



15.
1001

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

REGULARIZACION QUIRURGICA DE PROCESOS
CON FINES PROTESICOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
JOSE LUIS TAFOYA HERRERA
MEXICO, D. F. 1979

183225



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C A P I T U L O I .
A N A T O M I A D E L O S M A X I L A R E S .

I N D I C E.

PAG.

REGULARIZACION QUIRURGICA- CON FINES PROTESICOS.

I.-	ANATOMIA DE LOS MAXILARES:	1
	a).- Maxilar Superior.	
	b).- Dimensiones de Seno Maxilar.	
	c).- Maxilar Inferior.	
	d).- Inervación e Irrigación.	
II.-	HISTORIA CLINICA.	17
III.-	TECNICAS DE ANESTESIA LOCAL:	30
	1.- Maxilar Superior.	
	a). Alveolares Superiores	
	b). Infraorbitario.	
	c). Nasopalatino.	
	d). Palatino Anterior.	
	2.- Mandíbula	
	a). Dentario Inferior.	
	b). Bucal.	
	c). Lingual.	
	d). Mentoniano.	

	PAG.
IV.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA.	44
V.- REGULARIZACION DE PROCESOS.	49
a). Regularización Postextracción	
b). Resección de Tejidos Duros Hiper trofiados.	
c). Regularización Quirúrgica.	
VI.- TRATAMIENTO DE TORUS.	58
a). Torus Palatino.	
b). Torus Mandibular.	
VII.- TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS SUR - COS VESTIBULARES.	62
a). Frenectomia.	
b). Eliminación de las Hipertrofias Oseas.	
c). Vestibuloplastia.	
d). Tratamiento de Fibromas del Surco.	
e). Instrucciones Posoperatorias.	
VIII.- PROTESIS INMEDIATA.	78
CONCLUSION.	
BIBLIOGRAFIA.	

C A P Í T U L O I.

ANATOMIA DE LOS MAXILARES.-

Los huesos de la cara se dividen en dos porciones. La inferior queda integrada por el maxilar inferior (mandíbula); la superior es más compleja y está constituida por trece huesos: doce de ellos están dispuestos por pares, a un lado y otro del plano sagital, mientras el restante es impar y coincide con este plano. Y ES EL HUESO VOMER.

Los huesos pares son:

- a).- Maxilar Superior.
- b).- Hueso Malar.
- c).- Los Unguis
- d).- Los Cornetes Inferiores.
- e).- Huesos propios de la Nariz.
- f).- Los Palatinos.

Los que trataremos de describir en este trabajo - son los huesos maxilares y mandíbula ya que éstos presentan - arrugas, crestas, fosas y canales que debemos de tener en - cuenta en caso de cirugía bucal, y para obtener un mejor éxi - to en nuestro trabajo para obtener un mejor soporte para las futuras prótesis.

MAXILAR SUPERIOR

Este hueso forma la mayor parte de la mandíbula - superior se aproxima a la forma cuadrangular, siendo algo - aplanada de fuera adentro.

Consta este hueso de: dos caras, cuatro bordes, - cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar.

La Cara Interna. En el límite de su cuarta parte inferior se encuentra una saliente horizontal, de forma cuadran - gular llamada apófisis palatina. La cara superior lisa, forma parte del - piso de las fosas nasales, y otra inferior rugosa y forma gran parte de - la bóveda palatina. El borde externo de la apófisis está unido con el - resto del maxilar, en tanto que su borde interno se une con el borde de - la apófisis palatina del maxilar opuesto.

Este borde en su cara anterior termina en una pro - longación que al articularse con la del lado opuesto forma -

Los que trataremos de describir en este trabajo - son los huesos maxilares y mandíbula ya que estos presentan arrugas, crestas, fosas y canales que debemos de tener en -- cuenta en caso de cirugía bucal, y para obtener un mejor éxi to en nuestro trabajo para obtener un mejor soporte para las futuras prótesis.

MAXILAR SUPERIOR.

Este hueso forma la mayor parte de la mandíbula - superior se aproxima a la forma cuadrangular, siendo algo -- aplanada de fuera adentro.

Consta este hueso de: dos caras, cuatro bordes, - cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar.

La Cara Interna. En el límite de su cuarta parte - inferior se encuentra una saliente horizontal lisa, forma -- parte del piso de las fosas nasales, y otra inferior rugosa - y forma gran parte de la bóveda palatina. El borde externo - de la apófisis está unido con el resto del maxilar, en tanto que su borde interno se une con el borde de la apófisis pala tina del maxilar opuesto.

Este borde en su cara anterior termina en una pro longación que al articularse con la del lado opuesto forma -

la espina nasal anterior.

El borde anterior de la apófisis palatina, cóncava por arriba, forma parte del orificio anterior de las fosas nasales. Su borde posterior se une con el hueso palatino. Por detrás de la espina nasal anterior, existe un surco que con el del otro maxilar origina el CONDUCTO PALATINO ANTERIOR que por él pasan el nervio esfenopalatino interno y una rama de la arteria esfenopalatina.

La apófisis palatina divide la cara interna del maxilar en 2 porciones.

La inferior forma parte de la bóveda palatina, es muy rugosa y está cubierta en estado fresco por la fibromucosa palatina.

La superior, más amplia, presenta en su parte detrás diversas rugosidades en las que se articula la rama vertical del palatino. Un poco más adelante se encuentra el orificio del seno maxilar, el cual en estado fresco queda muy disminuido en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba, el cornete inferior por abajo, el unguis por delante y la rama vertical del palatino por detrás.

Por delante del orificio del seno, existe un canal

vertical o canal nasal, cuyo borde anterior se haya limitada por la apófisis ascendente del maxilar superior. Esta apófisis en su cara interna y en su parte inferior presenta la cresta turbinal inferior que se dirige de adelante atrás y se articula con el cornete inferior; por encima de ellas se encuentra la cresta turbinal superior, que se articula con el cornete medio.

Cara Externa. En su parte anterior se observa, por encima del lugar de implantación de los incisivos, la fosa mirtiforme donde se inserta el músculo mirtiforme, fosa que está limitada posteriormente por la eminencia o gibacarina. Por detrás y arriba de esta eminencia destaca un saliente transverso, de forma piramidal, o APOFISIS PIRAMIDAL.

Esta apófisis presenta una base, un vértice que se articula con el hueso malar, tres caras y tres bordes.

La cara superior u orbitaria forma parte del piso de la órbita y lleva el conducto suborbitario; en la cara anterior se abre el conducto suborbitario por donde sale el nervio del mismo nombre. Entre este agujero y la gibacarina se encuentra la fosa canina.

De la pared inferior salen unos conductillos dentarios anteriores.

Por último, la cara posterior de la apófisis piramidal es convexa, corresponde por dentro a la tuberosidad -- del maxilar y por fuera a la fosa cigomática. Exhibe diversos canales y orificios, denominados agujeros dentarios posteriores, por donde pasan los nervios dentarios posteriores y las arterias alveolares, destinadas a los gruesos molares.

BORDES.- Se distinguen en el maxilar cuatro bordes, a saber:

1.- Borde Anterior.- Que presenta abajo la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior. Más arriba muestra una escotadura que, con la del lado opuesto, forma el orificio anterior de las fosas nasales, y más arriba aún, el borde anterior de la rama ascendente.

2.- Borde Posterior.- Es grueso, redondeado y --- constituye la llamada tuberosidad del maxilar. Su parte superior forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar y en su porción más alta presenta rugosidades para recibir a la - apófisis orbitaria del palatino.

En su parte baja se articula con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis -- pterigoides. Ahí se encuentra el conducto palatino posterior por donde pasa el nervio palatino anterior.

3.- Borde Superior.- Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita.

4.- Borde Inferior.- llamado también borde alveolar. Presenta una serie de cavidades cónicas o ALVEOLOS DENTARIOS, donde se alojan las raíces de los dientes.

Los alvéolos son sencillos en la parte anterior, mientras que en la parte posterior llevan dos o más cavidades secundarias su vértice perforado deja paso a su correspondiente paquete vasculonervioso del diente y los diversos alvéolos se hallan separados por tabiques óseos, que constituyen las apófisis interdientarias.

Estructura del maxilar superior. La parte anterior de la apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar están formados de tejidos esponjosos, mientras el resto del hueso se halla constituido por tejido compacto.

En el centro del hueso, se encuentra el seno maxilar o antro de Highmore.

Este es en forma de pirámide cuadrangular, de base interna y vértice externo como es natural, dada su forma, en dicha cavidad se distinguen paredes, base y vértice y bordes.

La pared anterior, corresponde a la fosa canina - donde se abre el conducto suborbitario y es muy delgado.

La pared superior, es el lado opuesto de la cara orbitaria de la apófisis piramidal y lleva, por consiguiente el conducto suborbitario, el cual con frecuencia comunica -- con esta cavidad.

La posterior.- Se corresponde con la fosa cigomática.

La inferior.- Está en relación con los dientes.

La Base.- Es en realidad parte de la pared - externa de las fosas nasales.

El vértice.- Está vuelto hacia el hueso malar, - y se corresponde con el vértice de la apófisis piramidal.

