

INTRODUCCION

Debido a que en los últimos años existieron muchos progresos y adelantos en el tratamiento de las enfermedades periodontales, especialmente en las técnicas quirúrgicas en relación con la cirugía vestibular; con el interés de aprender a investigar elegí como tema para tesina, "AUTOINJERTOS GINGIVALES LIBRES", técnica poco difundida en nuestro medio, cabe hacer notar que el primer objetivo, es de mostrar el carácter funcional del injerto, habiéndose logrado un éxito absoluto como se puede notar en los casos clínicos que se expondrán en la presente tesina.

Con la experiencia demostrada, esta técnica puede ayudarnos a solucionar algunos casos, en los que el profesional puede encontrarse en una intervención, o en otros casos con la casi completa ausencia de encía y puede ayudarnos a la reparación, que con otras técnicas no podríamos solucionarlas.

La técnica de "AUTOINJERTOS GINGIVALES LIBRES" se puede considerar una técnica bastante sencilla, que beneficiaría grandemente a muchos profesionales para que puedan solucionar algunos problemas que se puedan presentar en la vida cotidiana, y es una razón mas que suficiente para recomendar sobre todo a los estudiantes de nuestra carrera, seguir investigando sobre este tema, ya que existe una gran variedad de técnicas quirúrgicas sobre injertos en general.

CAPITULO I

ANATOMIA E HISTOLOGIA DE LA ENCIA

Entre la cavidad bucal propiamente dicha y su vestíbulo existe una mucosa que cubre los arcos alveolares, en la que se hallan implantados los dientes, que se ha designado con el nombre de encías. Se distinguen naturalmente 2 encías: una superior y otra inferior que se hallan cubriendo la cara externa de los arcos alveolares y lo tapizan regularmente siguiendo todas las irregularidades hasta el borde libre de los alveolos, en este punto se inclinan hacia los arcos dentales y se disponen en una serie de festones, para luego continuarse en el maxilar superior con la mucosa del paladar, mientras que en el maxilar inferior se continúa sin límite de demarcación con la mucosa del suelo de la boca.

Considerada en conjunto, la mucosa gingival presenta las siguientes porciones:

La porción externa vertical, que se halla tapizando la cara externa de los arcos alveolares.

La porción interna, que tapiza la cara interna de los arcos alveolares.

La porción intermedia, horizontal que se extiende sobre el borde libre de los arcos alveolares, rodeando a las piezas dentarias a manera de collar, esta porción, presenta el aspecto atravesado por perforaciones que corresponden a los cuellos de los dientes, al que están íntimamente adosados.

Ahora bien, la parte que mas nos interesa es tener conocimiento de todos los detalles y características, que presenta la encía y para su estudio podemos dividirla en:

ENCIA MARGINAL.- Es una parte de la encía que se halla rodeando a los dientes a manera de collar, hallándose separada de la encía insertada por una depresión lineal poco marcada, llamado el surco marginal y a nivel del borde libre termina en filo de cuchillo.

El ancho de la encía marginal, generalmente es algo mayor de un mm, que varía de una persona a otra y de zona a zona.

En la encía marginal se puede distinguir 2 vertientes bastante nítidas:

La vertiente interna o dental llamada así, porque se halla en relación con el diente, entre esta porción, la adherencia y el diente se forma una hendidura virtual, que es llamado surco gingival, que tiene una profundidad de 1 a 2 mm. en las caras libres, y de 1 a 3 mm. en las caras proximales.

La vertiente externa es libre y se continúa con la encía insertada, presentando un color mas rosa oscuro, su aspecto es liso y brillante, no presenta el punteado característico de la encía insertada.

ENCIA INSERTADA.- También llamada encía adherente, que se caracteriza porque es mas resiliente y firme, es la parte de encía que se encuentra separada de la encía libre por el surco marginal, mientras que de la mucosa alveolar

se halla delimitada por una línea mucogingival bien nítida. Por paladino la encía insertada se continúa sin límite divisorio con la mucosa palatina y por lingual con el piso de la boca.

La encía insertada tiene un ancho variable, de acuerdo a los sectores de la boca, siendo mayor en el sector anterior, que en el sector posterior. El color normal es rosa coral, el cual es susceptible a pequeñas variaciones al color de la piel, del aporte sanguíneo, del grado de queratinización y pigmentaciones de la persona.

Con respecto a la textura superficial presenta una superficie finamente lobulada o punteada, que se asemeja a la cáscara de naranja, estas irregularidades del epitelio principalmente se debe a la presencia de fibras y papilas delanorfas, se puede observar clínicamente al secar la encía con una torunda de algodón.

La forma y extensión del punteado varía de una persona a otra, de un sector a otro, siendo mas notoria en el lado vestibular que en el lado lingual. También debemos indicar que varía de acuerdo a la edad, ya que en el niño recién aparece a los 6 años, de la misma manera va desapareciendo en la edad senil.

Algunos autores, de acuerdo a su inserción, dividen la encía insertada, en encía cementaria por que sus fibras se incertan en el cemento y las otras fibras se insertan en el hueso alveolar designándole encía alveolar.

PAPILA GINGIVAL.- Se designa con este nombre aquel tejido que se encuentra por debajo de los puntos de contacto, consta de 2 papilas, una vestibular y otra lingual, pre

sentando en conjunto la forma de una pirámide de base cuadrangular, las caras proximales se hallan en relación con los dientes vecinos y las caras libres son una vestibular y otra lingual, a nivel del vértice presenta una ligera depresión que es el col, que se halla situado por debajo de los puntos de contacto, siendo mas notoria en los dientes posteriores.

ESTUDIO HISTOLOGICO DE LA ENCIA.- Es imprescindible tener una idea clara, de la estructura de la encía, para ello hacemos un ligero estudio, que nos llevará a recordar algunos datos muy importantes, sobre todo para el trabajo de injertos.

Según observaciones microscópicas, mediante cortes histológicos de encía, se ha podido observar que entre el epitelio y el tejido conectivo existe una línea de separación, que algunos le llaman línea basal, o línea de separación de Borman, por encima de esta línea se encuentra el epitelio, que es un tejido pavimentoso estratificado, que sirve de revestimiento y protección y se consideran las siguientes capas:

a) Capa generatriz o germinativa.- La capa generatriz está formada por una hilera de células altas prismáticas, con poca cantidad de cemento intercelular, como su nombre indica está constituida por células en constante multiplicación, de cada división celular resulta dos células hijas, una queda ocupando el lugar de la célula madre y la otra es rechazada hacia la superficie del epitelio.

