

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

296
2ej

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION EN EL AREA DE PARODONCIA

"GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO" (WIDMAN MODIFICADO)

aprobada
Enriqueta Bello Maldonado

COORDINADOR DEL SEMINARIO: C. D. M. O. ENRIQUETA BELLO MALDONADO

TESINA.
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA
ARMANDO RODRIGUEZ GOMEZ.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E G E N E R A L

INTRODUCCION

I. GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO O WIDMAN MODIFICADO.

1.- ANTECEDENTES

2.- FACTORES QUE PREDISPONEN A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

II. FASE PREQUIRURGICA

1.- PLAN DE TRATAMIENTO

2.- FREMEDICACION

III. FASE QUIRURGICA

1.- INDICACIONES

2.- CONTRAINDICACIONES

3.- OBJETIVOS

4.- VENTAJAS

5.- DESVENTAJAS

6.- REQUISITOS PREVIOS

7.- INSTRUMENTAL

8.- TECNICA GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO O WIDMAN MODIFICADO

9.- APOSITO QUIRURGICO

IV. FASE POSTQUIRURGICA

1.- INSTRUCCIONES AL PACIENTE

V. CICATRIZACION DE HERIDAS

1.- GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO POR ELECTROCIRUGIA

VI. VALORIZACION DE RESULTADOS

EXITO EN EL TRATAMIENTO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

I. GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO

INTRODUCCION.

La palabra o termino "Gingivectomia" fue utilizada en la ultima parte del siglo XIX, cuando Robicsek (1884) fue pionero de este procedimiento.

Pickerill en 1912 designo a la gingivectomia como la remocion quirurgica de la pared blanda de la bolsa periodontal.

Sin embargo la remocion quirurgica de los tejidos gingivales inflamados habia sido recomendada desde mucho antes de acuerdo con el viejo principio de que todo tejido infectado debia ser eliminado para poder lograr la cicatrizacion.

Asi de este modo hubieron partidarios como Fauchard, quienes ya incluian este tipo de intervencion quirurgica.

No bien estaba aceptada la terminologia comun, cuando Black (1915), Zentler (1918), Nodine (1921), por nombrar algunos, ya definian a la gingivectomia como la excision quirurgica de la pared de tejido blando de la bolsa periodontal, con la debida remocion de hueso, combinado el procedimiento quirurgico, con el remodelado de la encia enferma, para restaurar la forma fisiologica (Grant y col. 1979).

Es cuestion de interes historico, que las primeras descripciones de tecnicas quirurgicas, estuvieran encaminadas a lograr accesos a las raices infectadas lograndolo sin la extirpacion de la bolsa de tejido blando, posteriormente hubo descripciones de remosion de encia enferma, poco a poco se fueron generando tecnicas quirurgicas que hicieron mas facil la elaboracion de un buen diagnostico y un correcto tratamiento.

Actualmente este tipo de tecnicas suele eliminar signos en enfermedad gingival, las cuales no pueden ser tratadas por metodos no quirurgicos o muchas veces en el cual un tratamiento no quirurgico puede ser insuficiente.

En algunos casos la inflamacion de la encia y su consecuencia la enfermedad periodontal, recidivan o quedan sin resolverse siendo el reflejo de un raspado mal hecho o de la ejecucion inadecuada de los procedimientos de higiene bucal por el mismo paciente.

La enfermedad gingival y periodontal con frecuencia produce deformaciones de la encia, entorpeciendo la excursion normal de los alimentos acumulando placa dentobacteriana y otros residuos de alimento prolongando y agravando los procesos patologicos como tambien tenemos la formacion de surcos gingivales y crateres papilaresinterdentales, en forma de mesetas causadas por la SUNA,

asi como las causadas por la administracion de medicamentos que producen un agrandamiento anormal de la encia (difenilhidantoína).

Las tecnicas de gingivoplastia y gingivectomia, presentan un periodo prequirurgico, en el cual el raspado o eliminacion de todo deposito calcificado, y/o placa dentobacteriana y una buena higiene bucal evitara que los tejidos esten inflamados y con ellos tenga una buena visibilidad del campo de trabajo, para realizar el plan de tratamiento y el desarrollo de la cirugia periodontal. Durante el planeamiento de la cirugia se observaran detenidamente la ficha periodontal y el estudio radiografico, con los cuales, se podra dar un buen diagnostico, pronostico y plan de tratamiento.

La gingivectomia, es un metodo o tecnica especifica para devolver la morfologia y funcionalidad al margen gingival, asi como dar orientacion, asesoria y diversas tecnicas de higiene bucal al paciente y con un buen pronostico, el correcto funcionamiento de las mismas.

I. GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO

1.- ANTECEDENTES

Se consideraba a la remoción quirúrgica de los tejidos gingivales inflamados según de acuerdo con un viejo principio quirúrgico que decía: que los tejidos infectados tenían que ser eliminados para lograr su cicatrización.

Basándose en éste principio en 1746 Fauchard dió una descripción detallada de la remoción de tejidos periodontales inflamados con la utilización de unas finas tijeras quirúrgicas, en muchos de los primeros trabajos sobre gingivectomía, se incluía cierta remoción ósea basándose en la suposición de que este debía estar necrótico ó infectado.