El borde Inferior.-El más importante desde el punto - Inferior.- de vista odontológico.

DIMENSIONES DEL SENO MAXILAR.

Las dimensiones del seno varian extraordinariamente, no sólo en el mismo individuo, en el cual puede haber -- asimetría marcada de ambos antros, sino que sufren variaciones en su volúmen según la edad, el sexo y las distintas con figuraciones de los maxilares, dentro de los mismos tipos --

raciales y en las distintas variedades de raza. La capacidad media del seno es de 10 a 12 Centímetros Cúbicos, pudiendo - existir senos chicos, de 2 Centímetros Cúbicos, y senos gran des que pueden alcanzar hasta 25 Centímetros Cúbicos.

La capacidad sinusal se mide clínicamente, inyectando un líquido y realizando la aspiración con una jeringa- graduada.

ESTRUCTURA OSEA DE LA MANDIBULA.

Forma él solo la mandíbula inferior y se puede -- considerar dividido en un cuerpo y dos ramas.

Cuerpo.- Tiene forma de herradura, cuya concavi-- dad se halla vuelta hacia atrás. Se distinguen en él dos ca- ras y dos bordes.

Cara Anterior.- Lleva en la línea media una cresa vertical resultado de la unión de las dos porciones del - hueso, y llamada sínfisis mentoniana, y más abajo la eminencia mentoniana.

Hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra un orificio, agujero mentoniano, por donde salen el nervio y -- los vasos mentonianos.

Más atrás aún, se observa una línea saliente, dirigida hacia abajo y hacia adelante, que partiendo del borde anterior de la rama vertical, va a terminar en el borde inferior del hueso; se llama línea oblicua externa de la mandíbula y sobre ella se insertan los siguientes músculos: el triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

En la cara posterior cerca de la línea media se encuentran las apófisis geni, dos superiores que sirven de inserción a los músculos genioglosos y dos inferiores donde se insertan los genihioideos; más atrás nos encontramos con la línea oblicua interna o milohioidea, donde se inserta el músculo milohioideo por encima de esta línea se encuentra la foseta sublingual en donde se alojan la glándula sublingual, -- más afuera por abajo de ésta línea se encuentra la foseta submaxilar que sirve de alojamiento a la glándula del mismo nombre.

BORDES.- El borde inferior es romo y redondeado.

Esta lleva dos depresiones o fosetas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media; en ellas se inserta el músculo digástrico.

El borde superior o borde alveolar como el inferior del maxilar superior, presenta una serie de cavidades,-

y todas ellas se encuentran separadas entre si por puntos óseos o apófisis interdentarios, donde se insertan los ligamentos de los dientes.

Ramas.- En número de dos derecha e izquierda, son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular; el plano definido por cada uno de ellos es vertical y su eje mayor es tá dirigido oblicuamente hacia arriba y atrás. Consta de dos caras y cuatro bordes.

Cara Externa.- Su parte inferior es más rugosa -- que la superior, ya que sobre aquella se inserta el músculo-masetero.

Cara Interna.- En ésta cara encontramos el orificio superior del conducto dentario por el que se introducen nervio y vasos dentarios inferiores, nos encontramos también con la espina de Spix sobre la cual se inserta el ligamento-esfenomaxilar. Hacia abajo vemos el surco milohioideo donde se alojan vasos y nervios del mismo nombre.

BORDES.- El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante. Se halla excavado en forma de canal, cuyos bordes divergentes se separan al nivel del borde alveolar, continuándose sobre las caras interna y externa con las líneas oblicuas correspondientes; este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulocigomática.

El borde posterior, liso y obtuso, recibe también el nombre de borde parotideo, por sus relaciones con la glándula parotida:

En el borde superior nos encontramos con la escotadura sigmoidea situada entre las dos salientes; por delante la apófisis coronoides y por detrás el cóndilo de la mandíbula.

La escotadura sigmoidea está vuelta hacia arriba y comunica la región masetérica con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos masetéricos.

El Borde inferior de la rama ascendente se continúa insensiblemente con el borde inferior del cuerpo. Por detrás al unirse con el borde posterior forma el ángulo de la mandíbula o GONION.

Estructura.- Está formado por tejido esponjoso, recubierto por una gruesa capa de tejido compacto. Se halla recorrido interiormente por el conducto dentario inferior el cual comienza con el orificio situado detrás de la espina de spix y se dirige hacia abajo y adelante, a lo largo de las raíces dentarias, llegando hasta el nivel del segundo premolar. Aquí se divide en un conducto externo, que se va a terminar al agujero mentoniano y otro interno, que se prolonga hasta el incisivo medio.

MUCOPERIOSTIO DEL MAXILAR.

El tejido que cubre el reborde alveolar de un desdentado, es idéntico a la encía normal en su estructura. Está - constituido de una capa firme y gruesa, de tejido conectivo in-elástico denso, adherido al mucoperiostio del reborde y cubier-to por un epitelio escamoso estratificado.

Este tejido que tiene un espesor de 4 a 8 mm., se extiende desde la tuberosidad del maxilar de un lado, hasta la-tuberosidad del lado opuesto.

El paladar duro está cubierto en su parte anterior por un tejido denso y resistente que forma las rugas palatinas, en cambio la mucosa, de la parte posterior del paladar duro, -- es lisa y elástica.

La submucosa es acolchada y húmeda en ésta zona, -- por la presencia de tejido adiposo y numerosas glándulas, con-tiene además vasos y nervios palatinos.

MUCOPERIOSTIO DE LA MANDIBULA.

La mucosa y submucosa que cubre el reborde alveo-lar de la mandíbula presenta características semejantes al superior, destacando en el extremo distal de la zona gingival la --

almohadilla retromolar, en forma de almendra, que contiene - en su centro una pequeña saliente denominada papila periforme.

INERVACION E IRRIGACION.

En los huesos maxilares, nos encontramos una serie de agujeros que nos identifican la entrada o salida de - los diferentes ramos nerviosos que la inervan.

En la cara anterior encontramos el agujero infra-orbitario por el que sale el nervio suborbitario, y es considerado como terminal del nervio maxilar superior, dividiéndose a su vez en tres pequeños ramos terminales: ascendentes o palpebrales, descendientes o labiales e internos o nasales.

Por Palatino encontramos en la parte anterior y - en la línea media, el agujero palatino anterior por donde salen el nervio nasopalatino ramo del esfenopalatino.

Los Agujeros palatinos posteriores en número de - dos: Izquierdo y derecho, localizados aproximadamente a 1 cm por arriba y por dentro del reborde alveolar cerca de la sutura entre el borde posterior, entre la apófisis palatina -- del maxilar y el borde anterior de la lámina horizontal del palatino, por éstos agujeros emergen los nervios palatinos - anteriores, también ramas del esfenopalatino, inerva el velo

del paladar y parte de la bóveda palatina.

Ramas dentarias posteriores, éstos en número de dos o tres se separan del maxilar superior un poco antes de su entrada en la cavidad orbitaria, descienden por la tuberosidad del maxilar, se introducen en los conductos dentarios inferiores y forman Anastomosandose por encima de los premolares y molares un plexo que dá ramas a todas las raíces de los molares superiores, al hueso malar y la mucosa del seno maxilar.

El nervio dentario medio, nace del infraorbitario en el canal ó su piso, antes de la extremidad posterior del conducto, desde ahí desciende por la pared anterolateral del seno hasta la parte media del plexo dentario, en ocasiones se confunde con el más elevado de los dentarios posteriores cuyo trayecto comparte hasta la proximidad de su territorio de distribución.

El nervio dentario anterior, nace del maxilar superior en el conducto dentario anterior y superior y se distribuye por las raíces de los incisivos y caninos del lado correspondiente.

En la mandíbula el nervio dentario inferior, constituye el de mayor importancia y es rama del maxilar inferior y su terminal el mentoniano; por la parte interna primor

dialmente el nervio lingual correspondiente a su porción posterior.

Debemos tomar en cuenta:

La zona de la glándula sublingual que se extiende desde la región del primer premolar hasta el frenillo lin -- gual.

En ésta zona encontramos el músculo milohideo que se inserta profundamente a lo largo de la línea oblicua in--terna.

Inmediatamente después están la apófisis geni superior que da inserción al músculo geniogloso.

Finalmente el frenillo lingual en la línea media-- que constituye la inserción anterior de la lengua.

Tanto la inervación como irrigación la debemos tener muy en cuenta en el momento de la cirugía bucal, para no dañar o traumatizar alguno de estos elementos.

CAPITULO II.

HISTORIA CLINICA.

C A P I T U L O I I .

HISTORIA CLINICA.

La Historia Clínica es un registro escrito de los datos obtenidos por el interrogatorio y la exploración de un enfermo con el objeto de elaborar un DIAGNOSTICO y fundamentar un pronóstico e instituir un tratamiento específico. O sea una recopilación de datos.

INTERROGATORIO.

Definición.- Llamada también anamnesis, es una serie ordenada de preguntas para orientarnos sobre la localización y evolución del proceso patológico.

