracción de la zona y exposición radicular favoreciendo el acúmulo de elementos irritantes, predisponiendo a la enfermedad periodontal.

Si el surco vestibular tiene poca profundidad, no se crea el espacio suficiente para reubicar un frenillo; así mismo, no permitirá la libre actividad de la función masticatoria.

La presencia de bolsas periodontales que llegan hasta la unión mucogingival, lo cual requiere de un ensanchamiento para conservar la zona, una vez que se ha eliminado la bolsa, creando un encía insertada funcional.

OBJETIVO.

Eliminar las inserciones altas y anormales de frenillos.

Vestibuloplastia, profundización del vestíbulo bucal.

Fenestración, ensanchamiento de la zona de la encía insertada.

INSTRUMENTAL.

-- Bisturíes No. 12 ó 15

- Portaagujas
- Tijeras curvas para encía
- Elevador peróístico
- Pinzas de mosquito
- Excoplo filoso
- Fresas quirúrgicas
- Hilo de sutura

INSERCIÓN ALTA DE FRENILLO.

El frenillo es un repliegue de la mucosa bucal que comprende haces de tejido fibroso, y que une a los carrillos, labios y lengua de la mucosa oral.

Los problemas de frenillo situados anormalmente se resuelven por medio de dos procedimientos quirúrgicos:

- a) Frenectomía.- Es la eliminación de frenillo en su totalidad.
- b) Frenotomía.- Es la eliminación parcial del frenillo.

El frenillo, casi siempre será eliminado por el método de frenotomía, y deberá ser corregido por medio de profundización del vestíbulo, para aliviar el margen gingival de la tracción del frenillo, así mismo, para estimular la reinserción nueva.

Cuando se presenta la mucosa del vestíbulo lo suficientemente profunda, el procedimiento quirúrgico comprenderá solamente el frenillo en cuestión, aunque por lo general, la técnica se presenta con previa profundización vestibular, con finalidad de brindar espacio a la nueva inserción del frenillo.

TECNICA.

Se anestesia la zona, se espera un tiempo razonable hasta que haga efecto.

Con un bisturí de hoja corta, partiendo de la parte más apical hasta la más prominente del frenillo, haciendo la incisión en forma romboidal llegando hasta tejido óseo.

Se puede efectuar por medio de cortes de tijera, uno por la parte superior y otro por la inferior del mismo frenillo, a modo de unir los dos cortes y formar el "rombo".

Se une la incisión con tres puntos de sutura separados que cerrarán la zona incidida. (Fig. 1).

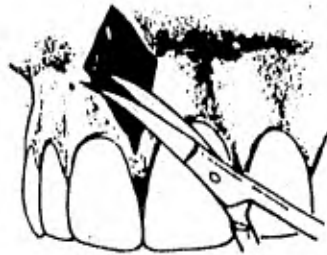
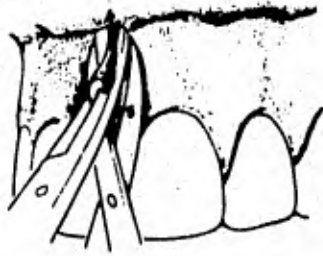
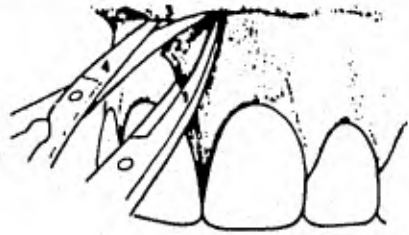
Ya hecha esta técnica, la zona operada se presenta sangrante, es necesario cohibir la hemorragia mediante presión. Se colocan gasas para limpiar el campo y taponearla hasta que cese la hemorragia.

El apósito quirúrgico deberá ser colocado una vez hechos los puntos de sutura.

CIUIDADOS POST-OPERATORIOS.

El paciente no deberá taratar de forzar mucho sus movimientos, ni de masticación, ni de fonación, deberá llevar una dieta blanda, y deberá efectuar su limpieza en las zonas donde no se intervino como acostumbra regularmente. Para reforzar la higiene oral, deberá hacer enjuagues con soluciones antisépticas diluidas en agua, y se administrarán analgésicos para las molestias.

FIG. 1



A los 4 ó 5 días se retirará el apósito y se vuelve a colocar otros dos a intervalos de 7 días.

PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO BUCAL.