El abordaje quirúrgico como alternativa, para la eliminación del sarro subgingival en la terapéutica de las bolsas periodontales, fué reconocido en la última parte del siglo XIX, cuando Robicksek en 1884 fue el iniciador del procedimiento llamado "Gingivectomía" aunque fué hasta 1912 cuando Pickerill denominó a la palabra gingivectomía como un término adecuado para designar la remoción quirúrgica de la pared gingival de la bolsa periodontal.

Siguiendo con el mismo principio Black preconizó la remoción de los tejidos blandos hasta el hueso y también algo de hueso para lograr un nivel óseo horizontal, en los casos de cráteres proximales.

Zentler en 1918 fué también un precursor de la gingivectomía, describiendo una técnica similar a la de Black, con la debida remoción de tejido blando y hueso, es así como en éste mismo año Leonard Widman describe un diseño de colgajo mucoperiostico destinado a la eliminación de epitelio de la bolsa periodontal y al tejido conjuntivo inflamado.

Newman, pocos años despues en 1920 - 1926, sugirió el empleo de un colgajo que en algunos aspectos diferia del descrito originalmente por Widman, basándose en el mismo principio y señalar la importancia de eliminar las bolsas de tejido blando, es decir aplicar el colgajo a la cresta de hueso alveolar.

Casi al mismo tiempo de Newman, Nodine en 1921 describió una técnica en la cuál se incide la encía en ángulo recto, con respecto al eje longitudinal del diente y la remoción del tejido de granulación por encima del hueso interproximal, seguido por un alisamiento de hueso con el uso de cinceles, azadas y curetas.

En el año de 1928, War afirmó, que la parte más importante

de la gingivectomía, es la remoción de una capa de hueso en la cual se encontraba invadido de bacterias.

En el año de 1931, Kirkland describió la operación de colgajo modificado también con el fin de la eliminación de las bolsas periodontales, que en contraste con las dos técnicas anteriores había menor sacrificio de tejido no inflamado y el desplazamiento apical hacia el margen gingival.

Los objetivos de estos procedimientos por colgajos (variación de la gingivectomía) fueron:

A. Facilitar la limpieza de superficies radiculares, así como la eliminación del epitelio de las bolsas periodontales y el tejido conjuntivo inflamado.

B. Eliminar la bolsa periodontal profunda (colgajo original de Widman y colgajo de Newman).

C. Causar una cantidad mínima de malestar y traumatismo al paciente.

Fué en 1935, cuando Kronen, afirmó que el hueso no estaba necrótico ó infectado, basándose en diversos estudios histológicos, y también explicó como el hueso de la cresta alveolar podía ser reparado, posterior a un tratamiento.

Varios artículos escritos por Orban a finales de la década de los treinta y principios de los cuarentas introdujeron modernos conceptos de gingivectomía, confinada a la eliminación quirúrgica de la bolsa y a cierto recontorneado de los tejidos gingivales.

Estas nuevas técnicas estaban basadas en el mantenimiento después de la cirugía de una zona adecuada de encía insertada.

Fué Nabers en 1954 quién originalmente la llamó reubicación de encía insertada y más tarde fué modificada por Ariaud y Tirrell en 1957 quienes le llamaron, colgajo por reubicación apical.

En el año 1962, Friedman presenta ventajas más favorables para ésta misma técnica desarrollándola con un buen pronóstico del tratamiento.

Ramfjord y Nissle en 1974 describieron la técnica del colgajo de Widman modificado, también conocido como curetaje abierto, describiendo su propia técnica pero sin separarse de su técnica original, basándose en los mismos principios pero representando ventajas superiores a la técnica inicial.

Actualmente el procedimiento es fiel al propuesto por Goldman y corroborado por Grant en 1979, en el cuál se denomina a

la gingivectomía como la excisión de la pared de tejido blando de una bolsa periodontal, combinada con el habitual remodelado de la encía enferma, para restaurar su forma estética, anatómica y fisiológica.

Como ésta última técnica es una modificación de la original descrita por Goldman se podría considerar que es la pauta para la institución de la técnica de gingivectomía a bisel interno.

Variaciones de la gingivectomía.

- 1918 Widman colgajo original
- 1920 Colgajo de Newman
- 1931 Colgajo modificado de Kirkland
- 1950 Goldman gingivectomía a bisel externo
- 1954 Nabers colgajo de reubicación apical
- 1957 Tyrrell colgajo de reubicación apical
- 1962 Friedman colgajo de reubicación apical
- 1974 Ramfjord y Nissle colgajo de Widman modificado
- 1979 Grant gingivectomía a bisel interno

2.- FACTORES QUE PREDISPONEN A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Durante las dos últimas décadas se han realizado en todo el mundo estudios epidemiológicos, para medir la prevalencia de la enfermedad gingival y periodontal, los niveles de higiene oral y un gran número de factores correlativos.

Estos estudios fueron realizados en individuos con amplias diferencias en: Edad, sexo, manifestaciones clínicas, antecedentes hereditarios, condiciones socioeconómicas y culturales.

Por ello, es de gran importancia conocer el estado de salud de nuestro paciente, y saber cuales son los factores que predisponen la enfermedad periodontal.

El primer factor que predispone la aparición de la enfermedad periodontal, es la acumulación de placa dentobacteriana, la cual puede eliminarse por la destreza y el interés por el mismo paciente durante su higiene oral diaria, aunque ésto es difícil de realizar, ya sea por la morfología dentogingival, así como por una hiperplasia gingival pronunciada, cráteres gingivales, alteraciones morfológicas que pueden obstruir el cuidado personal adecuado en el control de placa dentobacteriana.