El interrogatorio se hará mediante una serie de preguntas dirigidas al paciente ó tercera persona, para esclarecer con precisión, las causas presentes ó pasadas de sa

lud ó enfermedad y sus descendientes.

DIVISION. DIRECTO E INDIRECTO

Directo.- Como su nombre lo indica, es el que hacemos directamente sobre el enfermo.

Indirecto.- Es aquél, en que las preguntas las dirigimos a sus familiares o terceras personas por haber encontrado dificultad en el interrogatorio directo. Ejemplo menores de edad, estado de coma, en caso de mudos.

El interrogatorio nos facilita las relaciones médico-enfermo.

Es muy importante seguir algunas reglas al hacer el interrogatorio.

Procuraremos emplear un lenguaje sencillo exento de terminos científicos para que sea mejor la comprensión de nuestras preguntas. Evitar preguntas superfluas.

Haremos preguntas en sentido afirmativo.

Las preguntas serán formuladas en forma tal que no sugieran la respuesta.

Como último diremos que el interrogatorio debe -- ser ordenado, metódico y completo.

EVALUACION Y EXAMEN FISICO DEL ENFERMO.

El propósito del odontólogo al realizar este exámen es simplemente el determinar si la capacidad física ó emotiva de un enfermo le permitirá tolerar un tratamiento dental específico. Habiendo hecho una buena historia clínica -- nos permite decidir si podemos continuar ó si está indicada una consulta médica antes de proceder al tratamiento.

El exámen no debe limitarse a las hileras de dientes sino a toda la persona. Empieza desde que cruza la puerta y se sienta en el sillón, se observarán signos de nerviosismo, debilidad, palidez facial, labios cianóticos, exoftalmias, falta de resuello etc.

Exploración Física.- Es el conjunto de procedimientos de investigación clínica en los cuales utilizamos los órganos de los sentidos e instrumental especializado, para obtener datos acerca del estado de salud del paciente. Estos procedimientos son:

Interrogatorio, inspección, palpación, percusión, auscultación, punción exploradora, y principalmente nos sirven para identificar signos.

Inspección.- Es el método de exploración clínica que nos suministra datos por medio de la vista.

Puede ser simple ó armada, la primera se llama -- también directa y se hace sin ayuda de ningún instrumento ó aparato la otra recibe también el nombre de indirecta, y se hace por medio de aparatos.

Medio Ambiente.- Debe haber buenas condiciones de iluminación; la luz que debe utilizarse es la natural y cuando sea forzoso emplear luz artificial, deberá preferirse la azulada, y desecharse por completo la amarilla porque con -- ella pueden pasar desapercibidas algunas coloraciones.

Objetivo Principal.- Es buscar los fenómenos que estén fuera de lo normal así cómo sus antecedentes y poder -- valorar los datos obtenidos para emitir un juicio acerca de un enfermo respecto a su salud actual y venidera.

Se deberá observar: Signos, aspecto general, forma, volúmen, actitud, coloración, movimientos, estado de la superficie, y su simetría.

Palpación.- Esta es aquella que nos permite obtener datos por medio del tacto.

Se divide en simple y armada, la primera puede --

ser bimanual, monomanual y digital. Esta última recibe el -- nombre especial de tacto cuando se practica en vagina, recto y boca.

La armada se hace con el auxilio de sondas y su-- empleo es del dominio de la cirugía.

La temperatura debe ser agradable entre ocho y -- veinte grados centígrados. Se deberá tomar en cuenta, la --- consistencia, sensibilidad, temperatura y movilidad de la-- piel sobre los planos profundos.

Percusión.- Se le da el nombre de percusión al -- procedimiento exploratorio que consiste en golpear metódica-- mente la región explorada, con objeto de producir fenómenos-- acústicos, localizar puntos dolorosos e investigar movimien-- tos reflejos.

La percusión se divide en superficial y profunda; en la primera los golpes son de pequeña intensidad y en la - segunda son más fuertes con el objeto de alcanzar órganos -- más profundos.

Auscultación.- Este método de exploración nos pro-- porciona datos por medio del oído.

Esta puede ser inmediata, mediata y a distancia.

La inmediata es aquella en la cuál se aplica directamente la oreja sobre la región por auscultar, la mediata -- es aquella en la que hay interposición de aparatos entre el oído y la región explorada. La auscultación a distancia se usa cuando hacemos el estudio de la tos y algunos ruidos que se perciben a distancia.

Obtenemos datos especialmente de los aparatos respiratorio y circulatorio.

Punción Exploradora.- La punción explorada consiste en la introducción, a través de los tejidos, de una aguja hueca, seguida de aspiración por medio de una jeringa, con el objeto de saber si en la región de que se trata existe -- una colección líquida.

Auxiliares de Diagnóstico.- Los medios de los cuáles nos valemos para recaudar una mejor información acerca del estado de salud del individuo nos facilita el diagnóstico y entre los más importantes están: exámenes de laboratorio, (sangre, orina, etc), rayos X, exámenes fisiológicos -- (electrocardiograma, electroencefalograma, etc), transiluminación pruebas térmicas, corrientes eléctricas, modelos de estudio.

Diagnóstico.- Es el conocimiento de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que el agente morbozo ha produ

cido en el organismo; se basa en los síntomas funcionales; - el término también puede significar la decisión a la que se ha llegado.

Un cuidadoso diagnóstico es el fundamento en que se basa toda la terapéutica, médica y dental. Se debe obtener tanta información como sea posible respecto al paciente y a sus quejas antes de iniciar el tratamiento definitivo.

Nos encontramos con diferentes tipos de diagnóstico:

Etiológico.- Es el que señala la causa de la enfermedad.

Patogénico.- Indica como obra la causa.

Anatomopatológico.- Fija la localización anatómica del proceso.

Fisiopatológico.- Nos enseña las alteraciones funcionales que se han producido.

Sindromático.- Agrupa los síntomas en síndromes cuando hay lugar para hacerlo.

Nosológico.- Es el que nos da el nombre que es la

patología se ha asignado al cuadro que estudiamos.

Integro.- Es la recopilación de los diagnósticos--
parciales, y además nos señala el terreno en que evoluciona -
el padecimiento.

Pronóstico.- Este es la predicción de la evolución
probablemente de una enfermedad.

Este conocimiento no será cierto sino probable, lo
que si es evidente es que el pronóstico depende fundamental--
mente del diagnóstico y de la exactitud de éste, y coopera --
ción del paciente para la buena elaboración de la historia --
clínica.

CUESTIONARIO.

- 1).- Ficha de identificación.
- 2).- Motivo de la consulta.
- 3).- Padecimiento actual.
- 4).- Antecedentes personales.
- 5).- Interrogatorio de aparatos y sistemas.
- 6).- Inspección general.
- 7).- Examen intraoral.
- 8).- Complemento.

1). Ficha de Identificación: No. de Expediente.

- a) Nombre del Paciente
- b) Dirección y Teléfono
- c) Edad y Sexo
- d) Ocupación
- e) Lugar de Nacimiento
- f) Fecha del Examen.

2). Motivo de la Consulta.

- a) Emergencia
- b) Alivio de una molestia
- c) Corregir una condición anormal
- d) Revisión médica y odontológica

3). Padecimiento Actual.

- a) Fecha de inicio
- b) Sintomatología
- c) Localización
- d) Curso del Padecimiento
- e) Carácter
- f) Terapéutica Empleada.
- g) Causa probable
- h) Estado actual de los síntomas

4). Antecedentes Personales.

- a) Padre, Hermanos, Cónyuge, hijos.
- b) Sífilis, Tuberculosis, Diabetes.

- c) Cardiopatías, Nefropatías.
- d) Neoplasias, Artritis, Hemofilia.
- e) Alergias, Padecimientos mentales Alcoholismo y toxicomanías.

5). Interrogatorio de Aparatos y Sistemas.

I) Digestivo

- a) Dolor Abdominal
- b) Dispepsia
- c) Náuseas y Vómitos
- d) Hemorragias.

II) Respiratorio

- a) Resp. bucal
- b) Tos, Expectorcación.
- c) Epistaxis
- d) Disnea
- e) Cianosis
- f) Vómica (pus)

III) Cardiovascular

- a) palpitaciones
- b) Dolor precordial
- c) Cefalea recidivante
- d) Mareos, lipotimias
- e) Disnea de Esfuerzo
- f) Edema Maleolar.

- IV) Urinario
 - a) Oliguria, disuria
 - b) Poliurea, nicturia
 - c) Diuresis en 24 Hrs.
 - d) Edema palpebral
 - e) Dolor lumbar.
 - V) Genital Femenino.
 - a) Menarquia
 - b) Ciclo Mestrua1
 - c) Dismenorrea, Leucorrea
 - d) Metrorragias, Abortos
 - e) Embarazos, menopausia.
 - VI) Nervioso
 - a) Neuralgias
 - b) Parálisis, Parestesia
 - c) Temblores, sueño
 - d) Organos de los sentidos
- 6). Inspección General.
- a) Forma de adaptarse al medio
 - b) Edad aparente y cronológica
 - c) Expresión facial, marcha
 - d) Conformación actual
 - e) Estado de la consciencia.
- 7). Exámen Intraoral.
- a) Labios, región yugal.

