



UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO

ELECTROCIRUGIA EN PARODONCIA

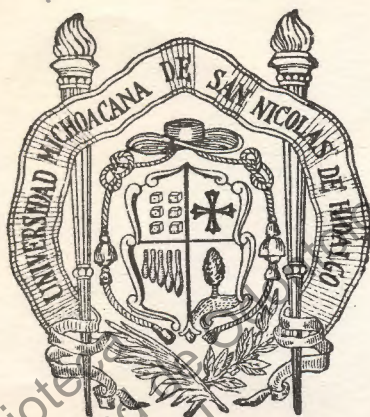
T E S I S

Que para Obtener el Título de Cirujano Dentista presenta

Austreberto Herrera Ayala

Morelia, Mich.

1974



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO

ELECTROCIRUGIA EN PARODONCIA

T E S I S

Que para Obtener el Título de Cirujano Dentista presenta

Austreberto Herrera Ayala

No B^o

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Morelia, Mich.

1974

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A mi Papá:

JOSE AMPARO HERRERA
MURILLO

Como un sencillo homenaje a su gran esfuerzo y dedicación, con los que logró cristalizar en mí su propio anhelo; servir desinteresadamente a nuestros semejantes en desgracia.

A mi Mamá:

SRA. MA. DEL CARMEN AYALA
DE HERRERA

Venerable mujer que con su abnegación y ternura, me guió para entregarme a la noble labor de la humanidad.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A mis Hermanos:

DELIA
JOSE JUAN
RAMON
MA. ESTHER
JOSE AMPARO
MA. MAGDALENA

Mi agradecimiento eterno, porque con sus esfuerzos y consejos hicieron posible que yo llegara a esta etapa tan importante de mi vida, la realización de mi carrera.

Con todo Respeto y Cariño:
A MIS DIOS, PRIMOS Y SOBRINOS

A mis Cuñados y Cuñadas:

:: EMMA SOCORRO
:: SERAFIN
:: JOSEFINA
:: GAMALIEL

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A la Fam. Gordillo-Caballero

J. GUADALUPE GORDILLO
DUENAS
BALVINA CABALLERO
DE GORDILLO

Así Como a sus Hijos:

JOSE
MARIA
LUIS
BALTAZAR
GILBERTO
CARMEN
IGNACIO
MA. ELENA
JESUS

A la Fam. Cuevas-Gordillo:

DR. ALEJANDRO CUEVAS TORRES
PROFRA. MARIA GORDILLO
DE CUEVAS

A la Fam. Gordillo-Berber:

LUIS GORDILLO CABALLERO
MA. DOLORES BERBER DE G.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Al Sr. Dr. SAMUEL CHAVEZ FRAGA
Director de la Fac. de Odontología

Mi más profundo agradecimiento
por haberme ayudado a realizar este
trabajo.

A mis Maestros Catedráticos
de la Facultad:

DR. LEOPOLDO ARROYO Z.
DR. ROGELIO PANIAGUAR.
DR. ADRIAN RODRIGUEZ RICO
(Padrino de la Generación 69-73)
DR. GABRIEL LOZANO VAZQUEZ
DR. EDUARDO CONTRERAS P.
DR. ROSALIO RODRIGUEZ
DR. EDUARDO PLAZA

Con todo respeto y admiración,
les dedico este sencillo trabajo, por-
que tarde que temprano alguna vez
vendré a recibir un consejo que mi
carrera exija, porque qué mejor que
ellos, los pasos técnicos de mi ca-
rreira recibí.

AL HONORABLE JURADO:

Al haber terminado mis estudios para obtener el título de Médico Cirujano Dentista, presento ante Uds., este modesto pero significativo trabajo, en cuyo contenido no dudo encontraréis errores propios de mi inexperiencia pero confiado en la benevolencia de Uds., espero sepais corregir y perdonar dichas faltas.

Quiero hacer patente que durante los años de estudio transcurridos uno de los motivos que me impulsaron a la terminación de mi carrera fue el de aliviar el dolor humano.

Dicho tema lleva como título "ELECTROCIRUGIA EN PARODONCIA"; ya para finalizar quiero rogarles tomen en cuenta mis esfuerzos para ser indulgentes en vuestro veredicto.

INTRODUCCION

Esta tesis no reclama para sí, la distinción de ser una presentación exhaustiva de la electrocirugía, tan solo pretende ser una guía práctica para una aplicación más amplia de la electrocirugía dental, una descripción de la técnica lograda después de muchos años de experiencia y profundos estudios de este nuevo campo para los dentistas de práctica general.

Desde hace años, cierto número de dentistas han confirmado para la Odontología restaurativa, el valor de la electrocirugía, tanto para el empaste simple de una corona, como para una amplia reconstrucción, así como también en la gingivoplastica modelante e inclusive en la gingivectomía.

La electrocirugía no solamente ampliará dentro de poco la terapéutica Buco-Dental, sino que le proporcionará al dentista las posibilidades de poder aplicar los modernos conocimientos científicos a la tarea sobresaliente y amplísima que toca desempeñar a la Parodontología de la práctica diaria.

El uso de la electrocirugía ha tomado un firme camino que nos ha llevado a su constante uso de las diferentes especialidades de la Odontología moderna, con resultados satisfactorios.

El objeto principal de esta tesis, es corroborar las excelencias de un aparato de cirugía de alta frecuencia, que tanto se ha ponderado en la literatura de dicho aparato, donde nos lo presentan como lo mejor de la cirugía bucal y comparar sus resultados con métodos convencionales.

La electrocirugía consiste en el uso de una corriente eléctrica de alta frecuencia para procedimientos quirúrgicos. Es la aplicación de una corriente eléctrica para la disección, remoción de tejido enfermo ó para cortar tejido sano con menos hemorragia. Los tejidos son lesionados por explosión celular.

En reportes hechos en la Universidad de Colorado, de trabajos hechos con electrocirugía, indican que se vieron cortes en el microscopio electrónico y la membrana celular, Mitocóndrias y granos de Glucógeno no demostraron alteración celular apreciable.

Actualmente hay en el comercio aparatos que han sido modificados en su funcionamiento y simplificados en su manejo para la práctica Odontológica ofreciendonos comodidad al reducirse el

tamaño del aparato.

El funcionamiento del aparato de alta frecuencia, consistente en transformar la corriente alterna en corriente directa, para luego convertirse en corriente eléctrica de alta frecuencia (no electrónica) por la acción de los tubos osciladores, después la corriente es por decir así, refinada a través de condensadores y transformadores de salida y finalmente se dirige a la salida, pasando por los tubos amplificadores y de allí a la parte activa ó mango del operador. Se genera un arco continuo y controlado y es el que secciona los tejidos.