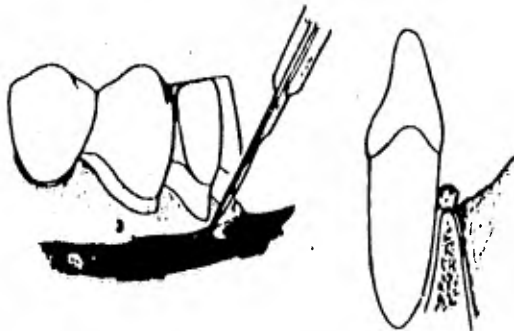
La extensión vestibular o vestibuloplastia en un procedimiento quirúrgico capaz de aumentar la extensión de la zona, y proporcionar el espacio necesario de una nueva encía adherida.

Cuando se requiere de este medio, es porque se ha perdido parte de la encía adherida por la resección gingival, o se quiere liberar a la encía de los tirones de frenillos altos.

TECNICA.

Son varias las técnicas que pueden ser efectuadas, mencionaremos dos de éstas que sabemos han obtenido buenos resultados.

La primera consiste en anestesiar la zona por infiltración, se hace una incisión horizontalmente en la unión mucogingival (1) (Fig. 2), dentro del tejido conectivo, pero no en el hueso, pasando en el periostio (2). Extendiendo lateralmente este corte dentro de un área con una banda adecuada anexa a la encía (3).



Usando la presión del pulgar a través de unas gasas (disec-
ción bucal), o extendidas fuera del vestíbulo oral (4) (Fig. 3).



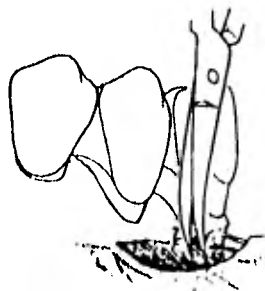
Los tendones y fibras musculares son así rasgados de la u-
nión del periostio. Esto permite al periostio permanecer junto al
hueso (5) (Fig. 4).



Examinando el periostio de la fibras residuales adheridas al labio (6) (Fig. 5).



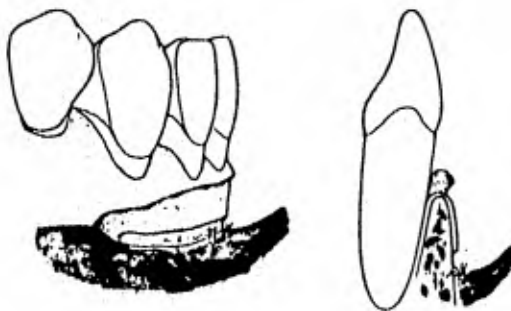
Con tijeras, separar estas fibras del periostio (7), (Fig. 6), hasta que este completamente libre de los movimientos del labio sin ningún tiron sobre el periostio. Solamente las densas fibras blancas del tejido conectivo del periostio se dejan para cubrir el hueso, o ser extendido en el dobléz mucobucal que va a ser más profundo. Las cavidades residuales pueden ser tratadas por curetaje y/o gingivectomía gingivoplastia.



Con un lado redondeado de un bisturí tales como Bard-Parker No. 15 o Kirkland No. 15 ó 16 (8) (Fig. 7), raspar el periostio - fuera del hueso para crear una banda horizontal de 2 a 3mm de ancho (ventanaje periostial) (9) (Fig. 8) en la región del apice de la raíz, ligeramente profundo de la parte vestibular.

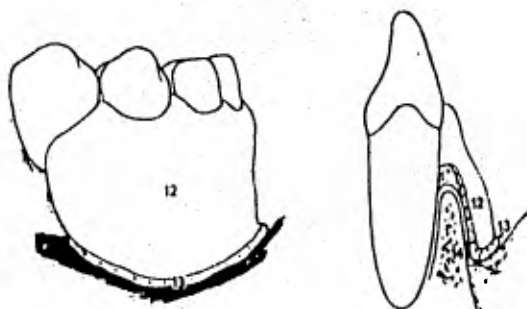


Suturar la incisión que se hizo horizontalmente en la unión mucogingival (10) (Fig. 9) al periostio (11) a lo largo del borde apical del ventanaje periostial, usando una fina sutura soluble de 5-0 ó 6-0.