- b) Lengua y piso de boca.
 - c) Paladar y velo
 - d) Maxilar y mandibula
 - e) Glándulas salivales
 - f) Región Gingival
 - g) Organos dentarios.
 - 1) Oclusión
 - 2) Dentición
 - 3) Lesiones por caries
 - 4) Restos radiculares
 - 5) Dientes ausentes
 - 6) Movilidad dentaria
- 8) Complemento.
- a) Resúmen del examen.
 - b) Exámenes recomendados
 - c) Referencias Clínicas
 - d) Nombre del Médico

C A P I T U L O I I I .

T E C N I C A S D E A N E S T E S I A L O C A L .

C A P I T U L O I I I .

TECNICAS DE ANESTESIA LOCAL.

ANESTESICOS LOCALES.

DEFINICION: Es el término que se usa para designar la pérdida de la sensibilidad, en un paciente que permanece con la consciencia intacta.

Existen dos clases de Anestésico Local:

- 1) Anestesia local por infiltración, terminal ó -- periférico.
- 2) Anestesia local por conducción ó por bloqueo -- nervioso.

Tanto en la Anestesia por Infiltración como en la Anestesia por Bloqueo, la solución debe ser aplicada correcta

mente para obtener el efecto máximo y, ya que para satisfacer los requisitos mencionados es conveniente recordar las características más importantes de la Anatomía Oral.

No es posible obtener una Anestesia eficaz si no se emplea una técnica adecuada para la inyección.

Para lograr una Analgesia completa hay que depositar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa que va a anesthesiarse.

PROPIEDADES FARMACOLOGICAS DE LOS BLOQUEADORES.

- 1).- Período de latencia corto
- 2).- Duración adecuada al tipo de intervención
- 3).- Compatibilidad con vasopresores
- 4).- Difusión conveniente
- 5).- Estabilidad de las soluciones
- 6).- Baja toxicidad sistémica
- 7).- Alta incidencia de anestesia satisfactoria
- 8).- Su acción debe ser reversible
- 9).- No ser irritantes, (No causar lesión a los nervios).

METODO PARA PRODUCIR ANESTESIA LOCAL.-

- 1.- EFECTO PARALIZANTE: Se cree que ciertas subs--

tancias poseen una afinidad diferenciada por el protoplasma de la célula nerviosa; cuando la solución anestésica, se pone en contacto con el tejido nervioso, se produce por algún tiempo una unión que origina el estado de --- anestesia. Posteriormente se rompe dicha unión por la difusión o la absorción del anestésico dividiéndose a la droga original en sustancias más simples reapareciendo la sensibilidad.

- 2.- EFECTO REFRIGERANTE: Algunas sustancias como el cloruro de etilo, aplicado por atomización por ser agentes refrigerantes y bajar la temperatura de los tejidos, producen un estado de analgesia ó anestesia parcial, que desaparece después de unos minutos.

- 3.- COMPRESION NERVIOSA: La anestesia que se produce por el método de compresión con la anemia consiguiente, se utiliza muy poco en cirugía bucal. Sin embargo sirve para reducir o eliminar el dolor mientras se introduce la aguja en la piel, cuando se hacen inyecciones extrabucales. Esto se hace presionando con el pulgar y el índice la piel durante 2 o 3 minutos cuando se produce isquemia de la región y

la presión ejercida se paralizan las terminaciones periféricas nerviosas haciendo insensible la parte comprimida.

TECNICAS DE ANESTESIA PARA MAXILAR SUPERIOR E INYECCION SUPRAPERIOSTICA.

La inyección supraperiostica, según la describieron Sicher y Fischer, se aplica para provocar la anestesia del plexo dental en casos favorables. Se realiza llevándose el líquido anestésico a las capas profundas de la submucosa en vesinda inmediata con el perióstio, y del hueso cortical, su difusión depende de la mayor o menor permeabilidad del hueso. Se realiza de preferencia en el maxilar superior cuyo hueso siendo particularmente esponjoso y rico en foraminas puede ser fácilmente alcanzado por el líquido anestésico, hasta llegar al plexo alveolar superior de los nervios que se alojan en el hueso esponjoso.

El hueso que recubre los ápices de los dientes temporales es más denso que el del adulto.

Técnica.- Se debe mantener el labio y la mejilla del enfermo entre el pulgar y el índice, estirándolos hacia afuera a fin de distinguir correctamente la línea de separación entre mucosa alveolar movable y la mucosa gingival firme y fija.

Precaución.- Esta técnica no debe ser empleada -- cuando tengamos un caso que presenta infección ó de inflamación aguda.

ANESTESIA DEL NERVIIO DENTAL POSTERIOR.

El bloqueo de la tuberosidad es el más sencillo - para obtener la anestesia inmediata de los nervios dentales-posteriores. Este método produce una anestesia pulpar y quirúrgica profunda.

Los tres nervios dentales superiores, pasan a traves de la pared externa del antro maxilar hacia el alveolo - inervando las estructuras que soportan los dientes superiores y sus pulpas correspondientes.

Inyección.- El nervio dental superior posterior - puede bloquearse puncionando a nivel del segundo molar.

Se introduce la aguja hacia arriba y afuera, depositando el líquido anestésico sobre los ápices de las raíces del tercer molar. Con esto anestesiarnos segundo y tercer molar y raíces distal y palatina del primer molar.

Haciendo la inyección supraparióstica sobre el ápice de la raíz del segundo premolar completamos la anestesia del primer molar. Esta anestesia es suficiente para circu

gfa paradontal y operatoria Dental.

Precauciones.- Debemos tener cuidado en introducir la aguja en Angulación correcta para no provocar lesiones. Podemos llegar a lesionar el plexo venoso pterigoideo ó también el músculo pterigoideo externo.

NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO.

Se hace la punción en el pliegue muco-bucal por encima del primer premolar. Esta inyección anestesia el primero y segundo premolar y la raíz mesial del primer molar superior.

En tratamientos Quirúrgicos, debe inyectarse también en el lado palatino a nivel del ápice de la raíz del primer molar.

NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR

La punción debe hacerse en el pliegue muco-bucal en la zona próxima al diente canino. Depositando la solución directamente por encima del ápice de la raíz del canino.

BLOQUEO DEL NERVIO INFRAORBITARIO

El bloqueo del nervio infraorbitario está indica-

do en intervenciones quirúrgicas en el lugar de distribución del nervio. En extracciones complicadas con resección de colgajo sobre uno o varios incisivos ó caninos, así como en extirpación de quistes radicales.

En la eliminación de caninos incluídos, o cuando está contraindicada la inyección supraperióstica en enfermos con inflamación o infección. También se indica cuando necesitamos obtener una duración adecuada de anestesia, lo cual no se logra con la supraperióstica.

El nervio infraorbitario es continuación directa del maxilar superior. Se introduce en la órbita a través de la hendidura eseno maxilar y corre en el piso de la misma - primero en el surco luego en el canal para después aparecer - en el agujero infraorbitario: Este se encuentra sobre la misma línea que el eje del segundo premolar.

El agujero se halla directamente debajo de la sutura de los huesos maxilares, generalmente aproximadamente a 1 cm. por debajo del borde orbitario inferior.

Inyección.- El agujero se localiza por palpación - con el dedo medio se palpa la porción media del borde inferior de la órbita y luego se decide cuidadosamente aproximadamente 1 cm. donde por lo general se puede palpar el paquete vascular-nervioso. Manteniendo el dedo medio en el mismo

lugar, se levanta con el pulgar y el índice el labio superior y con la otra mano se introduce la aguja en el repliegue superior del vestíbulo oral, dirigiéndola hacia el punto en el cual se ha mantenido el dedo, esto se hace con sumo cuidado para evitar lastimar al paciente o provocar lesiones dolorosas duraderas.

En caso de que el paciente presente dolor en el momento de ir introduciendo la aguja, se inyecta 1 o 2 gotas y se espera un momento para continuar introduciendo la aguja. La inyección en este sitio, produce la anestesia de los dientes incisivos, canino y premolares y de su periodonto con excepción de la encía palatina.

Para evitar el riesgo de penetrar en la órbita con la aguja se debe medir la distancia del agujero infraorbitario a la punta de la cúspide bucal del 2do. premolar.

La distancia media en adultos es de 4.6 cms. En el tratamiento de exodoncia múltiples, esta anestesia debe completarse con las inyecciones palatinas y también se depositan unas gotas sobre el ápice del periostio labial de la raíz del incisivo central.

BLOQUEO DEL NERVI0 NASOPALATINO (esfenopalatino).

El nervio nasopalatino se bloquea inyectando una -

décima de ml. de líquido anestésico en o inmediatamente al lado del conducto incisivo situado en la línea de los incisivos. Esta inyección que se aplica en el paladar duro, puede ser dolorosa, siendo aconsejable comenzar a inyectar el anestésico tan pronto la aguja punciona la membrana mucosa.