Esta capa tiene la función de fabricar elementos celulares nuevos, que reemplazarán a las células

las, que en la superficie se van descamando, es entonces un órgano generador y de enorme subsistencia para el epitelio.

b) Capa de células poliedricas.- Esta capa se encuentra situada por fuera de la capa generatriz, a la que está fuertemente adosada por fibrillas, que salen de las células de esta capa.

Esta capa y la generatriz constituyen el llamado cuerpo mucoso de Malpighi. Por las fibrillas de unión que presenta la capa de células poliédricas, recibe diferentes denominaciones: extracto Malpighiano, extracto filamentosos, extracto espinoso.

El número de hileras está en relación directa con el espesor del epitelio de 6 a 20 hileras, sus células tienen la forma poliédrica en las capas más profundas, pero a medida que se hacen superficiales estas se aplanan.

c) Extracto Granuloso.- Se caracteriza porque sus células, como su nombre indica, presenta en su protoplasma gránulos, esta capa está formada por varias hileras de células y se encuentran más aplastadas que las células poliédricas, los gránulos se hallan compuestos de una sustancia de queratohialina, debido a la presencia de esta sustancia existe opiniones diferentes con respecto a sus funciones, en el proceso de queratinización.

Para algunos investigadores dicha sustancia no interviene en el proceso de queratinización, y la otra opinión contraria dice, que la presencia de esta sustancia es necesaria para el proceso de queratinización. En con

clusión según la opinión de la mayoría de los investigadores, dicen que existe una relación entre la queratohialina y la queratinización cuando hay una capa granulosa importante.

d) Capa de células pavimentosas.- Son las mas externas, está formada por varias hileras de células, todas aplanadas con sus bordes bien unidos entre sí, mostrando un aspecto de mosaico o pavimento, de ahí el nombre de capa de células pavimentosas que se designan justamente a las mas superficiales.

La acción mecánica que los alimentos ejercen sobre las encías, determinan la descamación del epitelio, fenómeno que se llama furfus.

Submucosa.- Por debajo de la membrana basal existe un espesor de tejido conectivo, de caracteres particulares, que está principalmente vinculado a la vida de dicho epitelio y es la parte fundamental del parandencio de protección.

Está formada por las siguientes capas:

a) Capa de las papilas.- La superficie que mira hacia el epitelio, aparece erizada de unas elevaciones de formas mas o menos cónicas, de altura variable, que se designan con el nombre de papilas dérmicas, estas papilas pueden ser simples o compuestas de acuerdo a su vértice, están formadas por tejido reticular, de mallas amplias, que parecen sostener un capilar o una red capilar, según el tamaño de la papila.

Este dispositivo capilar está destinado a la nutrición del epitelio y además existen papilas de

nominaldas sensitivas.

b) Corión.- En general el corión está formado por fibras colágenas, que tienden a disponerse a manera de red que se entrecruzan unas con otras, están destinadas a dar la forma necesaria para resistir las fuerzas derivadas de la masticación y mantener la adherencia epitelial contra el diente.

"Entre las fibras gingivales más importantes mencionamos las siguientes:

Fibras gingivodentales.- Que se proyectan desde el cemento en forma de abanico, hacia la encía marginal o insertada.

Fibras Transeptales.- Que se extienden horizontalmente de un diente a otro.

Fibras circulares.- Que rodean al diente.

Fibras arciformes.- Con inserción vestibular y lingual pasando por la papila interdental". (1)

VASOS Y NERVIOS.- "Las arterias que irrigan las encías son generalmente muy delgadas.

1.- Proceden en la encía superior de la maxilar interna, por medio de sus ramos alveolares, suborbitarios, esfenopalatino y palatino descendente.

2.- En la encía inferior provienen de la sublingual (rama de la lingual), de la sub mental (rama de la facial) y de la dental inferior rama de la maxilar interna.

Las arteriolas nacidas, de los

(1) Carranza (h) F.A. "COMpendio DE PARODONCIA" (Ed. Mundi

diversos orígenes se anastomozan y constituyen el arco gingival y se asientan aproximadamente a nivel del borde libre de la encía y están aplicadas directamente contra el tejido óseo, de este arco parten ramas que se distribuyen en la encía.

Las venas se dirigen unas hacia el plexo alveolar, otras al plexo pterigoideo, las anteriores desembocan en parte en la vena lingual y otras en la vena facial.

Nervios.- A la encía superior, provienen los nervios dentales posteriores y del dental anterior rama del maxilar superior.

Los nervios de la encía inferior provienen del nervio dental inferior, rama del maxilar inferior.

Linfáticos.- Forman un rico plexo". (2)

(2) L. Testut y A. Latarjet.- "ANATOMIA HUMANA" (Ed. Salvat S.A. Barcelona-España, 1954) pag. 52

CAPITULO II

MEDIO BUCAL

Consideraremos en el medio bucal los factores mas importantes, que es necesario tener en cuenta.

SALIVA.- "Es un líquido incoloro segregado por las glándulas salivales, de una manera continúa en pequeña cantidad; pero con la presencia o recuerdo de los alimentos u otros estímulos se vierten en grandes cantidades, de suerte que en el hombre llega de 1.500 a 2.000 c.c. en 24 horas". (3)

La saliva mixta, resultado de la secreción de las glándulas principales, que se halla en proximidad de la cavidad oral son: las glándulas parótidas de secreción serosa, y las glándulas submaxilares y sublinguales que se caracterizan porque producen saliva de secreción mixta, es decir serosa y mucosa.

Su reacción es habitualmente alcalina, su pH es término medio 7.1. El pH salival casi es constante, pero en ayunas puede alcanzar cifras de 6,8 lo que revela cierta acidez.

La alcalinidad tiene por finalidad neutralizar la acidez de las fermentaciones alimenticias y los productos de secreción microbianas, asegurando de esta manera la integridad del epitelio de la mucosa bucal, sus funciones son mantener la cavidad bucal húmeda, facilitar la nas-

(3) Houssey.- "FISIOLOGIA HUMANA" (Ed. El Atenco Bs.As., 1951)
pag. 410

ticación, fonación y diluye las colonias microbianas.

