870122
1/7
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VENTAJAS DEL COLGAJO DE RAMFJORD SOBRE WIDMAN

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

GUILLERMO PINEDA ROMERO

ASESOR: DRA. JOSEFINA TERRIQUEZ CASILLAS

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

INTRODUCCION

Antes de emprender el análisis detallado de las diferentes técnicas de colgajo, es de suma importancia tener una perspectiva adecuada respecto al papel de la periodoncia en la práctica odontológica actual.

Por muchos años, la enfermedad periodontal es la causa principal de la pérdida de dientes en adultos y durante mucho tiempo la periodóncia fue considerada como la conjunción de técnicas terapeúticas con la finalidad de tratar de salvar el diente con la enfermedad muy avanzada; en la actualidad sabemos que la enfermedad periodontal es la etapa final de un procéso cuyo comienzo se inicia en la juventud, que avanza por falta de tratamiento, así que la atención se enfoca a las etapas tempranas del procéso, obteniendo así resultados previsibles y evitando la pérdida dentaria.

En el año de 1750 el padre de la odontología moderna Pierre Fauchard en su libro "Le Chirugien Dentiste" describe la enfermedad periodontal como sigue: "No solo las encías afectadas por la enfermedad periodontal son las que quedan pálidas, hinchadas o inflamadas, sino también aquéllas que no denuncian estos síntomas, que tampoco se hallan inmunes a esta enfermedad, se les puede reconocer por un pus amarillento, casi blanco, y por un pequeño material glutinoso que es expulsado de las encías cuando se aplica una presión más bien intensa con un dedo".

En la actualidad, la principal preocupación está dirigida a la prevención de la enfermedad periodontal. La prioridad de la periodóncia en la práctica actual de la odontología no es tanto la reparación del daño hecho por la enfermedad sino la conservación de la salud bucal.

Al analizar las dos técnicas de colgajo periodontales el deseo es proporcionar al odontólogo detalles de cada etapa de cada una de ellas. El panorama general del primer capitulo, le señala al odontólogo las ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones y algunas reglas generales para la realización de cualquiera de las dos técnicas; por otra parte exponemos las ventajas, desventajas de la técnica de Rumfjord tratada en el segundo capitulo y la cicatrización que se obtiene utilizando la técnica de Widman analizada en el tercer capitulo.

Una parte importante para la realización de las técnicas de colgajo y a que aparentemente el odontólogo no le presta la atención debida, es el instrumental utilizado, del cual damos una lista del que normalmente se utiliza o suceptible de usar, dependiendo de la preferencia del profesionista. Damos una explicación sobre su uso y para algunos de ellos la clasificación que nos dan los especialistas en periodoncia y cirugía bucal.

Uno de los objetivos fijados del profesionista es atender al paciente, resolver sus problemas bucales y corregir defectos. El principal enfoque en la periodoncia actual es tratar en etapas tempranas la enfermedad periodontal, por lo tanto, aqui tratamos de dar al profesionista las cualidades de cada técnica, para que el odontólogo elija las más apropiada, siempre encaminandosa a la atención de cualquier problema periodontal que presente el paciente.

CAPITULO I
Generalidades sobre colgajos

El colgajo es un trozo de tejido parcialmente seccionado de su lugar de origen para ser utilizado en injertos quirurgicos y reparación de defectos organicos. (1)

Los fines que persigue un colgajo son los siguientes: (1)

a) Eliminación quirurgica de bolsas parodontales
b) Inducir la reinserción y regeneración ósea en las bolsas parodontales
c) Corregir defectos y deficiencias gingivales y mucogingivales.

Los puntos basicos en la realización del colgajo: (3)

a) Lo suficiente grande para exponer el defecto óseo
b) Base ancha para mantener una buena irrigación
c) Las incisiones permitiran la movilización del tejido sin dañarlo
d) Evitar la lesión de ramas nerviosas ó vasos sanguineos importantes al levantar el colgajo.

Ventajas de un colgajo: (2,3)

a) Se evita el daño tisular
b) Se puede realizar una plastia en caso de ser necesario
c) Mediante el corte paramarginal en forma de gingivectomia interna, el epitelio de la bolsa es eliminado con seguridad.
d) Se trabaja con control visual sobre el fondo de la bolsa osea, siendo posible un raspádo optimo y un preciso alisado radicular.
e) Se obtiene una mejor reposición del colgajo
f) El hueso interdental puede ser recubierto por colgajo
g) No quedan heridas abiertas
h) Poca perdida de tejido periodontal

Desventajas del colgajo: (2)

A) Se pueden ocasionar cuellos dentarios denudados y sensibles con colgajos desplazados apicalmente.

Indicaciones del Colgajo: (2)

a) Bolsas cuyo fondo se halla a mayor profundidad que el de la unión mucogingival.
b) Engrosamiento óseo marginal acentuado.
c) Bolsas infralveolares
d) Implante y transplante de hueso en bolsa infralveolar.
e) Hemisección y resección de raices aisladas.
f) Extracción y revisión del periodonto vecino restante.

Contraindicaciones: (2)

a) Hiperplasia gingival marcada
b) Exposición de margenes de preparaciones y restauraciones
c) Acceso dificil.

Clasificación de los colgajos.

Colgajo completo.- Consta de una incisión gingival y dos incisiones liberatrices. (3)

Colgajo triangular.- Consta de una incisión gingival y una incisión liberatriz. (3)

Colgajo modificado.- Consta de una incisión gingival y ninguna incisión liberatriz.(3)

Por su grosor se clasifican en: (3,4)

Colgajo total, mucoperiostico ó de grosor completo.- Se llevara a cabo el desprendimiento de todos los tejidos blandos, incluido el periostio para exponer hueso subyacebte, llevandose a cabo mediante una disección roma.

Colgajo parcial, mucoso ó de grosor parcial.- Se hara el desprendimiento de epitelio y una capa de tejido conectivo, permaneciendo el hueso cubierto por periostio, esto se lograra mediante una disección aguda y para separar el colgajo se usa una hoja No. 15 u 11, este tipo de colgajo solo se usara si se desplaza apicalmente ó cuando el operador asi lo prefiera.(3,4)

Los colgajos tambien pueden clasificarse dependiendo de la forma como van ser reposicionados ya sea en forma normal, apicalmente, coronales ó latera-

Colgajo Reposicionado Coronalmente (3)

Esta tecnica se ha utilizado para intentar la reinserción a nivel radicular y evitar el alargamiento de la corona clínica. la tecnica a seguir es identica a la que se utiliza en el colgajo reposicionado apicalmente, solo que aqui el colgajo se reposiciona coronalmente. En el periodo post-operatorio inmediato el colgajo sigue la contrucción y pueden llegar a presentarse bolsas, no hay pruebas de la reinserción gingival en la superficie radicular

Colgajo Reposicionado Apicalmente (3)

El recolocar en su posición original y conservar la encia insertada permite la sustitución de la bolsa, la eliminación de la pared de la misma pudiendo provocar la eliminación de la encia insertada, pudiendose resolver esto con un colgajo reposicionado apicalmente, esto se obtendra mediante la prolongación de las incisiones liberatrices y la disección del colgajo de los tejidos subyacentes, teniendose siempre en mente la eliminación de la bolsa y la creación de una anatomia gingival aceptable. Una vez liberado el colgajo tiende a contruerse y doblarse y la reposición apical es expontanea, al igual que el colgajo normal debera hacerse un curetaje y alisado radicular, despues de esto se sutura el colgajo, pero al realizar este paso debemos estar seguros de no jalar el colgajo coronalmente, es recomendable usar la sutura suspensoria continua ya que permite un cierto grado de manipulación del colgajo.

Diseño (4,5)

El diseño dependera directamente del criterio del operador y de los objetivos propios de la operación, tomando en cuenta el tamaño y el defecto óseo, las superficies radiculares ó exponer el fin del colgajo, asi como proveer de una buena irrigación al colgajo.

La incisión debe diseñarse de tal modo que el suministro sanguineo del colgajo sea adecuada, la base del colgajo debe ser uncha para que la nutrición del colgajo sea adecuada. El colgajo debera contener todas las estructuras que recubren el hueso incluyendo la mucosa, submucosa, el periostio; esto debera ser lo suficientemente grande como para permitir una adecuada visión y espacio para la remoción de hueso sin dañar los rebordes de los tejidos blandos

Incisiones (1,3,4)

Incisión Inicial

Se emplea una hoja Bard-Parker No. 11 ó 12B si es que se les puede dirigir en los angulos deseados con respecto a los dientes, si no, se emplean bisturies de Orban No.1 y 2. Se hara apuntando hacia apical con el fin de conservar tejido y crear un margen gingival en filo de cuchillo. Se utilizan dos tipos de incisiones: horizontales y verticales.