Del mismo modo la presencia de márgenes de restauraciones inadecuadas, y prótesis mal ajustadas permiten la acumulación de mayor cantidad de placa dentobacteriana.

Se reconocen dos afecciones inflamatorias que pueden ocasionar agrandamientos gingivales, Gingivítis, la cuál se define como la lesión inflamatoria limitada a los tejidos de la encía.

La gingivítis causada por la placa dentobacteriana, se encuentra asociada a factores locales predisponentes como: impacto de alimentos, acumulación de sarro, malposiciones dentarias, áreas de contacto defectuosas, diastemas, cúspides impelentes, restauraciones inadecuadas y sobre todo a la falta de higiene bucal del paciente.

Los agrandamientos gingivales causadas por la administración de medicamentos anticonvulsivos como el Difenil-Hidantoína.

La Periodontítis se dice que es una secuela de la gingivítis, es una lesión inflamatoria extensiva, que afecta los cuatro tejidos que forman el periodonto, su evolución puede ser

variada, pero generalmente el progreso de la enfermedad es lento, se caracteriza por la presencia de bolsas periodontales de diferente profundidad de acuerdo al grado de avance de la periodontitis, vamos a encontrar pérdida ósea, movilidad dentaria, extrusión de los dientes afectados, existiendo una gran cantidad de placa dentobacteriana y detritus, la encía puede encontrarse lisa, roja y brillante como en una gingivitis, cuando la periodontitis no es avanzada; en cambio cuando es una periodontitis avanzada, la encía suele verse fibrosa, con un puntillado exagerado, con cierto sangrado, y más firme.

II. FASE PREQUIRUGICA.

1.- PLAN DE TRATAMIENTO.

Esta fase inicial en el tratamiento, consiste, en la realización de la historia clínica completa del paciente, la cuál es el instrumento para saber y conocer el estado actual del paciente, posteriormente se elabora la ficha periodontal, en la cuál se pondrá todos los signos y síntomas que nos refiera el paciente en el momento de elaborar la misma, el siguiente paso, será la toma del estudio radiográfico, el cuál constará de una serie de radiografías periapicales, en las cuáles se observará el estado de salud de los tejidos duros así como zonas adyacentes al mismo.

Estos tres estudios son básicos para la elaboración de un buen diagnóstico, en el cual se va a incluir la etiología, pronóstico y plan de tratamiento.

El siguiente paso será el control personal de placa dentobacteriana, así como la enseñanza de la técnica de cepillado adecuada para el paciente, por medio de agentes reveladores de placa, localizaremos las áreas de mayor acumulación de ésta, y la eliminaremos, instalando el control personal de placa al paciente. La siguiente etapa de nuestra fase prequirúrgica, es el alisado y raspado radicular, en éste se realiza la eliminación de sarro ó depósitos dentales, ésta etapa nos dará una idea si el paciente ésta apto para aceptar el tratamiento y conservar el estado de salud de su boca, ó bien si no cooperará, ya que de ésto depende el éxito del tratamiento.

2.- PREMEDICACION.

Las recetas de premedicación se harán en la sesión anterior a la cirugía, cuando la zona a operar se ha vuelto a valorar y examinar, en la cuál se registrarán modificaciones en la profundidad de la bolsa.

La premedicación incluye medicamentos para los estados de ansiedad así como los antibióticos previos a la cirugía.

Tomando en cuenta siempre, el estado sistémico del paciente así como la administración de algún tipo de medicamento para cualquier problema sistémico, durante el momento de la revalorización.

III. FASE QUIRURGICA.

El procedimiento tal y como se ejecuta hoy en día fué establecido por Morris en 1965, y lo llamó " colgajo mucoperiostico no desplazado ". Incorporó la incisión a bisel interno y describió la importancia del firme adosamiento del tejido gingival a las raíces como requisito previo para obtener resultados favorables.

En 1974 Ramfjord y Nissle, describieron el denominado colgajo de Widman modificado, que se investigó detalladamente en un estudio longitudinal.

1.- INDICACIONES PARA LA GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO.

Aunque la gingivectomía es una técnica periodontal simple, para la eliminación de la bolsa periodontal moderadamente profunda, y para la creación de un contorno gingival adecuado.

Pueden enumerarse tres indicaciones importantes:

A) Eliminación de agrandamientos gingivales con la corrección de contornos gingivales estéticamente inaceptables, siempre y cuando la arquitectura gingival no presente surcos ni grietas.

B) Eliminación de bolsas periodontales moderadamente profundas (4 a 5 mm); cuando éstas bolsas pueden ser eliminadas sin ser comprometido el limite mucogingival, siempre y cuando el ancho de la encía insertada sea suficiente y el tejido gingival queda a más de 2 mm.

C) Proveer acceso subgingival para la realización de restauraciones.

El requisito más importante para el éxito de la técnica es una excelente higiene oral.

2.- CONTRAINDICACIONES PARA LA GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO.

Las contraindicaciones para la gingivectomía incluyen:

- A) Mala higiene oral.
- B) Presencia de bolsas periodontales profundas, debido a la falta de eliminación de la pared blanda de la bolsa periodontal y la eliminación incompleta del tejido de granulación presente, así como la formación de grandes heridas postoperatorias.
- C) Abscesos periodontales.
- D) Aspecto estético.
- E) Situaciones comprometedoras, como pacientes que presenten enfermedades emocionales ó mentales, etc.
- F) Ancho de la encía insertada insuficiente.
- G) Raíces sensibles.