BLOQUEO DEL NERVIIO PALATINO ANTERIOR.-

El nervio palatino anterior corre desde la fosa-pterigopalatina hacia abajo en el canal del conducto palatino posterior atraviesa el agujero palatino posterior para aparecer en el paladar duro e inervar la mucosa de esta región y la encía palatina correspondiente.

Inyección.- Se coloca el bisel de la aguja sobre la mucosa distal del primer molar y en un punto medio entre el borde gingival y la bóveda del paladar, insertando la aguja desde el lado opuesto de la boca.

Esta inyección anestesia la membrana mucosa del paladar, desde la tuberosidad hasta la región canina y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado inyectado.

BLOQUEO DEL NERVIIO MAXILAR SUPERIOR. (INFRAORBITARIO POSTERIOR).

Este tipo de bloqueo está indicado cuando la infla

mación o la infección impiden un acceso más periférico la solución anestésica debe depositarse cuando el nervio maxilar superior atraviese la fosa pterigopalatina. Se emplea una aguja curva o bien una recta con adaptador curvo; un tope de caucho colocado sobre la aguja sirve como señal y se ajusta para indicar la altura medida sobre el maxilar.

Esta técnica, es la más segura puesto que la aguja queda anterior a la arteria maxilar interna.

MÉTODOS Y MEDIDAS PARA EL BLOQUEO DEL NER- VIO MAXILAR INFERIOR.

El nervio dentario inferior se desprende del nervio maxilar inferior cuando éste se divide inmediatamente -- por debajo del agujero oval y se dirige hacia abajo, primero por dentro del músculo pterigoideo externo y luego por fuera del músculo pterigoideo medio entre éste y la rama del maxilar inferior el nervio entra en el orificio del conducto dentario que está situado, más o menos en el punto medio de la rama y corre en el canal del mismo nombre hasta el nivel del incisivo mesial.

Inyección.- Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua, es decir, el borde interno de la rama del maxilar inferior la punción se hace inmediatamente por dentro de ese punto a 1 cm. por encima del plano oclusal.

La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula inferior y sobre todo paralela al plano masticatorio; se perfora la mucosa, el músculo buccinador, se entra en tejido laxo, entre la cara interna de la rama ascendente y la cara anteroexterna del músculo pterigoideo interno se avanza la aguja, descargando pequeñas cantidades de la solución anestésica, introduciéndola aproximadamente 15 mm., con esto se anestesia el nervio lingual, que está por delante -- del dentario inferior.

En esta posición, se dirige la jeringa hacia el lado opuesto, llegando a la altura de los premolares, con objeto de llegar hasta la tabla interna de la rama ascendente, se profundiza la aguja 0.5 cm. llegando a tocar el hueso lo cual indica el sitio para infiltrar el anestésico.

Este bloqueo se puede también efectuar insertando desde un principio la aguja con la jeringa en la posición final descrita anteriormente y haciéndola avanzar directamente hacia la rama.

Cuando se trata de pacientes sin dientes, es muy importante conocer la posición exacta de todas las referencias anatómicas y sobre todo mantener siempre la jeringa en el plano horizontal adecuado.

Este bloqueo proporciona una zona anestesiada que

comprende los dientes de una de las mitades de la mandíbula, una parte de la encía bucal, la piel y la mucosa del labio inferior y la piel de la barbilla.

ANESTESIA DEL NERVIIO BUCAL.-

Para anestesiarlo, puede utilizarse tres métodos diferentes: la más sencilla fué elaborada por Sloma la inyección se hace aproximadamente a 1 cm. por encima del plano oclusal y a unos cuantos hacia dentro del borde anterior de la mandíbula, en este sitio el nervio bucal pasa dirigiéndose hacia abajo, del músculo pterigoideo externo.

Otro método, la inyección es submucosa y se hace a 1 cm. por debajo del conducto parotídeo. La aguja avanza lentamente, mientras se inyecta el líquido.

Por último el método utilizado con mayor frecuencia, consiste en poner la inyección en el vestíbulo bucal, a nivel de los molares inferiores, bloqueando así las ramas terminales, antes de que lleguen a la mucosa gingival alveolar.

ANESTESIA DEL NERVIIO LINGUAL

El nervio lingual inerva la lengua, piso de la boca y cara interna y encía del maxilar inferior. Generalmen

te se anestesia junto con el dentario inferior. Se utiliza - en intervenciones en el suelo de la boca, cálculos en el -- conducto de wharton.

Inyección la vfa más simple es inyectar por den--tro de la lfnea oblicua interna.

ANESTESIA DEL NERVIJO MENTONIANO.

Este se origina en el conducto dentario inferior - a partir del nervio dentario inferior y sale a través del a - gujero mentoniano a la altura de los premolares.

Inyección.- El foramen mentoniano se encuentra -- en el repliegue inferior del vestíbulo oral por dentro del - labio inferior e inmediatamente por detrás del primer premo - lar. Se palpa el paquete vasculonervioso a su salida del a -- gujero mentoniano. Se introduce la aguja hacia dicho punto - hasta que la punta esté en la cercanía inmediata del paquete nervioso.

C A P I T U L O I V .

A S E P S I A Y A N T I S E P S I A .

C A P I T U L O I V .

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

Toda intervención para ser realizada con éxito,-- exige que todos los elementos en dependencia con la operación estén libres de microbios.

Dentro de estos elementos deben ser considerados: el sitio donde se realizan la operación, las manos y ropas - de los que realizan la intervención los instrumentos y materiales que formen parte del acto Quirúrgico. La cavidad -- bucal, a pesar de su riquísima flora micorbiana, no debe apartarse de estos principios quirúrgicos y aunque es verdad que la boca posee un extraordinario mecanismo de defensa, en lo referente a la cirugía que en ella se aplica, no puede admitir errores de ninguna especie.

Uno de los tres postulados de la técnica quirúrgi

ca es evitar la infección.

La ASEPSIA Y ANTISEPSIA nos brinda los conocimientos necesarios para prevenir y combatir la infección. La asepsia tiene por objeto destruir los gérmenes para evitar la entrada de estos al organismo y la Antisepsia se encarga de destruirlos cuando ya han entrado a tal organismo para ello se hace uso de los antisépticos. Por lo tanto vamos a considerar como asepsia, el conjunto de reglas y procedimientos-- que se ponen en práctica para conseguir la esterilización -- del material quirúrgico.

Como Antisepsia podemos decir que es el conjunto de medios terapéuticos que destruye a los gérmenes y que preserven contra la infección.

LAS CONDICIONES QUE DEBE CUMPLIR UN ANTISEPTICO -
SON:

- a) Fuerte poder bactericida ó bacteriostático.
- b) Buena tolerancia local para la piel, las mucosas y la superficie de las heridas.
- c) Que exista una, toxicidad pequeña en caso de absorción accidental ó de ser posible que no exista ésta.
- d) Debe ser activo frente a todos los tipos de -- bacterias.

La esterilización se puede realizar por distintos medios, que pueden ser físicos, químicos y biológicos.

Entre los medios físicos, tenemos los mecánicos - el más sencillo y más usado, es el lavado mediante el agua y jabón, este obra como un barrido.

Este es empleado para limpiar las manos del cirujano y ayudantes.

La temperatura es otro de los agentes físicos más empleados para esto se hace uso de calor seco ó húmedo.

Lo más común a utilizar el calor seco es el flameado que se utiliza para esterilizar las superficies pulidas de las cubiertas de las mesas, bandejas y algunos otros utensilios.

Otra forma de esterilización por calor seco, consiste en el empleo de aire caliente.

El calor húmedo es más empleado para esterilización de instrumental y vestuario quirúrgico. Puede utilizarse como medio común, la ebullición del agua.

Puede emplearse el calor bajo presión con lo cual se consigue elevar la temperatura a 130°C ó 140°C. los aparatos

tos designados para tal propósito se denominan autoclaves que reúne todas las cualidades para llevar a cabo una buena esterilización.

Los Agentes Químicos, constituyen los productos - denominados antisépticos.

Estos son de gran utilidad para esterilizar el material que puede alterarse por la acción del calor ó la humedad.

Los Antisépticos por su forma de obrar, pueden dividirse en: Coagulantes y Deshidratantes.

Entre los antisépticos, tenemos el alcohol, tintura de yodo, Acido fénico, Tintura de Mercurio, Cloruro de Benzalconio.

C A P I T U L O V.

REGULARIZACION DE PROCESOS

C A P I T U L O V

REGULARIZACION DE PROCESOS.

Al realizar extracciones con el fin de preparar los maxilares para que más tarde reciban aparatos de prótesis, la exodoncia ha de ser planeada con fines protéticos.

Esto es que debemos pensar que el trabajo protético, se inicia desde el momento en que practicamos la extracción de la pieza dentaria.

El problema de la exodoncia y la regularización de procesos ha sido considerado desde 2 puntos de vista por los cirujanos bucales: Algunos prefieren realizar la exodoncia y algunos semanas después la regularización; otros realizan ambos actos quirúrgicos en la misma sesión.

El criterio quirúrgico debe ser conservador. Siem

pre que no esté indicada la alveolectomía correctora, se limitará solo a la eliminación de las aristas y crestas óseas más agresivas.