Las incisiones horizontales van en dirección mesial ó distal siguiendo el margen gingival, recomendandose dos tipos: la incisión surcal que empieza en el fondo de la bolsa y llega al margen óseo y la incisión de bisel interno que comienza a 1 ó 2 milimetros del margen gingival y se dirige a la cresta osea, debera ser interrumpida y festoneada alrededor del cuello de cada diente variando la posición y angulación dependiendo de la profundidad, forma y grosor de la encia, eliminando el tejido de granulación. El colgajo puede llevarse a cabo con solo la incisión horizontal y se llamara de bolsillo, siempre y cuando no se cambie la reposición del colgajo.(4)

Las incisiones liberatrices, verticales u oblicuas liberadoras se haran con la hoja No. 15 de Swann y Morton, estas incisiones empezaran en el margen gingival, atravez de la encia insertada y mas alla de la linea mucogingival, para poder liberar el colgajo, evitando hacer incisiones verticales en zonas linguales ó palatinas. Las incisiones verticales vestibulares no deben hacerse en papilas interdentales ó superficie radicular, dichas areas se deben evitar ó incluirse completamente en el colgajo.(3,4)

Replegado del colgajo

En el caso de un colgajo de grosor completo se levantara por medio de la manipulación cuidadosa y firme del periostotomo para dejar expuesto hueso. El colgajo de grosor parcial se levanta por medio de la disección cuidadosa con el bisturi y dejando el periostio sobre el hueso.(3)

Reposición de los colgajos

En los colgajos de grosor completo se levantan los lados vestibular y lingual, aclarando que esto se llevara acabo solo cuando las bolsas sean menos profundas que el ancho de la encia insertada, una vez hecho esto

se realizara el curetaje y la limpieza radicular, examinandose el margen óseo en busca de defectos. Una vez hecho esto se recorta el margen del colgajo para eliminar tejido exedente y se sutura el colgajo en su posición original. (3)

Colgajo Palatino

Con frecuencia los defectos oseos son tratados desde palatino obteniendo una mayor eficacia y menos perdida de tejido, utilizandose este tipo de colgajo para la corrección, reducción osea y del tejido fibroso abultado. Consiste en cortar la pared interna de la bolsa, desde el extremo del margen gingival, hasta un punto mas apical a la cresta del hueso palatino.(4)

Sutura

En general, las suturas pueden quitarse en 3 a 5 dias, a menudo coincidiendo con la siguiente cita quirurgica; si esto es necesario, los pacientes suelen ver la eliminación de las suturas con una angustia justificada. Con buena visualización, luz, succión y ayudantia, el operador puede hacer este procedimiento tan simple como el examen odontologico.(4)

Sutura Interdental

Hay dos tipos: a) Directa
b) En forma de ocho

Directa

Introduciremos la aguja por vestibular del colgajo vestibular, por el espacio interdental para perforar el colgajo lingual por su parte interna, se pasa el hilo por el espacio interdental y se anuda. Este tipo de sutura permite mejor cierre de la papila y se utiliza en injerto óseo.(4)

En forma de Ocho

Se introduce la aguja por vestibular, atravez del espacio interdental para perforar el colgajo lingual desde la superficie externa, se anuda en el lado vestibular. Esta tecnica se usara cuando los colgajos no esten adosados estrechamente.(4)

Sutura Suspensoria

Se usara cuando un colgajo abarque dos espacios interdentales. Se pasa la aguja por lingual atrevez del espacio interdental por debajo del punto de contacto para atravezar el colgajo vestibular y salir por vestibular;

volveremos a pasar la aguja por el espacio interdental, sobre el colgajo vestibular y haremos una lazada sobre la superficie lingual. Se pasa atravez del espacio interdental, se atravezara el colgajo vestibular por su parte interna, la aguja volvera a pasar por el espacio interdental hacia lingual por arriba del colgajo vestibular y se hace el nudo.(1,4)

Sutura Vertical de Colchonero

Se usara cuando tengamos una combinación de procedimientos, por ejemplo: un colgajo vestibular y una gingivectomia lingual.
Se iniciara en la encia insertada del colgajo, se toma un mordisco vertical con la aguja, por debajo de la papila interdental, pasamos la sutura por el espacio interproximal, alrededor de la superficie lingual y por el espacio interdental siguiente, para salir por vestibular. Se toma un mordisco vertical en la superfucie lingual, por debajo de la papila interdental, se vuelve a pasar la sutura por el espacio interdental y alrededor de la superficie lingual y por el otro espacio interdental, hacia vestibular donde se realiza el nudo.(1,3)

Sutura Suspensoria Continua Tipo 1

La usaremos cuando un colgajo abarca muchos dientes y en la otra superficie tenemos otro procedimiento, adaptara firmemente el colgajo al hueso. Se pasa la aguja por distal del ultimo diente y se ata en el extremo para mantenerlo ahi, despues se pasa el hilo por lingual y el espacio interdental para emerger por vestibular y atravezar el colgajo vestibular por su cara interna y regresando la sutura por el mismo espacio, así repetiremos el procedimiento hasta llegar al penultimo diente del grupo, en este diente se deja suelto el cabo lingual y con este cabo se hara el nudo.(3,4)

Sutura Suspensoria Continua Tipo 2

En el caso de esta sutura dejaremos un extremo de hilo largo por lingual y empezaremos por distal del ultimo diente, despues se cruza por lingual y el espacio interdental y salir por vestibular y atravezar el colgajo vestibular por su cara interna y regresar a lingual, de esta forma iremos cruzando la sutura hasta llegar al ultimo diente y con el hilo largo haremos el nudo.(1,4)

Referencias

1.-Ramfjord, Sirgurd P. et.al.,Periodontología y Periodoncia,Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires.1982, p.470,473,475.
2.-Rateitschak, Klaus H.et.al.,Atlas de Periodoncia,Editorial Salvat, España 1987, p.175,176.
3.-Manson, J.D.,Manual de Periodoncia,Editorial Manual Moderno, México 1986, p.158-163.
4.-Carranza, A. Fermin,Periodontología Clínica de Glickman,Editorial Interamericana,México 1985, p.821-823,826-828,831.
5.-Waite, E. Daniel,Cirugía Bucal Practica,Editorial Continental, México 1972, p.134.

CAPITULO 2

Tecnica de Ramfjord

En 1974 Ramfjord y Nissle describieron el denominado "colgajo de Widman modificado", teniendo la ventaja de establecer una adaptación postoperatoria intima de los tejidos conectivos sanos y el epitelio normal con todas las superficies dentarias, esto permite una nueva adherencia epitelial marginal, que tiende a sellar las zonas profundas de separación entre el diente y los tejidos que lo rodean. La reinserción por medio de la formación de cemento puede producirse entonces de manera gradual desde el extremo apical de la lesión, existiendo en la zona una minima inflamación, mientras se esta realizando la adaptación del tejido conectivo, loque indica que la bolsa periodontal patologica se ha eliminado como factor irritante. (1,2)

La principal ventaja es la conservación de tejido óseo y el recubrimiento óptimo de las superficies radiculares con tejido blando, esto significa un resultado estetico mas agradable, un ambiente favorable para la higiene oral y menos sensibilidad radicular y caries radicular, permitiendo el adecuado acceso para la instrumentación de las superficies radiculares y un mejor cierre de la bolsa por nueva inserción y regeneración osea.

La aparente desventaja del colgajo de Widman modificado es la arquitectura plana ó concava que queda inmediatamente despues de la remoción del aposito quirurgico, especialmente en zonas de crateres interproximales.(1)

Indicaciones. (1,3)

1.- Cuando deseamos una nueva inserción ó minima retracción gingival ó ambas cosas.
2.- Bolsas profundas (4 ó 5mm) en región anterior y posterosuperior vestibular.
3.- Periodontitis leves hasta mediana gravedad con una profundidad entre 4 y 6mm.
4.- Bolsas y cráteres infraoseas.
5.- Bolsas con un moderado compromiso de furcación.
6.- Injerto óseo.
7.- Alta tasa de caries.

8.- Hipersensibilidad radicular.

9.- Segun la situación morfopatologica de cada diente ó bien del periodonto, se puede combinar con hemisecciones, resecciones radiculares, exciciones en cuña, colgajos mayores totalmente movilizados, incluso a veces con gingivectomia, recordadremos que es una operación en dos tiempos que consiste en la eliminación de la encia enferma y el raspaje y alisado de la superficie radicular, alguna de sus indicaciones son: bolsas supraoseas profundas, cualquier bolsa supraosea, si la pared de la bolsa es fibrosa y firme; eliminación de agrandamientos gingivales, eliminación de abcesos periodontales supraoseos.(2)
Las contraindicaciones son: la necesidad de hacer cirugia osea, localización del fondo de la bolsa por apical a la unión mucogingival, acontinuación daremos una breve resena de la tecnica: Primero mareaaremos las bolsas con las pinzas marcadoras, antes de esto sondeaaremos las bolsas para determinar el punto donde se marcaran. A continuación se cortara la encia por medio de bisturis, con incisiones contunuas ó discontinuas, dichas incisiones se haran bisceladas aproximadamente a 45° con la superficie dental, esta incisión se debera hacer a 1 ó 2mm coronariamente al fondo de la bolsa para reducir la exposición radicular, tambien debera hacerse festoneada pero sin dejar parte de la bolsa. Hecho lo anterior eliminaremoscon curetas el tejido de granulación asi como todas las substancias irritantes y despues colocaremos el aposito quirurgico.(2)

Contraindicaciones del Colgajo de Widman modificado.(3)

1.- En encia insertada ausente ó muy estrecha es dificil realizar la tecnica de Ramfjord, porque no permite el corte en forma festoneada ni la gingivectomia interna.

