

REINSERCIÓN GINGIVO-DENTAL

por el

DR. U. VAUTHIER

De Ginebra

La re inserción, reparación periodontal de los fondos de saco quirúrgicos o patológicos, ha sido objeto estos últimos años de numerosas investigaciones clínicas e histológicas. Efectivamente, hagamos una mención de aquellos trabajos, aunque no esclavos del orden de su aparición.

F. Carranza, de Buenos Aires, llamó la atención en 1949 sobre el papel de la infección del cemento en la formación del fondo de saco parodontal y sobre la necesidad de un raspado minucioso. La segunda condición de una re inserción es la formación de un coágulo protegido del trauma (movilidad dentaria) y de infección.

En la misma época, E. Sachaer, de Ginebra, hizo notar sus observaciones: consolidaciones obtenidas por la escisión quirúrgica de fascículos ligamentosos (sindesmotomía).

Los trabajos de Morris, Nabers y Riffle aportaron pruebas histológicas en favor de las posibilidades de re inserción y proporcionaron a los prácticos las técnicas precisas. El problema queda, pues, en la siguiente situación: ¿Uno de los elementos del fondo de saco quirúrgico o patológico juega papel predominante en la reparación periodontal?

Riffle, que ha sondado y radiografiado 500 dientes, extraídos después, de pacientes de todas edades, afirma que las lesiones de los tejidos radiculares, participando en el fondo subgingival, son constantes, casi invisibles al ojo desnudo y sí perceptibles a la radiografía y al explorador. Solamente el examen histológico puede revelar, por preparación especial, el reblandecimiento de los tejidos radiculares expuestos (Bass). Las erosiones cuneiformes (*wedgeshape abrasion*, en inglés) no serían otra cosa sino zonas descubiertas reblandecidas, que sufrirían una abrasión espontánea por el cepillado. De la misma manera, la sensibilidad característica de los cuellos es debida a un reblandecimiento del cemento o de la dentina, provocado por una irritación

de las fibrillas nerviosas de este tejido. El saneamiento de estas zonas sensibles hace desaparecer el dolor casi inmediatamente. Wainwright ha demostrado la permeabilidad de los tejidos radiculares a las sustancias radiactivas, permeabilidad más marcada al nivel de los tejidos necrosados.

El autor, para obtener, siguiendo las indicaciones de Stillman y McCall, una superficie radicular "lisa como el marfil pulido", ha conseguido, en la unión esmalte-cemento, una canal paralela a la erosión cuneiforme, pero rodeada por el coágulo.

Los dientes extraídos fueron raspados hasta obtener una superficie sana que correspondiera a la definición precedente. En la imposibilidad de distinguir por el tacto entre el raspado del cemento y el de la dentina (Box), el de ésta se continuó hasta la obtención de una sensación de marfil pulido. La zona de más profunda penetración del reblandecimiento corresponde a la conjunción esmalte-cemento. Estos son los casos de caries, de periodontosis y de parodontitis, que dan lugar a infecciones muy profundas de los tejidos radiculares. La erosión cuneiforme no da la misma imagen histológica que los tejidos duros de un fondo de saco patológico, que aparece granuloso.

Para el autor, la infección de la pared radicular del saco es el factor activo de la inflamación de los otros elementos del parodonto, encía y hueso. Raspando la dentina hasta el "marfil pulido", encía y hueso se curan espontáneamente. ¿El mismo resultado no se obtiene por la extracción? Después del raspado de la dentina cervical se presenta como en la erosión cuneiforme.

Para M. L. Morris, una de las condiciones de la reinserción consiste en la ablación del revestimiento epitelial invaginado en el saco, que presenta un obstáculo a la inserción de nuevas formaciones de fibras ligamentosas. Es el conjuntivo que proporciona los elementos necesarios para la organización del coágulo y la reparación. Morris procede a un minucioso raspado de la pared reblandecida del fondo de saco, raspado que extiende dos milímetros más allá de la actual inserción gingival. El borde marginal mismo se reseca un milímetro y se lava luego con una solución salina. El empleo de cáusticos no es necesario. El criterio de la sensibilidad táctil, válido para la pared dura, no lo es para la pared reblandecida del saco. En un trabajo posterior, Morris señala la ausencia de puntos iniciales de reinserción en el fondo de saco, a la altura de la cresta gingival, lo que releva la imprecisión de las investigaciones anteriores en material humano.