La saliva mixta producto de todas las secreciones glandulares presenta la siguiente composición química: agua en una proporción de 99.3 por ciento, 0,7 por ciento de materias sólidas, de las cuales 0,5 por ciento de materias orgánicas y 0,2 por ciento de materias inorgánicas.

Entre las materias orgánicas tenemos: las enzimas, glóbulos, urea, ácido úrico, colesterol, mucus, aminoácidos y vitaminas. Entre las sustancias inorgánicas se presentan el calcio, sodio, potasio y carbonatos.

MICROORGANISMOS.- La flora microbiana es extremadamente rica

en la cavidad bucal y se encuentra infinidad de microorganismos, a excepción del recién nacido donde la mucosa oral se encuentra estéril por lo menos unas cuantas horas y luego se establece una flora microbiana simple.

Entre los microbios orales y el huésped se desarrolla un equilibrio simbiótico sumamente importante para la salud del periodoncio.

Los microorganismos propios de la cavidad bucal tienen una patogenicidad muy escasa o nula, es decir que viven como saprófitos, pero pertenecen a grupos que incluyen verdaderos patógenos.

Entre las diversas variedades microorganismos que se pueden encontrar en la cavidad bucal, se pueden citar: estreptococos, estafilococos, veillonellas, espiroquetas, lactobacilos, actinomicos, bacilos, vibriones, cocos etc.

Los aspectos cualitativos y cuan

titativos de la flora oral varía considerablemente de un paciente a otro y en diferentes momentos, en el mismo individuo. El número de microorganismos varía temporalmente, durante el sueño aumenta, y se reduce después de las comidas y del cepillado de los dientes, las modificaciones de la flora oral, también puede depender de la edad, la dieta, la composición, la velocidad del flujo salival y de diversos factores sistémicos y constitucionales.

CAIQUJO DENTAL.— Se puede definir como la masa calcificada y adherente que se forma sobre la superficie del diente, puede clasificarse según su localización en supra y subgingival, es decir de acuerdo a su situación sea por encima o por debajo del margen gingival.

El cálculo supragingival llamado también salival, son concreciones cálcicas de un color blanco amarillento, de una consistencia arcillosa dura, que se localiza preferentemente en las caras linguales de los dientes antero inferiores, y en las caras vestibulares de los molares superiores, es decir que se localizan mayormente a nivel de la desembocadura de los conductos de secreción de las glándulas salivales, en dientes en mal posición, en aparatos protésicos, y en dientes con superficie rugosas. El volumen depende de la higiene bucal, del tiempo de formación y además debemos indicar que varía de acuerdo a la edad, vale decir que recién se localiza a partir de los nueve años.

El tártaro puede aparecer en uno o varios dientes, o generalizado en toda la boca y en algunos casos extremos puede cubrir toda la corona clínica.

El cálculo sublingual llamado también sérico, es el que se halla situado por debajo del margen gingival, no siempre visible al examen oral, para determinar su existencia debe recurrirse a la exploración o sondaje mediante una sonda, es generalmente mas duro y de un color mas oscuro, variando del color marrón al negro y firmemente adherida a la superficie dentaria.

A veces es llamado también con el nombre de sérico, por razón a la suposición de que deriva del suero sanguíneo, se localiza preferentemente en el surco gingival es decir entre la encía marginal y el cemento radicular del diente.

Puede adoptar diferentes formas, siendo las mas comunes las que a continuación detallamos:
"Modular en forma de placas, de bordes mas o menos regulares y chatas.

Modular con prolongaciones: similar al anterior, pero con bordes irregulares y con prolongaciones.

Islotes aislados: Placas pequeñas y numerosas, separadas por espacios sin depósitos.

Rebordes; Sectores alargados de un escaso ancho, alrededor de un m.m. y extendiéndose todo alrededor del diente o de una cara del mismo". (4)

Según recientes investigaciones han podido sugerir que las sales minerales del tártaro pueden

(4) Carranza (h) F.A. -- Ob. cit. pag. 40

provenir tanto del suero sanguíneo como de la saliva.

Generalmente los cálculos aparecen en la juventud y continúan formándose toda la vida.

"En cuanto respecta a la composición química del cálculo está constituido por un componente inorgánico de 70 a 90 por ciento, que consiste en fosfato de calcio 75.9 por ciento, carbonato de calcio 3,1 por ciento y fosfato de magnesio con vestigio de otros elementos. El componente orgánico consiste en substancia fundamental de mucopolisacáridos, leucositos, restos de comida, células descamadas y diversos tipos de bacterias y hongos". (5)

El objetivo final de las investigaciones sobre cálculos es con la finalidad de investigar para determinar los métodos preventivos.

(5) Irving Glickman.- "PERIODONTOLOGIA CLINICA" (Ed. Mundl Es.As. 1967) pag. 79

CAPITULO III

EXAMEN DIAGNOSTICO PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Se puede definir el examen como una revisión sistemática y ordenada de los diferentes tejidos u órganos de la cavidad bucal en general, y así como una somera evaluación del estado sistémico del paciente, con una finalidad específica.

Antes de realizar el examen, el profesional o el estudiante debe recordar la anatomía y la fisiología del parodonto, para poder diferenciar todas las desviaciones o alteraciones de los tejidos normales.

El examen debe ser ordenado, sistemático y dirigido para obtener una cantidad máxima de información, sin incurrir en repeticiones, ni hacer preguntas sin objeto.

"En casi todos los métodos de examen, la primera parte consiste en recoger una historia general y bucal que se hace por medio de un interrogatorio o anamnesis que se llena en fichas clínicas especiales.

HISTORICA CLINICA GENERAL

- 1.- Enfermedad mas reciente, fecha y resultados del último examen, físico general.
- 2.- Historia quirúrgica.
- 3.- Estado gastrointestinal.
- 4.- Estado cardiovascular.
- 5.- Fiebre reumática.
- 6.- Diabetes u otras perturbaciones endocrinas.

- 7.- Alergias y sensibilidades a todas las drogas que pueden utilizarse: aspirina, antibióticos, tranquilizantes, codeína, etc.
- 8.- Medicamentos usados por el paciente en el momento del examen.
- 9.- Tendencia hemorragipara posoperatoria; Historia de enfermedades sanguíneas.
- 10.- Régimen dietético.