2.- Intervenciones quirurgicas óseas previstas en penetraciones muy profundas con pérdida osea irregular vestibular y oral, en un recorrido muy abultado del borde óseo marginal.

3.- En zonas anteriores en donde la estetica es esencial.

La tecnica del colgajo mucoperiostico no reposicionado ó colgajo de Widman modificado no se iniciara despues de una ó dos semanas de haber iniciado la primera forma terapeutica periodontal activa que por lo general debera

ser la instrucción en el control de placa, si esto es iniciado antes de eliminar el calculo, el paciente tiene el beneficio de experimentar una reducción del sangrado gingival atravez de su propio esfuerzo. Esto puede ser una forma eficaz de hacer que el paciente comprenda la necesidad de su esfuerzo en el tratamiento. Si los depositos de calculo ó la naturaleza del proceso restaurativo impiden la eliminación de la placa, el odontologo realizara una profilaxis antes de las instrucciones en el control de placa.

Aunque puede no ser posible un nivel maximo del control de la placa durante la terapeutica inicial debido a la presencia de bolsas, el tratamiento periodontal no se iniciara a menos que el paciente este practicando un nivel adecuado de control de placa, lo que permite mantener la salud periodontal despues de los procedimientos de eliminación de las bolsas.(5)

Antes de hacer la incisión inicial deberemos preparar el campo quirurgico con anestesico local y aplicación de un desinfectante. Esta incisión gingival inicial se hara con una hoja Bard-Parker #11 ó cualquier bisturi que pueda dirigirse paralelo al eje largo del diente, si tenemos una bolsa vestibular ó lingual de más de 2mm realizaremos la incisión a .5 ó 1mm del margen gingival libre con el objeto de retirar todo tejido crevicular ya que si no es retirado no afectara la reinserción del tejido conectivo. En la realización de la incisión inicial deberemos fijarnos en el espesor gingival ó tamaño de la apofisis alveolar por lo tanto si el espesor gingival ó el tamaño de la apofisis son pequeños la incisión se hara lo mas pegado al diente, si no, se hara a 1 ó 2mm de distancia del diente creando un margen gingival delgado en el colgajo, siendo esta la medida promedio, esta incisión se hara en forma festoneada y conforme nos acerquemos al espacio interproximal el corte debera acercarse al espacio interdental, con este corte se consigue eliminar el epitelio de la bolsa y el infiltrado subepitelial, se levantara la encia parcialmente hasta visualizar el reborde oseo alveolar.(1,2,4)

El acercamiento del corte inicial al espacio interdental tiene especial importancia al igual que la minima eliminación de tejido interproximal sobre todo en la zona palatina donde el colgajo no puede estirarse en absoluto, solo deberemos eliminar lo suficiente para remover la cubierta epitelial de la bolsa y no tener problemas en la adaptación post-operatoria del colgajo, hablando interproximalmente podemos observar que en el centro

de la zona proximal las proyecciones epiteliales de la bolsa entre la cara mesial y distal casi llegan a tocarse, estas deberan ser eliminadas. Para evitar una falta ó indebido cubrimiento del hueso interproximal se debera exagerar el festoneado de la incisión inicial, quedando a 1 ó 2mm de la superficie dentaria por palatino.(1,2,4)

Es raro que lleguen a necesitarse incisiones relajadoras verticales, si estas fueran necesarias se deberan hacer en los diedros mesial ó distal de los dientes donde termina el colgajo, realizandose a la minima distancia requerida para levantarse el colgajo, evitando realizarse estas incisiones en la región de segundo premolar y primero y segundo molar por palatino.(1,2,4)

Se usaran elevadores mucoperiosticos para levantar el colgajo de espesor completo 1 ó 2mm ó la minima para lograr un acceso a las superficies radiculares y hueso interproximal, ya que hemos logrado separarlo, se permite que se apoye contra el hueso para evitar la desecación.(1,2,3,4)

La segundo incisión se hara del fondo de la bolsa hasta el hueso ó cresta alveolar, dandonos una cuña triangular alrededor del cuello de cada diente, eliminando asi el epitelio de la bolsa, esta incisión se puede hacer con los mismos bisturis utilizados en la primera incisión, pero sin tocar la porción radicular.(2,4)

La tercera y ultima incisión ó corte horizontal se realizara en la zona interproximal con un bisturi angosto en forma de lanza ó una cureta, se hara coronal al hueso, empujando los colgajos vestibulares y linguales a un lado con la cara plana del bisturi ó separados por la asistente, el bisturi se colocara por encima de la cresta alveolar y se emplea para separar el tejido gingival que ha quedado separado de los dos colgajos y los dientes en forma neta y atraumatica, siguiendo en lo posible la superficie de la cresta alveolar y el tabique oseo interproximal. Se elimina con curetas finas y a la vista los restos adheridos del collar de tejido gingival separado, la superficie radicular no cubierta por fibras periodontales residuales sera raspada y si es necesario sera alizada.(2,3,4)

En caso de encontrar fibras periodontales residuales no se deberan tocar pues podriamos retardar la cicatrización del colgajo, ya que terminamos de limpiar la zona se empleara una solución fisiologica esteril y aspiración para mejorar la visibilidad.(1,2,4)

Cuando la arquitectura osea que queda impide la adaptación del tejido la alteraremos, si no, se dejara intacta, se adaptaran los colgajos al hueso, sin dejar hueso expuesto, entre si en sentido interproximal y se mantienen firmemente en posición con presión digital ó con una gasa humeda, permitiendo una curación por primera intención. (1,2)

Sutura.

Comunmente se emplean en cirugia periodontal agujas para sutura atraumaticas, de los tipos semicirculares de corte invertido ó convencional de 9 ó 12mm. Las suturas y las agujas vienen en tamaños de 3/0, 4/0, 5/0, 6/0 con material de sutura de seda ó sintetico. Comunmente se emplea una sutura de seda tratada con siliconas No.4/0, que es un tipo no capilar de sutura que se enhebra en una aguja semicircular de corte invertido 9 ó 12 mm. Se prefiere la sutura de seda negra a los materiales plasticos, por su facilidad para ser atados y ser vistos.(2)

Se suturan los colgajos entre si con suturas interproximales individuales, de la cual podremos usar los tipos: a) Directa
b) Ocho

Directa.

Introduciremos la aguja por vestibular del colgajo vestibular, por espacio interdental para perforar en colgajo lingual por su parte interna, se pasa el hilo por el espacio interdental y se sutura. Este tipo de sutura permite mejor cierre de la papila. (2,4)

Ocho

Se introducira la aguja por vestibular, atravez del espacio interdental para perforar el colgajo lingual desde la superficie externa, se anuda en el lado vestibular. (2,4)

Sutura Vertical de Colchonero.

Esta sutura se usa cuando hay un colgajo en la superficie vestibular ó lingual y otro procedimiento, como una gingivectomia, en la otra. Se comienza en la encia insertada del colgajo, y se toma un mordisco vertical con la aguja por debajo de la papila interdental siguiente para salir en vestibular Se toma un mordisco vertical con la aguja en la superficie vestibular del colgajo, por debajo de la papila interdental. Se vuelve a pasar la aguja por el mismo espacio interdental, alrdedor de la superficie lingual y por el

otro espacio interdental, hacia vestibular, en donde se anuda. (2)

Una vez que hemos suturado se cubre con pomada de Acromicina y luego con aposito quirurgico, generalmente los apositos periodontales se emplean para proteger la herida creada por la cirugia periodontal y mantener una intima adaptación del colgajo al hueso y a los dientes durante el estado inicial de la cicatrización. El tipo tradicional son los preparados de oxido de zinc y eugenol, con distintos aditivos para darle resistencia fisica y efecto bactericida. Otra variedad de apositos son preparados que no contienen sustancias grasas con antibioticos tales como la bacitracina agregada al polvo de oxido de zinc y resina. (2)

Funciones del aposito periodontal: (1)

a) Controla la hemorragia post-operatoria.
b) Minimiza la posibilidad de infección y hemorragia post-operatoria.
c) Proporciona cierta ferulización a dientes moviles.
d) Facilita la cicatrización al prevenir el traumatismo superficial durante la masticación y la irritación proveniente de la placa.

