

GINGIVECTOMIA

por el

DR. JOSÉ ALVAREZ DE EULATE

616.311.2—002

La gingivectomía podría definirse como intervención cruenta destinada a eliminar el festón tisular de la encía que constituye la bolsa periodontal.

Por otra lado, *bolsa periodontal* sería el espacio o capacidad virtual formada por el diente, por un lado, y la membrana epitelial degenerada, por el otro; estando el *sulcus* o fondo constituido por la disgregación de ambos, apreciándose micrográficamente una ulceración que comienza en la papila gingival, inflamación del corion, con infestación de magma, bacterias e infiltración celular en los tejidos paradentales, que puede ser la que marque—como factor quizás el más significativo—el curso o pronóstico de la enfermedad paradental.

La bolsa periodontal puede comprender últimamente la porción gingival, es decir, interesar únicamente los tejidos blandos, o extenderse hacia la porción alveolar.

Las indicaciones de la gingivectomía han de estar basadas clínicamente en el aspecto inflamatorio, correspondiendo a una marcada o exagerada profundidad de la bolsa periodontal, e histológicamente por el natural tejido fibroso. Por el contrario, una papila inflamada con tejido simplemente edematoso y un “fondo de saco” discreto es más propicio a su tratamiento médico (*curettage*, de los autores extranjeros).

Existen, ciertamente, casos en los que, si bien por las características de la bolsa periodontal y del estadio inflamatorio de los tejidos gingivales, pudiera parecer indicado el tratamiento médico, la consecuencia de éste fuera quizás la maceración de la papila gingival, para resolver cuyo inconveniente sería indicado en estos casos proceder a la gingivectomía.

Tratándose de una zona amplia afectada, o aun del total de cada una de las arcadas, el festón gingival aparece labial y lingualmente a modo de delantal, que en los espacios interdenciales da lugar a la formación de cráteres, verdaderos

depósito o estufas que marcan el cuadro clásico para la intervención de la gingivectomía.

En consecuencia, pueden resumirse las indicaciones de la intervención cruenta diciendo que, tanto o más que la profundidad del "fondo de saco", será el carácter de los tejidos gingivales lo que la determinará.

De cualquier forma, clínicamente puede estar indicada la gingivectomía en un sector y la higienización o saneamiento (el tratamiento médico y profiláctico) en otro de una misma boca.

Se han de considerar también, después de todo, las condiciones psíquicas del enfermo, así como su estado orgánico general, sin cuyas condiciones favorables no debe consumarse la intervención.

TECNICA

La técnica de la intervención exige un instrumental verdaderamente simple y limitado. Los americanos emplean uno bien sencillo (el de Crane-Kaplan) para la parte a reseca; delimitador del fondo del saco periodontal. Consiste éste esencialmente en una pinza de las que utilizamos en operatoria dentística, con la salvedad de que uno de sus extremos (milímetro y medio) está doblado en ángulo recto, de forma que: ángulo de una rama de la pinza y extremo de la otra tienen exactamente la misma longitud.

Con la rama recta se cala o sonda el saco periodontal hasta su fondo o *sulcus*, mientras que con la punta de la rama opuesta (en ángulo recto) se marca o pincha exteriormente sobre la mucosa gingival; así queda este fondo marcado o proyectado en la mucosa, guiándonos en la parte que habrá de ser resecada.

Al realizar esta operación debe tenerse presente la normal posición de la pinza, con objeto de no dejarse confundir. Seguros entonces de su correcta posición hemos de marcar, repetimos, sobre la papila pinchando su extremo acodado. En consecuencia, cada festón gingival o papila quedará marcado por dos señales, uniendo las cuales tendremos una guía de cómo hemos de realizar el corte.

Los cuchilletes o bisturíes deben estar angulados. Su sección es ligeramente triangular, con sus bordes cortantes, de manera que facilite la incisión y corte lo mismo lingual que vestibularmente.

Es conveniente también disponer de un retractor, con objeto de conseguir la separación de los tejidos incindidos. Este instrumento consiste en un mango cuyos dos extremos disponen, en forma angulada, de una especie de paleta o plano en forma de "cola de milano", pero cuyo borde es cóncavo y facilita así su adaptación al cuello del diente, y teniendo además uno de sus extremos más largo que el otro (contrario en el corte del extremo opuesto) para ser aplicado interdentalmente hacia un lado u otro del diente.

Y, por último, debe contarse con instrumentos adecuados para la limpieza de los dientes, privándoles de toda partícula de sarro. Esta intervención raramente dejará de necesitar menos de dos sesiones, debiendo ordenarse la misma por cuadrantes de la boca para ser realizada por sistema, con mayor meticulosidad.