El funcionamiento del equipo electroquirúrgico, está fundado en el principio de la Diatermia y los hornos modernos de radiar cuando una corriente de alta frecuencia pasa a través de los tejidos la resistencia natural de los tejidos genera calor.

En Diatermia son usadas dos grandes placas y los tejidos son únicamente calentados, mientras que en la electrocirugía, estas placas están substituidas por un alambre delgado y como resultado, las ondas de radiofrecuencia son enfocadas desde una placa de tierra grande, hacia la punta del electrodo, el cual actúa como lente de aumento, concentrándose el calor en la punta del alambre, completamente rectificadas para que produzcan radiofrecuencias este intenso calor produce destrucción celular.

Las unidades de electrocirugía para la Odontología deben ser desde 2 a 3 Megaciclos (2 a 3 millones de ciclos por segundo).

El aparato que usamos, es un gabinete compacto de 14 por 14 por 21 centímetros, que fué diseñado especialmente para Odontología, con una capacidad completa de 70 watts de potencia y ha sido acondicionado usando componentes modernos, tales como rectificadores de silicón y tubos de corriente de poder, los cuales han sido probados para servicios continuos de televisión.

Los componentes básicos del equipo de electrocirugía son:

- 1.—El gabinete compacto, que es para 110 y 120 voltios de corriente alterna.
- 2.—Un instrumento universal de mano donde se embona el electrodo, que es la parte activa para seccionar.
- 3.—Una placa metálica, cuya función es hacer tierra.
- 4.—Viente electrodos básicos, que se cambian a elección del cirujano, según el caso lo amerite.
- 5.—Un conmutador de pie, que al ser accionado prenderá el

piloto con una luz blanca.

El manejo del aparato se hace insertando el electrodo en la pieza de mano, después de haber enchufado el cable de corriente del aparato, se acciona el conmutador y se esperan 20 segundos para que los tubos se calienten para que así pueda ser usado el aparato.

El aparato o gabinete, consta de un foco blanco que se encenderá cuando el conmutador de pie sea accionado, al encenderse indica que la energía de radiofrecuencia está pasando al electrodo. La placa de tierra deberá estar usándose en todos los procedimientos es puesta en el respaldo de la silla dental con el paciente recargado en ella ó sentado sobre la placa. Puesto que la energía de radiofrecuencia pasa a través de la ropa, no es necesario que la piel del paciente esté en contacto directo con la placa.

ALGUNOS ASPECTOS CLINICOS:

I.—REMOSION DE ENCIA EN CARIES SUBGINGIVAL (5os. 3os. 2os. Grupos)

Nos es útil para retirar la papila interproximal que obstruye nuestra preparación de 2º y 3º grupo y al mismo tiempo detener el sangrado que se produce al tocar dicha papila. Con esto la obturación se efectúa en la misma cita ó se toma la impresión para la posterior restauración. También nos es útil para retirar el tejido gingival que en ocasiones cubre cavidades de la clase V.

En el área del cuello dental hay que considerar la clara configuración de todos los bordes de la cavidad como requisito indispensable. Prescindiendo del hecho de que la imposibilidad de una observación clara y precisa tiene como consecuencia de que muchas veces queden dentinas cardadas o bordes de fusión mal alisados que ponen en entre dicho la durabilidad de la restauración, puede una inesperada hemorragia durante la colocación de un empaste, hacer éste inservible.

Es aquí donde la electricorugía y la electrotomía se perfilan como medidas preparatorias indispensables para el éxito.

Con baja dosificación de corriente y aplicando un pequeño electrodo de lazo, se elimina el tejido con pases modelantes por todo el borde gingival a $\frac{1}{2}$ largo de todo el borde de la cavidad. Con ello no solamente se logra una exacta puesta al descubierto

de todo el borde de la cavidad, sino también una hemostasis segura, facilitando lograr una perfecta continuidad en la restauración.

II.—ABSCESOS PARODONTALES.

El absceso parodontal está relacionado directamente con una bolsa parodontal preexistente. Cuando dicha bolsa alcanza una profundidad suficiente quizá de 5 a 8 mm, los tejidos blandos que rodean el cuello del diente pueden estrecharse en torno del diente a un punto tal en que las bacterias se multiplican en la profundidad de la bolsa y produzca una irritación suficiente para formar un absceso con exudación de pus en la zona. El absceso consiste en un cavidad central ocupada por pus, aislada por un lado por la raíz del diente y por el otro por tejido conjuntivo, dado que es probable que en la mayoría de los casos el recubrimiento epitelial de la hendidura haya sido destruido por el proceso inflamatorio.

Se le conoce también como absceso lateral o paretal y puede formarse:

A).—Cuando la supuración de la bolsa parodontal tiene lugar en la cara interna de la pared blanda, con la localización del proceso inflamatorio supurativo en la cara lateral de la raíz y obstrucción del drenaje a la cavidad oral.

B).—Las que describen cursos tortuosos alrededor de la raíz (bolsas complejas) pueden cerrarse dejando un fondo de saco en el extremo profundo, la misma que da origen al absceso parodontal.

C).—Puede formarse un absceso parodontal cuando después de un tratamiento parodontal incompleto se contrae el margen gingival, quedando tártaro con formación persistente de pus en la parte de la raíz. Esto ocurre frecuentemente en los casos de bifurcación o trifurcación incorrectamente tratados.

El absceso parodontal puede dividirse según la localización de la lesión patológica, en la forma siguiente:

a).—Absceso de los tejidos parodontales de la superficie lateral de la raíz, con destrucción del hueso alveolar. En estos casos hay generalmente, una fistula a través del hueso desde el absceso hasta la mucosa oral.

b).—Absceso de los tejidos parodontales a lo largo de la cara lateral de la raíz sin lesión apreciable del hueso subyacente.

c).—Absceso de la pared blanda una bolsa parodontal profunda.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Puede ser agudo o crónico.

El absceso parodontal agudo aparece como una elevación ovoidea de la encía vecina a la superficie lateral de la raíz. La encía de la zona atacada es edematosa roja y con una superficie lisa y brillante. La consistencia y contorno de la zona elevada varían. En algunos casos es en forma de cúpula y relativamente firme: en otros es puntiaguda y blanda. En la mayoría de los casos la suave presión digital sobre la lesión la hace supurar, menos frecuentemente, el paciente presenta todos los síntomas de un absceso parodontal agudo sin alteración notable de la zona periapical. Se acompaña de diferentes síntomas tales como dolor pulsátil irradiado, sensibilidad a la persecución y palpación, movilidad, linfadenitis y en casos graves efectos sistémicos tales como fiebre, leucocitosis y malestar general.