Para aplicar el aposito quirurgico se modelan dos cilindros de la longitud aproximada de la zona tratada, el extremo de un cilindro se dobla en forma de gancho y se adapta alrededor de la superficie distal del ultimo diente, desde la superficie vestibular. El resto del cilindro se lleva hacia adelante, sobre la superficie vestibular, hacia la linea media, presionandolo suavemente en posición a lo largo del margen proximal incidido, e interproximalmente. El segundo cilindro se une al primer aposito, se uniran por el espacio interproximal, con presión suave sobre la superficie vestibular y lingual. El aposito no debera interferir con la oclusión y se recortara despues de 15 min. de haber sido colocado, esto permite que los labios, carrillos y lengua moldeen el aposito mientras esta blando. El exeso sera forzado hacia zonas donde no se precisa y donde sera facil eliminarlo. Como regla general el aposito se deja una semana despues de la intervención, durante la semana, se desprenderan fragmentos de la superficie del aposito, si el paciente se siente molesto es mejor volver a colocar el aposito de todo el cuadrante, retirando el resto del aposito lavandose la zona con agua tibia y aplicandose anestesia topica antes de colocar el nuevo aposito.(1)

Referencias

1.-Carranza, Fermin A.,Periodontología Clínica de Glickman,Editorial Interamericana,México 1985, p.786,787,788,790,800,801,803-805,831,834,836.

2.-Ramfjord, Sirgurd P.et.al.,Periodontología y Periodoncia,Editorial Medica Panamericana,Buenos Aires 1982, p.421,423,499,502-506,578.

3.-Rateitschak, Klaus H.et.al.,Atlas de Periodoncia,Editorial Salvat,España 1987, p.179-181.

4.-Schuger, Saul et.al.,Periodontal Disease,Editorial Lea&Febiger, U.S.A. 1978, p.483-487.

5.-Malone, F.P. William,Manejo de tejidos en odontología restaurativa,Editorial Manual Moderno,México 1984, p.3-5.

CAPITULO 3

Tecnica de Widman

El colgajo es el procedimiento quirurgico por medio del cual se exponen las areas afectadas, asegurando un acceso directo a ellas. La porción de tejido blando que las cubre es rechazada de su lugar mientras dura la operación y es reposicionado en su sitio una vez terminada.

Las ventajas que nos dan los colgajos son una visión clara y directa del area del problema, una perfecta tartrectomia, alisado de las superficies radiculares, bolsa tortuosa, pudiendo ver su extensión y dirección ó el tipo de defecto óseo y sus contornos, etc.

Las desventajas de esta tecnica son que nos puede dejar margenes anfructuosos y no eliminar la bolsa en su totalidad.(2)

Los factores importantes para el exito son: (4)

1.- Debridación cuidadosa y completa.
2.- Adaptación del colgajo de tal forma que la cicatrización sea por primera intención.

Los objetivos de esta tecnica son: (1)

1.- Establecer un colgajo de la zona a operar.
2.- Eliminar 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 purodontal.
5.- Preservar la institución de un colgajo sanguineo atravez del cual se puedan formar los diferentes elementos histologicos del tejido parodontal.

Las indicaciones para esta tecnica son: (1)

1.- Abceso purodontal.
2.- Bolsa infraosea.
3.- Casos con alteración del contorno oseo y se ve radiograficamente resorciones de tipo vertical.
4.- En casos donde otros metodos dejarian una marcada falte de función y estetica.

Los pasos a seguir en esta tecnica son: a) combinación de incisiones iniciales, b) reclinación del colgajo,c) raspado del tejido de granulación, d) raspado y alisado radicular,e) si en caso se indica la cirugia osea,f) colocación del colgajo en la zona deseada,g) estabilización del colgajo en

la zona deseada,h) colocación del aposito quirurgico. Algunos autores nos dan tiempos en lugar de pasos, dichos tiempos son:
Primer tiempo.- Incisión inicial.
Segundo tiempo.- Despegamiento del colgajo.
Tercer tiempo.- Eliminación del irritante local.
Cuarto tiempo.- Remodelado óseo.
Quinto tiempo.- Reposición del colgajo.
Sexto tiempo.- Sutura.(1)

El primer paso ó tiempo sera una incisión de bisel interno con una hoja Bard-Parker #11 ó 15, extendiendose hasta la cresta osea, ubicada por sondeo ó lo mas cerca del margen gingival para dejar la suficiente cantidad de tejido gingival residual para cubrir las estructuras subyacentes, dejando un collar de tejido marginal alrededor de los cuellos dentarios. Esta incisión se debera hacer ondulada permitiendo asi una cobertura total del hueso depues del remodelado óseo, con esta incisión el revestimiento ulcerado de la bolsa y el tejido conectivo inflamado subyacente quedan sobre el lado dental, la incisión a bisel interno permite la conservación de la maxima cantidad de encia queratinizada y eliminar la pared blanda de la bolsa, el borde del colgajo será delgado y fácil de colocar sobre el hueso, este diseño puede ser utilizado para la erradicación de la bolsa mediante la reducción de la altura vertical de los tejidos. El colgajo debera tener 1 y 1.5 mm de espesor, excepto en el paladar en donde debera tener 2 y 2.5 mm. El tejido interproximal se libera con un bisturi interproximal y se hara una vez que hemos levantado el colgajo y seccionaran las conexiones de tejido de los espacio interdentales y permitira asi una remoción mas facil y limpia del tejido. (1,5)

El segundo paso ó tiempo son el rechazo del colgajo, ésto será mediante una disección roma con un elevador perióstico, mas allá del límite mucogingival para liberar la tensión y permitir un buen acceso a los defectos óseos, el colgajo se mantendrá a un mínimo en dirección apical, esto se realiza para evitar la resorción osea en la cicatrización de las heridas que se pueden presentar en colgajos levantados, al llevar acabo esto quedara un collar de tejido blando en torno al cuello dentario.(1,7)

El tercero y cuarto paso ó tiempo se refieren a la remoción de tejido de granulación, cureteando y alisado radicular, ésto se llavara a cabo con curetas u hoces Mac Call #11 y 12, 17 y 18, aunque algunos autores prefieren usar curetas columbia 4R ó 4L para usarse en el lado vestibular y estas mismas ó la cureta quirurgica mas grande de Prichard en el lado lingual Eliminaremos el tejido granulomatoso y restos de la bolsa adheridos al diente y hueso, es decir, el hueso y cresta osea involucrados en el proceso son cureteados vigorosamente para eliminar como ya dijimos el tejido blando adherido. La superficie radicular dentro de la bolsa son raspadas para eliminar todas las substancias que se han acumulado sobre la misma, siendo los restos pequeños, los introducidos en defectos oseos ó furcaciones los mas dificiles de remover. Este paso es el mas dificil y que mas tiempo consume por lo tanto deberia ser planeado con mucho cuidado.(1,7)

El quinto paso ó tiempo es el remodelado óseo ó corrección de los defectos oseos si esta indicado. Para eliminar el collar de tejido blando en el cuello dentario utilizaremos una cureta bien afilada esto lo haremos con todo cuidado, con esta misma cureta retiraremos el tejido interproximal, eliminando el tejido granulomatoso podremos detener la hemorragia y quedaran al descubierto los defectos oseos que seran eliminados, dejando una superficie tersa y con un bisel parecido al de la gingivectomia, hecho esto se irriga con suero fisiologico y se limpia la zona mediante succión.(1,2)

El sexto paso es la colocación del colgajo en la posición deseada, ya sea la posición original ó desplazado a la zona deseada, se adaptara el colgajo de nuevo a las raices y al hueso, esto es se plancha el colgajo contra los tejidos duros con presión digital de 3 a 5 mm con una gasa humeda y sera en este momento cuando decidiremos si es necesario realizar un corte en el margen gingival.(1,2)

El septimo paso ó tiempo es la sutura del colgajo; comunmente se emplean en cirugia periodontal agujas para sutura atraumaticas, de los tipos semicirculares de corte invertido ó convencional de 9 ó 12 mm. Las suturas y las agujas vienen en tamaños de 3/0,4/0,5/0,6/0 con material de sutura de de seda ó sintetico. Comunmente se emplea una sutura de seda tratada con siliconas #4/0, que es un tipo no capilar de sutura que se enhebra en una aguja semicircular de corte invertido 9 ó 12mm. Se prefiere la sutura de se

da negra a los materiales plasticos, porque es fácil de atar y facil de ver Sin embargo, tiene la desventaja de actuar como una mecha, proveyendo una entrada para las bacterias y los productos bacterianos al interior de los tejidos. Si se emplea materialsintetico, se recomienda el tipo retorcido sobre el de monofilo, ya que este ultimo es muy dificil de atar y no mantiene bien el nudo, sin embargo, el material retorcido sera mas irritante que las suturas sinteticas monofilamentos. No se recomiendan los materiales sinteticos reabsorbibles, ya que este tipo de sutura a menudo causan una importante irritación. La sutura nos ayudara a estabilizar el colgajo en la zona deseada con puntos interrumpidos atravez de todo el campo operatorio para que el colgajo que de perfectamente adosado al cuello del diente para que se presente una cicatrización favorable.(1,6)