Antes de proceder a la incisión habremos reducido el campo operatorio de cualquier signo inflamatorio y estudiado el índice de coagulación del enfermo, en evitación de cualquier sorpresa.

Una vez señalada la altura a la cual debe practicarse la incisión, ésta debe hacerse en bisel, mayor o menor, según el espesor del festón gingival que se vaya a extirpar; pero siempre, lógico es, yendo a parar con el corte al fondo del saco.

Cuanto más limpio resulte el corte, menos traumatizante, el proceso de cicatrización será más rápido.

Vestibularmente, el corte de la encía debe hacerse en primer lugar, insistiendo en la papila interproximal y ligeramente más cerca del ápice que las marcas obtenidas con el delimitador del fondo de saco. El corte, quiero insistir ahora, hay que hacerlo muy biselado así que los efectos estéticos conseguidos sean más alentadores.

Es de cierta importancia este corte, ya que, de resultar insuficiente, un segundo corte es difícil de conseguir, al menos con cuchilletes. Y en este orden, una obligada intervención con cau-

terio hace menos limpia la superficie cicatrizante, resultante de las dos intervenciones y, por lo tanto, alarga además el post-operativo, con un resultado estético menos afortunado.

El bisturí eléctrico representa una ventaja para el festoneado del corte y nos hace posible los cortes limpios, aun tratándose de pequeñas correcciones, si al examen del epitelio de inserción pudiéramos demostrar la existencia de algún pequeño fondo de saco, pues no perderemos de vista que el resultado final dependerá tanto como de la cicatrización, de la modelación que hayamos dado a nuestro corte.

Una vez realizado el corte, la resección de la porción a extirpar se hará adecuadamente con el retractor de forma cóncava que hemos indicado en segundo lugar, sin necesidad de causar desgarros en la encía interproximalmente.

Extirpada la porción de mucosa seccionada, debemos proteger el campo operatorio con el cemento quirúrgico siguiente:

Polvo ...	{	óxido de cinc	69 %
		resina	30 %
		asbestos pulverizado	1 %
Líquido ..	{	aceite de oliva	20 %
		esencia de clavo	80 %

cuyos efectos curativos y anestésicos son patentes. El empaquetado del cemento se cuidará más especialmente al tratar de conseguir en los espacios interproximales la unión del cemento aplicado vestibular con el que lo sea lingualmente.

Batido el cemento separaremos una mitad, la cual se conforma cilíndricamente, aplicándose cada una de ellas vestibular y lingualmente sobre la sección del corte realizado, y se lleva a su posición con las yemas de los dedos, mientras la unión interproximal se consigue con espátulas. Casos hay en que la colocación del cemento no resulta empresa sencilla y así ocurre en las oclusiones muy cruzadas, por ejemplo, pudiendo ensayarse entonces la adaptación de una hoja de estaño sobre la fina capa de cemento, que de otra forma se rompería.

Esta cura podrá tenerse hasta diez días después de la intervención, y al quitarse se lavará cuidadosamente, sobre todo los espacios interproximales, con agua oxigenada (5 vols.), y secando bien, ayudándose del aire caliente templado, se tocará el

tejido de granulación con nitrato de plata, cura, ésta, que podremos repetir cada dos días, los que sean necesarios.

Nosotros instauramos enseguida el empleo del palillo de madera en los espacios interdientales, pero —al revés de lo que con la encía sana debe aconsejarse— indicamos que este palillo esté desprovisto de aristas. Poco a poco deberán añadirse las medidas corrientes que deban instaurarse.

Ya cuando vamos a liberar a nuestro paciente de nuestros cuidados, podremos observar la sensibilidad de sus dientes, consecuencia de la más directa exposición al medio exterior. Autores hay que recomiendan el uso de una pasta de fluoruro sódico:

D/ Fluoruro sódico.

Caolín.

Glicerina.

en partes iguales, pasta que se aplica frotando con ella los cuellos de los dientes sensibilizados, siendo necesarias dos, tres o cuatro sesiones para conseguir algún resultado.

Con el mismo fin se han recomendado otras composiciones como:

Impregmol.

Solución de cloruro de cinc.

Solución de formalina.

Pero, y esto lo hemos de prever por la psicología de nuestro paciente (sobre todo si se trata de una dama), será conveniente informar a nuestros enfermos de los posibles resultados estéticos, pues si bien es cierto que con la gingivectomía extirpamos los fondos de saco y curamos clínicamente la afección motivo de la intervención, no es menos exacto que muchas de nuestras enfermas hubieran preferido postergar la curación, y hasta la pérdida irremisible del diente, antes que verse con unos dientes tales, denudados por la resección gingival...