El Absceso Parodontal crónico se caracteriza por la presencia de una fístula purulenta con un orificio en forma de cráter, en la mucosa gingival lateral, es generalmente asintomático. El paciente puede relatar episodios característicos por un dolor vago, ligera elevación del diente con deseo de morder y desgastarlo, puede sufrir exacerbaciones agudas con todas las características dadas.

DIAGNOSTICO

Se hace correlación la historia y la observación clínica con hallazgos radiográficos, la continuidad de la lesión con el margen gingival es una prueba clínica de la existencia de un absceso parodontal. Se debe sondar cuidadosamente el margen gingival de cada diente buscando un conducto que vaya de la zona marginal a los tejidos parodontales más profundos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE UN ABSCESO PARODONTAL Y APICAL.

Salvo los casos extremos que se extienden hasta la zona apical, la presencia de un absceso parodontal no produce la desvitalización de la pulpa dental, la presencia de pulpa no vital en un dien-

te sospechoso señala el diagnóstico periapical. En casos graves, el absceso paradontal puede extenderse hasta el ápice produciendo cambios patológicos de la pulpa. Es también teóricamente posible que un absceso apical se extienda por la cara lateral de la raíz.

TRATAMIENTO

En la fase aguda, consiste en la prescripción de un antibiótico y de la creación de un desagüe, suele prescribirse Eritromicina la penicilina es eficaz y a la vez es un medicamento peligroso en pacientes que tienen antecedentes de sensibilidad a este medicamento.

Se iniciará cuando el absceso sea manifiesto y puede evacuar-se el pus, sobre la zona operatoria se aplica un anestésico y tópic-o y si se desea o es necesario se inyecta vía submucosa un anestésico local, que se inyectará lentamente para que éste no penetre al absceso.

La incisión se hace por la cubierta más tenue o delgada del absceso, con un electrodo de aguja puntiaguda, con una dosificación corriente de 4—6, el electrodo se conducirá con más lentitud para que forme al ir cortando una especie de costras en los bordes de la mucosa, para evitar con ello que la herida cierre prematuramente y de manera indeseable, con ello se elimina el molesto drenaje por medio de tiras de gasa y de goma, la apertura del absceso puede ampliarse a discreción del operador.

III.—FRENECTOMIAS.

No es rara la hipertrofia del frenillo labial, principalmente en niños pequeños, en quienes tiende a producir ectopía y oclusión defectuosa de los incisivos centrales tanto superiores como inferiores, esta deformidad se puede manifestar de tres diversos modos:

a).—Separación de las coronas, que junta los ápices de la raíz.

b).—Separación de los ápices, que determina la unión anormal de las coronas.

c).—Separación total de los dientes.

Muchas de las deformidades pueden ser corregidas por la Ortodoncia, otras veces es necesaria la operación quirúrgica.

Por regla general hay un pliegue de tejido fibroso que se ex-

tiende entre los incisivos centrales hasta el borde anterior del paladar o por la parte lingual hasta piso de boca.

El movimiento constante de los labios hace que se separen los incisivos centrales. La operación en los primeros años de vida tiene sus ventajas, muchos autores la recomiendan antes de la primera dentición, lo cual no nos parece convincente.

Creemos que la edad más adecuada es de los ocho a los doce años de edad, ya que en esta época puede saberse con precisión la magnitud de la deformidad, además los niños de esta edad son más fáciles de manejar y se puede hacer muchas veces la operación con anestesia local.

El frenillo ocupa una posición muy importante en la boca, una anomalía en él causa deformidad en la arcada dental, llegando a ocasionar la separación exagerada de los incisivos centrales. Esta deformidad no solo es antiestética, sino que puede originar debilitamiento del tejido gingival, además de exponerlo en constante irritación.

La anomalía se presenta en diversos grados, que varían desde el frenillo estrecho, hasta el de gran anchura, en forma de abanico e insertado en la cara lateral de los incisivos centrales superiores, cerca de las arrugas del paladar y en los inferiores cerca del piso de la boca. El frenillo en tales circunstancias, limita la movilidad del labio en la línea media.

La gingiva por lo general, está en condiciones de resistir las cargas de fricción al masticar, al cepillarse los dientes, mientras que la mucosa alveolar, por lo regular, no lo resiste.

La gingiva está cornificada en la superficie, consistiendo la lámina propia, que se encuentra por debajo, de fascículos densos y bien organizados.

La gingiva fija está firmemente unida al hueso alveolar. En contraste la mucosa alveolar tiene un epitelio fino no cornificado, un tejido flojo, fibras elásticas en la mucosa y submucosa, estando unida con el periostio del apéndice alveolar se ajusta bien a las funciones del movimiento.

TRATAMIENTO

La técnica no se diferencia del método usual V-Y, solamente que es más sencilla, porque con el electrodo podemos trabajar casi sin sangre y por lo tanto con mayor visibilidad. Además puede

lograrse fácilmente la destrucción de los tractos de fibras del tejido conjuntivo interdental y al mismo tiempo por coagulación.

Por medio de la electrotomía se hacen cortes laterales desde el fondo del vestíbulo hasta el borde gingival o sea hasta la papila incisiva, con ello se levanta bien una placa casi triangular de la encía, que asemeja un triángulo con vértice en la papila incisiva y base en el fondo de saco, después el tejido fibroso se corta por su base o sea, se hace tracción del triángulo de encía y por medio de un corte horizontal se elimina el frenillo, todo se hace por medio de un electrodo recto, con dosificación de 2-4, a esto sigue si se desea una sutura primaria en lo más arriba posible del vestíbulo para evitar toda contracción cicatrizante, la sutura se retira unos días después.

Por lo tanto, al examinar una boca y al bajar los labios y al estudiar la profundidad del vestíbulo, se descubren tractos de mucosa que se extienden ya hasta el límite mucogingival, entonces queda a causa del saliente de tales pliegues de mucosa en los bordes de la encía impedido colocar el cepillo de dientes y con ello el cuidado de la encía. Se producen inflamaciones marginales, muchas veces atrofas de la encía en dientes individuales o bolsas, tales frenillos deben ser eliminados cuanto antes. La técnica operatoria con el electrodo es rápida y sencilla bajo anestesia.

1.—Se baja el labio, para que la trayectoria y el saliente del frenillo queden bien visibles.

2.—Se corta el frenillo verticalmente con un electrodo de aguja fina.

3.—Tirando del labio, el área de corte se convierte de horizontal a vertical y se cierra con sutura.

4.—Los controles al cabo de algunas semanas muestran un vestíbulo bucal sin perjudicial tracción de bandas.