HISTORIA BUCAL.- Después de recoger toda información de la historia general, el examen continúa con la historia bucal, comienza con:

MOLESTIA PRINCIPAL.- Toda historia bucal comienza con el registro de la molestia principal, o sea por que el paciente busca la ayuda del profesional, por dolor o pérdida de función.

El profesional debe ser paciente al enfermo, aunque se extienda mucho, en lo que respecta a sus males reales o imaginarios, de este modo se puede obtener información de mucho valor.

Es bueno anotar solo la parte importante, que nos pueda dar el enfermo en lo que respecta a su padecimiento principal.

Otros puntos de interés para la historia bucal son las siguientes:

- 1.- Intervención dental mas reciente.
- 2.- Hemorragia en operaciones anteriores.
- 3.- Eficiencia en la masticación.
- 4.- Bricomanía o rechinariento de los dientes.

5.- Frecuencia de los exámenes dentales.

6.- Higiene bucal

7.- Hábitos, etc." (6)

El examen clínico se puede efectuar por los métodos que a continuación se detalla.

Método de la inspección.-- Que consiste en la observación clínica, vale decir en el reconocimiento por medio de la vista, de todas las alteraciones o cambios que se producen en los tejidos normales, puede realizarse primero en conjunto, para luego hacer un examen detallado de la zona afectada, así por ejemplo por medio de este método podemos determinar, el color de la encía, el grado de retracción, etc. etc.

Método de la palpación.-- Este método, como su nombre indica consiste en realizar el examen, por medio del uso del tacto digital, y para palpar es necesario tener cierta sensibilidad táctil, que se adquiere con la experiencia y se puede palpar por ejemplo la consistencia de los tejidos, la movilidad dentaria, la articulación T.M. etc.

Método de la exploración.-- Es uno de los métodos, que el dentista mayormente utiliza en la práctica odontológica, que consiste en hacer uso del espejo y del explorador para realizar el examen clínico y determinar de esta manera la presencia de ciertos defectos estructurales como ser la caries, para explorar la presencia de tártaro subgingi

(6) Golman.- "PERIODONCIA".-- (Ed. Interamericana S.A. México 1960) pag. 115, 116

val y algunas veces para medir la profundidad de las bolsas periodontales, etc.

Método de la percusión.-- La calidad de percusión debe tener un marcado valor en el diagnóstico en nuestra profesión, ya que se puede reconocer por medio del oído, de acuerdo al grado de sonido que presenta, sobre todo en las piezas dentarias, para esto se utiliza un instrumento metálico que se percute sobre las superficies dentarias así por ejemplo en un diente sano se percibe un sonido metálico, en tanto que en otro diente en tejido inflamatorio, se percibe un sonido mate apagado.

Como métodos auxiliares tenemos las radiografías y los análisis:

"Es importante anotar que para el reconocimiento de las manifestaciones periodontales, tiene importancia los signos y síntomas de las perturbaciones de los tejidos gingivales y periodontales, algunos son muy notorios en tanto que otros requieren un cuidadoso examen clínico. Pueden ser agrupados como siguen:

1.- Modificaciones del color gingival.

- a) Zona Marginal
- b) Zona papilar
- c) Zona adherida
- d) Mucosa alveolar

2.- Modificaciones de la forma, posición y aspecto superficial de la encía.

- a) Hiperplasia
- b) Retracción

- c) Desaparición del punteado
 - d) Aspecto brillante
 - e) Grietas
 - f) Festoneamiento acentuado
- 3.- Retracción de los tejidos gingivales.
 - 4.- Formación de bolsas.
 - 5.- Hemorragia.
 - 6.- Presencia de exudado.
 - 7.- Modificación de la apófisis alveolar.
 - 8.- Movilidad
 - 9.- Migración
 - 10.- Alteraciones en la oclusión". (7)

DIAGNOSTICO.- Siguiendo la definición del Dr. Henry M. Goldman y Walter Cohen dicen que el diagnóstico no es mas que un proceso, por el cual se reconoce la naturaleza de la enfermedad.

El diagnóstico y el reconocimiento de los procesos patológicos y de su etiología involucra una familiaridad íntima y completa con lo normal, es solo por la desviación de lo normal que podemos determinar la extensión y gravedad de una enfermedad.

Naturalmente a mayor experiencia y habilidad del dentista, mayor seguridad en el diagnóstico y de la misma manera mayor seguridad en el pronóstico, en realidad se puede decir que el diagnóstico es un arte, en el sentido de que nadie puede enseñar, sino que tiene que ser adquirido mediante la experiencia.

(7) Goldman.-"TERAPEUTICA PERIODONTAL" (Ed. Omega Es.As.1962) pag. 21

PRONOSTICO.- Una de las definiciones mas sencillas que da el

Dr. Carranza es la siguiente: el pronóstico es la predicción de la evolución de la enfermedad y de su respuesta al tratamiento.

También se puede decir que el pronóstico es anticiparse a los resultados que se va obtener después de un tratamiento periodontal.

Para determinar el pronóstico es necesario considerar algunos factores que a continuación se detallan:

PRONOSTICO TOTAL

- a).- Estado general del paciente.- Si el paciente presenta un estado general normal, es decir sin que presente ninguna alteración en su organismo, de seguro se puede considerar un pronóstico favorable; pero la presencia de enfermedades sistémicas en el organismo, nos dará un pronóstico desfavorable, así por ejemplo en enfermos cancerosos o tuberculosos se contraindica el tratamiento periodontal y algunas enfermedades como la diabetis y los enfermos cardiovasculares, que permiten su postergación al tratamiento.
- b).- Resistencia individual.- No existe ningún método seguro, para determinar el grado de resistencia tisular ante la agresión de factores locales.
- c) Edad del paciente.- Generalmente a mayor edad del paciente mejor pronóstico.
- d).- Selección del paciente.- El éxito final de la terapia periodontal, se basa en última instancia, en el cuidado que el paciente tenga con su boca, es de

cir en el interés que el paciente presente en esta fase del tratamiento, así por ejemplo en pacientes no cooperadores el pronóstico puede ser desfavorable.