(Hayward y Thomson (1958) y Meyer (1966) Preconizan el término alveoloplastia. Según estos autores, alveolectomía podría sugerir la eliminación quirúrgica de todo el alvéolo).

La regularización de procesos y la exodoncia, con el fin de preparar un maxilar para la prótesis, pueden hacerse en toda la extensión de la arcada o de otro modo dividirla operación por zonas.

REGULARIZACION POSTEXTRACCION.

Algunas veces cuando se han realizado extracciones sin criterio protésico, o cuando muy a pesar nuestro quedan sobre los procesos bordes agudos y crestas sumamente dolorosas a la presión éstos deben ser eliminados.

RESECCION DE TEJIDOS DUROS HIPERTROFIADOS.-

Los problemas que presentan los tejidos de la cavidad bucal con relación a prostodoncia, los podemos describir en 2 aspectos: Preventivo y Corrector; ambos con un sólo

propósito, brindar al aparato protético, soporte, retención, estabilidad y estética.

Debemos hacer un minucioso reconocimiento clínico, visual y digital de cavidad oral para poder diagnosticar el tratamiento a seguir.

Confirmar éste exámen, auxiliándonos con modelos de estudio del caso que nos ayudaran a conocer.

- 1.- La configuración anatómica del maxilar y la mandíbula.
- 2.- El tamaño que ha de darse a la base de la prótesis.
- 3.- La mucosa bajo la acción de la prótesis en función.
- 4.- Además es imprescindible hacer detallado estudio radiográfico, que nos permite descubrir y diagnosticar.
 - A.- La densidad del hueso.
 - B.- Lesiones ocultas y no accesibles al tacto.
 - C.- Raíces y dientes retenidos.
 - D.- Relación del Seno maxilar y del canal dentario inferior.

Considerando que el trabajo protético se inicia en el momento de la extracción debemos sujetarnos a aplicar las-

medidas preventivas, con criterio conservador para evitar -- que el paciente sea sometido a intervenciones posteriores. Es estableciendo los requerimientos siguientes.

1.- Una superficie plana en rasgos generales, deben existir ciertas protuberancias sin bordes agudos, que ofrezcan ventajas para la estabilización de las prótesis.

2.- Un proceso alveolar lo suficientemente alto - para oponer resistencia a las fuerzas sagitales y transversales de la masticación, para poder impedir el desplazamiento horizontal de la prótesis.

3.- Las paredes alveolares lingual y vestibular - habrán de ser poco más o menos perpendiculares a la cresta y sólo poco inclinadas.

4.- Es necesario que la cresta alveolar sea ancha, con lo que se agranda la superficie horizontal de soporte.

5.- En conjunto la cresta alveolar debe de tener un curso horizontal y hallarse en buenas relaciones con el - plano de oclusión.

6.- La mucosa del proceso alveolar y el restante-
lecho de la prótesis, debe tener movilidad y com-
presas escasas y no ser demasiado gruesa ni excesivamente delgada,-

porque menoscaba la firmeza de asiento, o produce dolores bajo la presión de la prótesis.

7.- Las partes blandas adyacentes de los labios, carrillos y lengua, no deben ser disminuídas ni en su movilidad ni en su distensibilidad para que puedan contribuir por su función a la retención de la prótesis.

8.- La posición de las crestas alveolares del maxilar superior y de la mandíbula y sus relaciones especiales - recíprocas, en las direcciones horizontal, vertical y transversal, deben consentir la restauración de buenas condiciones de articulación.

Según los requerimientos antes mencionados encontramos anormalidades.

ADQUIRIDAS Y CONGENITAS:.- Incluyendo en las primeras a las raíces y piezas dentarias, secuestros óseos enquistados, salientes óseos irritativos en el borde alveolar. Dentro de las congénitas: vamos a mencionar las exostosis -- que pueden presentarse en el maxilar superior en el curso de la sutura palatina o torus palatino (plano, nodular, fusiforme y lobular).

En la mandíbula se presentan simétricamente en el lado interno y en la zona de los premolares y los llamamos -

torus mandibular también localizamos Hipertrofias óseas laterales u oclusales; en el maxilar superior en la región de la tuberosidad. En la mandíbula en la región retromolar.

REGULARIZACION QUIRURGICA.-

- | | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.- | Incisión | Contorneante ó siguiendo el --
punto medio de la cresta alveo
lar, entre la superficie bucal
y lingual. |
| 2.- | Levantamiento del -
colgajo mucoperiós-
tico..... | Con elevador de periostio. |
| 3.- | Usar succionador... | Para saliva y sangre. |
| 4.- | Extracción de dien-
tes ó raíces denta-
rios y osteotomía.. | Con forceps y elevadores y ---
Gubia. |
| 5.- | Regularización de -
proceso | Con limas quirúrgicas ó pie --
dras montadas con irrigación. |
| 6.- | Explorar alveolos.. | Con pequeñas curetas, para eli
minar esquirlas ó cuerpos ex -
traños. |
| 7.- | Lavado de la zona -
operada..... | Usando suero fisiológico tibio |

- 8.- Gingivectomía o eliminación de la mucosa - Usando tijeras quirúrgicas curvas.
excedente
- 9.- Investigar irregularidades de crestas y rebordes Palpando con el dedo índice sobre el colgajo.
- 10.- Sutura..... Con hilo ó seda del 000 continua o interrumpida.

Encontramos contraindicadas las técnicas quirúrgicas para acondicionar procesos con fines protésicos en los casos de desdentados totales donde se presentan marcadas reabsorciones progresivas y atrofia de los rebordes del maxilar y de la mandíbula; apófisis geni en la parte superior del reborde residual, líneas oblicuas internas o milohioides prominentes y agudos; líneas oblicuas externas por arriba del reborde alveolar; agujeros mentonianos emergiendo en la parte superior del reborde.

Sínfisis mentoniana a nivel del reborde antro maxilar demasiado bajo.

C A P I T U L O V I

TRATAMIENTO DE TORUS.

C A P I T U L O VI

TRATAMIENTO DE TORUS

Estos procesos que pueden ser considerados como tumores óseos pero que son malformaciones (Exostosis).

Algunos protesistas indican sistemáticamente su eliminación otros con un criterio más conservador y más efectivo, piensan que los torus, en ambos maxilares no son un impedimento para prótesis sólo cuando origine dolor la aplicación del aparato ó cuando se ulceren aconsejan estos últimos su eliminación.

Torus Palatino.- Malformación situada en la bóveda palatina es una exostosis situada en el rafe medio y adquiere diferentes formas:

- a) Torus plano
- b) Torus nodular
- c) Torus fusiforme
- d) Torus Lobular

Prinz sostiene que es más común entre las mujeres, y Matthews lo ha observado en esquimales, y en individuos con grandes músculos masticadores y dientes muy abrasionados mecánicamente en los individuos que muerden de borde a borde, el torus es más frecuente.

Este en general no produce ningún trastorno.

Tratamiento.- Cuando por razones particulares lo aconsejen (dificultad a la fonación, impedimento para usar -- prótesis). Pueden ser eliminados quirúrgicamente.

Operación.- Previamente anestesiado se practica -- una incisión cuyas extremidades se abren en V ó en media luna

Esta incisión recorre el centro de la exostosis en sentido Anteroposterior y toda la extensión del proceso debe llegar profundamente hasta el hueso, seccionando fibromucosa y periostio.

Con un elevador de periostio desprendemos los colgajos dejando la exostosis al descubierto, hacemos hemostasis

por compresión y se pasa la ostectomia esto requiere habilidad Quirurgica, el torus es por lo general eburneo y necesita ser eliminado a escoplo y martillo, procurando no perforar el piso de las fosas nasales.

Ya extirpado el torus se vuelven los colgajos a su sitio y se mantienen con varios puntos de sutura.

La Exostosis pueden asentarse en la cara interna de la mandíbula, dando por resultado el torus mandibular, este consiste en un aumento de volumen uni o bilateral a nivel de los premolares. Es menester el examen radiográfico ya que algunas veces es confundido con un diente retenido simulando la corona de un diente.

Los torus son indoloros, el color de la encía es normal o una coloración amarilla.

El tratamiento de este se ajusta a los principios señalados para la operación del torus palatino.

C A P I T U L O VII

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS SURCOS VES- TIBULARES (Extracturas Anatómicas).

C A P I T U L O VII

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS SURCOS VES- TIBULARES (Estructuras Anatómicas).

En maxilares desdentados, clínicamente se puede - observar maxilares en los cuales la altura del surco vestibular está conservada o se halla disminuída o el surco ha desaparecido.

Las estructuras que intervienen en la cirugía mucogingival, son la encía marginal e insertada, la unión mucogingival, la mucosa alveolar, el hueso alveolar y el periostio alveolar, vasos sanguíneos y linfáticos regionales, nervios inserciones musculares y de frenillos.

Cuando esta indicada la cirugía mucogingival (cambio de inserción de un frenillo o eliminación del mismo, profundización del vestibulo) podemos encontrarnos con los si-

guientes musculos:

Músculo mentoniano.- Nace sobre la superficie facial del proceso alveolar en la fosa incisiva y se inserta en la piel del mentón.