El cierre vertical de la mucosa se puede hacer si se desea con hilo de seda negro o con alambre.

IV.—HIPERPLASIAS QUE IMPIDEN LA COLOCACION DE GRAPAS PARA ENDODONCIA

El Odontólogo de práctica general, con frecuencia se encuentra ante piezas dentales cuyo paquete vasculonervioso se encuentra comprometido, ya sea por caries, traumatismo, irritación física, química, etc., y se requiere que permanezcan en el arco denta-

rio conservando la integridad funcional, estética y anatómica de éste.

Estas piezas dentales requieren de un tratamiento especial de Endodoncia cuyo éxito depende de la técnica del tratamiento y de un campo totalmente estéril.

En ocasiones el Odontólogo para poder hacer el tratamiento tendrá que recurrir a la eliminación del crecimiento de tejido anormal que impide colocar el dique de hule y ajustar la grapa al cuello de la pieza dental.

Otras ocasiones se tiene que hacer el tratamiento de Endodoncia en muñones dentales fracturados por traumatismos o caries residivas y que prácticamente ya no quede muñón y que es imposible colocar la grapa a nivel del cuello dental.

El Dentista se ve obligado a eliminar tejido sano para colocar la grapa en su posición y así poder realizar su tratamiento de conductos y posteriormente reconstruir el muñón por medio de un pivot endorradicular, para reconstruir la pieza dental y reintegrarle sus funciones estéticas, anatómicas y funcionales.

La remoción de la hiperplasia gingival o tejido sano, se puede realizar por medio de la electrocirugía con rapidez, sencillez y sin sangrado.

Generalmente basta con pases modelantes con un electrodo de lazo para reducir el tejido gingival; con una dosificación de corriente de 3-5 y con angulación de 45° grados respecto al tejido.

Si se aplica una dosificación del corriente demasiado alta o si se conduce el electrodo con lentitud se producen demudaciones de color, que deben evitarse en forma absoluta, el área de la herida tiene que permanecer de color rosado claro, libre de toda carbonización de tejido, que causaría dolor post-operatorio, retardo en la cicatrización y contracción gingival.

La hemorragia se coagula por medio de un electrodo de esfera con mínima dosificación de corriente (2) restañando la herida.

COHIBIR HEMORRAGIAS SUPERFICIALES

En la mano del dentista está, el logro de un correcto, limitado e intencionado efecto de coagulación y de evitar efectos secundarios no deseables con todas sus perjudiciales consecuencias.

Cuatro cosas son decisivas.

a).—La intensidad de la corriente.

b).—La forma y tamaño del electrodo.

c).—La duración de la aplicación.

d).—La modalidad de la aplicación.

En la coagulación, de acuerdo con la dimensión del electrodo de coagulación utilizando en ello y con la dosificación de corriente en el área adyacente al tejido, se produce tanto calor, que en las células del tejido se origina una coagulación del líquido celular. Con una correcta dosificación no se ocasiona por la coagulación necrosis alguna, sino que se produce una inflamación localmente limitada con subsiguiente encogimiento y endurecimiento de la sección de tejido coagulado, la coagulación es una deshidratación de los tejidos que detiene y previene la hemorragia. Se extiende la coagulación alrededor del electrodo en forma semicircular, correspondiendo al efecto de profundización más o menos medio diámetro del área visible de coagulación. El éxito lo determina la correcta dosificación y el tiempo de la aplicación, las consecuencias no deseables, son la carbonización de los tejidos que toman coloración pardo-oscuro o negra.

Para la coagulación se pueden emplear diferentes electrodos (aguja, esfera, lazos) e instrumentos quirúrgicos (pincetas, grapas de arterias y similares).

Si se desea una área de coagulación de mínimas dimensiones, se realiza con electrodos finísimos de aguja y de mínimo amperaje y duración.

Para restañar rápidamente hemorragias de vasos menores durante una intervención quirúrgica, se coge el vaso con una grapa de mosquito y se toca ésta con el electrodo activo. Con ello se conduce la corriente al tejido y vaso sangrante se cierra por coagulación, la técnica es, se localiza el vaso sangrante, se coge de modo que la hemorragia termine, solo entonces puede esperarse un efecto hemostático, luego se toca con un electrodo esférico con alta dosis de corriente (4-7), primero se prueba con duración de 2-3 segundos, de acuerdo con la magnitud de la hemorragia.

Si se utiliza para la coagulación electrodos esféricos hay que tener en cuenta, la extensión de área de coagulación puede estar regida no solamente por el tamaño del electrodo esférico sino, sobre todo, por la magnitud de la dosificación de la corriente. Con una dosis menor se produce la coagulación con más lentitud y llega a tener una extensión mayor. En una dosificación alta, la

coagulación se produce rápidamente.

Electrodos sucios con partículas de tejido carbonizado o restos de sangre en las superficies pueden causar formación de chispas y la carbonización de las áreas de contacto. Secciones de tejido quemado superficialmente ya no pueden ser coagulados en razón de la mayor resistencia de transición. Por ello se recomienda enfáticamente mantener limpios los electrodos y quitarles cuidadosamente todos los restos de tejido antes de volverlos a utilizar. La paralización de hemorragias parenquimatosas de superficie ancha se realiza mejor dando pases modelantes con un electrodo esférico, con suavidad, sin hacer presión, de lo contrario se hunde el tejido, haciendo con ello crecer la superficie adyacente del tejido la densidad de la corriente no alcanza la magnitud requerida para la coagulación.

VI.—PERIACOTOMIA

Entre los múltiples métodos que tenemos de tratamiento del cuadro clínico de las terceras gruesas, ocupa la electrocirugía destacada posición. Con ningún otro método pueden tan rápida y eficazmente eliminarse los síntomas torturantes (inflamación local, dificultad al comer, trismo muscular, dolores irradiados, caries residivas, etc.).

En una molar en mala posición (horizontal) de la que difícil o de ninguna manera pueda más adelante incorporarse normalmente en la oclusión, se desistirá y en su caso se comenzará en seguida o después de una preparación correspondiente, a la eliminación, sobre todo cuando los dientes están muy apretados en maxilares inferiores demasiado pequeños, consideración de la dentición del maxilar superior y de la calidad de los molares presentes en el maxilar inferior.

Sin embargo sí es normal, teniendo una posición infraoclusal, es decir aún debajo del nivel de oclusión, entonces debe efectuarse la amplia denudación de su cara o área masticatoria, eliminando los lóbulos de la mucosa que se encuentran por encima de su cara oclusal.