PRONOSTICO LOCAL

a) Rapidez con que avanza la lesión periodontal.- Si se estima que el avance de la enfermedad es lenta, es decir si la lesión es crónica el pronóstico es favorable.

b).- Caries.- La presencia de caries a nivel de los cuellos dentarios, puede complicar el pronóstico.

c).- Pérdida ósea marcada.- Cuando el soporte óseo disminuye en forma considerable y aumenta la movilidad, el pronóstico será desfavorable.

d).- Tipo de pérdida ósea.- Puede considerarse que el tipo de pérdida ósea mas favorable es la vertical con tres paredes óseas, ya que existen mayores posibilidades de regeneración ósea.

Las pérdidas óseas producidas por abscesos agudos y en poco tiempo, tienen un pronóstico mas favorable, que las lesiones crónicas.

e).- Número de dientes remanentes.- El pronóstico suele ser mas favorable si el número de dientes es grande, haciendo posible prescindir de reemplazos protéticos.

En resumen de acuerdo a los factores enunciados el pronóstico puede variar en favorable y desfavorable.

PLAN DE TRATAMIENTO

Para realizar cualquier tratamiento, el profesional o el estudiante se traza un plan de tratamiento, es decir planifica para coordinar todos los procedimientos terapéuticos, para lograr éxito en los trabajos. Al hacer este trabajo sobre injertos, lo primero que se realiza es trazar un plan de tratamiento, de acuerdo al medio en que vivimos, porque es necesario tener en cuenta la vida social del paciente, considerando esta situación, se planificó de la siguiente manera:

- a).- Una etapa inicial que incluye el examen y diagnóstico, planificación del tratamiento, enseñanza de la higiene oral y raspaje inicial.
- b).- La segunda etapa, viene a ser la etapa quirúrgica donde se realiza la intervención quirúrgica.
- c).- Por último tenemos la tercera etapa que exclusivamente es la fase de mantenimiento, donde se le indica al paciente las visitas de control". (8)

(8) Carranza (h) F.A. Ob. cit. pag. 138

CAPITULO IV

DEFINICION Y CLASIFICACION

Para completar nuestro estudio y antes de ingresar a la descripción detallada de la técnica quirúrgica de "AUTOINJERTOS GINGIVALES LIBRES", es imprescindible tener una idea acerca de lo que es injerto, siguiendo la definición del Dr. Glickman en un concepto bastante sencillo dice: "Los injertos son tejidos trasladados de un sitio, para reemplazar estructuras destruidas en otro sitio". (9)

Generalmente se utilizan como injertos: La encía, mucosa bucal, hueso y médula ósea.

La zona de donde se obtiene el injerto se designa con el nombre de Zona dadora y la zona donde está destinada con el nombre de zona receptora.

Los injertos que se hallan unidos a la zona por una base o pedículo, son conocidos con el nombre de injertos pediculados, esta clase de injertos se transfieren al sitio receptor mediante deslizamiento o por rotación sobre su base.

"Un injerto libre se refiere a tejidos completamente eliminados de un lugar y transferidos a otro sin conservar conexión con la zona dadora". (10)

Se designa con el nombre de "AUTOINJERTOS GINGIVALES LIBRES" al traslado de un tejido, de una

(9) Irving Glickman.- Ob. Cit. pag. 703

(10) Id. pag. 703

zona dadora a otra zona receptora, sin mantenerse unida a su base, pero en el mismo individuo. Esta sería la definición que corresponde a la presente tesina.

CLASIFICACION

Existe una variedad de clasificaciones, que varían de acuerdo a cada autor, pero una de las clasificaciones mas sencillas es la que corresponde al Dr. Irving Glickman.

a) De acuerdo a su origen en:

INJERTOS AUTOGENOS.- (Autoinjertos) son tejidos obtenidos del mismo individuo.

INJERTOS HOMOLOGOS.- (Homoinjertos) se obtiene de diferentes individuos de la misma especie.

INJERTOS HETEROLOGOS.- (Heteroinjertos) se obtiene injertos de otras especies.

b) De acuerdo a su estructura en:

INJERTO MUCOPERIOSTICO.- (Espesor total) consta de epitelio superficial, tejido conectivo mas el periostio del hueso subyacente.

INJERTO MUCOSO.- (Espesor parcial) consta de epitelio y una capa fina de tejido conectivo subyacente".(11)

(11) Id. pag. 703

CAPITULO V

TECNICA QUIRURGICA DE AUTOINJERTOS GINGIVALES LIBRES

INDICACIONES

- 1.- "Los autoinjertos gingivales libres se utilizan para crear una zona ensanchada de encía insertada.
- 2.- Para profundizar el fórnix vestibular.
- 3.- En algunos casos para cubrir raíces demudadas" (12)

CONTRAINDICACIONES

- 1.- Enfermedades sistémicas que contraindican la cirugía bucal en general, ingresan en este grupo los enfermos diabéticos no controlados y todas las enfermedades graves, como ser casos de enfermos cardiovasculares y aquellos que presentan trastornos hemorrágicos.
- 2.- Infecciones orales agudas. En estos casos es necesario postergar hasta la remisión completa de los síntomas de estas afecciones.
- 3.- En mujeres embarazadas.
- 4.- En enfermos mentales.

PREOPERATORIO

Es la preparación previa al tratamiento, que consiste en procedimientos preliminares, con la finalidad de preparar la boca para el tratamiento total. Por lo general en nuestro medio ocupa de una a tres sesiones, donde se incluye el raspaje y alisado de las raíces y la eliminación de todos los factores irritativos, que puedan perturbar el tratamiento para el éxito, además se enseña al paciente, una

(12) Irving Glickman.-- Ob. cit. pag. 747

técnica adecuada para el cepillado y el régimen de control de la placa bacteriana, mediante uso de las sustancias reveladoras, para que ayude a mejorar el estado periodontal y proporcione la oportunidad de cooperación del paciente para seguridad del tratamiento.

El preoperatorio consiste en un tratamiento incompleto que tiene por finalidad, mejorar el estado de salud periodontal y reducir la intensidad de la inflamación, además disminuye la extensión de la lesión. Otra de la finalidad es ayudar al profesional a determinar el tratamiento ulterior que precisa el paciente. Así mismo, en el preoperatorio se investiga el estado sistémico que pueda perturbar la cicatrización.

En el preoperatorio también es necesario tener en cuenta sobre todo aquellos pacientes aprensivos, que es necesario administrarles tranquilizantes, o sedantes.

Minutos antes de la intervención, el instrumental debe estar perfectamente esterilizado, ya que es uno de los factores importantes para cualquier tipo de intervención, de la misma manera debe encontrarse acondicionado, de manera que el profesional pueda utilizar con suficiente facilidad; el paciente debe estar en posición cómoda, para no sufrir ningún cansancio ni molestia durante la intervención.