3.- OBJETIVOS DE LA GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO.

- A) Ofrecer la posibilidad de establecer una estrecha adaptación postoperatoria de tejido conjuntivo sano y del epitelio a las superficies dentales.
- B) Permite el adecuado acceso para la instrumentación de las superficies radiculares y el cierre inmediato de la zona.
- C) Evita el uso de incisiones liberatrices verticales, ayudando a mantener un contacto más estrecho con las superficies dentales y su adaptación al hueso y cemento radicular.

4.- VENTAJAS DE LA GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO.

- A) Facilidad para la eliminación de la bolsa periodontal.
- B) Proporciona accesibilidad y visibilidad del campo operatorio
- C) No deja expuesto tejido conjuntivo.
- D) La cicatrización del tejido es más rápida.
- E) Las prótesis removibles pueden utilizarse normalmente.
- F) Bienestar y comodidad al paciente.
- G) Generalmente tienen un buen pronóstico.

5.- DESVENTAJAS DE LA GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO.

- A) Disminución de la cantidad de encía insertada.
- B) La habilidad debe ser precisa, para la realización de ésta técnica.
- C) El tiempo de trabajo es más largo que el de la gingivectomía standard.
- D) Puede haber desplazamiento y distorsión del margen gingival.

6.- REQUISITOS PREVIOS.

En la selección de instrumentos y técnicas para la gingivectomía a bisel interno deben considerarse algunos requisitos previos a la realización de la técnica, y los instrumentos a utilizar para el mismo fin.

- A) Las técnicas y los instrumentos deben permitir una precisa remoción de la cantidad mínima requerida para la eliminación de la bolsa y el establecimiento de un contorno

gingival óptimo.

B) Los instrumentos y las técnicas deben infligir un mínimo traumatismo quirúrgico a los tejidos blandos.

C) No debe de existir peligro para la salud sistémica por el uso de instrumentos.

D) Deben usarse instrumentos y técnicas que no interfieran en una cicatrización óptima.

7.- INSTRUMENTAL.

Campo Quirúrgico.

Guantes.

Cubrebocas.

Eyector.

Espejo bucal.

Pinza de curación.

Explorador del No.17.

Sonda periodontal M-1

Instrumental para anestesia.

Mango para bisturí Bard-Parker del No. 3

Hoja de bisturí del No. 11 o 15

Curetas ó Goldman Fox número 10.

Elevador Periódstico ó legra periodontal.

Bisturí de Kirkland No. 15 ó 16 K.

Bisturí de Fish ó punta de Lanza.

Tijeras para encía Goldman Fox (rectas y curvas).

Gubias para tejidos blandos.

Lima para hueso.

Gasas estériles.

Soluciones antisépticas.

Loseta de vidrio.

Espátula para cemento.

Apósito Quirúrgico (Wonder Pack).

Tijera portaagujas y sutúra 000.

B.- TECNICA DE GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO O WIDMAN MODIFICADO.

Una vez realizada la fase prequirúrgica, se continuará con el tratamiento quirúrgico para la eliminación de las bolsas periodontales, del cuál se dará una descripción del procedimiento a seguir:

Anestesia: La técnica de anestesia a utilizar puede ser local, regional ó en algunos casos extremos anestesia general, los anestésicos utilizados son los de uso cotidiano, dependiendo del estado sistémico del paciente.

Una vez anestesiado al paciente se procederá a realizar la técnica quirúrgica para lo cual se realizará tres tipos diferentes de incisiones.

Incisión a bisel interno: Esta es la incisión inicial, la cuál se realizará con una hoja de bisturí del número 11 ó 15, haciendo un corte con una angulación a 45 grados en relación con el eje longitudinal del diente, dirigiendo la incisión hacia la cresta ósea, y a 1 ó 2 mm, por abajo del margen gingival, tratando de adelgazar la pared interna del colgajo.

La hoja deberá insertarse a manera tal que el espesor dejado en la papila sea similar al resto del colgajo vestibular; generalmente no se utilizan incisiones liberatrices verticales.

Incisión intrasurcal: Se hace una segunda incisión, por dentro del surco, casi paralelo al eje longitudinal del diente, es decir en el fondo de la bolsa, hasta llegar al hueso circunscribiendo la cuña triangular de tejido que contiene la pared blanda de la bolsa.

Se hace una tercera incisión con el bisturí de Fish, ésta se realiza en los espacios interdientales, coronariamente al hueso, en sentido horizontal.

Con una legra se procederá a la separación del colgajo, eliminando el collar gingival provocado por la primera y segunda incisión.

Con una cureta ó con el Goldman Fox número 10 se retirará el tejido incidido así como el tejido de granulación (crónico inflamatorio) ó tejido granulomatoso.

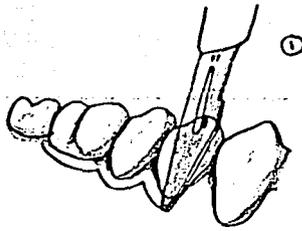
Se realiza el raspado y alisado radicular con el instrumental necesario hasta dejar las superficies radiculares limpias y lisas. También se llevará a cabo la corrección de la arquitectura ósea cuando es necesario realizar un festoneado para una adecuada adaptación del colgajo a su posición original.