La técnica de eliminación del lóbulo que cubre parcial o totalmente la cordal impedida, se realiza de la manera siguiente:

- a).—El lóbulo se anestesia por atomización.
- b).—Con un electrodo de aguja angular se hace el primer cor-

te lingual rápidamente de distal a mesial, es decir, penetrando con el electrodo lo más verticalmente posible en el área de la mucosa disto-lingualmente, llevándolo luego hacia adelante.

c).—El segundo corte se hace paralelamente al corte lingual bucalmente hacia abajo de distal a mesial.

d).—Ahora se unen ambos cortes paralelos distalmente entre sí. Naturalmente, el electrodo no se debe conducir titubeante o estacionariamente, porque en este caso no se obtienen cortes lisos sino chamuscados.

e).—Ahora se agarra el lóbulo mesialmente con una fina pinza de gancho, levantándolo. Los restos de los tractos de fibras se cortan por capas, quitando el lóbulo hasta que toda el área masticatoria de la cordal, quede al descubierto. En caso de que queden aún algunos restos de lóbulo cubriendo parte del diente, se procede a eliminarlos por medio de electrodos de lazo finos.

f).—Vasos sangrantes de la mucosa se dominan fácilmente con electrodos de esfera con una baja dosificación de corriente 2-3.

g).—Ahora se cubre con un pedazo de gasa con terracortrilgel o almotrasina-s, que se coloca en la cavidad de la encía por encima de la cordal (esto es a criterio del dentista).

Al paciente se le recomienda mantener limpia su boca con enjuagues de alguna solución antiséptica y una dieta sin alimentos grasos e irritantes.

Empleando bien la técnica generalmente se obtiene una curación libre de problemas y rápido cese de dolor.

Es una operación prácticamente sin sangre y con un campo operatorio completamente visible.

VII.—AUMENTO DE CORONA CLINICA

La estabilidad de una prótesis fija depende, aparte de otros factores, principalmente de la longitud de los dientes de anclaje.

Cuantas veces no se comete el error de utilizar piezas demasiado cortas como apoyo de un pónico. Después de algunos años se afloja el puente o se ha caído el cemento, siendo el diente totalmente destruido por la caries. Solamente el dolor o el mal aliento hacen que el paciente acuda a consulta, porque la progresiva movilidad del puente se nota solamente en algunos pacientes.

Entonces toca al Odontólogo comprobar que no solamente está destruido el apoyo del puente, quedando inútil y teniendo que

extraerlo, también podrá diagnosticar radiológica y clínicamente daño en el apoyo óseo, en forma de una peligrosa reducción ósea.

La prolongación de una corona dental clínica es la medida que puede realizarse con rapidez y sencillez. Si es posible, debe hacerse esta prolongación en conexión con la preparación del diente para la corona, debiéndose darle al borde de la encía tiempo suficiente para su curación.

Generalmente basta con unos pases modelantes con un electrodo de lazo para reducir el borde de la encía. Hay que tener en cuenta que un desarrollo fuerte de calor, puede provocar una carbonización de la herida, si la dosificación de la corriente es correcta puede efectuarse la prolongación del diente sin anestesia, si está proyectada una reducción mayor del borde gingival, entonces se hace con anestesia local.

Cuando existen formaciones de bolsas y bordes gingivales hipertrofiados, es la gingivoplástica modelante un medio excelente terapéutico. Pero si la encía está firmemente unida al diente, mostrando señal alguna de enfermedad, entonces hay que bajar operativamente no sólo el borde de la encía, sino también el borde óseo, para lograr una prolongación de la corona dental clínica, el diagnóstico clínico y radiográfico es una condición para esta intervención.

El método operatorio es:

a).—Anestesia de infiltración terminal en el vestíbulo de la boca.

b).—Un electrodo mediano de lazo, en dosificación de corriente de 2-3, se baja el borde de la encía, siempre oblicuamente hacia abajo o sea hacia la raíz del diente en tratamiento. El área de la herida debe permanecer siempre de color rosado claro y la hemorragia es casi siempre insignificante.

c).—Después del modelado reductor del borde gingival se somete el espacio interdental a tratamiento quirúrgico con el mismo electrodo de lazo.

d).—En la reducción de la gingiva marginal, se libera, el hueso alveolar, hay que tener cuidado de que ni el periostio, ni el hueso se dañen por la corriente del electrodo y el calor.

e).—El borde libre del hueso alveolar es reducido hasta el nuevo límite gingival por medio de taladros, limas, curetas, y con ello el diente no debe sufrir daño, el borde óseo tiene que ser bien

alisado.

f).—Después de la limpieza de la herida se aplica un vendaje protector de nobetec o peripac.

Se ordena el cuidado de la encía e higiene bucal y al cabo de tres días como máximo se quita el vendaje de la herida y se procede al control y limpieza del área operada. Después de quitar definitivamente el vendaje, recomendamos frecuentes masajes con terracortril-gel, dontisolon-p, o similares. No debe cepillarse hasta que el borde esté cubierto.

VIII.—REMOSION DE TEJIDO HIPERPLASICO DEBAJO DE PONTICOS

Para reemplazar estos dientes perdidos se utilizan dos tipos de aparatos dentales: los puentes fijos y los puentes removibles. A veces se emplea el término dentadura parcial para denominar estas restauraciones y puede describirse un puente como dentadura parcial fija o como dentadura parcial removible, según sea el caso. Con frecuencia se substituyen con el término prótesis, y se hablará de un puente como una prótesis fija o una prótesis removible. Como lo implica su nombre, el puente fijo está unido a los dientes de soporte y no se puede retirar para limpiarlo o inspeccionarlo. Los puentes removibles van anclados a los dientes por medio de elementos de conexión como ganchos de alambre, que permiten quitar el puente para limpiarlo o inspeccionarlo.

En prótesis fija las piezas intermedias sufren alguna variación en relación con el área mucosa subyacente del reborde alveolar. La pieza intermedia solamente debe tocar la mucosa por razones estéticas; sin embargo, en las regiones de la boca donde no queda visible la mitad cervical de la pieza intermedia, no es necesario que ésta toque la mucosa. En regiones anteriores de la boca, es indispensable el contacto con la mucosa por razones estéticas.

Si la pieza intermedia hace contacto con la cresta alveolar, se revisa la naturaleza de dicho contacto en cuanto a su posición y extensión y cualquier isquemia de la mucosa a lo largo de la superficie de contacto de la pieza intermedia indica presión en la cresta alveolar.

Puede producirse irritación debajo de un puente removible mal ajustado o debajo de una dentadura total por presión excesiva o debajo de un pónico fijo mal ajustado.

La electrocirugía nos proporciona un excelente medio terapéutico de las hiperplasias debajo de pónicos ya sea fijos o removibles.