Las intervenciones de Morris se han llevado a cabo en dientes sanos, condenados con fines protéticos. Los sacos fueron creados con bisturí. Algunas raíces fueron raspadas y otras no; y, en fin, en un grupo tercero, el cemento fué resecado con fresa, y la dentina, descubierta. El ligamento epitelial fué suprimido en algunos casos y, luego, favorecida la formación del coágulo por gasa, comprimiendo los tejidos durante diez minutos.

Solamente en algunos casos que sufrieron traumas post-operatorios no se consiguió la reparación. En los otros casos, la reinserción pudo ser registrada histológicamente. Las fibras neoformadas se insertaron, indiferentemente, sobre la dentina o sobre el cemento, raspado o no. Eran, generalmente, paralelas a la raíz en la zona de la encía inserta y perpendiculares al nivel del hueso alveolar. El cementoide y el cemento celular se depositaron, indiferentemente, sobre la dentina o sobre el cemento, raspado o no.

El saco periodontal tiene de particular que sólo la pared blanda es vital y capaz de producir el coágulo. El cemento recibe su nutrición, principalmente, del periodonto. Esta observación está en favor de la concepción del "parodontium" que sostiene el "Arpa Internacional", concepción que hace del cemento uno de los elementos del parodontio. El cemento infectado puede ser considerado como un tejido muerto, y es lógico, por tanto, considerar como excluido, para ir a encontrar la dentina viva. Los éxitos de la reinserción pueden explicarse por la presencia, en el saco raspado, de una pared de dentina viva.

Muller (de Basilea) propone, por su parte, para favorecer la regeneración periodontal ("Paradentologie", 3, 1953), impregnar el cemento raspado con la solución de Gottlieb (cloruro de cinc, 40 por 100, y ferrocianuro potásico). Estos resultados corresponden a lo que sabemos de la fisiología de los tejidos periodontales y de su capacidad de regeneración. Ello corrobora lo que Schaffer y Zander ("Paradentologie", 3, 1953) probaron con la presencia de fascículos ligamentosos neoformados y de un nuevo ligamento epitelial.

Estos trabajos muestran que, con una técnica apropiada, la reinserción de la pared blanda del saco con la pared radicular, por medio de fascículos ligamentosos, no es ya solamente un postulado. No obstante, se hace todavía necesario ser circunspecto en la elección de casos.

Nabers, por su parte, llama la atención sobre los caracteres anatómicos de la encía (*encía libre*: de la cresta gingival al nivel del fondo

del surco; *encía inserta*: del surco a la cresta alveolar; en fin, *encía mucosa* o mucosa alveolar). De estas tres partes, las dos primeras se caracterizan por un conjuntivo fibroso, muy adherente a la superficie del diente, y por un epitelio fuertemente estratificado y queratinizado, mientras que la mucosa alveolar presenta un conjuntivo laxo, rico en fibras elásticas, y un epitelio delgado, no queratinizado. Se trata de diferencias funcionales; la encía inserta está adaptada a la masticación, mientras que la mucosa alveolar mantiene a la cavidad bucal húmeda y lisa. Esta diferenciación deberá guiarnos en la selección de nuestra intervención.

En efecto, mientras que el fondo de saco patológico se mantenga en los límites de la encía inserta, la gingivectomía está indicada, ya que la encía opondrá a la masticación un epitelio estratificado y queratinizado.

Renunciaremos a la gingivectomía si nos lleva a incidir la encía en la zona de la mucosa alveolar que no ofrezca las características favorables a una rápida curación y a una buena función. Haremos, en consecuencia, la operación radical (*flap operation*, de los sajones), que permite, con tan excelente visibilidad sobre el campo operatorio, reducir el festón gingival, reduciéndolo a los límites de la encía inserta. Los resultados son excelentes; la encía se fija al diente y al hueso alveolar, y presenta un anillo fibroso circular, capaz de resistir el esfuerzo de la masticación.

En estas diferentes técnicas, el principio fundamental es el mismo: 1.º, eliminación del cemento necrosado; 2.º, eliminación del revestimiento epitelial en el interior del saco; 3.º, utilización racional del coágulo, con objeto de buscar la regeneración de los tejidos necrosados. (*per* "Parodontlg.", 124, 8, 3.)

B I B L I O G R A F Í A

- Morris, M. L.: *Reattachant. hum. periodntal. tss.*, etc., "J. Periodn.", 10 (1953).
 Riffle, A. B.: *The Dentin*, etc., "J. Periodn.", 10 (1953).
 Morris, M. L.: *The removal of pocket*, etc., "J. Periodn.", 1 (1954).
 Nabers, C.: *Repositng. th. attach gingiva*, "J. Periodn.", 1 (1954).