Comprima un pedazo de cemento periodontal en una tira delgada aproximadamente del tamaño y forma del área operada (12) (Fig. 10). Envolver un pedazo de telfa (13) alrededor del borde del cemento y presionar del lado del algodón de la hoja telfa los contactos del cemento y de la superficie lisa externa al cemento.

Colocar ahora el cemento con la telfa lisa, cubriendo el ventanaje periodontal (14) para minimizar la irritación postoperatoria y promover una cicatrización rápida.



CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

En caso de complicaciones y dolor, se administrarán analgésicos, antibióticos y anti-inflamatorios.

El apósito se retira al final de dos semanas, si la epitelización es inadecuada, se vuelve a colocar otro apósito hasta su total recuperación.

La técnica siguiente se realiza mediante un colgajo.

Una vez anestesiada la zona por intervenir, se eliminan bolsas existentes, así como el cálculo, y se alisan las superficies radiculares. Se lava la zona y se hace una incisión un poco antes de llegar al fondo del vestíbulo.

Se proyectan las incisiones en forma vertical, debiendo ir desde el margen gingival, hasta el fondo del vestíbulo, delimitando la forma de la zona afectada.

Se coloca contra la pared de la encía un periostomo que nos permitirá separar el colgajo; introduciendo un bisturí de riñón con el filo dirigido hacia apical, se hacen movimientos suaves de arriba hacia abajo, a modo de crear la profundidad deseada en el vestíbulo.

El bisturí deberá ser usado y pasado suavemente, una o dos veces cuando una base firme y lisa, capaz de alojar mejor el tejido de cicatrización, y no de crear mayor destrucción del mismo tejido.

Se toma el labio, una vez que se ha alcanzado la profundidad del vestíbulo, y se hacen movimientos a los lados, hacia arriba, hacia abajo y afuera; logrando un desplazamiento mejor y una amplitud mayor de la zona.

Se lava, y con una tijeras se retira el tejido remanente, - así como las inserciones necesarias.

La sutura del borde del colgajo con el periostio es a elección, ya que algunos autores lo hacen y otros no.

Nosotros preferimos suturar, ya que el tejido está más firme y sin menos movimientos y su período de cicatrización es más acelerado.

La hemorragia se controla por medios mecánicos, como la presión digital con gasas estériles. Se coloca el apósito quirúrgico con una consistencia de mastique y se le da forma y se moldea en el mismo lugar. Se deja el apósito por 12 días, se retira, y se vuelven a colocar otros dos en intervalos de cada semana.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Para el control de las molestias se le recetan analgésicos y control en su dieta, la cual será blanda, y su higiene bucal, cepillandose diariamente como de costumbre, evitando hacerlo sólo en la parte afectada.

FENESTRACION.

La extensión o ensanchamiento de la mucosa insertada se lleva a cabo con el fin de producir un aumento en el ancho de la misma, a la vez que se logra profundizar el vestíbulo mediante una cicatriz que se una al tejido óseo.

TECNICA.

Esta técnica es sencilla y similar a la profundización del vestíbulo.

Ya anestesiado el paciente, se limpia la zona; se cumplen con los requisitos básicos de la periodoncia.

Se hace una incisión poco profunda y que abarque lo largo del fondo del vestíbulo con la amplitud deseada.

Otras incisiones iran en forma vertical, proveniente de la superficie del margen gingival, hasta llegar a hacer contacto con la primera incisión practicada, en ésta forma tenemos hecho un colgajo, que será separado por un periostomo.

Así obtendremos la zona bien delimitada, ya visible, que presenta un periostio que está intacto.

Luego se prosigue a eliminar los exedentes de tejido, las incisiones musculares que entorpezcan, y se efectúa entonces la fenestración propiamente dicha, la cual se practica en este caso, en la parte más apical del fondo del vestíbulo con la misma hoja del bisturí inicial, poniendo su parte activa en posición horizontal al plano óseo.

Con esto se logra hacer una disección roma, incluyendo periostio y demás tejidos que recubren al hueso.

La fenestración deberá ser a todo lo largo que se pretenda abarcar. Una vez hecha, se lava con agua tibia, se sutura el borde del colgajo y se coloca el apósito quirúrgico.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Administración de analgésicos por vía oral, y a los 12 días se retira el apósito, y volver a colocar otro hasta lograr su total recuperación.