Primero se corrige la prótesis eliminando la causa de la irritación y posteriormente se reduce la hiperplasia con un electrodo de lazo con pases modelantes, con una dosificación de corriente de 2, y en puentes fijos cuando no se quiere o se dificulta retirar el puente fijo, la hiperplasia se reduce con un electrodo recto con la misma dosificación de corriente evitando todo contacto del electrodo con el pónico.

IX. REGULARIZACION DEL PROCESO FIBROSO.

Para la regularización del proceso fibroso recurrimos a la gingivoplastia.

La gingivoplastia es una técnica de la cirugía plástica para obtener una forma fisiológica de la encía marginal e interproximal.

Sus indicaciones son:

- a) Encía cicatrizada con borde grueso y fibrótico.
- b) Cráteres gingivales interproximales.
- c) Variaciones bruscas del margen gingival.

Se usa anestesia por infiltración en todo el campo operatorio, en la gingivoplastia se emplea preferentemente la inyección en las papilas interproximales, además de anestesia inmediata, da rigidez a los tejidos y una vasoconstricción que ayuda a controlar el sangrado, haciendo más fácil la remodelación quirúrgica.

Hay diferentes métodos para lograr la regularización del proceso fibroso.

La electrocirugía nos es de gran utilidad y la remodelación quirúrgica se logra con electrodos de lazo con una dosificación de corriente de dos.

La corriente llega al electrodo oprimiendo el pedal o conmutador de pie, como todos los aparatos eléctricos la fuerza aumenta más allá del nivel común cuando se cierra el círculo. Por este motivo debe evitarse el contacto del electrodo con el tejido blando.

No se debe tocar el hueso con el electrodo, pues de lo contrario se producirá necrosis superficial ósea con sequestrós postoperatorios, se pierde hueso de soporte y hay además dolor intenso.

Las obturaciones metálicas no deben tocarse con el electrodo, pues la obturación se convertirá por extensión en un electrodo y puede haber alteraciones pulpares llegando a necrosis. Tampoco debe usarse el espejo dental en la boca por esta razón se recomienda un abatelenguas de madera.

El contacto prolongado del electrodo con los tejidos blandos permite una penetración profunda de la corriente, por este motivo el electrodo debe mantenerse en movimiento constante, utilizándolo a manera de pincel, cubriendo todo el campo operatorio. La curación es más lenta por lo tanto al usar el bisturí eléctrico se hace con mucho cuidado.

X.—DIENTES NO ERUPCIONADOS

Los que más frecuentemente quedan incluidos son los caninos, cuando existe una disminución de espacio en el arco dentario nos sobre todo los superiores y los segundos bicúspides inferiores por falta del desarrollo de los maxilares, por dientes de volumen mayores de la corona, o por posición muy anterior de los dientes como consecuencia de la pérdida prematura de dientes temporales.

En estos casos, los caninos y las segundas bicúspides que deben hacer erupción después de los incisivos, primeros bicúspides, y primeros molares no encuentran espacio para colocarse quedando por tanto incluidos.

Otras veces pueden ocasionarse por anomalías más generales de todo el arco dentario, o bien, por micrognatismo o por macrodoncia; en ambos casos, los dientes que hacen su erupción de últimos en la dentición permanente son los que con mayor frecuencia quedan incluidos (caninos, segundos bicúspides, y terceros

Los caninos incluidos suelen colocarse, en el maxilar superior en posición lingual o palatina y su movimiento a lo largo del pro-

ceso alveolar pueden determinar reabsorciones de las raíces de los dientes próximos; de ahí la importancia de su diagnóstico a tiempo para evitar su inclusión en mala posición, su tratamiento ortodóncico o remoción quirúrgica.

El tratamiento de caninos incluidos es una de las anomalías de peor, pronóstico en Ortodoncia por la excesiva duración de la corrección y sus escasas posibilidades de éxito en muchos casos.

Si el estudio radiográfico nos indica que las piezas requieren tratamiento quirúrgico, la electrocirugía no es de gran utilidad para hacer las incisiones substituyendo el bisturí.

Al hacer la incisión es notable la ausencia de sangre, proporcionándonos un campo operatorio sin sangrado y buena visibilidad, eliminando la molesta hemorragia. La incisión la hacemos con un electrodo de aguja, con una dosificación de 3-5, la incisión se hace de una sola intención.

El periostio y tejido óseo se elimina con la técnica convencional para eliminar la pieza no erupcionada, se regulan los bordes óseos y se procede a colocar una sutura primaria que se retira posteriormente, logrando la curación casi siempre sin problemas a las 4 semanas.

XI.—GINGIVECTOMIA: (Fibrosis gingival densa, etc.)

La electrocirugía hace posible operaciones prácticamente sin sangre, brindando así una mayor visibilidad, por medio de la electrocirugía puede realizarse cierta combinación de gingivoplástica y gingivectomía y con esta técnica pueden restaurarse irregularidades de los contornos gingivales a su forma de arcada anatómicamente normal y cada bolsa individual y cada parte hipertrofiada del borde gingival puede tratarse con máxima precisión, especialmente se perfila la rectificación de contornos de papila interdental anormal por medio de los electrodos de lazo y la eliminación de lóbulos menores resulta fácil.

La gingivectomía, consiste en la extirpación quirúrgica de la bolsa periodontal, así también la hiperplasia de la mucosa.

Cuando el problema es más grave se presenta una destrucción ósea a nivel de la porción ósea interradicular, haciendo que las piezas dentales estén móviles y produciendo dolor y algunas veces hay pus, sangrado, secreción, abultamiento, temperatura.

Teniendo preparado al paciente se puede hacer toda la parte superior e inferior, o hacer nada más de canino a canino ya sea superior o inferior y después las piezas posteriores.

Se pone la anestesia de acuerdo con la región, se debe poner la suficiente para poder tener un campo lo más seco posible ayudándonos de la vasoconstricción de los tejidos a causa del anestésico.

En seguida se hace la limpieza del campo con zonite y se pro-

cede a marcar la profundidad de las bolsas o hiperplasia de la encía, por la parte vestibular de la boca, para determinar hasta donde se va a hacer el corte de ella, se utilizan pinzas especiales que tienen en uno de sus romos un acortamiento en ángulo recto y la otra rama vertical, que es la que se introduce entre el diente y la encía.

Ya marcada la profundidad, se corta por medio de la electrotomía, las paredes hiperplásicas de los bordes la gingiva.

Para ello se utiliza un electrodo de aguja fina y con una dosificación de corriente de 2-3, se hacen cortes entre 2-3 dientes cada vez, se conduce el electrodo rápido y sin titubeo a través del tejido marcado para evitar toda coagulación y carbonización de los tejidos, la aguja debe mantenerse siempre vertical sobre la mucosa, a pesar de que el tejido enfermo está sobrecargado de sangre, apenas se ve, una hemorragia casi nula.