La sutura interdental directa la realizaremos introduciendo la aguja por vestibular del colgajo vestibular, atravez del espacio interdental, para que perforemos el colgajo lingual desde su superficie interna, despues se pasa la sutura por debajo del punto de contacto hacia vestibular en donde lo anudaremos. Este tipo de sutura permite un mejor cierre de las papilas interdentales y lo utilizaremos cuando se hacen injertos oseos ó incisiones onduladas.(1,6)

La sutura interdental en forma de ocho consiste en introducir la aguja desde vestibular del colgajo vestibular, por el espacio interdental, para perforar el colgajo lingual desde su superficie externa. Esta sutura es mucho mas facil de realizar que la sutura directa ademas hay un hilo entre los dos colgajos, por lo tanto la usaremos cuando los colgajos no esten estrechamente adosados, debido al desplazamiento apical de los colgajos.(1,6)

La sutura vertical de colchonero la usaremos cuando hay un colgajo en la superficie vestibular ó lingual y otro procedimiento, como una gingivectomia, en la otra. se comenzara en la encia insertada del colgajo, y se toma un mordisco vertical con la aguja por debajo de la papila interdental, luego la aguja pasa atravez del espacio interdental alrededor de la superficie lingual del diente y por el espacio interdental siguiente para salir en vestibular. Se toma un mordisco vertical con la aguja en la superficie vestibular del colgajo, por debajo de la papila interdental.

Se vuelve a pasar la aguja por el mismo espacio intderdental, alrededor de la superficie lingual y por el otro espacio interdental, hacia vestibular, en donde se anuda. (1,6)

Una vez que hemos terminado de suturar pondremos una capa de telfa ó goma dique, sino tenemos ninguno de los dos materiales, la sutura se cubrira con vaselina. La colocación del aposito quirurgico dependera de la adaptación del colgajo al cuello de los dientes, el termino aposito se aplica a una diversidad de materiales que se emplean en el post-operatorio para cubrir y proteger las superficies de una herida quirurgica en el tratamiento periodontal, aunque los terminos "pack" y "pac" vienen de la abreviatura del nombre "Wondr-Pack" utilizado por Ward para describir un material para cubrir heridas, que fragua formando una masa firme para ser usado en cirugia periodontal, estos terminos se emplean tambien para describir materiales que se usan de maneras distintas que un aposito de una herida quirurgica.(1,6)

Las cualidades que debe reunir un aposito son: (1,7)

1.- Capaz de ser adptado intimamente a los tejidos blandos y duros y sin presión de manipulación indebida para excluir la saliva y otros sin dejar liquidos que puedan provocar molestias y daños.
2.- Debe ser capaz de mantenerse durante una semana.
3.- Debe volverse fisica y quimicamente estable dentro de un periodo de trabajo razonable.
4.- No debe seguir siendo blando ó dezplazable y provocar perdida de retención.
5.- Adhesivo, rigido, no debe fracturarse, oler y gustos minimos.
6.- Proveer a la lenta y efectiva liberación de agentes que lleven a una buena higiene oral.

Las funciones del aposito son: (1,6)

1.- Controla la hemorragia post-operatoria.
2.- Minimiza la posibilidad de infección y hemorragia post-operatoria.
3.- Proporciona cierta ferulización de dientes moviles.
4.- Facilita la cicatrización al prevenir el traumatismo superficial durante la masticación y la irritación provenientes de la placa.

Si tenemos hueso denudado el aposito quirurgico se colocara por espacio de dos semanas, aclarando que a la semana se elimina la sutura y el aposito se vuelve a colocar. Cuando hemos terminado el procedimiento quirurgico, es necesario dar al paciente algunas instrucciones, para que de esta manera con su ayuda y la realización de una buena tecnica tengamos la mayor posibilidad de exito, estas instrucciones son las siguientes: (1)

1.- No morder en la zona operada.
2.- Uso de compresas de hielo durante 2 ó 3 hrs. despues de la operación.
3.- Uso de analgesicos.
4.- Uso de antibioticos durante 72 horas siguientes a la intervención para evitar infección en el coagulo y la zona operada.

Una parte muy importante es la higiene oral que comprende la ciencia y el arte de mantener limpios los dientes y saludables los tejidos gingivales. El esfuerzo de la importancia del control de la placa, que es la eliminación de la placa microbiana y la prevención de su acumulación en los dientes, y la introducción de tecnicas modificadas despues de los procedimientos quirurgicos, deberan comenzarse durante la visita post-operatoria en la cual el aposito periodontal es removido y continuarse durante las citas siguientes, La eliminación eficaz de la placa durante las fases iniciales de la curación es esencial para reducir las bolsas al maximo y disminuir la sensibilidad dentaria. Se instruira al paciente en las diferentes tecnicas de cepillado, de los cuales hay una diversidad, sin que algunos de ellos hayan demostrado ser universalmente superior. Cualquier metodo de cepillado que elimine efectivamente la placa sin dañar los tejidos blandos ó duros es aceptable. Ademas, los metodos que son faciles de aprender y requieren un minimo de tiempo son los favorables. Acontinuación damos dos de esas tecnicas. (6,8)

Tecnica de Charters

Este metodo originalmente utilizaba cepillos duros, pero pueden emplearse tambien cepillos de dureza mediana ó blandos. Las briznas del cepillo se apuntan contra los espacios proximales y se dirigen hacia las superficies externa de los dientes, en un angulo de 45° hacia apical con respecto al eje largo del diente. Los lados de las briznas se presionan ligeramente

contra la superficie gingival. El cepillado se realiza con movimientos vibratorios, presionandolo en dirección interproximal y sosteniendo los costados de las briznas contra la encia. Este metodo es bastante efectivo, especialmente despues de la cirigia periodontal. Sin embargo lleva mucho tiempo dado que desde la cara lingual cada espacio debe ser limpiado individualmente. (6)

Tecnica de Bass

La tecnica de Bass ó intracrevicular fue propuesta inicialmente por Talbot en 1899. En este metodo la cabeza del cepillo se coloca paralela al plano oclusal, las cerdas planas contra la cara vestibular de los dientes, y los extremos de las briznas cerca del margen gingival libre. Luego se gira el cepillo hasta un angulo de casi 45° con el eje largo de los dientes y se apuntan las briznas hacia el surco gingival, penetrando tanto como sea posible en los espacios interproximales. Se hace una presión suave en el eje mayor de las cerdas y se activa el cepillado con un movimiento vibratorio hacia adelante y atras 10 veces por cada zona, el movimiento se realiza sin que las puntas de las cerdas se salgan de su lugar y con movimiento anteroposterior de las mismas, haciendo contacto con el diente, el surco gingival y la superficie externa de la encia libre. Para los dientes anteriores el cepillado debe intentarse manteniendo las cerdas verticales, e introduciendo en la boca solo una parte de su cabeza. Se presiona el extremo de las cerdas en el surco gingival e interproximalmente en un angulo de 45° con el eje largo de los dientes, y se activa el cepillado con un movimiento vibratorio corto hacia adelante y atras. Un error comun es aplicar demasiada presión que doblara las cerdas contra las caras de los dientes en lugar de dirigir la fuerza en el eje largo de las briznas hacia el surco gingival. El cepillado empezara en las caras vestibulares y distal de los molares superiores derechos para terminar en las caras vestibulares y distal de los molares superiores izquierdos, empezando por palatino de los mismos y terminando por palatino de las molares superiores derechos. El cepillado en el maxilar inferior es similar al del maxilar superior y para cepillar las caras oclusales lo haremos con una acción vibratoria de frotamiento, dirigiendo las cerdas hacia las fisuras oclusales. (6)

Otras tecnicas son la de frotamiento circular, rotacional o de barrido; para la limpieza de los espacios interdentales son el hilo dental y cinta dentales, palillos y estimuladores interdentales. (6)

Referencias

1.-Reinoso, Legaretta Luis, Clínica de Parodoncia, Editorial Prensa Medica Mexicana, México 1967, p.117-120.

2.-Rodriguez, Figueroa Carlos A., Parodoncia, Editor Francisco Mendez Oteo, México 1982, p.274-279.

3.-Stone, Stephen, Periodontología, Editorial Interamericana, México 1978, p.191.

4.-Rateitschak, Klaus H.et,al., Atlas de Periodoncia, Editorial Salvat, España 1987, p.177.