Músculo incisivo del labio inferior.- Nace en el proceso alveolar cerca del borde, en la zona del incisivo lateral inferior y pasa al labio inferior.

Músculo depresor del labio inferior.- Nace en la línea oblicua de la mandíbula, entre la sínfisis y el agujero mentoniano, y se dirige hacia arriba.

Por detrás de los premolares y hasta la región del primer molar inclusive, la línea límite entre tejidos estacionarios y móviles está libre de inserciones musculares

A partir de la región distal del primer molar el buccinador cubre la línea oblicua externa, para ir a insertarse directamente en el borde alveolar, exactamente en el límite entre tejidos móviles y estacionarios.

También podemos encontrar el musculo milohioideo que se inserta en la línea oblicua interna y su inserción se extiende en algunos casos por encima de ésta.

Algunas veces también podemos encontrar el nervio mentoniano.

El traumatismo del nervio puede producir una parestesia molesta en el labio, el cual se recupera lentamente.

Las posibilidades de lesionarlo se ven reducidas, una vez familiarizándonos con la localización y el aspecto del nervio.

Músculo incisivo del labio superior.- Nace en el proceso alveolar cerca del borde, en la zona del incisivo lateral superior y pasa al labio superior.

Musculo elevador del angulo de la boca (canino):- nace en la fosa canina, debajo del agujero sub-orbitario, y se inserta en el ángulo de la boca.

A partir de la región del primer molar, más o menos desde la porción anterior del borde inferior de la apófisis piramidal del molar, todo el borde de la zona chapeada estaba formada por la inserción del buccinador.

Algunas veces la ubicación de los frenillos e inserciones se oponen a la colocación de prótesis y debemos modificarlos.

Un frenillo es un pliegue de membrana mucosa que, por lo común, encierra fibras musculares que unen el labio-- y las mejillas a la mucosa alveolar o a la enca y el periostio sub-yacente.

El repliegue que forma el frenillo está constituido histológicamente por tres capas:

Primera.- Epitelio escamoso estratificado de la - mucosa bucal.

Segunda.- La tunica propia consistente en tejidos conjuntivo conteniendo hileras de fi -- bras elásticas amarillas y tejido fi-- broso blando.

Tercera.- La submucosa que contiene glándulas mu- cosas y linfáticos.

Formas de frenillo (Monti).

- a) El frenillo de tipo alargado pero -- que presenta sus bordes derecho e iz- quierdo paralelos.
- b) Frenillo de forma triangular, cuya-- base coincide con el surco gingival.
- c) Frenillo triangular, con base infe-- rior.

Un frenillo se convierte en problema si está in-- sertado muy cerca del margen gingival.

Para tal caso tenemos la frenectomia y frenotomia.

La diferencia entre las dos es:

Frenectomia.- Es la eliminación completa del, frenillo incluso su inserción al hueso subyacente. (Periodontología).

Frenotomia, es la eliminación parcial del frenillo.

El procedimiento para la frenilectomia es como sigue:

- 1.- Lavado de la zona por tratar.
- 2.- Anestésiese la zona
- 3.- Tómese el frenillo con una pinza hemostática introducida hasta la profundidad del vestíbulo.
- 4.- Incídase a lo largo de la superficie superior del hemostato, extendiéndose mas allá del extremo.
- 5.- Hagase una incisión similar a lo largo de la superficie inferior del hemostato.
- 6.- Elimínese la porción triangular incidida del frenillo como el hemostato.
- 7.- Hágase una incisión horizontal, separando las fibras, y diséquese en forma roma hacia

el hueso.

- 8.- Si el vestibulo es somero, profundiceselo - mediante la extensión de la disección hacia los costados a una distancia de aproximadamente 3 dientes en cada dirección.
- 9.- Límpiase el campo de operación y taponece - con trozos de gasa hasta que cese la hemo--rragia.
- 10.- Colóquese el apósito periodontal.

En pacientes con vestibulo bucal profundo, puede no ser necesario extender la profundización con la finalidad de recolocar el frenillo.

La zona se cubre con apósito periodontal en los intervalos entre los tratamientos.

ELIMINACION DE LAS HIPERTROFIAS OSEAS.-

Algunas veces en maxilares ya desdentados, subsisten condiciones que no armonizan con la regularidad que se requiere para la preparación de una prótesis correcta.

Dentro de ellas tenemos la hipertrofia oclusal -- de las tuberosidades.

Las tuberosidades del maxilar superior pueden es-

tar aumentadas excesivamente de volumen, en un sentido oclusal.

Siempre y cuando el seno maxilar no este descendido, acompañando la tuberosidad, esta puede ser resecada.

Los principios quirúrgicos son los mismos que -- los enunciados para la regularización de procesos.

El hueso se reseca a escoplo, pinzas gubias y fresas quirúrgicas.

Tenemos también la hipertrofia lateral de las tuberosidades la tuberosidad del maxilar no nos permite obtener una prótesis con un aceptable sellado periférico.

Estas prominencias laterales por lo general son - el resultado de una regularización, insuficiente al realizarse la exodoncia del segundo y tercer molar superior.

Debe ser previsto este detalle eliminando, en el acto de la exodoncia la tabla externa con una pinza gubia.

Persistiendo estas después de la cicatrización, - sera menester eliminarlas. Se realiza la incisión, en el reborde alveolar no haciendo las incisiones verticales, por tener el inconveniente que trae aparejados dos tipos de problemas.

mas inmediatos, hemorragia porque el extremo superior de la incisión pasa por regiones bien irrigadas y mediatas, retracciones gíngivales, que pueden dejar al descubierto alguna -- porción de hueso.

Una vez separando el colgajo, se eliminan las protuberancias con pinzas gubias, la superficie ósea resultante se alisa con lima o fresas quirúrgicas.

Se vuelve el colgajo a su sitio y verificamos por medio del dedo, la existencia de puntos o bordes agudos (Cortantes).

Recortamos el colgajo si es necesario ya que habiendo eliminado parte de hueso, éste ahora nos quedará un poco mas allá que de borde a borde lavamos y cerramos la herida con sutura.

Antes de hacer esta operación quirúrgica debemos recordar la posición del seno maxilar, con el objeto de no abrirlo extemporáneamente, creando una comunicación bucosinusal patológica. Sera necesario por lo tanto un exámen radiográfico previo, que imponga los límites del antro de Highmore y su vecindad con el reborde alveolar.

VESTIBULOPLASTIA.

Los procedimientos usados para alterar la forma del vestíbulo se denominan vestibuloplastia. Su finalidad principal es aumentar la profundidad del vestíbulo para proporcionar espacio para una zona aumentada de encía.

La mayor profundidad favorece una mejor higiene y salud bucal.

- 1.- Extensión vestibular mediante un colgajo (mucoso).

Esta operación consiste en rechazar un colgajo de espesor parcial y profundizar el fornix vestibular, con la finalidad de aumentar el ancho de la encía y la recolocación de inserciones del frenillo.

Operación: Hacemos una incisión de gingevectomía algo apicalmente.

- 2.- Se hacen incisiones verticales desde el margen gingival hacia el fornix del vestíbulo de terminando la zona donde se desea aumentar la profundidad.

3.- Colóquese un bisturí de Bard-Parker número 15 de plano contra la encía, con la punta dirigida hacia apical e introdúzcalo en la unión mucogingival, en un extremo del campo operatorio.

Muévase a lo largo de la unión mucogingival-- separando un colgajo que conste de epitelio-- y una fina capa de tejido conectivo o subyacente.

Sosténgase el borde el colgajo con una pinza delicada y diséquese, separando el tejido -- subyacente y profundizando el vestíbulo bucal.

Cuando se alcance la profundidad deseada aplíquese presión lateral leve contra los carrillos y labios, llevando el colgajo hacia apical, hasta que su borde esté a la nueva profundidad establecida.

Como procedimiento alternativo, la separación de la mucosa se puede comenzar desde la línea de incisión de gingevectomía o directamente - desde el margen gingival.

- 4.- Limpiamos el periostio elimínese las inserciones musculares y de frenillos y tejidos blandos del periostio para proporcionar una base lisa y firme para el tejido de granulación -- que cubrirá una banda ensanchada de encía insertada.

Hay que hacer un especial esfuerzo por quitar las inserciones musculares para reducir el mínimo la pérdida de profundidad despues del -- tratamiento.

El borde del colgajo puede ser suturado al -- periostio en la base del campo operatorio, pero no es obligatorio contrólese la hemorragia con trozos de gasa bajo presión.

Cuando se forme un coágulo, el colgajo, se adherirá al tejido subyacente en la base del -- fornix.

- 5.- Colóquese el apósito periodontal elimfnese el exceso de coágulo y colóquese el apósito periodontal en dos etapas.

Primero.- Colóquese el apósito sobre el mar--gen gingival cortado.

Esto proporciona una base firme para estabilizar el apósito que cubrirá el resto del campo operatorio.

Segundo.- Tómese un cilindro de cemento que tenga el ancho suficiente para llegar hasta la base del fornix y añadásele al apósito marginal para que forme una protección a modo de delantal en toda la zona.