Si no se produce la hemostasis, hay que coagular cuidadosamente punto a punto con pases raspantes, si hay aún papila interdental enferma, se elimina por medio de un electrodo largo recto y delgado, que se introduce en el espacio y elimina la papila.

Si la línea de corte se hace demasiado baja descarnando el borde del hueso alveolar y si se han efectuado cortes rápidos sin titubeos, de una sola intención, no hay problema, porque con un correcto postratamiento se llega pronto a una epitelización y a recubrir el hueco.

Si la herida ha dejado de sangrar después de eliminar los lóbulos gingivales, entonces se aplica una venda de nobetec de color rosado, cubrir el área operada es suficiente, que se deja, digamos tres días, quitándola y se procede a una cuidadosa limpieza de la herida y de los dientes, el enjuague de los espacios interdenciales es beneficioso, si se desea se da masaje con algún ungüento (terracortil-gel, o similares), si se desea se vuelve a colocar otra venda hasta que se logre la epitelización, se recomienda masaje con cepillo suave, dieta sin irritantes, proteínas, vitaminas y si se desea se prescribe algún antibiótico y enzimas.

XII.—CAUTERIZACION DEL SURCO GINGIVAL PREVIO IMPRESIONES

La exigencia de que los bordes gingivales de coronas fundidas deben, al extenderse lisos y finos, quedar muy contiguos al mu-

ñón dental y llegar hasta la profundidad de la bolsa, es hoy en día sustentada por todos los prominentes protesistas. Poco importa en ello si se aplica una preparación desprovista de hombrillos, una con hombrillo parcial o con hombrillo completo circular.

La transición de la parte fundida de la corona aparte de la raíz del diente tiene que ser por etapas y tanto clínicamente como radiográficamente. Para facilitarle al técnico el modelar y fundir coronas tan exactas, tenemos que hacer más asequible fácil la producción de modelos de muñones de precisión.

Al utilizar los dentistas masas elásticas de goma o hidrocoloides, tiene a veces ciertas dificultades para la reproducción exacta de las bolsas y surcos, circulares, enderredor del muñón dental preparado. Si al hacer la impresión de varios apoyos de puente solo en uno o varios muñones está el surco lo suficiente bien y profundamente impreso, la corona terminada quedará corta. Cier- to es que el técnico puede corregir hábilmente un tanto la bolsa o el surco, pero ello puede muy a menudo conducir a una forma inexacta de la corona. Por regla general, se necesita repetir la im- presión, un trabajo más que se traduce en pérdida de tiempo tan- to para el Odontólogo como para el paciente, aún después de uti- lizar hilos de retracción (Gingi-pak) hemos nosotros mismos años atrás, experimentado estas desagradables interrupciones, sobre to- do cuando, después de retirar el hilo y antes de hacer la impresión, se produce una hemorragia en la bolsa que impide la penetración de la masa elástica de goma. Es por ello que hace mucho tiempo seguimos las recomendaciones de grandes protesistas, tratamos después de la preparación del muñón y antes de la colocación del hilo (Gingi-pak), fulgurar el surco, logrando no solamente la ho- mostasis, sino también una ampliación y profundización pareja de la bolsa circular. Al utilizar la fulguración hay que cuidar siem- pre que en el surco no se encuentre líquido alguno, sangre, etc., porque el efecto de fulguración no se produce cuando entre el elec- trodo y el tejido media un espacio de aire que haga posible que la chispa salte. Si en la bolsa hay tejido sanguíneo y restos de teji- do, entonces se produce una disección con su efecto de un valor a veces incontrolable.

Con un electrodo recto, o con un electrodo de gancho, con el cual puede evitarse toda coagulación y calor. La dosificación de la corriente debe ser lo más baja posible: dosificación de 1-2, para

evitar más tarde retracción del borde gingival.

La fulguración del surco se hace por cuadrantes, es decir, el círculo del surco se divide en cuatro cuadrantes que son, mesio-lingual, linguo-distal, disto-vestibular, y vestibulo-mesial, se sigue el orden, o sea como las manecillas de un reloj.

La impresión elástica mostrará un surco bien definido de trayectoria uniforme, que claramente impreso facilitará un perfecto modelado y ajuste de la corona, al muñón dental.

XIII.—EXICION DE FIBROMAS (TRAUMATISMO POR DENTADURAS, ETC.)

Aquí no hablaremos de intervenciones operatorias que no pueden ser llevadas a cabo en la práctica dental diaria en el consultorio y que deben quedar en manos de un experimentado cirujano maxilar.

Pero, siempre hay casos sencillos que cualquier dentista puede acometer con éxito, siempre bajo la condición, desde luego, que domine la diagnosis, la indicación y la técnica operatoria.

El fibroma, es un tumor típicamente benigno frecuente en boca que generalmente se forma de las capas profundas de la mucosa o periostio de los maxilares y aun puede formarse de la membrana periodontal, la etapa terminal semeja una hiperplasia inflamatoria.

El fibroma es un tumor bien definido, puede ser pedunculado, blando o duro, crece lento con duración de varios años, en algunos casos crece como chicharo, pero a veces crece más.

Los lugares más frecuentes son, la papila gingival, con síntomas de inflamación, también aparece en el carrillo, en el área de la fisura, en la encía palatal, en la tuberosidad del maxilar superior.

No causa incomodidad, pero puede dificultar el habla, o masticación, estando expuesto a traumatismos y constante irritación, y es cuando se ulceran y se acelera su crecimiento e invaden el tejido subyacente, transformando el tumor benigno a maligno.

Tratamiento, estos procesos deben ser extirpados quirúrgicamente, y eliminar el factor traumático e irritativo, para evitar su residiva.

Anestesia, es convencional, de acuerdo con la región.

Operación. Se levanta el labio en extensión forzada con el

objeto de permitir amplia visión del proceso a intervenirse, con esta maniobra el fibroma se prolapse ligeramente, lo cual ayuda ligeramente para su eliminación.

Se toma el fibroma con una o dos pinzas de kocher (se puede usar las pinzas de chaput) según la extensión y volumen del tumor. Ya tomado el tumor con las pinzas se hace una ligera tracción para descubrir su base y planear el tipo de incisión, generalmente se hace de derecha a izquierda en toda su extensión con un electrodo angular de 45 grados con punta recta, después se corrige el corte, si es necesario, con un electrodo de lazo, generalmente no es necesario poner sutura, pero si se desea puede ponerse una sutura primaria con hilo de seda, que posteriormente se retira a los tres días, donde ya se ve buen curso de la operación.