CONCLUSIONES

Es importante conocer ampliamente las características anatómo-funcionales del periodonto en estado de salud, para ser capaces de detectar cuando éste es sujeto de numerosas agresiones como son:

Los factores locales, sistémicos y las diferentes enfermedades periodontales las cuales pueden afectar sus estructuras y predisponerlo a la enfermedad periodontal.

El cirujano dentista debe tener conocimientos apropiados - para determinar los factores que causen el deterioro en la salud del periodonto, tener la capacidad necesaria para elaborar un diagnóstico inteligente, un pronóstico exacto y completo; valiéndose de la información obtenida durante la historia clínica y llegar a un plan de tratamiento bien organizado y definido, eliminando signos y síntomas de la enfermedad periodontal.

En casos avanzados de la enfermedad, en los cuales es imposible realizar otro tipo de tratamiento, el paso a seguir es la cirugía periodontal, siendo ésta el medio más importante para controlar y erradicar la enfermedad.

El éxito de la cirugía periodontal dependerá de la precisión y habilidad con que se realice, sin omitir ninguno de los pasos y detalle alguno, en cada uno de los tratamientos quirúrgicos en particular. Respetando este orden, obtendremos resultados mucho más satisfactorios.

BIBLIOGRAFIA

1. TERAPEUTICA PERIODONTAL PRACTICA
ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTE AMERICA
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES 1961
2. ENFERMEDADES PERIODONTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
BAER, PAUL N.
EDITORIAL MUNDI
BUENO AIRES 1975
3. ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA
JOHN F. PRICHARD
EDITORIAL LABOR S.A. 2DA. EDICION
BARCELONA 1971
4. PERIODONCIA PARADONTOLOGIA
GOLDMAN-SCHLUGER-COKEN-CHAIKIN-FOX
EDITORIAL INTERAMERICANA 1RA. EDICION
MEXICO 1960
5. TECNICAS QUIRURGICAS
HERBRET HAXTON
EDITORIAL TORAY 1RA. EDICION
BARCELONA 1972
6. MANUAL DE PERIONTOLOGIA CLINICA
HOWARD L. WARD, MARVIN S.
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES
7. TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA Y CUELLO
ALBERTO PALACIOS GOMEZ
EDITORIAL INTERAMERICANA 1RA. EDICION
MEXICO 1967

8. PERIODONCIA
FERMIN A. CARRANZA
EDITORIAL MUNDI 1RA. EDICION
BUENOS AIRES 1978

9. TRATADO DE CIRUGIA ORAL
WALTER C. GURALNICK
EDITORIAL SALVAT
MEXICO 1971

10. PERIODONTOLOGIA CLINICA
IRVING GLICKMAN
EDITORIAL INTERAMERICANA 3RA. REIMPRESION
MEXICO 1977

11. PERIODONCIA
ORBAN
EDITORIAL INTERAMERICANA 4TA. EDICION
MEXICO 1975

12. PARODONCIA
CARLOS A. RODRIGUEZ F.
2DA. EDICION
MEXICO 1975

13. PERIODONCIA
CLINICA ODONTOLOGICA DE NORTE AMERICA
EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO 1976

14. CIRUGIA BUCAL
GUILLERMO A. RIES C.
EDITORIAL EL ATENEO 7A. EDICION
MEXICO

15. PATOLOGIA BUCAL
BHASKAR N. S.
EDITORIAL EL ATENEO 3A. EDICION
BUENOS AIRES 1971

16. PERIODONCIA
HENRY M. COLDMAN, D. WALTER COHEN
EDITORIAL OMEBA 4A, EDICION
BUENOS AIRES 1962

17. TREATMENT OF THE PERIODONTAL POCKET
BOX, HAROLD KEITH
UNIVERSITY OF TORONTO
TORONTO 1928

18. PERIODONTOLOGY
COOLIGE, EDGAR D.
PHILADELPHIA, LEA, 1958

19. TEXTBOOK OF PARADONTIA
MILLER, SAMUEL CHARLES
PHILADELPHIA, BLAKISTON'S 1938

20. MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA
ASTRA

21. JOURNAL OF PERIODONTOLOGY PERIODONTICS
PUBLISHED BY THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY
SEPTEMBER 1969
VOLUME 40
NUMBER 9

22. COLOR ATLAS OF PERIODONTOLOGY
J.D. STRAHAN AND I.M. WALTE
YEAR BOOK MEDIAL PUBLISHERS, INC
35 EAST WACKER DRIVE, CHICAGO, ILL.
U. S. A. 1978