Se ejerce presión leve sobre el labio y el carrillo para adaptar el cemento en su lugar.

Los pacientes deberán permanecer en el sillón una vez colocado el cemento para permitir que los labios, mejillas y lengua modelen el apósito mientras está blando. El exceso de cemento que dificulte el cierre de la boca deberá ser eliminado. Tratar de cortar el cemento una vez endurecido afloja el resto del apósito y causa irritación e inflamación de la herida, y esto a su vez retarda la cicatrización, produce hemorragias posoperatorias y tejido de granulación excesiva que puede tener por consecuencia un aumento de la resorción de la superficie ósea.

Una vez colocado el apósito, aplíquese una --

bolsa de hielo en la cara.

Esto es muy útil después de procedimientos-- mucogingivales extensos, porque disminuye la inflamación posoperatoria, los cambios de color y las molestias.

TRATAMIENTO DE LOS FIBROMAS DEL SURCO

Estos deben de ser extirpados quirúrgicamente y - eliminar el factor irritativo, para evitar su recidiva.

Operación.- Primeramente anestesiamos, para ellos suficiente una anestesia local infiltrativa, circunscribiendo el fibroma.

Levantamos el labio en extensión forzada, con el objeto de permitirnos amplia visión del proceso a intervenir se. Con esto se permite una mayor facilidad en las técnicas para su extirpación. Se toma el fibroma con una o dos pinzas según su dimensión y se tracciona para descubrir ampliamente su base de implantación.

Antes de seccionar el fibroma y con el objeto de evitar o por lo menos cohibir prontamente la hemorragia, producto del corte de los vasos que corren a nivel de esa región, se recurre a una maniobra que consiste en el pasaje --

previo de hilo de sutura, para no perder tiempo después de -
la extirpación del fibroma.

Esto, no es de imprescindible necesidad, ya que--
la hemorragia cesa no bien se coaptan los labios de la heri-
da al anudarse los hilos.

Los hilos deberán pasarse con una aguja curva, un
poco mas arriba de la base de implantación del fibroma. Cada
hilo se encuentra separado entre sí, aproximadamente un cen-
tímetro.

Sección del fibroma.- Con las pinzas traccionamos
el fibroma para descubrir ampliamente su base. Con un bistu-
rî se secciona el proceso de derecha a izquierda, en toda su
extensión procurando no cortar los hilos.

Podemos hacerlo por secciones, la sección ante---
rior primero y colocar los puntos de sutura y terminar con -
la sección posterior con esto terminamos la operación.

INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS.

Después de la cirugía mucogingival:

I.- Aplíquese apósitos de hielo a intervalos de -
diez minutos, durante tres horas después de la operación.

II.- Si fuera necesario, adminístrele analgésicos para usarse en caso de dolor.

III.- En las zonas no operadas límpiese la boca-- como siempre. Modifique sus hábitos de higiene en la zona operada para evitar la rotura del aposito periodontal.

Después del primer día se puede enjuagar con un enjuagatorio de sabor agradable, diluido en una proporción de 1 a 3 en un vaso con agua.

La irrigación con agua, a presión moderada, es -- útil para eliminar resto de alimentos del cemento.

IV.- Durante los primeros tres o cuatro días, habra cierta molestia que por lo general se aliviará con aspirina y cierta hinchazón.

Es posible que se rompan trozos pequeños del aposito, si se desprende un trozo grande acuda o llame al consultorio.

CAPITULO VIII

PROTESIS INMEDIATA.

C A P I T U L O VIII

PROTESIS INMEDIATA.

Este procedimiento consiste en colocar los dientes inmediatamente (Prótesis dental inmediata) después de las extracciones y regularizaciones de los maxilares. Siendo imprescindible un estudio y pronóstico anterior (modelos de estudio y trabajo) y siendo indicada la prótesis inmediata, se prepara antes de las extracciones la prótesis con el objeto de colocarla terminando el acto quirúrgico. Mencionaremos algunas de las ventajas de dicho tratamiento.

El paciente no necesita pasar un período de tiempo desdentado contados los inconvenientes que desde el punto de vista estético, psicológico y fisiológico acarrea tal estado.

Las consideraciones fisiológicas se refieren a va

rios puntos de interés: el proceso cicatrizal debajo de la prótesis, se realiza con mucha mayor facilidad. Hay menor -- reabsorción del hueso alveolar bajo las prótesis, que en las que se deja al descubierto.

La Fisiología muscular no esta alterada la dimensión vertical se considera y se mantiene el juego de la articulación temporo maxilar.

INDICACIONES DE PROTESIS INMEDIATA

- 1).- La prótesis inmediata actúa como un apósito para controlar la hemorragia.
- 2).- La prótesis inmediata promueve la cicatrización protegiendo los alveolos expuestos.
- 3).- El paciente, con una prótesis inmediata realiza la fonación y deglución, que un paciente sin dentadura aún por un corto período de tiempo.
- 4).- El paciente más rápidamente acepta la extracción de sus dientes.
- 5).- No interrumpe sus deberes (trabajo)

- 6).- Psicológicamente el paciente se siente más feliz.

Además lo que es más importante:

- a) Se conserva la dimensión vertical.
- b) Los dientes, en la dentadura inmediata -- pueden ser colocados en la misma posición que los que posee el paciente.
- c) El hueso es contorneado por la prótesis.

Una vez llegando a la conclusión de que el tratamiento indicado es la prótesis inmediata procedemos a la preparación.

Anestesia.- Este tratamiento puede realizarse bajo anestesia local o general. Algo de importancia es la anestesia lejos de la zona a operar con el objeto de no edematizar la región que luego va a soportar la prótesis.

La zona edematizada, desde luego, está aumentada de volumen y la prótesis no se adapta comodamente.

PROCEDEMOS A LA EXODONCIA, evitando la fractura-- de la tabla externa. Una vez habiendo efectuado las extrac-- ciones procedemos a regularizar el proceso, levantamos el -- colgajo y procedemos a la ostectomía, en casos normales es -

decir en aquellos que no presenten protusión y no necesiten por lo tanto alveolectomía correctora, la ostectomía se reducira a la necesaria. Una ostectomía excesiva, además de inútil, solo acarrea la formación hipertrófica de tejido blando debajo de la prótesis.

La ostectomía se realiza con pinzas gubias, que resecan los bordes filosos de las crestas y con limas para-hueso como ya se ha mencionado antes.

Recortamos el excedente de encía una vez comprobado no, haber encontrado puntos agudos cortantes, y procedemos a suturar, esto se debe hacer con seda fina, hilo o nylon para que no resulten traumatizantes.

Los Colgajos no deben quedar tirantes ni deben -- ser modificadas las inserciones musculares, ni el contorno -- para la adaptación de la prótesis.

La nutrición y fisiología de ambos colgajos, se logra en poco tiempo por formación de nuevos vasos sanguíneos y proliferación y anastomosis de los ya existentes.

La prótesis debe quedar en la boca del paciente-- sin ser sacada por el paciente 24 hrs. al cabo de cuyo tiempo el profesional la retira, la lava y desinfecta, sumergiéndola en una solución antiséptica. Las suturas han de ser ex-

traídas cuatro o cinco días después de la intervención para permitir la correcta cicatrización de los tejidos.

CONCLUSION

C O N C L U S I O N

En caso de intervenciones quirúrgicas, es de vital importancia aplicar los conocimientos previamente obtenidos.

Debemos lograr una comunicación con el paciente-- para elaborar una buena historia clínica, y con esto un buen diagnóstico, además debemos elaborar estudios preoperatorios análisis clínicos e instituir un buen plan de tratamiento.

Mucho nos ayudará tener el conocimiento perfecto de la región por intervenir clínica y radiográficamente.

El éxito de la intervención quirúrgica se presenta debido al conocimiento, experiencia, y la interpretación-- que el Cirujano Dentista de a cada paciente en particular.

Podemos decir que el posible éxito también dependerá de la conducta a seguir del paciente, de los deseos y - necesidades del mismo.

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A .

- TRVING GLICKMAN.- "Periodontología Clínica" cuarta edición Editorial Interamericana.
- MANUAL ASTRA. "Anestesia Odontológica".
- MARTINEZ CERVANTES LUIS. "Clínica Propedéutica Medica" Francisco Mendez Oteo Editor y Distribuidor. México 1975.
- OZAWA DEGUCHI JOSE Y. "Prostodoncia Total" Segunda Edición Lito Ediciones Olimpia S.A. México - D.F.
- QUIROZ GUTIERREZ, -- FERNANDO DR. "Anatomía Humana" Decima Segunda Edición Tomo I. Editorial Porrúa, S.A.- México.
- RIES CENTENO G.A. "Cirugía Bucal" Séptima Edición, Argentina, Edit. Ateneo.
- ZARZA CADENA JORGE G. "Complicaciones y Accidentes en Exodoncia" México. Tesis Profesional -- 1976.

ROSAS MORENO JOSE C.D. Estudio Clínico e Historia.

VALDIVIA HERNANDEZ - Clínica Apuntes. ENEP Zaragoza.

ROSA LILIA C.D.