El colgajo debe adelgazarse en su parte interna dejando una superficie uniforme, para así obtener una estrecha adaptación, de la encía alrededor de cada uno de los dientes.

Una vez adelgazado el colgajo, se reposiciona en su lugar, haciendo todo lo posible por adaptarlo en la zona interproximal, vestibular y lingual de modo que no quede expuesto hueso interproximal.

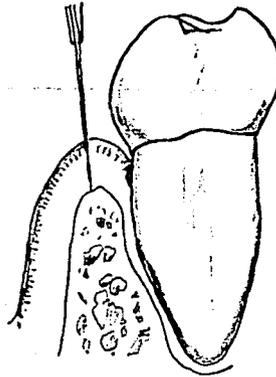
En cada espacio interdental se colocará un punto de sutura, la cual deberá ser, sutura de seda de 000, colocando el punto de sutura a 2 mm apicalmente al margen gingival, para no dejar expuestas las incisiones, se colocará un apósito quirúrgico, cubriendo toda la superficie y áreas interproximales, creando retención para el mismo, este apósito servirá de protección para evitar el empaquetamiento de alimento ó que el paciente se lastime la zona quirúrgica.

Posterior a una semana de transcurrido el procedimiento quirúrgico se retirarán los puntos de sutura, y el apósito; y si no esta bien cicatrizado el tejido, se debe colocar un segundo apósito durante una semana más, si la encía se encuentra bien adaptada y el paciente no siente molestias se le lava perfectamente y se instituye la técnica de cepillado adecuada.

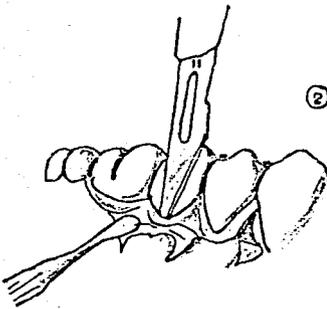


WIDMAN MODIFICADO.

INCISION A BISEL INTERNO.

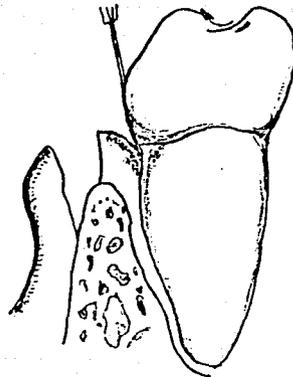


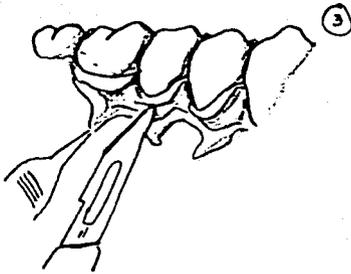
EN RELACION AL
EJE LONGITUDINAL
DEL DIENTE



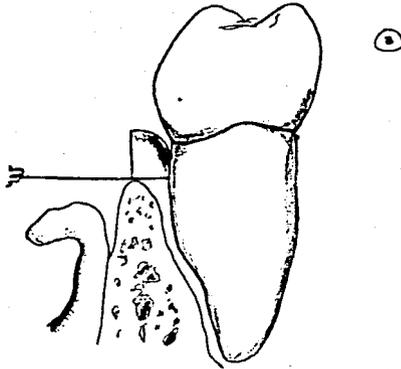
INCISION INTRASORCAL.

INCISION PARALELA AL
EJE LONGITUDINAL DEL
DIENTE.

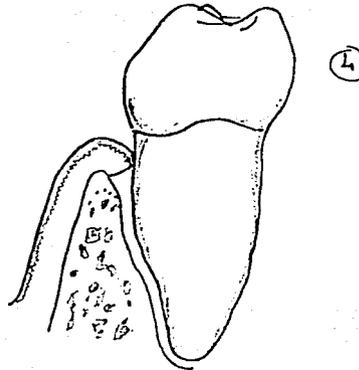




INCISION EN EL ESPACIO INTERDENTAL.



SUTURA Y TERMINADO DE LA TECNICA.



9.- APOSITO QUIRURGICO.

El apósito quirúrgico sirve para proteger el área incidida, durante el período de cicatrización, debe de cubrirse completamente la superficie de la herida, con éste apósito quirúrgico.

Este apósito quirúrgico debe estar estrechamente adaptado tanto en las caras vestibulares y también en las proximales, se pondra cuidado de que el apósito no sea excesivamente voluminoso, pues no solo es incómodo para el paciente sino que además facilita su desplazamiento, éste deberá quedarse fijo en su lugar de 7 a 8 días después de la cirugía.

Existen varios tipos de apósitos periodontales, cada uno posee ciertas ventajas y desventajas, entre ellas destaca que ningún apósito no obstante sus ingredientes, promueva la cicatrización.

Originalmente el único motivo para emplear el apósito quirúrgico posterior a la cirugía, es la de proteger las superficies cruentas de la encía, de los irritantes bucales.

El apósito básico que se emplea, es un cemento como el ZOE con ciertos aditivos de características especiales.

No existen datos definitivos sobre la superioridad de un apósito sobre otro, salvo la comodidad del paciente, facilidad de eliminación y características generales.

