

# Tratamiento quirúrgico de las bolsas residuales

**José Javier Echeverría**  
**E. Estefanía**  
**G. Calsina**

## ■ COLGAJO MODIFICADO DE WIDMAN

### Concepto

El Colgajo Modificado de Widman (CMW) fue introducido por Ramfjord y Nissle en 1974 para el tratamiento de las bolsas periodontales. Sin embargo, el CMW tiene poco que ver con la técnica original descrita por Widman en 1918, que es en realidad muy similar al actual colgajo desplazado (reposicionado) apical (CDA) con marcado remodelado óseo. Por el contrario, el CMW es poco invasivo y no incluye generalmente el tratamiento de los defectos óseos más allá de su desbridamiento.

### Objetivos

El objetivo del CMW no estriba tanto en la reducción máxima de la profundidad de la bolsa como en conseguir acceso para su desbridamiento y el tratamiento de la raíz, para posteriormente favorecer gracias a su diseño –que pretende la cicatrización por primera intención a nivel interdentario– las posibilidades reparadoras de los tejidos periodontales.

### Indicaciones

Aunque el CMW puede utilizarse para el tratamiento de cualquier bolsa residual, está especialmente indicado en las del sector anterior, con objeto de minimizar la retracción gingival que será generalmente mayor si se lleva a cabo un CDA con cirugía ósea, especialmente a corto plazo. Por otra parte, el CMW podría utilizarse como colgajo de acceso en determinados procedimien-

### SECCIÓN 3: Periodontitis crónica

**Director:**  
**José Javier Echeverría**



tos de regeneración periodontal mediante biomateriales.

### Contraindicaciones

Si el caso requiere un amplio acceso para desbridamiento y tratamiento de defectos óseos graves que precisen osteotomía / osteoplastia, tratamiento de lesiones avanzadas de la furca, exposición de suficiente corona clínica o el terapeuta cree conveniente conseguir la máxima reducción de la bolsa, el CDA es una opción más razonable que el CMW

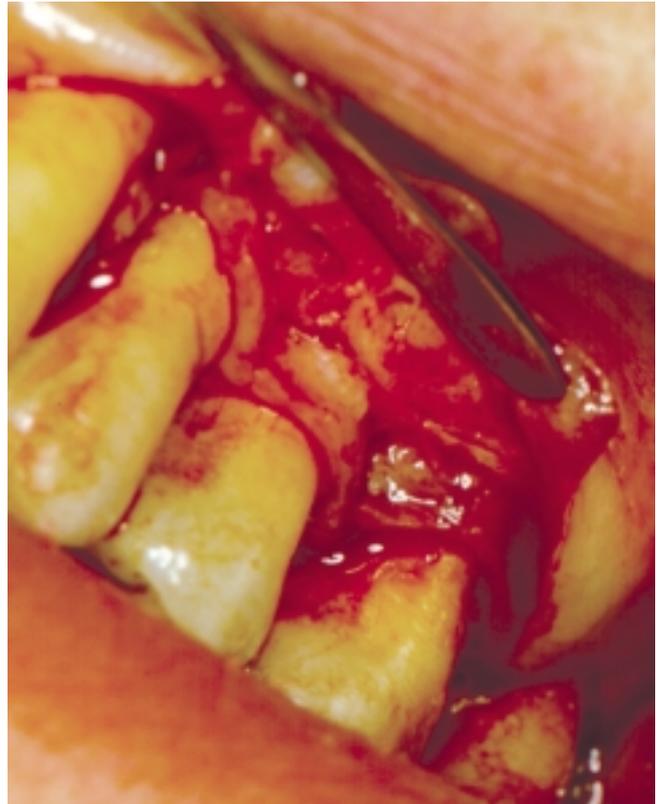
### Técnica quirúrgica (Figs. 1 a 6)

- Primera incisión, **festoneada a bisel interno** a 1 mm del margen gingival, excepto por interproximal, donde se procurará conservar el máximo de tejido gingival.
- Segunda incisión, **intrasulcular**, hasta contactar con la cresta ósea.

- Se levanta el correspondiente colgajo mucoperiostico, llegando ligeramente apical a la cresta ósea. Queda sobre la superficie dentaria el tejido que constituía la parte interna de la pared blanda de la bolsa (a resultado separada de la parte externa de la pared blanda de la bolsa por la incisión a bisel interno).
- Tercera incisión, **interproximal** (cómodamente realizada con el bisturí de Orban) vestibular



**Figura 1.** La incisión festoneada incorpora al máximo las papilas al colgajo: obsérvese que la anchura es mayor por mesial que por interproximal.



**Figura 2.** Una vez levantado el colgajo vestibular –mantenido aquí por el disector– sobre la superficie dentaria se observa la mitad interna de la pared blanda de la bolsa, que será eliminada con una cureta tras la tercera incisión (interproximal).



**Figura 3.** El colgajo vestibular, sin incisiones de descarga, apenas se diseca apical a la cresta ósea, que adopta en este caso un contorno irregular.



**Figura 4.** El mismo caso de la figura anterior, una vez eliminado el tejido de granulación. Repárese en la lesión infraósea en mesial de 11, cuyo contorno se deja tal cual.