Para realizar una operación cualquiera en el organismo, el primer requisito fundamental, es la determinación del tiempo de sangría, que se realiza de la siguiente manera: Se pasa con alcohol la zona donde se va puncio

nar, puede ser el lóbulo de la oreja o el dedo del paciente y se deja manar la sangre, esta es secada cada medio minuto con un papel secante o con filtro. El tiempo que se necesita para que cese la hemorragia espontánea es el tiempo de sangría que varía de 1 a 6 minutos.

Para determinar el tiempo de coagulación se procede de la siguiente manera: Se limpia con alcohol el pulpejo del dedo o el lóbulo de la oreja, y por medio de una aguja se punciona de manera que brote la primera gota que es desechada, la segunda es tomada sobre un portaobjetos, luego debe inclinarse de un lado a otro cada medio minuto, donde la sangre se escurrirá.

Cuando no puede escurrirse significa que la sangre está coagulada.

El tiempo de coagulación es de 3 a 7 minutos.

PROCEDIMIENTO

AISLAMIENTO Y ANESTESIA.— Como primer paso al igual que cualquier intervención, se procede al aislamiento de la zona, con la finalidad de hacer anticepcia del campo operatorio, y luego se procede a la anestesia que de preferencia se utiliza la local o infiltrativa, porque tiene la ventaja de producir una isquemia local que permite trabajar en campo seco y no perturbe el trabajo con hemorragia, además tiene la ventaja de inducción rápida, administración y desarrollo de la anestesia sin complicaciones.

ELIMINACION DE BOLSAS.— Con una ^{incisión de gingivectomía,} se procede a la eliminación de bolsas por

ricidentales y luego se raspa y alisa las superficies radicula-
res.

PREPARACION DE LA ZONA RECEPTORA.-- La finalidad de este paso,
es la preparación de un le-
cho de tejido conectivo firme para que reciba el injerto.

Con un bisturí de hoja recta se
delimita la zona receptora, haciendo dos incisiones vertica-
les de tal manera que se extiendan desde el margen gingival
hasta la mucosa alveolar. Con el objeto de prevenir la retrac-
ción se debe extender la incisión el doble del ancho deseado,
luego se procede a preparar el colgajo introduciendo un bistu-
rí a nivel del margen gingival, pero sin tocar periostio. Ex-
tiéndase el colgajo hasta la profundidad de las incisiones ver-
ticales, y haciendo una incisión horizontal se retira el col-
gajo que está formado por epitelio y tejido conectivo, luego
se procede a la preparación del lecho receptor, mediante tije-
ras, dejando una superficie firme de tejido conectivo.

Contrólese la hemorragia median-
te trozos de gasa haciendo presión en el lecho receptor, y pro-
téjase la zona con una gasa mojada en solución salina.

Se procede a preparar la matriz
de estafío, correspondiente a la zona receptora, para ser usa-
da como patrón del injerto.

OBTENCION DEL INJERTO DE LA ZONA DADORA.-- Las zonas de donde
se obtiene el injer-
to por orden de preferencia son: la encía insertada, la mucosa
masticatoria de un reborde desdentado y por último la mucosa
palatina.

Se procede a colocar la matriz en el lugar elegido para la zona dadora, y se marca con una incisión poca profunda alrededor de ella con un bisturí. Colóquese la hoja hasta el espesor deseado en el bordel del injerto, luego se levanta el borde con mucho cuidado y se sostiene con una pinza con delicadeza, continuando de esta manera la separación.

Una vez que se ha separado más de la mitad del injerto, se coloca 2 suturas a cada extremo, que ayuda a controlar durante la separación y además simplifica el traslado y la colocación de suturas en la zona receptora, pero cabe hacer notar que debe efectuarse el mínimo de suturas, para no perforar inutilmente el tejido.

"Con respecto al espesor del injerto, debe consistir en un epitelio y una capa delgada de tejido conectivo, subyacente. El espesor adecuado es importante para la supervivencia del tejido conectivo del injerto, que debe ser suficientemente delgado para permitir la difusión rápida de los líquidos nutritivos de la zona receptora, lo cual es fundamental en el período inmediato al trasplante". (13)

Una vez separado el injerto y antes de llevar a la zona receptora, se procede a eliminar las lenguetas sueltas de la superficie interna, y se adelgaza los bordes para evitar engrosamientos posoperatorios.

TRANSFERENCIA Y ESTABILIZACION DEL INJERTO.-- Para realizar la transferencia del

(13) Irving Glickman.-- Ob. cit. pag. 747

injerto, es necesario llevar a cabo por intermedio de las suturas, tratando de evitar en lo posible, lesionar el tejido para obtener pronta cicatrización.

Antes de colocar el injerto, se quita la gasa de la zona receptora y se vuelve a colocar a presión para cohibir la hemorragia, se limpia el exceso de coágulo, "porque un coágulo grueso entorpece la vascularización; así mismo es un excelente medio para las bacterias y aumenta el riesgo de infección". (14)

Paso siguiente se ubica y adapta el injerto a la zona receptora. La existencia de un espacio entre el injerto y el tejido subyacente (llamado también espacio muerto), puede retardar la vascularización y pondrá en peligro al injerto. Luego se procede a suturar por uno de los extremos y antes de suturar el extremo opuesto; se levanta el injerto para limpiar el coágulo que pudiese existir, con una gasa, nuevamente se coloca con ligera presión, para que no exista el espacio muerto, y de esta manera se termina de suturar.

Es necesario asegurarse de que el injerto quede inmovilizado, porque el movimiento perturba la cicatrización.

Debe cubrirse con apósito periodontal por espacio de una semana, luego del cual se quitan las suturas y nuevamente se vuelve a colocar apósito por espacio de una semana.

PROTECCION DE LA ZONA DADORA.- Es necesario cubrir la zona dadora con apósito periodontal,

por espacio de una semana, y repítase si fuera preciso. A veces es un problema mantener el apósito en la zona dadora, sobre todo en paladar, en ese caso se puede utilizar ciertas férulas ligadas con alambre a los dientes.

POSOPERATORIO.- El tratamiento posoperatorio es bastante importante, tanto es así que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la intervención puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la operación.