Fórmula de Kirkland:

Polvo:	Oxido de cinc	150.0 g
	Acido Tánico	14.0 g
	Resina (polvo)	198.5 g

Liquido:	Resina en trozo	70.0 g
	Aceite de almendras dulces	29.5 m .
	Eugenol	59.0 ml.

Formula de Baer:

Polvo:	Resina	0.52 g
	Oxido de Cinc	0.41 g
	Basitracina	U 3000

Liquido:	Oxido de Cinc al 5%
	Grasa hidrogenada 95%

Formula de COE PACK:

Un tubo: Oxidos metalicos
Bitional (lorotidol)

Un tubo: Acidos carboxílicos no ionizantes
Clorotimol

IV. FASE POSTQUIRURGICA.

El manejo postoperatorio de la gingivectomía a bisel interno es extremadamente corto y sencillo, la comodidad del paciente es importante, de tal manera que no deberá haber biseles expuestos y descubiertos sensibles al tacto y a los condimentos.

1.- INSTRUCCIONES AL PACIENTE:

Una vez realizada la sutura y colocado el apósito quirúrgico, se dará al paciente las instrucciones postoperatorias, es conveniente preparar las indicaciones por escrito en una hoja impresa en la cual establezca, lo siguiente:

- A) No comer, ni beber, hasta 2 horas después de la cirugía.
- B) No tocar el apósito con la lengua ó con los dedos, éste apósito sirve de protección.
- C) Evitar comida ácida, grasosa ó condimentada.
- D) Tomar líquidos con popote, dieta fría y blanda durante las primeras 72 horas después de la cirugía.
- E) Para evitar molestias postoperatorias tomar analgésicos mientras dure el dolor en el área tratada.
- F) Cepillar las zonas donde no se hizo cirugía normalmente, y en dientes donde se hizo la cirugía debe cepillarse sin dañarse el área tratada.
- G) Posterior a las primeras 2 horas de la cirugía, colocar hielo previamente envuelto en una toalla, a la zona de la operación, por la parte externa, en lapsos de 5 a 10 minutos retirarlo y volverlo a colocar en un lapso igual de tiempo.
- H) Después de 72 horas, la dieta puede ser tibia ó normal.

V. CICATRIZACION DE HERIDAS.

En la actualidad se basa la conformación de la cicatrización en estudios que datan de las primeras tres décadas de nuestro siglo, a los cuáles se les ha estado agregando y disminuyendo en la medida de lo necesario de ahí que Hartwell en 1929 haya comenzado con la información detallada de la misma.

Tradicionalmente los estudios sobre cicatrización a nivel histológico consideran la regeneración epitelial y la cicatrización del tejido conjuntivo separadamente.

Regeneración epitelial: El epitelio en el margen de la herida no mostró aumento o disminución en la marcación una hora después de la incisión.

Cinco horas después de la cirugía, muchas células del estrato espinoso estaban agrandadas y se tenían pálidamente, presentando puentes intercelulares indistintos y las células basales se mostraban normales sin cambios, sobre la superficie de la herida se estaba formando una banda de polimorfonucleares.

Se observa una migración celular a partir de la novena y decimotercer hora posterior a la cirugía hacia la superficie de la herida, entre el coágulo superficial.

Entre las 12 y 24 horas se ve marcado el inicio de la división celular que se extiende desde el margen de la herida hasta aproximadamente 2 milímetros

Treinta y seis horas después disminuye la mitosis, 48 horas después la marcación epitelial es alta a nivel de la herida pero algunas células marcadas aparecían también en la capa de células basales del epitelio migrante.

Del segundo al quinto día, el epitelio avanza de 0.3 a 0.5mm por día, el epitelio tiene varias capas de células de espesor y no estaba queratinizado. En la capa basal aparecerán células marcadas a lo largo del epitelio nuevo.

Un crecimiento hacia arriba comienza a crear un surco gingival de 5 a 7 días después de la operación. Este surco está cubierto inicialmente por una delgada capa de epitelio, mostrando una importante actividad proliferativa. Los estudios con microscopía han revelado la aparición de hemidesmosomas y de una lámina basal bien delimitada por las primeras 5 ó 6 células del frente migratorio del epitelio en regeneración. Este frente migratorio contactaba con el coágulo sin existir hemidesmosomas.

El establecimiento de una buena y nueva adherencia epitelial que conste de hemidesmosomas y una lámina basal. La cicatrización completa del surco y el establecimiento de una nueva adherencia epitelial llevará por lo menos de 4 a 5 semanas después de la cirugía.

Cicatrización del tejido conjuntivo: La parte de tejido conjuntivo que está cubierta con un coágulo, después de 2 horas de haber realizado la cirugía, hay una marcada migración de células polimorfonucleares hacia el interior del coágulo y hacia la superficie de la herida. Una delgada capa de tejido conjuntivo inmediatamente adyacente a la incisión quirúrgica, muestra células ampliamente espaciadas, después de 5 a 9 horas puede observarse que esta capa de células en degeneración gradualmente se llenan de células polimorfonucleares, de manera que 13 horas después de la cirugía hay una banda de estas células que cubren toda la herida, esta incluye tejido conjuntivo superficial degenerado y necrótico dañado por la cirugía, y también parte de la superficie del coágulo.

Los cementoblastos aparecen interrumpidos y ausentes de la superficie del cemento radicular en una profundidad de alrededor de 0,2 mm desde la herida quirúrgica. Los osteoblastos y la cresta alveolar faltan en algunas áreas, después de la cirugía.