**Figura 5.** Tras suturar los colgajos, los espacios interdientales deben quedar cubiertos por la encía.



**Figura 6.** Durante unas semanas tras la cirugía, es posible observar –como en este caso entre 12 y 11– cráteres de tejido blando a nivel interproximal, que finalmente desaparecen.

a lingual/palatino a vestibular, para separar el tejido gingival del hueso.

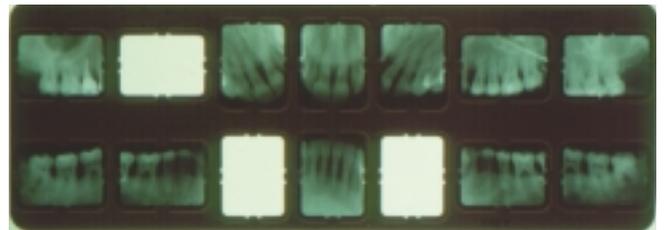
- Se elimina con cureta el tejido que queda sobre la superficie dentaria, incluyendo su porción interproximal.
- Se desbrida completamente el tejido de granulación y se procede al raspaje y alisado radiculares.
- Los colgajos se reposicionan, perfectamente adaptados a los dientes y se suturan con puntos interrumpidos, asegurando que los espacios interproximales quedan totalmente cerrados, evitando así su cicatrización por segunda intención.



**Figura 7.** Esta paciente de 21 años, vista inicialmente en 1980, presentaba una periodontitis agresiva. Obsérvese la falta relativa de placa y cálculo.

**Curación** (Figs. 7 a 10) (Tabla 1)

Tras llevar a cabo un CMW se producen cambios a nivel óseo y de tejidos blandos. El hueso alveolar se remodela, reabsorbiéndose en algunos puntos pero también obteniéndose diferentes grados de relleno óseo en lesiones infraóseas. En cuanto al tejido blando, que inmediatamente tras la cirugía está en contacto con la superficie radicular a través del



**Figura 8.** Serie radiográfica periapical de la misma paciente que muestra la grave y generalizada pérdida ósea.

**Tabla 1.** Registros periodontales iniciales de la paciente de la figura 7

	diente	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
vest	pb	565	757	547	737	637	826	457	728	736	728	926	526	887	877
vest	ps	564	756	547	515	425	714	346	516	514	516	613	213	566	566
palat	pb	444	866	6810	839	9510	9610	956	778	1058	768	1055	735	779	655
palat	ps	222	634	479	626	638	747	745	556	736	546	734	513	797	423
vest	pb	739	1072	652	673	772	595	762	785	10108	1057	737	736	938	737
vest	ps	416	851	431	452	550	373	540	462	776	835	515	424	727	737
palat	pb	10610	967	858	767	777	564	542	564	767	767	656	965	767	767
palat	ps	737	744	525	444	665	343	431	453	767	645	434	643	545	545
	diente	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

vest: vestibular palat: palatino pb: profundidad de sondaje ps: pérdida de soporte (en rojo).



**Figura 9.** Tratamiento de las bolsas residuales de la paciente anterior mediante colgajos modificados de Widman. Aspecto inmediatamente después de finalizar la sutura del segundo cuadrante. Los espacios interproximales están cubiertos por tejido queratinizado



**Figura 10.** Al retirar las suturas, una semana después de la cirugía se observa el perfecto sellado interproximal, que indica la cicatrización por primera intención.

conectivo gingival, establece su unión al diente mediante un epitelio de unión largo que procede del margen gingival, se desliza con rapidez apicalmente y se introduce incluso entre la superficie radicular y el hueso en fase de remodelado. La presencia de este epitelio largo de unión no parece ser muy apreciado por un sector significativo de periodoncistas, que ven en él un punto débil que podría reinfectarse con facilidad.

### Resultados a largo plazo (Fig. 11)

Diferentes estudios longitudinales muestran que, a largo plazo, los pacientes tratados quirúrgicamente utilizando el CMW muestran excelentes resultados, incluyendo en muchos casos la curación de defectos óseos. Como en cualquier otra técnica quirúrgica periodontal, el adecuado mantenimiento del paciente determinará en gran medida la estabilidad del soporte residual, más allá de la técnica elegida para

el acceso, desbridamiento y reducción de las bolsas residuales.



**Figura 11.** La misma paciente en el año 2002, tras más de veinte años de mantenimiento periodontal cada seis meses. La profundidad máxima de sondaje es 3 mm. Obsérvese la mínima cantidad de placa supragingival visible inmediatamente después de utilizar un líquido revelador así como la limitada retracción presente, considerando la pérdida ósea inicial.

### A TENER EN CUENTA

El diseño de la primera incisión debe ser muy cuidadoso, especialmente en interproximal, con objeto de conservar las papilas y permitir así el cierre primario.

Por vestibular, si el biotipo gingival es fino o la encía no está inflamada, puede obviarse la primera incisión, pasando directamente a la intrasulcular.

En el CMW no se llevan a cabo incisiones verticales en los extremos del colgajo, ni suele diseccionarse el colgajo más allá de la línea mucogingival.

El legrado meticuloso de la raíz se detiene a un mm del margen óseo, para no eliminar las fibras supracrestales unidas a ella y seccionadas por la incisión quirúrgica. Su mantenimiento podría favorecer la re inserción del colgajo.

La presencia de cráteres gingivales a nivel interproximal es frecuente en las primeras semanas tras la cirugía, y exige un control de la placa minucioso, tanto personal como profesional.