5.-Ward, L. Howard, Manual de Periodontología Clínica, Editorial Mundi, Argentina 1975, p.66-68.

6.-Ramfjord, Sirgurd P.et.al., Periodontología y Periodoncia, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires 1982, p.337,339,340,341,421,423, 578.

7.-Lindhe, Jan, Periodontología Clínica, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires 1986, p.351,350,364.

8.-Malone, F.P. William, Manejo de tejidos en odontología restaurativa, Editorial Manual Moderno, México 1984, p.5.

CAPITULO IV

Ventajas de la Técnica de Rumfjord sobre la de Widman

La cicatrización de cualquier tejido presupone una herida en un lugar específico; como consecuencia de ese traumatismo, el huesped moviliza reacciones de defensa para aislar el traumatismo y restaurar la zona lesionada a su estado previo a la agresión. Según sea la naturaleza y el lugar de la herida, la restauración de la parte lesionada puede ser completa de la arquitectura original(regeneración) o puede consistir en el reemplazo del tejido destruido por estructuras nuevas que no restauran en su totalidad la arquitectura previa, a este último proceso se le ha denominado reparación. La primera respuesta del huésped a la herida es la inflamación, que es la respuesta vascular y célular mediante la cual el huésped intenta aislar y destruir el agente agresor y el tejido agredido, antes del comienzo de la reparación y regeneración.(2)

Es obvio que los factores hormonales y nutricionales afectan la regeneración y reparación de los tejidos; factores específicos, tales como la elevación de los niveles de cortisona, vitamina C y proteinas, entre otros, alteran significativamente la capacidad regenerativa y productiva de las células que intervienen de cerca en la cicatrización, en ciertos tejidos, como el hueso, los niveles hormonales específicos se relacionan directamente con la capacidad de regeneración ósea.(2)

Cicatrización con la técnica de Widman

La reacción inicial dentro de las 2 horas en la necrosis superficial en los margenes de la herida, la formación de coagulos si se dispone de espacio y la acumulación de células polimorfonucleares, podemos observar algunas placas de tejido perióstico sobre el hueso a pesar del intento de realizar una separación perióstica completa.(3)

Al cabo de 24hrs. hay una banda bastante gruesa de células polimorfonucleares y necrósis superficial quirúrgica del colgajo y sobre el hueso interproximal no cubierto, siendo mínima la inflamación donde el colgajo esta íntimamente adaptado al hueso. Al cabo de dos días hay una ligera proliferación de tejido epitelial y conjuntivo, hay fibrosis y extensión ó inflamación hacia los espacio medulares cercanos a la herida. El resto

de la secuencia de cicatrización varía con los diferentes grados de adaptación del colgajo al hueso y diente. Si hay una íntima adaptación del colgajo al diente el epitelio crece hacia abajo sobre la superficie de tejido conectivo del colgajo, bajo la zona superficial de necrósis incluyendo la banda de polimorfonucleares, cerca de la superficie del diente.

En siete días puede aparecer una nueva adherencia epitelial, el epitelio crecerá desde la membrana periodontal y la superficie interna del colgajo, el epitelio migrará desde el margen del colgajo hasta hacer contacto con el diente, y luego proliferará hacia abajo siguiendo la superficie radicular básicamente , este tipo de inflamación es seguido por una inflamación mucho más marcada que la cicatrización después de la adaptación íntima del colgajo.(3)

La reacción tisular asociada con los colgajos mal adaptados son básicamente idénticas a las secuelas de la denudación de la apófisis alveolar.Los espacios rellenados con sangre entre el colgajo y el hueso relacionado con la mala adaptación del colgajo, llevan a una cicatrización demorada, más inflamación y más reabsorción ósea que con una adaptación íntima del colgajo.(3)

Algunas de las ventajas de la técnica de Widman son la rapida cicatrización clínica, menores molestias, resultado estético favorable, aplicable tanto para la eliminación completa como para las técnicas de compromiso esperando obtener una reducción parcial de la bolsa con cierta reinserción, así como para la contración de la encia, la extensión de la remoción quirúrgica del hueso puede modificarse basándose en consideraciones anatómicas y estéticas, dado que el procedimiento puede traer como resultado la reinserción en zonas de defectos óseos residuales después de la cirugía, la técnica permite la modificación de las relaciones mucogingivales con el fondo de la bolsa, ofrece al paciente y al cirujano el beneficio de una intervención a cielo abierto lo que permite una exelente visibilidad del campo operatorio.(3)

Algunas de las indicaciones para esta técnica son:(1)

1.- La eliminación total de la bolsa en el caso de las bolsas supraóseas moderadamente profundas(3-6 *mm*)en donde la estética, la sensibilidad y la caries no constituyen problemas.

2.- Eliminación parcial de la bolsa para bolsas profundas y dientes con defectos intraóseos o compromiso de la furcación, siempre que la esté

tica, la sensibilidad y la caries no constituyan un problema.

3.- Bolsas poco profundas que se extienden más alla de la línea mucogingival.

4.- Abceso periodontal.

5.- Bolsas infraóseas.

6.- En casos donde la patología ósea ha alterado el contorno óseo y pueden observarse radiograficamente resorciones de tipo vertical.

7.- En donde otros métodos de eliminación de bolsas producirían una marcada falta de función y estética.

La principal y más importante desventaja de esta técnica consiste en que la aproximación y sutura de los colgajos, imponen restricciones a la correcta topografía y anatomía del margen gingival, lo que determina que algunas veces este margen resulte infructuoso.(3)

Sin embargo, desde el punto de vista del mantenimiento de la salud periodontal, un surco gingival de profundidad normal es preferible a un surco patológicamente profundizado, y si la profundidad normal del surco puede establecerse y mantenerse después de la cirugía sin sacrificar la estética, el soporte funcional y la comodidad, la eliminación de la bolsa presenta el resultado óptimo del tratamiento periodontal.

Cicatrización, ventajas y desventajas de la técnia de Ramfjord

La principal ventaja de la técnica a colgajo de Widman modificada es la posibilidad de establecer una adaptación post-operatoria íntima de los tejidos conectivos colagenos sanos y el epitelio normal con todas las superficies dentarias. Se ha demostrado tanto en animales como en humanos que una estrecha adaptación de estos tejidos, nos ayuda a formar una nueva adherencia epitelial marginal, que tiende a sellar las zonas más profundas de separación entre los dientes y los tejidos que lo rodean. La reinserción por medio de la formación de cemento puede producirse entonces de manera gradual desde el extremo apical de la lesión, esto nos dura una zona de inflamación mínima o inexistente, mientras se esta realizando la adaptación del tejido conectivo, lo que indica que la bolsa periodontal patologica ha sido eliminada como factor irritante. Tendremos que la nueva adherencia epitelial marginal actúa como paraguas protector de la penetración bacteriana a lo largo de la superficie dentaria.(1,4)

Esta bien establecido que puede producirse una nueva inserción después de la formación de colgajos deslizantes laterales, dado que los tejidos interproximales son biologicamente identicos a los tejidos vestibulares, es lógico pensar que cuando la adaptación del colgajo es tan buena interproximalmente como la que se obtiene en vestibular, tambien debe lograrse reinserción y readaptación interproxmalmente como en la cara vestibular.(1)

En varios estudios microscopicos realizados primero en monos y luego en humanos se encontro que la regeneración del epitelio de unión se producía contra la dentina y el cemento. La ultraestructura de la adherencia era similar en todos los aspectos al epitelio de unión no perturbado, con hemidesmosomas, una lamina basal y varias capas de células epiteliales elongadas paralelas a la superficie del diente. Se hallo la inserción del tejido conectivo y la regeneración del cemento tanto sobre cemento expuesto como sobre la dentina. La unión entre la superficie dentaria expuesta y el cemento recientemente formado constaba de una capa granular densamente teñida de fibras colágenas libres, que tenían tendencia a dividirse durante la preparación de los cortes. En los primeros estadios de la cicatrización las fibrillas colágenas que estaban en el interior del nuevo cemento no mostraban una orientación específica, pero ya en los ultimos estadios parecia que los haces estaban conectados a las fibras gingivales.(1)

Con los tipos convencionales de colgajo a bisel interno, el hueso interproximal y a veces las superficies radiculares quedan denudadas al terminar la cirugía, tales zonas, se granularan y se producira una cicatrización en un nivel más apical que después de una técnica a colgajo de Widman modificada no quedaria, por lo tanto, el principal objetivo de esta operación es la maxima cicatrización y reinserción de las bolsas periodontales, con una mínima pérdida de tejidos periodontales durante y después de la cirugía. El concepto de readherencia epitelial e íntima adaptación del tejido conectivo como substituto de la eliminación quirúrgica de la bolsa, en el mantenimiento de la salud y del soporte periodontal, ha creado cierta confusión en la mente de muchos clínicos que estaban entrenados para igualar el éxito del tratamiento periodontal con la eliminación de la bolsa juzgada por sondeo clínico y a considerar las zonas

con más de 3mm de profundidad, como fracaso, parece así que la cirugía a colgajo de Widman modificada, puede tener exito en el manyenimiento del soporte periodontal y la salud por medio de una larga adherencia epitelial y una íntima adaptación del tejido conectivo.(1)

La ventaja evidente de la técnica a colgajo de Widman modificada es la coservación del hueso y el recubrimiento óptimo de la superficie radicular con tejidos blandos después de la cirugía. Esto significa un resultado estético más agradable, un ambiente favorable para la higiene oral y menos sensibilidad radicular y caries radicular.