El primer aumento en la cantidad de células de tejido conjuntivo se nota a las 24 horas después de la cirugía, por debajo de la banda de polimorfonucleares, las células encontradas tempranamente parecían ser angioblastos, que se encontraban dentro, como en la vecindad inmediata de las paredes de los pequeños vasos sanguíneos.

Tres días después de la cirugía hay un aumento en la actividad angioblástica y fibroblástica, y además de los polimorfonucleares aparece una cantidad de linfocitos. Las células de tejido conjuntivo se extienden hacia la capa de células basales y el epitelio en regeneración; la proliferación de tejido conjuntivo empieza más tarde que la regeneración epitelial y alcanza a los 4 días en comparación con el epitelio, entre 24 y 36 horas después de la cirugía. El infiltrado inflamatorio de leucocitos aumenta hasta 5 ó 7 días después de la operación.

La cantidad de células de tejido conjuntivo disminuye, a los 7 días se ha formado una encía libre definida por encima de la herida, 14 a 21 días después de la cirugía, el nuevo surco estaba tapizado de epitelio, pero hay gran cantidad de linfocitos y polimorfonucleares, lo que indica una irritación residual.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La mayor parte de la regeneración de la encía libre se produce entre el tercer y noveno día después de la cirugía y consta inicialmente, de un tejido de granulación. La orientación funcional y la maduración de colágena de las fibras de tejido conjuntivo, requieren más de 5 semanas.

Así, el tiempo total de cicatrización de una herida de gingivectomía es de por lo menos de 5 a 6 semanas, aunque en la mayoría de los casos el epitelio superficial está totalmente regenerado en 14 días.

La nueva encía libre es formada en parte por el crecimiento hacia abajo de la adherencia epitelial, sobre una superficie radicular alisada apicalmente con respecto a la bolsa y a la incisión de la gingivectomía.

Después de 5 semanas de la cirugía se alcanza un flujo de fluido gingival normal.

La inflamación asociada con la cicatrización de las heridas, disminuirá al cabo de 7 a 9 días, pero tiene tendencia a aumentar con el tiempo si la higiene bucal no es buena.

El ancho de la encía adherida se disminuye ligeramente después de la gingivectomía, supuestamente por una pequeña migración coronaria de la unión mucogingival.

1.- GINGIVECTOMIA POR ELECTROCIRUGIA A BISEL INTERNO.

La electrocirugía es útil para varias aplicaciones: la eliminación de agrandamientos gingivales y la gingivoplastia.

Este método emplea electrocoagulación bipolar ó electrodos de un solo polo, el electrodo agudo complementado con electrodos en forma de asa ovoidea pequeña ó de diamante para festonear, los dos pueden usarse como complementos del bisturí.

Se usa una corriente combinada de corte y coagulación totalmente rectificadas. En todos los procedimientos de remodelado el electrodo es activado y desplazado con un conciso movimiento de afeitado (shaving). La punta de la aguja puede doblarse para lograr el contorno ideal en cualquier sitio de la boca, factor que no resulta con un bisturí.

Se utiliza principalmente en zonas donde el acceso es limitado y difícil, por ejemplo en zonas aisladas, en zonas retromolares, etc.

La electrocirugía es un método conveniente y eficaz para incidir tejidos ó eliminarlos, brinda un campo operatorio limpio, ya que es de mucha utilidad para controlar puntos sangrantes aislados, las zonas sangrantes localizadas interproximalmente se alcanza con un electródo fino en forma de varilla; la hemostásia se obtiene mediante el uso de un electródo esférico. La hemorrágias debe controlarse por presión directa (aire, compresión ó hemostato) primero, y luego se tocará levemente la superficie con una corriente coagulante, hay menos hemorragia después de la electrocirugía que después de las incisiones con bisturí de acero, por ello su conveniencia es satisfactoria, siempre que la aguja cortante no se ponga en contacto con el cemento o el hueso, teniendo precaución de no usar anestésicos explosivos, y que ninguno de los participantes en la cirugía tenga un marcapasos cardíaco.

Las desventajas que presenta la electrocirugía, son: el paciente presenta mayor dolor postoperatorio que la cirugía convencional, hay peligro definitivamente mayor de daño inmediato al periodonto; por ello; la electrocirugía no se recomienda como método de rutina para la gingivectomía.

La electrocirugía retarda la cicatrización, esto es debido a que la corriente empleada sea demasiado intensa ó cuando el instrumento se use muy cerca de hueso.

Por ello no es común el uso de la electrocirugía para la realización de la gingivectomía, ya que es necesario que el Cirujano Dentista éste capacitado para el uso correcto del instrumento.

VI. VALORIZACION DE RESULTADOS.

El éxito del tratamiento dependerá del cumplimiento de los requisitos previos de la gingivectomía y gingivoplastia, así como la realización de la técnica con todo cuidado, según lo descrito, se alcanzarán los objetivos y será posible establecer el mantenimiento a largo plazo de la morfología y funcionalidad de la encía.

Fracaso del tratamiento.

En ciertas ocasiones no se alcanzan los objetivos fijados o es imposible mantener el resultado, estas situaciones se denominan fracasos del tratamiento. Con gran frecuencia los fracasos son previsibles.