Después de la intervención se realiza, el lavado de la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada, de la misma manera se hace enjuagatorios de la cavidad bucal del paciente.

Con respecto a la medicación del paciente, se administra analgésicos con el fin de aliviar el dolor posoperatorio, antiinflamatorios para prevenir la inflamación y por último enjuagatorios para la higiene bucal. Así mismo se explica el tipo de alimentación.

También es necesario indicar a los pacientes las siguientes instrucciones impresas:

- 1.- Fuera del ligero malestar cuando pase el efecto de la anestesia, no ha de sentir dolor, pero para evitar ese período de malestar tómesese dos aspirinas.
- 2.- El material colocado alrededor de sus dientes es un apósito de cemento quirúrgico, comparable con un vendaje que se utiliza en operaciones de otro tipo, para proteger las heridas.
- 3.- Evite las comidas calientes durante las 2 primeras horas,

por espacio de una semana, y repítase si fuera preciso. A veces es un problema mantener el apósito en la zona dadora, sobre todo en paladar, en ese caso se puede utilizar ciertas fé-
rulas ligadas con alambre a los dientes.

POSOPERATORIO.- El tratamiento posoperatorio es bastante im-
portante, tanto es así que la vigilancia, cui-
dado y tratamiento del paciente, una vez terminada la interven-
ción puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos
en el curso de la operación.

Después de la intervención se rea-
liza, el lavado de la sangre que pudo haberse depositado sobre
la cara del paciente, con una gasa mojada, de la misma manera
se hace enjuagatorios de la cavidad bucal del paciente.

Con respecto a la medicación del
paciente, se administra analgésicos con el fin de aliviar el
dolor posoperatorio, antiinflamatorios para prevenir la in-
flamación y por último enjuagatorios para la higiene bucal.
Así mismo se explica el tipo de alimentación.

También es necesario indicar a
los pacientes las siguientes instrucciones impresas:

- 1.-- Fuera del ligero malestar cuando pase el efecto de la a-
nestesia, no ha de sentir dolor, pero para evitar ese pe-
riódico de malestar tómesese dos aspirinas.
- 2.-- El material colocado alrededor de sus dientes es un apósito
de cemento quirúrgico, comparable con un vendaje que
se utiliza en operaciones de otro tipo, para proteger las
heridas.
- 3.-- Evite las comidas calientes durante las 2 primeras horas,

para que el apósito pueda fraguar normalmente.

- 4.-- Debe tratarse que el apósito permanezca en la boca el mayor tiempo posible; si no se cae será retirado dentro de una semana, pueda ser que pequeñas porciones se desprendan durante la semana, si caen grandes porciones llamo a consultorio.
- 5.-- Los buches no son una parte importante en el tratamiento, su única función es dar una mejor sensación de higiene.
- 6.-- No se cepille sobre el apósito.
- 7.-- Puede continuar con sus actividades habituales, evitando ejercicios violentos de cualquier tipo.
- 8.-- En las primeras horas después de la intervención, puede tener saliva coloreada con sangre. Esto no es raro y desaparece solo, si sale mayor cantidad de sangre tome una gasa estéril y haga presión durante 20 minutos, en caso de persistir es necesario llamar o asistir a consultorio.

FACTORES QUE DETERMINAN EL DESTINO DEL INJERTO.-- "El éxito de los injertos depende de la supervivencia del tejido conectivo.

En muchos casos se produce desprendimiento del epitelio, pero el grado con que el tejido conectivo soporta la transferencia a la nueva localización determina el destino del injerto. La organización fibrosa de la interfase entre el injerto y el lecho receptor sucede entre 2 y varios días.

En un principio, el injerto se mantiene mediante la difusión de líquido desde el lecho huésped, encía adyacente y mucosa alveolar.

El líquido es un trasudado de los

vasos huéspedes que proporciona alimentación o hidratación esenciales para la supervivencia inicial de los tejidos transplantados. Durante el primer día, el tejido conectivo se edematiza y se desorganiza, y sufre degeneración y lisis de algunos de sus elementos. A medida que la cicatrización avanza, el edema se resuelve y el tejido conectivo degenerado es reemplazado por tejido de granulación.

La vascularización de los injertos comienza alrededor del segundo día o al tercero.

Los capilares del lecho receptor y del ligamento periodontal incluido en la zona receptora, proliferan hacia adentro del injerto para formar una red de nuevos capilares y anastomozarse con los vasos preexistentes. Muchos de los vasos del injerto degeneran y son reemplazados por otros nuevos, y algunos participan en la nueva circulación. La parte central de la superficie es la última en vascularizarse y termina al rededor del décimo día.

El epitelio se degenera y desprende, y en algunas zonas se produce una degeneración total, pero es reemplazado por epitelio nuevo proveniente de los bordes de la zona receptora. Al cuarto día, aparece una capa de epitelio nuevo y las papilas epiteliales se desarrollan al séptimo día".

(15)

(15) Irving Glickman.- Ob. cit. pag. 748

CASO CLINICO Nº 1

NOMBRE Y APELLIDO: F.S.

EDAD: 29 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Panadero

DOMICILIO.- Villa Avaroa

MOTIVO DE LA CONSULTA.- El paciente asistió a la clínica en busca de ayuda para el tratamiento de su enfermedad gingival.

HISTORIA CLINICA.- Después de realizar la historia general, se pudo verificar que el paciente gozaba de perfecta salud, no existiendo de esta manera ninguna contraindicación para realizar el tratamiento periodontal.

Realizado el examen gingivodentario, se determinó la presencia de bolsas supraóseas profundas, con marcadas grietas gingivales, localizadas en las caras vestibulares del grupo 5.

DIAGNOSTICO.- Parodontitis simple localizada en el grupo 5.

PRONOSTICO.- Bueno.

PLAN DE TRATAMIENTO

PRIMERA VISITA.- Como preparación previa a la intervención se determinó: El tiempo de sangría de 3 Minutos y el tiempo de coagulación 3 minutos.

Como paso siguiente se procedió al destartraje y alisado de las raíces, mas la enseñanza del cepillado.

SEGUNDA VISITA.- Se procedió a realizar la intervención quirúrgica el día 12 de septiembre del presente, con

la técnica de autoinjertos gingivales libres.