La aparente desventaja de esta técnica es la arquitectura interproximal plana o cóncava que queda inmediatamente después de la remoción del apósito quirúrgico, especialmente en zonas de crateres interproximales, sin embargo, si se mantiene una minuciosa higiene oral los tejidos interdentarios se van a regenerar en unos pocos meses con un aumento más que una pérdida de inserción. El contorno gingival puede aparecer menos deseable después de la cirugía que después de una eliminación quirúrgica de la bolsa, sin embargo, el aspecto no tiene importancia con respecto al control de placa, a la gingivitis y al mantenimiento de los niveles de la adherencia. Esta técnica da un mejor acceso a la superficie radicular que el curetaje y permite la remoción de la cubierta epitelial de la bolsa con menos traumatismo y mejor adaptación post-operatoria que el curetaje.(1,5)

Referencias

1.-Ramfjord, Sirgurd P.et.al.,Periodontología y Periodoncia,Editorial Medica Panamericana,Buenos Aires 1982, p.489,490,493,495, 503-506.

2.-Carranza, Fermin A.,Periodoncia,Editorial Mundi,Argentina 1978, p.209.

3.-Lindhe, Jan,Periodontología Clínica,Editorial Medica Panamericana,Buenos Aires, p.350,351.

4.-Carranza, Fermin A.,Periodontología Clínica de Glickman,Editorial Interamericana,México 1985, p.823,824.

5.-Prichard, F. John,Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedad Periodontal en la Practica Odontologíca General,Editorial Medica Panamericana,Argentina 1982, p.283,284,285.

CAPITULO V
Instrumental

Para la realización de operaciones periodontales a colgajo se utilizan en principio los mismos instrumentos empleados para practicar otras intervenciones quirúrgicas orales. Existen muchos instrumentos disponibles, pero bastará como equipo corriente un número mínimo de instrumentos de múltiple propósito. Una clara comprensión de lo que es preciso hacer, paso por paso, simplifica la selección de los instrumentos, estos son el bisturí, los raspadores y los portaagujas. Al instrumental quirúrgico pertenecen tambien diversas pinzas, sondas parodontales, tijeras gingivales, así como raspadores y curetas para la depuración y alizado de la raiz. A veces se utilizan fresas y limas de hueso y eventualmente fresas de fisura o de diamante.(1,2)

Instrumental para anestesia infiltrativa.

Una correcta anestesia requiere buenos instrumentos: agujas, jeringas que adapten perfectamente al cono de las agujas y en las cuales el liquido no refluya por détras.

Con las jeringas se usan agujas metálicas de diseño especial ofrecen dos extremos afilados por el cono de plastico que hace el papel de tope. La extremidad anterior o elemento activo, se introducirá en los planos anatómicos deseados. La extremidad posterior, en cambio, está destinada a perforar la tapa de goma o metálica del tubo o ampolla.(2)

El manejo de las jeringas sistema Carpule consite en adaptar la aguja, sostener la jeringa con la mano izquierda, traccionar el émbolo en toda su extensión hasta doblar la jeringa en ángulo e introducir la ampolleta que contiene el anestesico. Para proceder a la punción se endereza el émbolo metálico, activo, y se empuña la jeringa a manera de lápiz. Y para inyectar, la mano derecha se acomoda de tal modo que la cara palmar del pulgar presione el émbolo metálico, que a su vez empujará el émbolo de goma, pasivo, de la ampolla.(2)

Incisión y rechazo del colgajo

La diéresis de los tejidos blandos puede ser aguda o roma, en cirugía bucal se usa comunmente un bisturí de hoja corta.(2,3)

Bisturí

Este instrumento consta de mango y una hoja de distintas formas y tamaños, y que, intercambiables en algunos instrumentos, se eligen según la clase de operación a realizar. En nuestra práctica preferimos este tipo de bisturí(Bard-Parker) con la hija #15. Recientemente Mead creo un bisturí cuyas características importantes consisten en la curvatura de su hoja, en forma de hoz, y en el filo de esta hoja, presente en sus dos bordes; con este bisturí es posible realizar incisiones en sitios poco accesibles, pues corta por los dos filos.(2,3)

La forma habitual de empuñar el bisturí es la tomo de lapiz, si bien a menudo hay que empuñarlo de otras maneras: como arco de violin, como cuchillo, en extrema presición para cortes pequeños, etc.(2)

El bisturí se emplea preferentemente para cortar, pero con frecuencia, mientras se estan seccionando los tejidos, se le utiliza tambien como espátula, para empujar con su hoja las tejidos ya incididos.

Bisturíes periodontales

Los bisturíes núm. 226-236, de Orban núm. 1-2 y de Merrifield núm. 1, 2,3 y 4 se utilizan para zonas interdentales. Son bisturíes lanciformes con bordes cortantes a ambos lados de la hoja diseñados con hojas de extremo único o de doble extremo.(3)

Tijeras

Existen numerosos modelos de tijeras, dados los multiples usos de este instrumento que, como el bisturí, es compañero inseparable del cirujano. Las partes constitutivas de la tijera son de forma variable, según el uso a que se destine el instrumento.

Por su punta, las tijeras pueden ser romas, semiagudas y agudas.

Según la forma de sus ramas se dividen en rectas, curvas(en grado variable) y acodadas(sobre los bordes o sobre las caras).

El mango puede ser recto, encurvado o acodado.

Se las emplea para seccionar lengüetas y festones gingivales y trozos de encía en el tratamiento de la paradentosis. Tambien pueden usarse tijeras para seccionar bridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajos, unas rectas y otras curvas. Los puntos de sutura se cortan con tijeras de hojas pequeñas, en especial curvas.(2)

Rechazo del colgajo

Estos instrumentos son necesarios para separar y dezplazar el colgajo una vez seccionada la fibromucosa, exigiendose que sean los instrumentos adecuados, pueden emplearse pequeñas legras, insinuándoselas entre los labios de la herida y estre mucoperióstio y el hueso, pueden utilizarse así mismo los periostótomos de Mead, los instrumentos núm. 24G y núm. de Goldman Fox son dos elevadores periósticos que podemos usar por su diseño. La espátula de Feer nos puede ser util, pueden usarse espátulas rectas ó acodadas; estas últimas estan indicadas en sitios de difícil acceso. Estos instrumentos se emplean también para despegar las bolsas de los quistes del hueso que los aloja.(2)

Remoción del tejido de granulación

La cureta es un instrumento adecuado para eliminar cálculos subgingivales profundos, alisar raíces y cemento alterado y quitar el revestimiento de tejido blando de la bolsa periodontal. Este instrumento es más delgado que las hoces y no tiene puntas o angúlos agudos más que los bordes cortantes de la hoja, permiten un mejor acceso a las bolsas profundas con un mínimo de traumatismos de los tejidos blandos, su diseño nos permite observar en un corte transversal la forma de media luna con base convexa. Los bordes laterales de la base convexa forman bordes cortantes con la parte superior de la hoja semicircular, teniendo una forma redondeada en la punta. La hoja puede tener uno o dos bordes cortantes, tanbien puede tener uno o dos extremos activos dependiendo de la preferencia del operador.(3)

Hay dos tipos basicos de curetas: las universales y las específicas. Las curetas universales tienen un diseño tal que pueden ser introducidas en la mayoría de las zonas de la dentición modificando y adaptando el apoyo de los dedos, el fulcro y la posición de la mano del operador. El tamaño de la hoja, la angulación y longitud del cuello pueden variar, pero todad las curetas universales son perpendiculares al cuello inferior, un ejemplo de estas curetas son: Glickman núm.7G-8G, Barhart #1-2 y 5-8(3).