Hay fibromas centrales que para su tratamiento, exige una amplia ventana ósea a escoplo y gubia.

La electrocirugía en fibromas periféricos, nos permite una fácil enucleación de las fibras, sobre todo en aquellos sin base ósea, hipertrofias gingivales, este tratamiento conservador nos permite conservar la substancia dental y ósea.

XIV.—CONTORNEO GINGIVAL

Es el remodelado plástico de la encía marginal, fija e interproximal, para establecer una forma anatómica adecuada que pueda funcionar fisiológicamente.

A consecuencia de irritaciones crónicas se desarrolla algunas veces una hiperplasia gingival que debe ser eliminada para situar el margen gingival en su posición protegida normal en la unión cemento-esmalte.

La gingivitis ulcerosa necrosante destruye las papilas interdentes gingivales por necrosis. Los ataques repetidos crean papilas invertidas o embutidas, que aseguran la destrucción progresiva del periodonto por acumulación y retención de residuos alimenticios en los espacios interproximales. Con la gingivoplastia se rehace el contorno gingival y se crean nuevas papilas interproximales, eliminando la encía marginal despegada y convirtiendo el fondo de los cráteres gingivales en la punta de las nuevas papilas gingivales.

Las bolsas gingivales poco profundas que no invierten la forma arquitectónica festoneada normal del periodonto pueden ser corregidas por gingivoplastia si no hay aberraciones o defectos óseos subyacentes. La encía hiperplásica puede ser remodelada me-

diente la gingivoplastia por motivos estéticos o de higiene periodontal.

Se traza una incisión en la cara vestibular de la encía, se inicia cerca de la unión mucogingival y termina junto a los dientes, con una dosificación de corriente de 3-5 y con un electrodo recto, se elimina la banda de tejido, por la parte lingual o palatal se hace igual, las papilas interproximales se reducen con un electrodo recto y finalmente se regulariza el tejido con un electrodo de lazo con una dosificación de 2. Sólo es posible conservar una buena arquitectura gingival cuando la fundación ósea subyacente tiene una topografía similar.

Este método de eliminación algunas veces retrasa la curación y no permite regular exactamente la profundidad de la necrosis al terapeuta.

Las heridas cauterizadas o incididas curan con diferente velocidad. Las heridas cauterizadas son mucho más profundas que las producidas por incisión, es difícil de controlar la penetración exacta y algunas veces producen destrucción ósea o secuestros.

Las diferencias de la curación de las heridas cauterizadas o incisas pueden ser debidas a la presencia de células desnaturalizadas en la zona mal definida de separación entre células vivas y necróticas que pueden estimular la mitosis, pero que impiden la movilización desde el punto de vista físico. El material electroquirúrgico moderno utilizado correctamente no quema el tejido y cabe usarlo con buenos resultados para extirpar el tejido o incidirlo.

RIESGOS

Sería perfectamente irresponsable y antiprofesional si el odontólogo tratase solamente a base de breves instrucciones recibidas o algún prospecto de propaganda procediese a hacer intervenciones con el instrumental electroquirúrgico.

Es precisamente en la escrupulosidad de la electrocirugía, consistiendo en la correcta dosificación, la técnica y la utilización de los electrodos apropiados, que hace posible lograr lo mismo que un resultado ideal que un fracaso completo.

No solamente la dosificación de la corriente, el tiempo con el cual se lleva a cabo el corte. Pudiendose pasar el electrodo sin presión y sin resistencia sobre los tejidos, como un cuchillo caliente

a través de cera blanda.

Hay que recordar el tiempo muy bien porque en esto descansa, el éxito del método, con un tiempo retardado, así como una dosis demasiado alta, pierde la herida su natural color rosa y cambia pasando por el amarillo a pardo, con la técnica defectuosa no habrá cierre primario de los bordes de la herida produciendo con ello un retardo en la cicatrización.

Hay que evitar que el tejido sea tocado, únicamente un breve momento para producir un ligero contacto, pero de ninguna manera debe pincharse el tejido porque se produce un efecto de una disección.

Puede eventualmente ocasionarse daño al periostio o al hueso, puede ser solamente posible si se aplica una técnica errónea debido a insuficiente conocimiento del método.

Si el dentista chamusca o quema bajo anestesia con una dosificación de corriente demasiado alta, no solamente daña amplias áreas de encía con esta intervención, sin cuidados y un poco brutal, sino que daña también el periostio por el efecto del calor, descarnando el hueso, haciendo que tarde más en regenerarse y cicatrización de la herida dolorosa.

Si el operador hace corte con excesivo cuidado o falta de movimiento puede producir una hemorragia bastante interna y aparatosa en tejidos hipervascularizados.

BIBLIOGRAFIA

- I.—NOTAS SOBRE PARODONCIA
DR. SAMUEL CHAVEZ FRAGA CATEDRATICO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.M.S.N.H.
- II.—ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA
DR. JOHN F. PRICHARD, TRADUCTOR DR. JUAN MASSOT MASCOT.
- III.—PERIODONTOLOGIA CLINICA
IRVING GLICKMAN
- IV.—CIRUGIA BUCAL
DR. GUILLERMO A. RIES CENTENO
- V.—CIRUGIA BUCAL
STERLING U. MEAD
- VI.—ELECTROCIRUGIA DENTAL
PROFR. DR. FRITZ SCHON BAD RAICHENHALL
ING. E. ROOS, TUTTLINGEN.
- VII.—PERIODONCIA
ORBAN

SUMARIO

- I.—REMOSION DE ENCIA EN CARIES SUBGINGIVAL (5os. 3os. y 2os. Grupos)
- II.—ABSCEOS PARODONTALES
- III.—FRENECTOMIAS
- IV.—HIPERPLASIAS QUE IMPIDEN LA COLOCACION DE GRAPAS PARA ENDODONCIA:
- V.—COHIBIR HEMORRAGIAS SUPERFICIALES
- VI.—PERIACOTOMIA
- VII.—AUMENTO CORONA CLINICA
- VIII.—REMOSION DE TEJIDO HIPERPLASTICO DEBAJO DE PONTICOS
- IX.—REGULARIZACION DEL PROCESO FIBROSO
- X.—DIENTES NO ERUPCIONADOS
- XI.—GINGIVECTOMIA: (Fibrosis Gingival Densa, etc.)
- XII.—CAUTERIZACION DEL SURCO GINGIVAL PREVIO IMPRESIONES
- XIII.—EXCISION DE FIBROMAS (Traumatismo por dentarras, etc.)
- XIV.—CONTORNEO GINGIVAL
RIESGOS