Los pasos que se siguieron fueron los siguientes: Aislamiento y anestesia, eliminación de bolsas, preparación de la zona receptora, obtención del injerto de la mucosa palatina transferencia y estabilización del injerto mediante suturas, y la colocación de apósito periodontal en las zonas dadoras y receptoras.

Posterior a la intervención se administró, analgésicos y antiinflamatorios y además se dió todas las indicaciones necesarias.

TERCERA VISITA.- Después de una semana de la intervención se sacó el apósito, primero de la zona dadora y luego se realizó la limpieza, posteriormente se quitó el cemento de la zona receptora, para hacer la limpieza mediante una torunda de algodón en agua oxigenada, finalmente se sacó las suturas.

Una vez limpiada la zona, se observó los siguientes cambios clínicos en el injerto: Presentaba un color rojo subido, con inflamación moderada, además es necesario hacer notar que el tejido de granulación se mostraba bastante visible.

Posteriormente se procedió a colocar el apósito por el lapso de una semana.

CUARTA VISITA.- Después de 2 semanas de la intervención se quitó el apósito de la zona receptora, y en esta visita se dió las últimas instrucciones para la higiene oral.

QUINTA VISITA.- Observando que los tejidos habían recobrado su normalidad, se dió de alta el día 6 de octu-

bre de 1975 siendo calificado el paciente como buen colaborador.

PREOPERATORIO



POSOPERATORIO



CASO CLINICO Nº 2

NOMBRE Y APELLIDO.- M.M.

EDAD.- 22 años

SEXO.- H.

OCUPACION.- Empleado

DOMICILIO.- Dámaso Aguirre s/n

MOTIVO DE LA CONSULTA.- El paciente llegó a la clínica de la Facultad, en busca de ayuda para el tratamiento de sus encías.

HISTORIA CLINICA.- Realizado el interrogatorio el paciente manifestó, no estar en tratamiento médico, ni adolecer de ninguna enfermedad que pueda contraindicar el tratamiento de sus encías.

Una vez realizado el examen gingivodentario se pudo verificar que la encía adherente era angosta, la misma localizada en el grupo 5.

DIAGNOSTICO.- Gingivitis crónica difusa generalizada.

PROMOSTICO.- Bueno

PLAN DE TRATAMIENTO

PRIMERA VISITA.- Lo primero que se realizó fue determinar el tiempo de sangría 4 minutos y el tiempo de coagulación de 3 minutos y medio.

De la misma manera se procedió a realizar el destartraje y alisado de las superficies radiculares, mas la enseñanza de la técnica de cepillado de Stillman modificado.

SEGUNDA VISITA.- El día 18 de septiembre del año en curso se procedió a la intervención quirúrgica, de la

técnica de autoinjertos gingivales libres, siguiendo los siguientes pasos: Aislamiento y anestesia, gingivectomía, preparación del lecho receptor, obtención del injerto de la mucosa palatina, suturas y por último la colocación del apósito periodontal en las zonas dadora y receptora.

Se administró analgésicos, anti-inflamatorios y enjuagatorios de la misma manera se dió las instrucciones para el cuidado, del paciente.

TERCERA VISITA.- El paciente se presentó al día siguiente con problemas de hemorragia, siendo la causa del cuidado de parte del paciente, cohibiéndose con una ligera presión de 15 minutos.

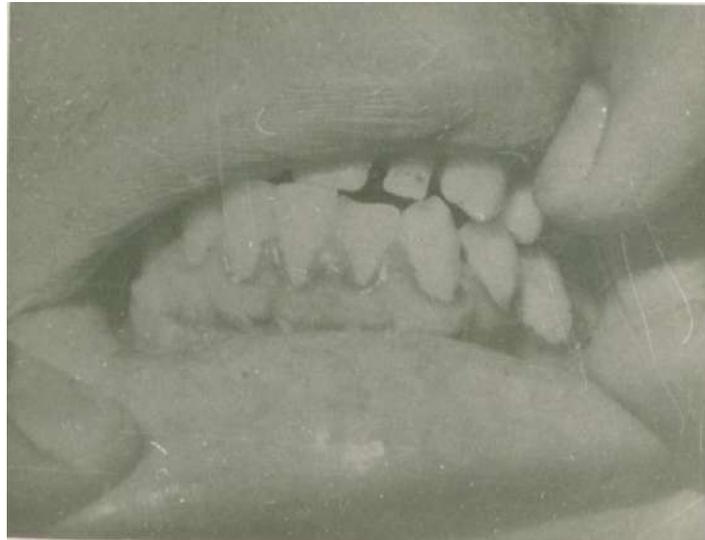
CUARTA VISITA.- A los 6 días de intervención el paciente asistió a la clínica, para el retiro del apósito, procediendo a eliminar primero en la zona dadora y luego en la zona receptora, y posteriormente se hizo el lavaje de las dos zonas en base de agua oxigenada, después se separó los puntos de sutura, y se pudo observar que el injerto estaba en pleno proceso de cicatrización, siendo muy visible el tejido de granulación con ligera inflamación.

Nuevamente se procedió a colocar apósito en la zona receptora por espacio de una semana.

QUINTA VISITA.- Se retiró el cemento, presentando la encía un color rosáceo, pero con mínima inflamación.

SEXTA VISITA.- El paciente presentaba la encía con todas las características de normalidad, siendo dado de alta el 15 de octubre de 1975, calificándose como paciente regular.

PREOPERATORIO



POSTOPERATORIO



CONCLUSIONES

Habiendo concluido el presente trabajo, sobre "AUTOINJERTOS GINGIVALES LIBRES" y analizando todos sus alcances, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- 1.- Que la técnica quirúrgica de autoinjertos gingivales libres, es poco difundida en nuestro país, y puede ser llevada a la práctica con óptimos resultados.
- 2.- Se recomienda el uso de la técnica, para incrementar encía insertada y para profundizar el fórnix vestibular.
- 3.- Para lograr el éxito de la intervención quirúrgica es necesario evitar en lo posible el menor traumatismo de los tejidos gingivales.
- 4.- Los injertos gingivales cicatrizan sin complicaciones, si se logra una buena adaptación a nivel de la interfase.
- 5.- No es necesario poseer instrumental de alta cirugía periodontal, ya que con el instrumental corriente de cirugía periodontal se realiza esta clase de intervenciones.
- 6.- De la misma manera los cuidados pre y posoperatorios son factores que coadyuvan, para el éxito de este tratamiento.