Como ejemplo de las curetas específicas tenemos las curetas de Gracey, son un juego de varios instrumentos diseñados y angulados para adaptarse

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

a zonas anatómicas específicas de la dentición, probablemente estas curetas son las mejores para la eliminación del tejido de granulación, estas curetas tambien difie en de las universales en la posición de la hoja que no es perpendicular al cuello inferior, dicha hoja esta angulada entre 60° y 70° con respecto al cuello inferior, esto permite adaptar la hoja en la posición exacta y hacer una perfecta eliminación de calculos y cemento blando, siempre y cuando el cuello inferior este paralelo al eje mayor del diente a tratar.(3)

Azadas

Las azadas las utilizaremos en el alisado y pulido de las superficies radiculares, la hoja esta angulada a 99°; el borde cortante está formado por la unión de la superficie terminal aplanada con la superficie interna de la hoja, el borde cortante está biselado a 45°, esta hoja esta algo arqueada, para mantener el contacto en dos puntos sobre una superficie convexa. La parte posterior de la hoja es redondeada y la hoja tiene un espesor mínimo para permitir su acceso a las raíces con bolsas profundas sin que interfieran los tejidos adyacentes.(3)

Las azadas se usan de la siguiente manera:

1.- La hoja se introduce hasta la base de la bolsa periodontal de modo que haya contacto en dos puntos con el diente, esto nos dara estabilidad y evitaremos que el instrumento haga muescas en la raíz.(3,5)

2.- Se activa el instrumento con un movimiento firme hacia la corona, tratando de conservar el contacto de dos puntos con el diente.(3,5)

Hoces

La hoz se usa para eliminar depósitos supragingivales, este instrumento es de corte triangular, con una punta aguda y tres bordes cortantes, a ambos lados de la hoja, se le usa con movimientos de impulsión. En caso de ser necesario un remodelado del tejido óseo contamos con una gran variedad de fresas y para la eliminación de puntos óseos tambien tenemos vario tipos de limas quirúgicas.(5)

Fresas

El empleo del torno dental en operaciones dentales es de extraordinaria utilidad. La fresa puede sacar el hueso de por sí, o abrir el camino a otro

instrumento, pueden usarse fresas comunes redondas del núm. 5-8, o de fisura núm. 560. Son así mismo utiles las fresas de Schanber, las fresas para labrar caucho, las de Alport y las fresas de lindherman.(2)

Limas quirúrgicas

Las limas quirúrgicas periodontales sirven fundamentalmente para alisar bordes óseos irregulares y remover pequeñas zonas de hueso. Las limas de Schluger y Sugarman son de diseño similar y se utilizan con movimientos de tracción e impulsión, principalmente en zonas interdentales.(3)

Sutura y apósito quirúrgico

Agujas para suturar.

Casi todas las operaciones en cirugía bucal incluyendo a la exodoncia exigen realizar suturas, pero por la delgadez y delicadeza de los tejidos gingivales tan propicios a desgarrarse, las agujas deben ser sencillas, curvas o rectas, pero de dimensiones pequeñas.

Las hay de dos tipos: cóncavo-convexas en el sentido de sus caras ó en el de sus bordes, siendo mas preferidas las primeras por el tipo de herida que dejan en la mucosa al perforarla, siendo paralela al trazado de la incisión. Las primeras no ejercen ninguna acción de tracción al paso de la aguja, en cambio las segundas tienden a ensanchar y desgarrar la brecha.(2)

Portaagujas

Estan destinadas a dirigir las agujas utilizadas en la sutura, las toman por su superficie plana y las guian en sus movimientos. El portaagujas deberá sujetarse con la yema del pulgar atravéz de un anillo, la falange del cuarte dedo atravéz del otro anillo y el índice apoyado contra el tallo a mitad de su longitud. Los otros dedos deberán cerrarse sobre el instrumento en posición natural, dando de esta manera una forma segura de sujetar la aguja.(2,5)

Una vez que hemos hecho los nudos el exedente se puede cortar con tijeras de hojas pequeñas, en especial curvas.

La preparación del apósito quirúrgico, se hara sobre la placa(vidrio, metal o bloc de papel), ayudándose de una espátula, tal como para batir eugenol.(6)

Despues de haber colocado el apósito sobre la herida gingival se moldeara por medio de una doble espátula(tipo Ward); si se desea reforzarle, se puede darle cuerpo con un hilo de latón o acero.(6)

Referencias

1.-Rateitschak, Klaus H.et.al.,Atlas de Periodoncia,Editorial Salvat,España 1987, p.176.

2.-Ries, Centeno Guillermo,Cirugia Bucal,Editorial El Ateneo,Argentina,1980, p.49,50,55,98,53.

3.-Carranza, Fermin A.,Periodontología Clínica de Glickman,Editorial Interamericana,México 1985, p.615-619,621,622,628,629,632, 633.

4.-Waite, E. Daniel,Cirugia Bucal Práctica,Editorial Continental, México 1972, p.113.

5.-Lindhe, Jan,Periodontología Clínica,Editorial Medica Panamericana,Buenos Aires 1982, p.343-346.

6.-Kardel, M. Knud,Cirugia Periodontal,Editorial Maribel,España 1971, p.28.

CONCLUCIONES

Para obtener el máximo provecho y la mas alta probabilidad de éxito al utilizar una técnica quirúrgica, es necesario conocerla en todos sus puntos y llevarlos acabo con todo cuidado, siguiendo las reglas quirúrgicas, en cuanto a diseño, realización de incisiones, visibilidad, irrigación y nutrición; todo esto conjunto nos llevará al éxito y brindaremos al paciente un servicio óptimo, como objetivo más importante. El análisis de todos los puntos en cada uno de los capítulos tiene por objeto el enfatizar su importancia y su papel en el camino del éxito del tratamiento.

Analizamos dos técnicas por medio de las cuales se pueden tratar bolsas parodontales. Es comun que en la práctica odontológica diaria algunos profesionistas prefieran una técnica sobre otra y para ellos sea la mejor, la que más éxito les ha dado. Analizamos las cualidades de una sobre otra al igual que sus desventajas; pero sobre todo el importantisimo papel de la adaptación del colgajo a superficies dentarias y ósea sanas, libres de irritantes locales al igual que de tejido granulomatoso; señalamos que la íntima adaptación es determinante en cualquiera de las dos técnicas y por lo tanto a nuestro juicio cualquiera de las dos técnicas puede ofrecernos un éxito siempre y cuando limpiemos la zona y realizemos una íntima adaptación.

En otro aspecto señalamos la importancia de conocer el instrumental con el que contamos para una eficaz limpieza y detartraje de la zona que recibirá el colgajo, enfetizando en los instrumentos que se utilizan sin enfocarnos exclusivamente en aquel que el profesionista conoce de sobra; tiene a su alcanze otra alternativa para trabajar logrando un panorama mas amplio en cuanto a su instrumental.

El análisis que hemos desarrollado en la presente tesis de estas técnicas para la realización de colgajo, permite asegurar que la odontologia y el cirujano dentista le ofrecen al paciente un alto porcentaje de éxito.

BIBLIOGRAFIA

Reinoso, Legaretta Luis
Clínica de Parodoncia
Editorial Prensa Medica Mexicana
México 1967
pag. 117-122

Manson, J.D.
Manual de Periodoncia
Editorial Manual Moderno
México 1986
pag. 158-163

Schuger, Saul, et.al.
Periodontal Disease
Editorial Lea & Febiger
U.S.A. 1978
pag. 483-487

Rodriguez, Figueroa Carlos A.
Parodoncia
Editor Francisco Mendez Oteo
México 1982
pag. 274-279

Grant, Daniel A., et.al.
Periodoncia de Orban
Editorial Interamericana
México 1981
pag.423

Ward, L. Howard
Manual de Periodontología Clínica
Editorial Mundi
Argentina 1975
pag. 66-68

Ramfjord, Sirgurd P., et.al.
Periodontología y Periodoncia
Editorial Medica Panamericana
Buenos Aires 1982
pag. 470-479,493,499,503,506,589

Rateitschak, Klaus H., et.al.
Atlas de Periodoncia
Editorial Salvat
España 1987
pag. 175-190

Carranza, Fermin A.
Periodontología Clínica de Glickman
Editorial Interamericana
México 1985
pag. 615-619,628,629,632,633,786,
787,788,790,800,801,803,805,
821-823,827,828,831,834,836.

Prichard, F. John
Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedad Periodontal en la practica Odontológica General.
Editorial Medica Panamericana
Argentina 1982
pag. 283-285.

Ries, Centeno Guillermo
Cirugia Bucal
Editorial El Ateneo
Argentina 1980
pag.40,50,53,55,98.

Waite, E. Daniel
Cirugia Bucal Practica
Editorial Continental
México 1972
pag. 113,134.

Carranza, A. Fermin
Periodoncia
Editorial Mundi
Argentina 1978
pag. 209-213

Lindhe, Jan
Periodontología Clínica
Editorial Medica Panamericana
Buenos Aires 1986
pag. 343-346,350,351,364.

Malone, F. P. William
Manejo de tejidos en odontología restaurativa
Editorial Manual Moderno
México 1984
pag. 3,4,5.

Stone, Stephen
Periodontología
Editorial Interamericana
México 1978
pag. 191

Mardel, M. Knud
Cirugia Periodontal
Editorial Maribel
España 1971
pag. 28