Los fracasos del tratamiento se producen por cualquiera de las siguientes situaciones:

1.- Sondeo y marcación de bolsas periodontales imprecisas que llevan a la eliminación incompleta de la encía.

2.- Falta de seguridad al realizar la primera incisión y los siguientes cortes, no permitiendo dejar una morfología correcta de la encía, sin un bisel apropiado y sin márgenes romos, no realizar el festoneado, etc.

3.- Falta de eficacia en la técnica, por instrumentos mal afilados donde el tejido queda lacerado, y exceso de tejido que es preciso eliminar, colocación inadecuada del apósito, etc.

Los fracasos del tratamiento se producen si los requisitos previos no se cumplen, si la realización de la cirugía no es adecuada, o si el procedimiento empleado estaba contraindicado.

El requisito más importante para el éxito de la gingivectomía es la excelente higiene oral, después de la cirugía, lamentablemente la exposición radicular en algunas ocasiones y la sensibilidad provocada, a menudo complican esta higiene haciéndola menos efectiva después de la cirugía que antes.

EXITO EN EL TRATAMIENTO.

El éxito del tratamiento en la gingivectomía a bisel interno, será favorable, siempre y cuando haya una relación amplia entre el Cirujano Dentista y el paciente, basandose esta relación, en que el Dentista proporcionará una buena técnica de cepillado al paciente así como una realización correcta de la técnica quirúrgica, el paciente por su parte deberá apearse a las indicaciones del Odontólogo.

El éxito de la cirugía depende en gran manera en que él paciente siga la técnica de cepillado adecuada, en los horarios y frecuencia necesaria recordando que la causa principal de dicho agrandamiento es debido a la acumulación de placa dentobacteriana.

El agrandamiento gingival causada por medicamentos, será difícil de evitar, pero una buena técnica de cepillado ayudará en gran manera a impedir la acumulación, crecimiento y maduración de la placa dentobacteriana.

CONCLUSIONES.

Las variaciones en las técnicas quirúrgicas han ido variando en relación a la evolución de las cosas, de ahí se define como con el paso del tiempo, algunas técnicas se han ido refinando, hasta hacerse sencillas, fáciles y aptas para obtener un resultado óptimo.

En el caso de la gingivectomía a bisel interno se han podido establecer técnicas específicas para su desarrollo, por ésta causa se va perfeccionando.

En un principio se tenía que era tan cruenta una gingivectomía standard, que el Cirujano Dentista sin capacidad no podía desarrollarla con la seguridad que ahora proporciona ésta técnica.

Actualmente el término de gingivectomía se define como a la remoción quirúrgica del tejido blando de la bolsa periodontal.

La técnica ofrece amplias ventajas y mínimas desventajas, así como una simplicidad en su ejecución, esta técnica además de ofrecer tantas variantes, tiende a obtener un índice de riesgo menor, ya que el paciente tiene una fase postquirúrgica más estable y cómoda en su evolución.

A mí punto de vista y en función a su desarrollo es una técnica relativamente fácil para la remoción de tejido blando, devolviendo a los mismos estética y funcionalidad.

El paciente toma un papel importante en el desarrollo y antes de la cirugía, cooperando ampliamente hasta el periodo de mantenimiento, basándose siempre ésta cooperación en el establecimiento de una técnica de cepillado eficiente, la cual forma parte fundamental para el restablecimiento fisiológico y estético de la encía.

B I B L I O G R A F I A

Título: Enfermedad periodontal
Fenómenos básicos, manejos clínicos, e
interrelaciones oclusales y restauradoras.
Autor: Schlugger Saul
Page C. Roy
Youdelic Ralph A.
Editorial: Continental s.a. de c.v.
Edición: Tercera edición
Fecha ed: Septiembre de 1984
Páginas: 487 - 488, 677 - 679, 514 - 523, 526 - 528.

Título: Periodontología clínica de Glickmann
Prevención, diagnóstico y tratamiento de la
enfermedad periodontal.
Autor: Carranza Fermin A.
Editorial: Interamericana s.a. de c.v.
Edición: Quinta edición.
Fecha ed: 1985
Páginas: 628 - 629, 675 - 679, 799 - 819, 934.

Título: Periodontología Clínica.
Autor: Lindhe Jan
Editorial: Médica Panamericana.
Edición: Primera reimpression de la primera edición.
Fecha ed: 1986
Páginas: 347 - 350, 359 - 360, 335 - 336, 475 - 476.

Título: Periodontología y periodoncia.
Autor: Ramfjord Sigurd P.
Ash Major M.
Editorial: Médica Panamericana
Edición: Ultima edición.
Fecha ed: 1982
Páginas: 451 - 468

Título: Periodoncia teórica y práctica de Orbán.
Autor: Grant Daniel A.
Stern Irving B.
Everrett Frank G.
Editorial: Interamericana s.a. de c.v.
Edición: Cuarta edición.
Fecha ed: 1975
Páginas: 399 - 422

Titulo: Atlas of periodontal surgery
Autor: Cohen Edward S.
Editorial: Lea and Febiger
Edición: Primera edición.
Fecha ed: 1988
Paginas: 29 - 40

Titulo: Journal of clinical periodontology
Tema: Hormonal influences on gingival tissue:
relatinship to periodontal disease.
Autor: M. Sooriyamoorthy
Editorial: British society of periodontology
Edición: Vol. 16 No. 4
Fecha ed: Abril de 1989.
Paginas: 201 - 208.